Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières

Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Band: 56 (1963)

Heft: 11

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

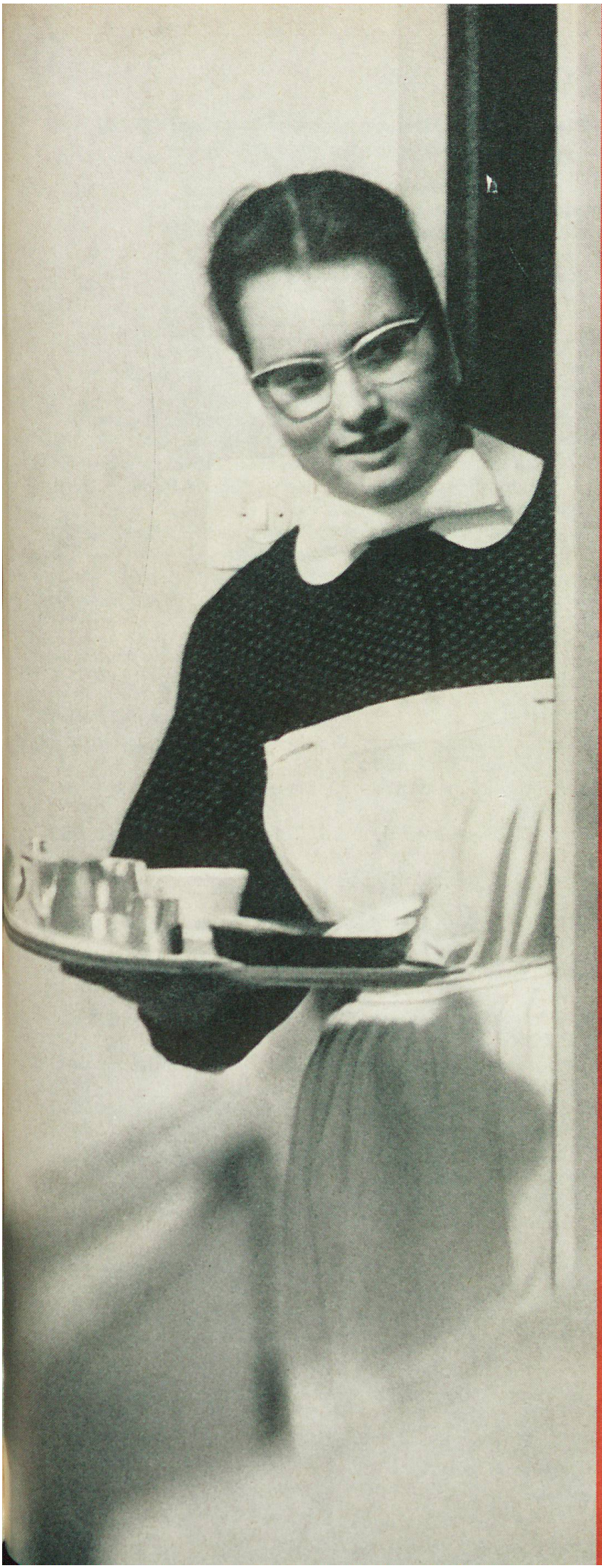
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées 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: 06.07.2025

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



Zeitschrift für Krankenpflege

Revue suisse des infirmières

Herausgegeben vom Schweizerischen Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Edité par l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

627

11

Solothurn/Soleure
November 1963
Novembre 1963

Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK)
Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID)

Dem Weltbund der Krankenschwestern angeschlossen
Membre du Conseil international des infirmières
International Council of Nurses (ICN), 1 Dean Trench Street, London S. W. 1
Präsidentin - présidente: Alice Clamageran
Generalsekretärin - secrétaire générale: Helen Nussbaum

Zentralvorstand - Comité central

Präsidentin - Présidente	Nicole-F. Exchaquet, 14D, route d'Oron, Lausanne
1. Vizepräsidentin - 1re Vice-présidente	Renée Spreyermann, Lindenhof, Bern
2. Vizepräsidentin - 2e Vice-présidente	Liliane Bergier, 10, chemin de la Rosière, Lausanne
Quästorin - Trésorière	Marguerite Schor, 29, Pérolles, Fribourg, tél. (037) 2 66 46
Mitglieder - Membres	Otto Borer, Erica Jaeggy, Annelies Nabholz, Verena Rutishauser, Myriam Schmid, Hans Schmid-Rohner, Eugenia Simona, Marguerite Steiner
Zugew. Mitglieder - Membres associés	Diakonisse Anni Conzett, Ehrw. Schw. Hildegardis Durrer
Delegierte des SRK - Délégués de la CRS	Magdelaine Comtesse, Odette Peter
Zentralsekretärin - Secrétaire générale	Erika Eichenberger
Geschäftsstelle - Secrétariat	Choisystrasse 1, Bern, Telefon (031) 2 65 47, Postcheckkonto III 1480

Die Sektionen - Les sections

Sektion - section:	Geschäftsstelle - secrétariat:	Präsidentin - présidente:
Aargau, Solothurn	Schw. Rösli Weitnauer, «Gemperlebau», Wartburgstrasse 14, Olten, Telephon (062) 5 08 66	Schw. Julie Willimann
Basel, Baselland	Schw. E. Wackernagel, Leimenstrasse 52, Basel, Telephon (061) 23 64 05	Schw. El. Schwarz
Bern	Schw. Sonja Regli, Choisystrasse 1, Bern, Telephon (031) 2 94 03	Schw. Nina Vischer
Fribourg	Mlle Rosa Bregger, 145, Tilleul, Fribourg, téléphone (037) 2 30 34	Mlle Marg. Carrard
Genève	Mlle V. Wuthrich, 4, place Claparède, Genève, téléphone (022) 25 12 32	Mlle J. Demaurex
Luzern, Urkantone, Zug	Frau J. Vonlanthen, Geissmattstrasse 17, Luzern, Telephon (041) 3 18 32	Frau M. Th. Karrer-Belser
Neuchâtel	Mme A. Béguin, 20, rue de Reynier, Neuchâtel, téléphone (038) 5 14 35	Mlle Renée Junod
St. Gallen, Appenzell, Graubünden, Thurgau	Schw. L. Giubellini, Paradiesstrasse 27, St. Gallen, Telephon (071) 22 39 34	Schw. Elsa Kunkel
Ticino	Signorina Rita Solca, Ospedale San Giovanni, Bellinzona, Telephon (092) 5 17 21	Sig. Attilio Poretti
Vaud, Valais	Mme A.-M. de Kalbermatten, 16D, route d'Oron, Lausanne, téléphone (021) 32 44 55	Mlle Paulette Testuz
Zürich, Glarus, Schaffhausen	Schw. Gertrud Müller, Asylstrasse 90, Zürich 7/32, Telephon (051) 32 50 18	Frau M. Forter-Weder

Zugewandte Mitglieder - Membres associés

Krankenschwestern der folgenden Mutterhäuser - Sœurs infirmières des institutions suivantes: Schwestern-Institut Baldegg; Diakonissenhaus Bern; Institut der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuze Ingenbohl; Spitalschwestern Kantonsspital Luzern; Institut der Lehrschwestern vom Heiligen Kreuze, Menzingen; Kranken- und Diakonissenanstalt Neumünster; Diakonissenanstalt Riehen; Institution des diaconesses de St-Loup

Paritätische Stellenvermittlung für ausländisches Pflegepersonal, Röntgenassistentinnen und med. Laborantinnen: **Schw. Nina Bänziger,** Wiesenstrasse 2, Zürich 8, Tram 2 und 4 bis Kreuzstrasse, Telephon (051) 34 52 22

BALLY SCHUHFABRIKEN A.G.
SCHÖNENWERD
SCHWEIZ

Ende Oktober 1963

Liebe unbekannte Schwester,

Abends oder nachts, wenn Sie Ihren strengen Dienst beendet haben, wenn Sie viele, viele Kilometer auf flachen, harten Böden gegangen sind, meldet sich sicher auch bei Ihnen gebieterisch Fussmüdigkeit zum Wort. Vielleicht sogar schon vorher.

Kunstböden, Asphaltstrassen und dergleichen sind den Füssen schlecht gesinnt, deren Anatomie eigentlich für Naturboden geschaffen ist. Die Müdigkeit, die sich durch vieles Stehen und Gehen auf harten Böden einstellt, ist nichts anderes als eine Ueberbelastung gewisser Fussmuskeln, andrerseits aber auch eine Vernachlässigung unbeanspruchter Muskelpartien, die dadurch verweichlichen.

Diese Fussmüdigkeit, liebe Schwester, möchten wir Ihnen nach Möglichkeit ersparen helfen, da sie Ihren ohnehin strengen Beruf unnötig erschwert.

Das Bally-Massage-Zoccoli "Sahara" mit seiner genau nach dem Fuss geformten Auftrittsfläche bedeutet in dieser Beziehung ein kleines Wunderding. Leicht, aus weichem, porösem afrikanischem Holz, massiert es dank seiner anatomisch richtigen Form während des Gehens die ganze Fussohle in erfrischender Weise. Massage aber regt die Blutzirkulation an, und diese ihrerseits verhindert rasche Ermüdung. (Das wissen Sie als Krankenschwester ja besser als wir).

Doch damit nicht genug: Das weiche Holz isoliert zudem gegen kalte Böden, und die poröse Gummisohle ermöglicht leises Auftreten.....es ist, als ob Ihre Füsse in den Ferien wären!

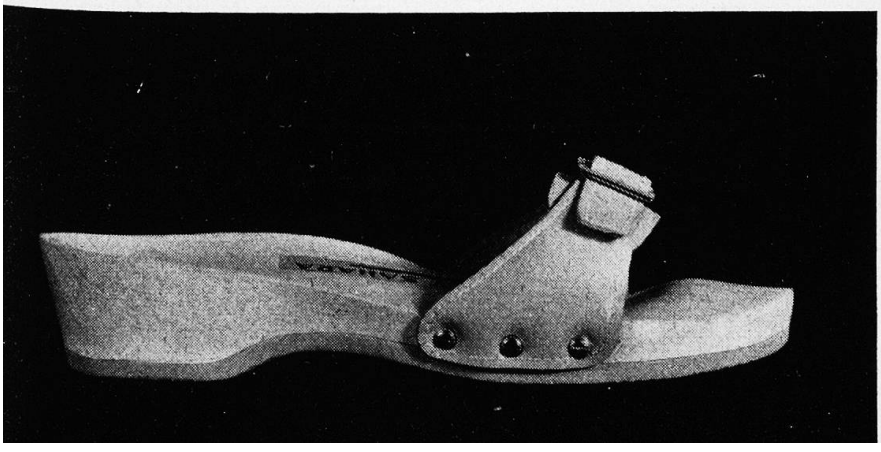
Die interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel in Bern hat die "Bally Sahara" gründlich getestet und ein ausgezeichnetes Gutachten darüber abgegeben.

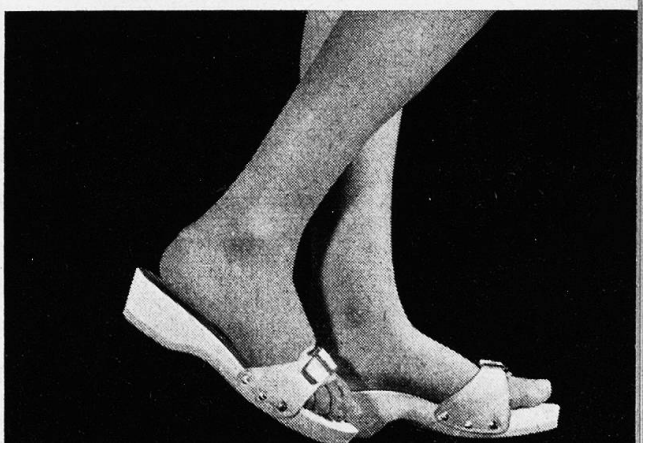
Wir sind sicher, dass Ihnen unser Zoccoli das Gehen und Stehen zur Freude macht.

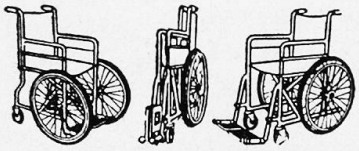
Mit freundlichen Grüssen

BALLY SCHUHFABRIKEN A.-G.
Vasano-Abteilung

i. V.







Erleichterung für
Patienten
und Pflegende durch
moderne, klappbare
Fahrstühle:
Unsere Modelle leisten
jahrelange, zuverlässige
Dienste.

A. Schubiger & Co. AG,
Luzern
Krankenpflegebedarf
seit 1873
Kapellplatz
Telefon (041) 3 43 43

Muss Ihr Patient Diät halten?

Haben Sie Thomy Diät-Senf auch schon als Würze empfohlen? – Diät essen heisst jetzt nicht mehr fad essen, und gut gewürzte Gerichte fördern die Gesundung Ihres Patienten.
Thomy Diät-Senf kann bei strengster Form natriumarmer Kost frei verwendet werden. Sein pikantes Aroma macht salzlose Speisen wirklich schmackhaft. Bedeutende Ärzte haben Thomy's Diät-Senf erprobt und empfohlen.
Verlangen Sie bei uns gratis Mustertuben und Rezeptbroschüren für Ihre Patienten.

Thomi + Franck AG. Basel 7

Thomy Diät-Senf

Inhaltsverzeichnis/Sommaire

Rôle de l'infirmière en face des épileptiques — Dr M. Tchicaloff 420
Diététique hospitalière — J. Golay . . . 424
Kritische Betrachtung der Krankenkost im Spital — Dr. H. Lüthi-Brand . . . 426
Schülerinnen unserer Krankenpflegeschulen fahren nach Hannover 428
Krankenbeobachtung — H. Schmid-Rohner 432
Conférence mondiale d'éducateurs — Nicole Exchaquet 435
Anesthésie — E. Darbre 436
Arbeitsbewertung im Bezirksspital Biel . 438
Anna Heer — Ruth Graf 442
Sektionen — Sections 444
Fête des diplômes — N. Koull 446
Distinctions 446
Tous les repas servis dans de la vaisselle de carton — A. Grillon 447
Christentum und Säkularisierung — G. Walder 448
Eine internationale Zusammenkunft von Kursleiterinnen — Heidi Renfer-Arnold . 449
77. Bericht der Schweiz. Anstalt für Epileptische in Zürich — Dr. E. Brauchlin . 450
Buchbesprechungen 451
Wir fragen... Sie antworten 452

Redaktion: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Adresse: Anne-Marie Paur, Choisystrasse 1, Bern, Telephon (031) 2 64 27.

Redaktionsschluss: 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,** Telephon (065) 2 64 61, Postcheck Va 4.

Bestellung von Abonnementen und Inseraten an die Buchdruckerei Vogt-Schild AG, Solothurn.

Abonnementspreis pro Jahr: Mitglieder des SVDK Fr. 10.—; Ausland Fr. 12.–; Nichtmitglieder: Halbjährlich Fr. 7.—, jährlich Fr. 12.; Ausland: Halbjährlich Fr. 8.—, jährlich Fr. 14.–.

Schluss der Inseratenannahme am 26. des vorhergehenden Monats.

Adressänderungen von Nichtmitgliedern des SVDK bitten wir direkt und sofort der Buchdruckerei Vogt-Schild AG in Solothurn mitzuteilen, unter Angabe der **alten** und der neuen Adresse. Mitglieder des SVDK melden ihre Adressänderung ihrer Sektion. Für Verzögerungen in der Zustellung durch unvollständige Adressen übernimmt die Druckerei keine Verantwortung.

Umschlaggestaltung: Sylvia Fritschi-Feller, VSG, Bern
Photo Meyer-Henn, Bremgarten BE

Zeitschrift für Krankenpflege
11 Revue suisse des infirmières

November 1963 56. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Novembre 1963 56e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

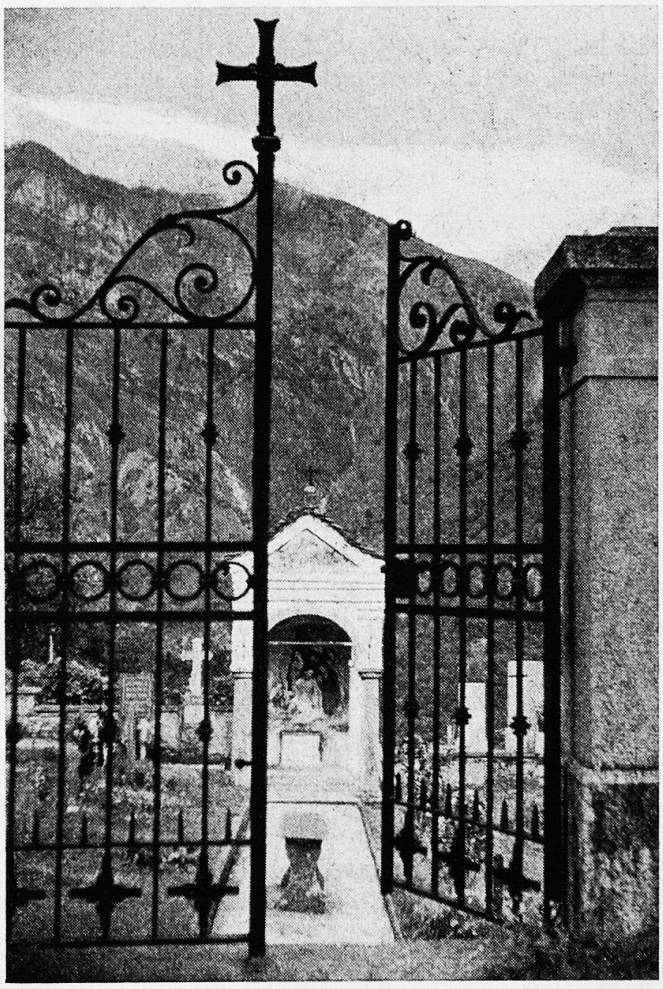
Spät im Jahr

Habt Vorrat ihr genug, ihr meine Augen,
Für einen Winter, lang und weiss und grau?
Nehmt noch dies Asternrot, dies weich Lila,
Dies späte Gelb, dies herbstlich klare Blau.

Und nehmt den Silberglanz der grossen Flüge
Des Habichts und des Eichelhähers wahr,
Und auch den Birnbaum nehmt, ein goldnes Gleichnis
Des Überschwangs vom segensreichen Jahr.

Und endlich nehmt das Lächeln und die reine
Strahlung des schönen Menschenangesichts,
Und alle Nacht wird herrlich euch erhellt sein
Vom farbigen Widerschein geliebten Lichts.

Albrecht Goes
„Deutsche Lyrik der Gegenwart", Reclam



In Mergoscia

Il est très doux le passage de la veille au sommeil. Pourquoi, si nous savions y préparer notre âme et notre corps, le passage de la vie à la mort serait-il amer? *Maurice Maeterlinck*

Dr M. Tchicaloff [1]

Rôle de l'infirmière en face des épileptiques

L'infirmière qui a des épileptiques dans son service joue un rôle très important en sachant informer le médecin de ses observations.

En effet, dans la plupart des maladies, le malade présente une symptomatologie pendant des heures ou des journées entières. Le médecin l'examinera donc en toute tranquillité. En revanche, l'épileptique se présente tout différemment à la phase intercritique où l'examen le plus complet peut parfaitement ne rien déceler, et au moment de la crise qui se produira presque toujours en dehors de la présence du médecin.

Il est donc capital que l'infirmière, qui sera la seule à assister à la crise, sache ce qu'elle doit observer. En général, la crise épileptique est très impressionnante pour l'observateur non averti et il est donc particulièrement important que l'infirmière sache immédiatement quels sont les points à retenir, et ce qui doit retenir son attention pendant la crise.

Aspect clinique des épilepsies

On ne devrait jamais parler d'épilepsie, mais des épilepsies, car il ne s'agit pas d'une entité nosologique, mais d'un certain nombre de maladies différentes dont le dénominateur commun est de présenter toutes des *crises épileptiques* ou leurs équivalents.

Une étude minutieuse de la crise épileptique permettra déjà de prévoir la sorte d'épilepsie dont souffre le malade, et les examens complémentaires, principalement l'électroencéphalographie, démontreront le bien-fondé de ce diagnostic.

[1] Résumé de la conférence présentée par le Docteur M. Tchicaloff le 20 septembre 1963 à Lavigny, à l'occasion du 23e Cours de perfectionnement organisé par la section Vaud/Valais de l'ASID. Nous remercions l'auteur d'avoir préparé à l'intention des lecteurs de notre Revue un article si complet sur le thème de sa conférence. Le Docteur Michel Tchicaloff, neurologue FMH, est médecin directeur de l'Institution de Lavigny, Centre neurologique et éducatif, et médecin-adjoint à l'Institut universitaire de physiatrie, Genève.

Formes cliniques de la crise d'épilepsie:

La crise de Grand Mal

Habituellement la crise épileptique se produit sans prodrome; le malade perd subitement connaissance, présente une phase tonique, puis clonique et revient à lui après la phase de stertor [2]. A cette occasion il peut avoir perdu ses urines, ses matières; il peut s'être mordu la langue.

Ces signes sont d'une importance capitale dans le diagnostic différentiel d'une épilepsie avec une crise hystérique par exemple, mais ils n'ont aucune valeur localisatrice. Ils ne permettront donc pas de différencier une sorte d'épilepsie d'une autre. En revanche, la présence d'une *aura* ou de secousses localisées à un membre avant la crise ou la présence d'une aphasie ou d'une paralysie localisée après la crise nous donneront des informations de grande importance sur le mécanisme de la crise, donc peut-être sur son origine.

Il faut bien se représenter que la réaction globale du cerveau à une agression physique, chimique, métabolique, etc. c'est la crise épileptique. Prenons une comparaison très simple: nous savons bien que si nous faisons traverser un tuyau d'orgue par de l'oxygène, de l'hélium ou du krypton, ou même si nous le frappons avec un maillet, il rendra toujours un son musical. De la même façon c'est par la crise épileptique que le cerveau répond à l'agression.

Chez un même malade, l'intensité de la crise peut varier d'une fois à l'autre, mais elle conservera ses caractéristiques de base et c'est pour cela qu'il est si important de distinguer la symptomatologie localisatrice de la symptomatologie simplement liée à une crise quelle qu'elle soit.

Tic de Salaam

L'épilepsie typique de la *petite enfance* est le Tic de Salaam: l'enfant de 6 mois à 2 à

[2] *Stertor:* respiration bruyante s'accompagnant de ronflements.

3 ans présente tout à coup des flexions du tronc et de la nuque en avant, de manière répétitive, justement comme la courbette qui accompagne le salaam arabe. Ce symptôme est déjà pathognomonique de l'hypsarythmia de Gibbs [3], mais le tableau est encore complété par une perte de contact affectif de l'enfant pour tout ce qui l'entoure, qui fait qu'on le prend ordinairement pour sourd et aveugle. Un électroencéphalogramme (EEG) typique complète le tableau clinique.

Petit Mal

Chez l'*enfant plus âgé,* c'est le Petit Mal qui sera le plus fréquent. La symptomatologie critique se réduira à une *absence,* c'est-à-dire à une perte de contact avec l'extérieur. L'enfant s'arrête les yeux fixes au milieu d'un geste, au milieu d'une phrase, il fait une pause de quelques secondes, puis repartira dans son geste ou dans sa phrase comme si rien ne s'était passé. Une absence véritable dure toujours moins de 30 secondes et elle ne s'accompagne d'aucun phénomène moteur localisé. A l'occasion de certaines absences légères, l'enfant continuera à bredouiller, parfois même à réciter correctement une phrase bien automatisée (...et il sera tout étonné de se retrouver plus loin dans sa récitation qu'il n'en avait gardé le souvenir); alors que si l'absence est très profonde elle peut s'accompagner d'une perte de tonus qui le fait tomber à terre, d'où il se relèvera très rapidement. Il n'y aura alors aucun phénomène tonique ni clonique, il s'agit purement d'une absence akinétique [4]. A son tour l'absence de type petit mal est confirmée par un graphisme EEG tout à fait typique.

[3] *Hypsarythmia de Gibbs:* tracé encéphalographique anormal, particulier à des enfants au-dessous de quatre ans, présentant des états convulsifs et généralement atteints d'un retard du développement psychomoteur. Le symptôme clinique est du type: « Tic de Salaam ».

[4] Absence « *akinétique* »: absence caractérisée par une perte du tonus musculaire ou tonus de posture.

Fausse absence temporale

En revanche, l'absence d'une durée dépassant 30 secondes accompagnée de mouvements de mâchonnement ou de mastication, soit encore suivie d'un automatisme ambulatoire ou autre est une fausse absence temporale, qui signifie une localisation cérébrale anatomique et électrographique. C'est de nouveau une question de profondeur de la crise qui séparera la véritable crise psychomotrice de la fausse absence temporale. Tous les caractères particuliers qui accompagnent la crise psychomotrice peuvent se trouver dans la fausse absence temporale, mais alors sans vraie crise.

Crises psychomotrices

Les crises psychomotrices peuvent présenter une infinité de variations. Lenneox cite à ce sujet un résumé de la liste des symptômes établie par Gastaut en 1953 après l'étude de plusieurs milliers d'épileptiques psychomoteurs et l'observation de crises produites par le Métrazol.

I. — Symptômes sensoriels:

Sensations anormales de la bouche, du pharynx, de l'épigastre, de l'abdomen, des organes génitaux, de la région précordiale, avec ou sans nausées, sensations d'asphyxie, palpitations; sensation de chaleur ou de froid, faim ou soif; nécessité d'uriner ou d'aller à selle.

II. — Symptômes mentaux:

a) Altération de la conscience, allant de la normale jusqu'à la perte complète.

b) Manifestations de perception: clarté inhabituelles; illusions avec macropsie [5], microacousie [6], déjà vu, incohérence, étrangeté, dépersonnalisation, etc.; des

[5] *Macropsie:* illusion consistant à voir un objet plus grand qu'il n'est en réalité.

[6] *Microacousie* signifie étymologiquement: entendre petit. Le terme généralement employé est: hypoacousie et entend une diminution des perceptions auditives. « Microacousie » veut dire, entendre un bruit comme s'il venait de très loin.

hallucinations toujours complexes et dynamiques suggérant les éléments d'un rêve.

c) Manifestations idéatoires: blocage soudain de la pensée, mémoire panoramique.

III. — Symptômes moteurs:

a) Marche ou fuite: épilepsie procursive [7].

b) Gestes en réponse à des impressions telles que se gratter le nez, placer la main sur la tête ou sur l'estomac.

c) Gestes d'un état confusionnel tels que se frotter le corps ou arranger ses habits.

IV. — Manifestations autonomes:

a) Respiratoires avec hyperpnée ou apnée.

b) Circulatoires, vasomotrices, cardiaques.

c) Digestives, masticatoires, salivatoires, avec ou sans émission d'urines, de gaz ou de matières.

d) Pupillaires (généralement dilatation).

V. — Langage

a) Manifestations aphasiques.

b) Expression de sensations tels que « je me sens mal », « j'ai peur ».

c) Flux de paroles incorrectes, inappropriées.

Crise Bravais-Jacksonienne

La Crise Bravais-Jacksonienne est la manifestation d'une épilepsie corticale située dans la zone motrice. Ainsi la crise se présente sous la forme de secousses isolées d'un membre ou de la moitié de la face ou du corps. Généralement le malade ne perd pas connaissance pendant ces manifestations. On rencontre parfois aussi une forme moins pure de la crise Bravais-Jacksonienne: la crise de grand mal classique est simplement précédée de secousses localisées dans un membre ou dans la face. Cette observation est d'une importance capitale pour la localisation de la crise.

[7] Epilepsie *procursive:* manifestation paroxystique se traduisant par une brève course en avant.

Anamnèse

Si la description minutieuse de la crise épileptique permet déjà une localisation de l'atteinte responsable de l'épilepsie, c'est par une étude détaillée des antécédents du malade que le diagnostic de l'épilepsie pourra être posé. Une fœtopathie pendant la grossesse, un traumatisme obstétrical à la naissance, une anoxie néonatale, une maladie infectieuse de la petite enfance, un traumatisme crânien orienteront le diagnostic. Une tumeur cérébrale, des troubles circulatoires, une intoxication peuvent aussi provoquer des crises épileptiques, de même qu'une atrophie cérébrale localisée avec le remaniement cellulaire que cela implique, comme par exemple la maladie de Pick ou d'Alzheimer [8].

Examens

Si la description minutieuse de la crise nous permet déjà de prévoir quelle est l'atteinte cérébrale qui cause l'épilepsie, nous devons confirmer ces données par des examens comme l'électroencéphalogramme, la pneumoencéphalie, etc.

L'électroencéphalogramme

L'EEG est l'enregistrement des potentiels d'action des cellules du cortex cérébral.

On enregistre selon les appareils sur 8, 12 ou 16 canaux d'amplification les variations de potentiel qui se produisent à la surface du cuir chevelu. Le tracé a un aspect très typique dans l'épilepsie et il permet de définir même la sorte d'épilepsie dont il s'agit.

C'est un examen qui ne demande aucune préparation spéciale du malade, et qui n'est absolument pas douloureux; il exige toutefois un personnel hautement spécialisé pour l'enregistrement.

La pneumoencéphalographie (PEG)

La radiographie simple du crâne met en évidence le contraste de l'os avec les parties molles, et montrera s'il y a malformation osseuse, éventuellement si des calcifications

[8] *Maladies de Pick ou d'Alzheimer:* variétés de démences préséniles, à forme dégénérative.

anormales se trouvent dans le cerveau. Pour mettre en évidence le cerveau lui-même, on remplacera une partie du liquide céphalo-rachidien par un gaz et on obtiendra ainsi une image des ventricules cérébraux, souvent même de la surface du cerveau. Ceux-ci nous permettront de savoir si une tumeur, un hématome ou une autre cause provoque un déplacement en masse du cerveau, ou si une malformation cérébrale ou une atrophie localisée ou diffuse siège dans l'encéphale.

La PEG nécessite une ou deux heures; chez les enfants, elle se fait sous narcose et elle exige donc que le malade soit à jeun. Elle est d'une manière générale désagréable, et laisse des céphalées qui vont en diminuant pendant quelques jours.

Artériographie

Si on suspecte qu'un processus vasculaire soit à l'origine de l'épilepsie ou si la PEG n'a pas permis de résoudre avec certitude le problème d'une compression, on peut faire encore une artériographie de la carotide ou de la cérébrale postérieure selon la partie du cerveau à examiner.

Laboratoire

Le cas ne serait pas examiné complètement si le laboratoire d'analyses médicales ne donnait pas un dosage précis des différents contribuants du liquide céphalo-rachidien.

Examen psychologique

Dans un domaine différent, mais non moins important pour avoir une image complète de la personnalité du malade, un examen psychologique et éventuellement un examen psychiatrique compléteront encore le tableau.

Comme les médicaments anticonvulsifs dont nous disposons actuellement n'ont pas la même puissance dans toutes les formes d'épilepsie, il est donc capital de pouvoir déterminer avec exactitude la sorte de maladie dont souffre le malade.

C'est donc une fois qu'on aura établi la synthèse de tous ces examens que la *prescription thérapeutique* pourra se faire, et que nous pourrons aider au maximum ceux qui sont touchés par cette maladie terrible.

Heures de visites libres dans un hôpital anglais: satisfaction des malades, de la famille et du personnel soignant

Dans le service de gériatrie d'un hôpital anglais, les médecins ont décidé, en mars 1962, d'autoriser les visites (de la famille) à toute heure du jour, de 9 heures du matin à 9 heures du soir. Auparavant, les visites étaient autorisées certains jours de 14 heures à 15 h 30, les autres de 7 h 30 à 8 heures.

Les auteurs ont observé que le nombre d'heures totales passées en visite n'était pas modifié, que la durée moyenne des visites était un peu réduite; que le nombre total de visites et le nombre de visites par patient étaient peu modifiés; que les heures de pointe étaient l'après-midi; et que le matin avant 10 heures personne ne venait (seulement six personnes sur mille trois cents visiteurs); que l'atmosphère des salles était devenue beaucoup plus paisible; que la répartition des visites dans la journée était beaucoup plus grande: il n'y eut jamais plus de douze visiteurs ensemble, alors que lorsque les heures de visites étaient fixées, il était courant de trouver trente personnes en même temps.

Le point de vue des infirmières s'est beaucoup modifié après l'essai: avant l'institution de ce système, six étaient pour et onze contre; quatre mois après, vingt infirmières ont été interrogées: quatorze estimaient que cette solution était bonne pour les patients et pour elles, deux qu'il était bon pour les patients; et quatre seulement désiraient le retour à l'ancien horaire.

Les malades et leur famille étaient évidemment satisfaits de ce nouveau système.

« Techniques hospitalières » juin 1963

J. Golay [1]

Diététique hospitalière

Le rôle de la diététique dans le traitement des malades, ce n'est pas à des infirmières qu'il faut le rappeler: elles ont très souvent l'occasion d'une part de constater les dégâts causés à un organisme par un manque d'hygiène alimentaire, et d'autre part d'apprécier l'efficacité d'un régime bien prescrit et bien appliqué. Ce qu'il est utile de préciser, c'est *le rôle de la diététicienne dans un établissement hospitalier.* Il est nécessaire de réaliser à quel point une collaboration active avec médecins, infirmières et malades est indispensable pour obtenir des résultats vraiment positifs.

En effet, le chemin parcouru par un médicament, de son emballage au malade, passe uniquement par l'infirmière, tandis que le chemin fait par un régime commence à la cuisine où il passe entre de nombreuses mains (cuisiniers, cuisinières et diététiciennes dans les petits établissements). Ensuite la nourriture doit être acheminée par différents moyens de transport jusqu'à la chambre du malade (transporteurs, aides-infirmières) où elle sera distribuée par l'infirmière. D'une personne à l'autre et d'un récipient à l'autre, elle arrivera finalement dans l'assiette du malade. A ce moment, que se passe-t-il? Toutes les réactions sont possibles, aussi différentes les unes que les autres, devant exactement le même menu... « Dis-moi ce que tu manges, et je te dirai qui tu es » pourrait être un dicton à l'honneur dans la profession de diététicienne!

En effet, tant d'éléments contribuent à former en nous une certaine *attitude vis-à-vis de la nourriture:* le pays où nous vivons, les coutumes et les habitudes, la manière de cuisiner de nos mères ainsi que la place minimisée ou au contraire exagérée qu'on donne à la nourriture dans les foyers. Il ne faut pas négliger non plus l'influence plus ou moins grande selon les milieux de la propagande commerciale et des réclames prônant des produits soi-disant « diététiques », et ne pas oublier bien sûr la question financière.

Diététicienne à l'Inselspital, Berne

D'autre part, le genre de travail, le mode de vie, l'âge, le sexe, sont tous des facteurs avec lesquels il faut compter. Vous direz qu'à l'hôpital le malade ne travaille pas et que tout le monde en est réduit au même mode de vie. D'accord, cependant il y a là justement un problème qu'il faut bien comprendre. Lorsque le malade entre à l'hôpital, il perd son milieu habituel, mais il garde avec lui ses habitudes. Il devra en laisser quelques-unes de côté, mais c'est avec peine qu'en l'espace de quelques heures (et même de quelques jours), il pourra s'adapter à son nouveau milieu. Premier changement: les *heures* des repas dans bien des hôpitaux ne sont pas les mêmes que les heures auxquelles le patient est habitué à la maison. Deuxième difficulté: les *menus* ne ressemblent pas toujours à ceux qu'il aimait manger chez lui. La nourriture est censée être une distraction agréable dans la journée du malade. En effet, après une nuit souvent mauvaise et qui semble toujours longue, quel plaisir de voir revenir le jour, d'être lavé et de pouvoir dé-

[1] Mademoiselle J. Golay, diététicienne, Hôpital cantonal, Lausanne.

guster un bon petit déjeuner! De même à la fin d'une matinée où il a fallu subir des examens, des prises de sang, des piqûres, un bon dîner redonne du courage.

Si le malade ne souffre pas d'une affection atteignant le tube digestif, ou d'une autre maladie nécessitant une nourriture spéciale, il devrait y avoir un minimum de problèmes. D'abord parce que malgré son bagage d'habitudes, toute personne sensée et bien élevée saura s'accommoder de carottes si elle préfère des haricots ou de rôti si elle préfère le canard, et ensuite parce que les menus prévus pour des gens alités seront simples et légers tout en étant complets et appétissants.

Mais il ne faut pas se faire d'illusions, des problèmes, il y en aura toujours, et spécialement autour d'un sujet comme la nourriture où chacun peut donner son opinion... Quelles sont les mesures que l'on peut prendre pour tenter de résoudre ces problèmes? C'est à ce moment que la diététicienne entre en jeu et que, son action s'exerçant dans différents domaines, elle pourra tenter de concilier les besoins des malades avec les prescriptions des médecins et les possibilités financières de l'établissement dans lequel elle travaille.

Si l'établissement est petit, elle a la possibilité de varier davantage les menus et de prendre contact personnellement avec les malades qui exigent des soins diététiques spéciaux. Dans cette catégorie, vous trouvez spécialement tous les genres d'anorexies (cachexies, cancers, côlites et anorexies d'origine psychique), ainsi que ceux dont le problème n'est pas de ne pas pouvoir manger, mais au contraire de ne pas savoir se restreindre! (obèses).

Si l'établissement est trop grand, le menu ne pourra pas toujours être adapté aux différentes catégories de malades (enfants, mères, adultes et vieillards), et il sera impossible à la diététicienne de passer régulièrement auprès des malades, mais elle s'efforcera de le faire chaque fois que le médecin ou l'infirmière le lui demandent expressément.

D'autre part, il ne faut pas oublier que très souvent *le régime* est quelque chose de tout à fait nouveau et inconnu pour le malade, et que la perspective de devoir le continuer à la maison le tourmente toujours. Prendre du temps pour lui donner des explications concernant son régime avant son départ est très important, car s'il ne sait pas se « débrouiller » et que le régime est une partie indispensable de son traitement, il risque de devoir se faire bientôt hospitaliser à nouveau. La diététicienne pourra lui donner des recettes, des idées pour ses menus, des conseils sur les produits à acheter et la manière de les utiliser, tout en tenant compte de ses possibilités pratiques et financières.

A l'hôpital, il a la chance de recevoir toute prête la nourriture dont il a beosin pour son cas. Si l'infirmière prend la peine de lui expliquer pourquoi il doit suivre un régime, il a ainsi l'occasion de comprendre le but du régime et d'apprendre durant son séjour à l'hôpital en quoi il consiste, ce qui lui facilitera la tâche pour le moment où il se trouvera laissé à lui-même devant ses casseroles ou devant les menus des restaurants...

La manière de servir son repas au malade

Arranger une assiette appétissante, veiller à ce que les aliments soient bien chauds, lui donner une petite ration s'il manque d'appétit et une grosse ration s'il a faim, savoir trouver les mots justes pour faire passer quelque chose dont il n'a pas envie, sont des règles d'or à ne pas oublier!

Prendre une bonne dose de bon sens, ajouter de l'imagination, de l'ingéniosité, du tact, de la diplomatie et de la patience, bien remuer et avoir tout le temps à disposition: avec cette recette, infirmières et diététiciennes doivent pouvoir contenter la majorité des malades!

Dr. med. H. Lüthi-Brand [1]

Kritische Betrachtung der Krankenkost im Spital

In einem vielbeachteten Aufsatz, «Erziehung zur Volksgesundheit» [2] befasst sich der Gesundheitsinspektor der Stadt St. Gallen u. a. mit der Krankenkost in unseren Spitälern. Er fragt sich zum Beispiel, was in aller Welt die Vertreter der Medizin veranlasse, bis heute als Heilkost *Hotelkost* zu verabfolgen. Den Ausdruck «Hotelkost» greift S. Hoffmann [2] nicht aus der Luft, sondern er findet ihn in einem Bericht über den 20. Schweizerischen Krankenhauskongress 1961, an welchem das Thema der Patienten- und Personalverpflegung im Spital zur Sprache kam. Laut Bericht wurde an dieser Tagung «von der traditionellen Richtung eine möglichst gute und zweckmässige Krankenhauskost im Sinne einer Annäherung an die Hotelkost empfohlen». Hoffmann stellt dann fest, «... dass auch die Bevölkerung nicht verstehen kann, dass die Medizin den Gesunden dringend eine kalorienarme, aber schutzstoffreiche Nahrung empfiehlt — die unter ärztlicher Aufsicht stehenden Patienten aber, die tief im Bett liegen, fiebrig oder frisch operiert sind und die deshalb ein minimales Kaloriensoll aufweisen, mit Hotelkost, das heisst mit kalorienreicher aber schutzstoffarmer Nahrung, gesund machen will!»

Ist diese Anklage an die Adresse unserer Spitäler berechtigt? Die Frage beschäftigt nicht zuletzt die Kreise, die bereits vor zehn Jahren an der Krankenhauskost deutliche Kritik geübt haben, im Zusammenhang mit einer grossen Spitalumfrage im Rahmen der Hospes Bern 1954 (Internationale Kochkunstausstellung). Damals führte das Komitee «Moderne Ernährung und Diät» (MED), in Zusammenarbeit mit der Veska, eine Enquête durch über die Ernährung und die Diät in den Spitälern der Schweiz. (Veska-Zeitschrift, 19. Jahrgang, 1955.)

Die Methodik der Umfrage kann hier nicht weiter erläutert werden. Es sei nur erwähnt, dass ausser eines Fragebogens, der durch die Spitalverwaltungen auszufüllen war, die Wochenspeisezettel von zwei Stichwochen zur Auswertung gelangten. Die Resultate der Umfrage, die an der Hospes graphisch dargestellt und anlässlich eines Veska-Fortbildungskurses im Herbst 1954 diskutiert wurden, zeigten klar die *Rückständigkeit der Krankenhauskost,* die mit den Erkenntnissen der Ernährungswissenschaft nicht Schritt gehalten hat. Besonders beim Erstklasspatienten traten die Mängel hervor. Es zeigte sich, dass er *teurer,* weil raffinierter, konservierter, sterilisierter, eiweissüberschüssiger, gesalzener, alkoholischer, aber doch *nicht gesünder* isst. Der Privatpatient isst auch weniger Ruchbrot, weniger Schalenkartoffeln, er isst verwöhnter.

Einen besonderen Abschnitt des Fragebogens bildete die Liste der *Diätformen.* In dieser Liste waren die Diäten zu unterstreichen, die im Spital gegeben werden. Die Antworten übertrafen unsere schlimmsten Befürchtungen. Die über fünfzig Diätformen des Lehrbuches von Demole/Fleisch/Petitpierre wurden sozusagen alle in ihrer veralteten Fülle verordnet und verabreicht. Die moderne Diätetik dagegen tendiert auf einige wenige Grunddiäten hin, d. h. auf eine allgemein erwünschte Vereinfachung, die hier Fortschritt bedeutet.

*

Und nun, zehn Jahre später, sollten die Verhältnisse um nichts besser sein? Ist die im abwertenden Sinn gebrauchte Bezeichnung «Hotelkost» immer noch angebracht?

Um noch einmal auf den Tagungsbericht zurückzukommen, wurde darin auch er-

[1] Dr. med. Hermann Lüthi-Brand, Arzt für Diätetik, Bern.

[2] S. Hoffmann, «Erziehung zur Volksgesundheit», Separatabdruck aus der «NZZ», vom «Gertrud-Fonds», Stiftung für Erziehung zu gesundem Leben, als Broschüre herausgegeben. Die Stiftung hat uns freundlicherweise eine Anzahl dieser Schriften überlassen. Leser, die sich dafür interessieren, wollen sich bei der Redaktion melden. Sie werden die Schrift, soweit Vorrat vorhanden, unentgeltlich erhalten.

wähnt: «Eine neue Richtung möchte indessen, mit Rücksicht auf die heutige Ueberernährung der schweizerischen Bevölkerung, die Krankennahrung als eine hygienische Musterkost ausgestalten, dies sowohl aus medizinischen Gründen, wie auch, um unsere Bevölkerung auf die Notwendigkeit einer zweckmässigen, modernen Ernährung hinzuweisen, und so einen Beitrag an die Volksgesundheit zu leisten ... Als Tagesergebnis ergab sich übereinstimmend die Auffassung, dass die Spitäler sich nicht an der Förderung der heute klar festgestellten Ueberernährung beteiligen dürfen, sondern die Aufgabe haben, eine in jeder Beziehung richtige Kost darzubieten.»

Inwieweit werden die Forderungen dieser neuen Richtung heute erfüllt? Wie steht es mit der «hygienischen Musterkost»?

Die Spitalärzte kümmern sich im allgemeinen herzlich wenig um Ernährungsfragen und um die Menus ihrer Patienten. Auch die Diäten werden meist sehr summarisch und schematisch verordnet. Viel eher als der Arzt vernimmt die Krankenschwester vom Patienten dessen Ansicht über das Essen, so dass sich die erfahrene Schwester ein Bild machen kann, wie in Patientenkreisen die Verpflegung und Diät beurteilt werden.

Bei den heute schon weitverbreiteten Kenntnissen, was unter einer vollwertigen Kost zu verstehen ist, treffen wir immer häufiger aufgeschlossene Patienten, die die Mängel der durchschnittlichen Spitalverpflegung empfinden. Als Hauptklagen höre ich z. B. von den I.- und II.-Klasspatienten der Privatspitäler:

«Ich wurde überfüttert — eine richtige Mastkost!» «Weniger Quantität — dafür mehr Qualität!» «Zuviel Gekochtes, meist Verkochtes!» «Viel zu oft Fleisch!» «Kompott, Kompott, Kompott; Breili, Breili, Breili; Suppe, Suppe, Suppe!» «Die ewigen Weggli zum Frühstück!» «Zu wenig frische Früchte, rohes Obst!» «Zu wenig Salat!» «Vollkornbrot oder Knäckebrot — eine Seltenheit!» «In diesem Spital versteht man überhaupt nichts von Diät!» «Es soll hier eine Diätassistentin geben, aber sie kommt nie zu den Patienten.»

Es wäre nun aufschlussreich zu wissen, ob nur der einweisende Arzt solche kritischen Bemerkungen zu hören bekommt, oder ob von derartigen oder ähnlichen Wünschen auch die Schwester erfährt.

Eine Aussprache in der *«Zeitschrift für Krankenpflege»* könnte bestimmt sehr lehrreich und wegweisend sein, besonders dann, wenn von seiten der Pflegerinnen Vorschläge und Anregungen zu einer Verbesserung gemacht würden. Wo ist der Hebel anzusetzen? Beim Arzt(-studium)? Bei der Verwaltung? In der zusätzlichen Ausbildung des Küchenpersonals? Wie beurteilt die Schwester die Funktion, die Leistung und den Einfluss der Diätassistentin?

*

Die hier aufgeworfenen Probleme sind von grosser Bedeutung für die Volksgesundheit, welche, wie S. Hoffmann in der erwähnten Arbeit eindrücklich nachweist, sehr zu wünschen übriglässt. Die Gesundheitserziehung steht deshalb vor wichtigen Aufgaben, besonders auf dem Gebiete der Ernährung. Hier haben die Spitäler offensichtlich versagt. Eine Neuorientierung ist dringend. Die Umstellung kann nicht ohne die Unterstützung durch die Schwestern erfolgen.

Schülerinnen unserer Krankenpflegeschulen fahren nach Hannover

Vergangenen Frühling erhielt die Präsidentin des SVDK ein Schreiben, dessen Inhalt grosse Freude hervorrief. Die *Schwesternschaft Niedersachsen des Agnes-Karll-Verbandes* lud je eine Gruppe Schülerinnen aus Dänemark, Oesterreich und der Schweiz zur Teilnahme am Schülerinnentreffen des Verbandes vom 10. bis 16. Juni in Hannover ein. Ein solcher nachbarlicher Kontakt sollte der Vertiefung der Idee der «europäischen Schwester» dienen. Vier Schülerinnen und eine Oberin durften nun für diese Reise vorgeschlagen werden. Nach einer Umfrage unter sämtlichen Schulen unseres Landes erwies es sich, dass die Einladung auf grosses Interesse stiess, dass sich aber einzelne Schulen aus verschiedenen Gründen gezwungen sahen, von der Anmeldung einer Schülerin abzusehen.

Die Gruppe, die schliesslich erwartungsvoll die Reise nach Hannover antrat, setzte sich wie folgt zusammen: Oberin Minna Spring und Schülerin Margrit Wittwer, Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Biel; die Schülerinnen Marianne Barben, Rotkreuzpflegerinnenschule Lindenhof Bern; Jacqueline Masson, «Bon Secours» Genf und Ruth Schneider, Hôpital cantonal Lausanne.

Der Reisebericht, den die vier Schülerinnen zusammen verfassten, lässt erkennen, welch unvergessliches Erlebnis dieser Gedankenaustausch mit Schülerinnen anderer Länder für sie bedeutete.

Könnte diese Erfahrung nicht auch bei uns den Wunsch und das Bedürfnis wecken nach Aussprachegelegenheiten für Schülerinnen und Schüler unserer Schulen, vorerst innerhalb unserer Landesgrenzen? Wohl sind Ansätze dazu vorhanden, doch scheint es sich dabei mehr um gemeinsame Beteiligung an Feiern und festlichen Anlässen zu handeln, als um Veranstaltungen zu Studienzwecken. Ob wohl eine unserer Sektionen einmal die Initiative ergreifen und das Patronat über eine *Studientagung für Schülerinnen und Schüler* übernehmen wird?

Im folgenden bringen wir einige Auszüge aus dem Reisebericht:

Studienaufenthalt in Hannover
10. bis 16. Juni 1963

10. Juni

Biel, 7.02 Uhr: «Schnellzug Genf, Lausanne, Olten, Basel, einsteigen bitte.» Fröhlichen, doch sicher auch etwas bangen Herzens fuhren Frau Oberin Minna Spring, Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel, und wir, Schülerinnen aus Genf, Lausanne, Bern und Biel, unserem grossen Erlebnis entgegen. In Basel bestiegen wir den herrlichen TEE-Zug, um in unerhörter Geschwindigkeit durch die Gegend zu sausen. Glücklicherweise waren wir alle etwas aufgeregt und somit recht in Eile, sonst hätten wir von unserem schnellen Zug bloss noch das Nachsehen gehabt, hält er doch an jeder Station nur zwei Minuten. Die Fahrt durch das Rheinland, die Flachebene von Deutschland, vorbei an Storchennestern, Windmühlen, aber auch riesigen Fabrikarealen, war einmalig schön und sehr eindrucksvoll, zumal es der Wettergott so gut mit uns meinte.

In Hannover wurden wir von Schwester Erika, der Schulschwester aus dem Cäcilienstift, einer Kinderkrankenpflegeschule, wo wir Schweizerinnen auch wohnen durften, aufs herzlichste empfangen. In unserem neuen ‚Heim' wurden uns freundlicherweise von den Schülerinnen Zimmer abgetreten, die wir für eine Woche unsere eigenen nennen durften. Bei unseren eigentlichen Gastgebern, den Schwestern des Agnes-Karll-Verbandes (AKV), wurden wir von Frau Oberin Hohendahl und Schulschwester Erna so lieb und nett empfangen, dass wir uns von Anfang an zuhause fühlen konnten. Dort machten wir auch die erste Bekanntschaft mit unseren acht Kolleginnen aus Dänemark.

11. Juni

Nach einem stärkenden Frühstück, bei dem nun unser erster Kontakt entstand, durften wir eine herrliche Stadtrundfahrt machen. Im Jahre 1945 stellte sich in *Hannover* die Frage, ob man die Stadt dem Erdboden

gleichmachen oder alles neu aufbauen solle. Da letzteres siegte, ist nun die Stadt zum grössten Teil ganz modern, wenn auch die dunklen Häuser für uns recht ungewohnt sind und ein eher altes Stadtbild schaffen. Die grossen Strassen, die durch die Stadt ziehen, sind nicht viel anders als bei uns in den Grosstädten, doch findet man in Hannover überall wieder kleine und grössere Parks und Kinderspielplätze, die auf eine moderne Stadt hinweisen. Die Krankenhäuser sahen wir bloss auf der Durchfahrt, doch hatten wir Gelegenheit, uns am Nachmittag eines der letztneuesten, das *Oststadtkrankenhaus,* näher anzusehen. Es ist eines der grössten Spitäler in Hannover und bietet einen imposanten Anblick, ein riesiges rotes Gebäude, und daneben ein Hochhaus für die Schwestern, das punkto Ausstattung unseren moderneren Bauten sehr ähnlich sieht.

Im Spital ist nun von der Maschine, die die Handschuhe trocknet und pudert, bis zu den modernen Babybettchen aus einer Art Plexiglas und somit gut zum Reinigen, alles vorhanden. Auf jeder Station hat es ein Untersuchungszimmer, Schwesternzimmer, Teeküche und alles uns Geläufige. Erwähnenswert ist auch, dass in diesem Krankenhaus jede Station mit schalldämpfenden Platten ausgelegt ist, was sicher sowohl für Patienten wie Schwestern begrüssenswert ist.

Im Oststadtkrankenhaus, wie übrigens überall während unseres Deutschlandaufenthaltes, wurden wir überaus freundlich aufgenommen, und nach einem Rundgang durch den wunderschönen Spitalpark trafen wir uns zum üblichen Kaffeeklatsch, wobei Gedanken, eventuelle Erfahrungen und Erlebnisse unter uns Schülerinnen ausgetauscht werden konnten.

12. Juni

Treffen der Schülerinnen aus Deutschland, Dänemark und der Schweiz

Der grosse, schöne Gemeindesaal der Listerkirche war bereits angefüllt mit jungen, fröhlichen Mädchen und immer noch trafen Autobusse ein mit neuen Schülerinnen, alle in einfachen, blauen Leinenkleidchen, weissen, gestärkten Schürzen und weissen Häubchen.

Von den 14 Krankenpflegeschulen, die der AKV in Niedersachsen betreut, waren rund 300 Schülerinnen zu ihrem jährlichen, grossen Treffen nach Hannover gekommen. Der Vorstand des AKV hatte dieses Jahr zum erstenmal auch Gäste aus dem Ausland eingeladen. Während den eingeladenen österreichischen Schülerinnen die Teilnahme an diesem Treffen im letzten Moment verboten wurde, sassen wir andern, 8 Schülerinnen aus Dänemark und 4 aus der Schweiz, mit je einer Oberin voller Erwartung unter den deutschen Kameradinnen.

Mit einem Lied eröffneten die Schülerinnen des AKV-Krankenhauses von Hannover die Tagung, und anschliessend betrat Frau Oberin Hohendahl vom AKV die Rednerbühne. Sie begrüsste die Vertreter der Regierung und der Stadt, von Kirche, Schulen, Vereinen und Verbänden und leitete darauf das erste Referat einer *Schülerin aus Dänemark* ein.

Die grosse blonde Dänin, eine Schülerin aus Kopenhagen, erzählte uns folgendes über die Ausbildung in Dänemark: Vor einigen Jahren gab es in Dänemark noch 104 Krankenpflegeschulen. Es ergab sich, dass sehr viele kleine Krankenhäuser eigene Schulen hatten. Vielfach wurden an diesen Schulen die Schülerinnen fast ausschliesslich praktisch ausgebildet und erhielten nur einen sehr mangelhaften theoretischen Unterricht. Im Jahre 1958 wurden diese Schulen zusammengeschlossen, und heute besitzt Dänemark nur noch 34 Schulen, an welchen jeweils durchschnittlich über 100 Schülerinnen ausgebildet werden. Die praktische Ausbildung findet, wie auch zum Teil bei uns, in kleineren Spitälern statt, die der Schule als Aussenstation angeschlossen sind.

Die Ueberwachung der Ausbildung liegt in Dänemark in den Händen des staatlichen Gesundheitsamtes, welches die Schulen anerkennt und das Ausbildungsprogramm aufstellt.

Nach dieser Orientierung über die Ausbildung in Dänemark folgte das Referat der Schweizer Schülerin über unsere Ausbildung.

Darauf ergriffen die *deutschen Schülerinnen* das Wort. Interessant und neu für uns ist, dass die deutschen Schülerinnen ihre Ausbildung bereits mit dem 18., ja, ausnahmsweise sogar mit dem 17. Altersjahr beginnen können. Weitere Aufnahmebedingungen sind: guter Leumund, Volksschulbildung von mindestens 8 Jahren und Haushaltungslehrjahr in einem Privathaushalt oder, was viele tun, eine einjährige Haushaltungsvorschule in einem Spital.

Nach den Referaten der Schülerinnen leitete Frau Oberin Hohendahl die Diskussion über das Gehörte ein, und bald war ein reges, lebhaftes Wortgefecht im Gange.

Unmerklich schnell war dieser Morgen vergangen, und schon war es Zeit zum Mittagessen. Umständehalber wurde eine lustige Stehparty an der Sonne organisiert, d. h., wir erhielten alle eine Tasse Suppe und ein Brötchen, und so trafen wir uns, deutsche, dänische und schweizerische Schülerinnen, und die begonnenen Diskussionen wurden während des Essens weitergeführt.

Ein fröhliches Lied der Schülerinnen aus Celle leitete über zum zweiten Teil der Tagung. Zuerst sprach die Präsidentin des AKV, Frau Oberin Elster, über die Aus- und Fortbildung in Deutschland. Sie gab uns weiter einige sehr interessante Zahlen über die Verteilung von geschultem und ungeschultem Personal, über die Zahl der Spitäler, Betten und Patienten pro Schwester bekannt und wies darauf hin, dass der Mangel an geschultem Pflegepersonal in Deutschland genauso gross sei wie auch in andern Ländern. Sie erwähnte, dass gerade diese gemeinsame Schwierigkeit zur Gemeinschaft untereinander aufruft.

Damit verliessen wir den «geschäftlichen» Teil des Tages und freuten uns an der Darbietung der Gruppe aus dem AKV-Krankenhaus von Hannover. Immer gekleidet in den entsprechenden Trachten ihrer Zeit, erschienen zwölf Schülerinnen als Germanin, Hygieia, Phoebe, Johanniterin, Nonne, Elisabeth von Thüringen, Barmherzige Schwester, Diakonisse, Florence Nightingale, Rotkreuzschwester, erste freie Schwester und AKV-Schwester und erzählten aus ihrer Arbeit.

Durch ein gemeinsames z'Vieri fand dieser schöne Tag seinen Abschluss, und die fröhliche Schar kletterte wieder in die zahlreichen wartenden Autobusse zurück. Ein letztes Winken, ein letzter Gruss, und unsere Kameradinnen fuhren zurück zur Arbeit, zum Dienst, der uns alle untereinander verbindet.

13. Juni

Am Donnerstag stand ein Besuch der 40 km nördlich von Hannover gelegenen Stadt *Celle* auf dem Programm. Nach einer angenehmen Carfahrt durch die reizvolle Lüneburger Heide erreichten wir den malerischen Ort. Als erstes wurden wir im feudalen Rathaus von Oberbürgermeister, Presse und Photographen gastfreundlich empfangen und zum Apéro eingeladen: So eine Ehre wird uns nicht jeden Tag zuteil!

Das Mittagessen nahmen wir gemeinsam mit den Lernschwestern des allgemeinen Krankenhauses ein, und es entwickelte sich alsbald ein eifriges Frage- und Antwortspiel.

Am Nachmittag hatten wir Gelegenheit, unter sachkundiger Leitung der Chefärztin die neue, äusserst moderne Kinderklinik zu besichtigen.

Am späten Nachmittag bestiegen wir wiederum den Bus, der uns ins nahe gelegene frühere *Nonnenkloster Wienhausen,* heute ein evangelisches Frauenkloster, brachte.

Eine der Damen, die der Leitung einer Aebtissin untersteht, zeigte und erklärte uns mit viel Liebe und Geschick die aus dem 14. bis 18. Jahrhundert stammenden Kunstschätze: Bauten in gotischer Backsteinarchitektur, Wandbemalungen und berühmte Gobelinteppiche, die in kunstvoller mittelalterlicher Stickerei die Tristan-Sage und Legenden der Heiligen schildern.

Wirklich bereichert von den vielen neuen Eindrücken, die wir langsam verarbeiten mussten, kehrten wir wieder wohlbehalten in unser Standquartier Hannover zurück.

14. Juni

Freitags machten wir uns auf zu einer herrlichen Carfahrt nach *Hameln an der Weser.* Diese Stadt verdankt ihren Ruhm einerseits der Rattenfängerlegende, aber auch ihrer eindrucksvollen Architektur (Weser-Renaissance).

Nach einem sehr herzlichen Empfang im Kreiskrankenhaus (allgemeines Krankenhaus mit 320 Betten) und anschliessendem Rundgang durch das Spital, das teilweise kürzlich renoviert wurde, zeigte uns ein Führer auf sehr interessante Weise die Stadt Hameln mit einigen ihrer architektonischen Schätze.

Nachmittags, von einem herrlichen Essen im Kreiskrankenhaus gestärkt, machten wir in unserem lieben Car einen kleinen Sprung nach Hämelschenburg, um nachher beim berühmten *Staatsbad Pyrmont,* das etwa 70 km südwestlich von Hannover liegt, zu landen. Welch Staunen! Eine Mannigfaltigkeit von verschiedenen Heilquellen, CO_2-Quellgas und Moor werden ergänzt durch vielerlei zusätzliche Kurmittel, wie die Liegekur zum Beispiel und die Spaziergänge durch den riesigen Park. Auf diese Weise werden die verschiedensten Krankheiten, wenn auch nicht immer geheilt, so doch gelindert. Die einzige Kontra-Indikation ist wohl der zu magere Geldbeutel!

Beglückt über den abwechslungsreichen Tag kehrten wir abends laut singend nach Hause zurück.

15. Juni

Der Samstag wurde für uns ein grosser Tag: Morgens empfing uns der Bürgermeister der Stadt Hannover mit dem dänischen und dem schweizerischen Konsul im Gobelinsaal des neuen Rathauses. Es war ein herrliches Gefühl, auf den zentimeterdicken, weichen Teppichen zu wandeln und in dieser ganz speziellen Atmosphäre einen erfrischenden Trunk zu geniessen!

Der Nachmittag stand zu unserer Verfügung, wovon wir profitierten, um Hannover nochmals gründlich zu erforschen und auch einige Einkäufe zu besorgen (Pumpernickel in rauhen Mengen!).

Etwas Unvergessliches erlebten wir am Abend, als wir zu einem Konzert im Galeriegebäude der *«Königlichen Gärten» Herrenhausen* eingeladen wurden. Italienische Werke aus drei Jahrhunderten (Verdi, Vivaldi und Respighi) bereiteten uns riesige Freude, die aber noch gesteigert wurde, als wir anschliessend durch die illuminierten Parks bummelten. Die Silhouetten der kleinen und grossen Springbrunnen gegen den schwarzen Himmel und die zauberhafte Beleuchtung der kunstvoll angelegten Gärten versetzten uns wirklich ins Märchenland. Nur allzuschnell wurden wir wieder in die Wirklichkeit versetzt, als die Beleuchtung nach 20 Minuten jäh abbrach.

16. Juni

Schweren Herzens begaben wir uns zum letztenmal in die gemütliche Wohnhalle des AKV. Ein letztes gemeinsames Morgenessen, ein letzter Gedankenaustausch. Noch einmal konnten wir, Däninnen, Deutsche und Schweizerinnen, gemütlich unsere Erlebnisse austauschen. Dann ein letzter Händedruck, ein Versprechen, die nun geschlossenen Bekanntschaften brieflich zu erhalten, und der Augenblick des Abschiedes war da. Frau Oberin Hohendahl, Schulschwester Erna vom AKV und Schwester Erika vom Cäcilienstift kamen noch zu uns auf den Bahnhof, worauf der schnelle TEE-Zug uns unserer Heimat entgegenfuhr. Die Erinnerungen an unsern Studienaufenthalt im herrlichen Hannover werden uns unvergesslich bleiben.

Krankenbeobachtung ist eine Kunst. Um eine Kunst ausüben zu können, braucht es Begabung. Begabung zur Krankenbeobachtung schliesst in sich: begabt sein für die Liebe zum kranken Menschen.

Beobachten ist eine aktive, geistige Tätigkeit, bei der festgehalten wird, ob sich eine Veränderung am zu beobachtenden Objekt vollzieht. Der zweite Schritt ist, dass wir die beobachtete Veränderung einer Wertung unterziehen, indem wir sie vergleichen mit vorausgegangenen Beobachtungen und Erfahrungen. Damit wir Veränderungen feststellen können, müssen wir zuerst den Grundzustand des zu beobachtenden Objektes kennen. Auf die Krankenbeobachtung übertragen heisst das: wir stellen zuerst den «Normalzustand» eines Patienten fest; die eintretenden Veränderungen sind dann sinngemäss einzuordnen und auszuwerten. Dabei ist das Objekt unserer Beobachtung ein Mensch — meistens ein kranker Mensch — in seiner Vielschichtigkeit. Dadurch erhält die Krankenbeobachtung ihr eigenes Gepräge, ihre eigenen Schwierigkeiten und Schwächen, aber auch ihre eigene Faszination, wie alles, das sich mit dem Menschen befasst.

Grundlagen

Erkenntnisse zur Feststellung des Normalzustandes bei der Krankenbeobachtung liefern uns weitgehend die Anatomie und Physiologie. Gute Kenntnisse in diesen Fächern sind somit Voraussetzung für die Krankenbeobachtung.

Als weitere Grundlage gilt eine gute Beobachtungsgabe. Gutes Beobachten ist eine Fähigkeit, die zum Wesen eines Menschen gehören kann, man kann sie sich aber auch aneignen. Eine gute Beobachtungsgabe setzt voraus: Wachsein für die Umwelt, Interesse für das, was um uns vorgeht, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, Unterscheidungsvermögen zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem. Dazu kommt der Wille, Erfahrungen zu sammeln und sie auszuwerten.

Erziehung

Die Erziehung zur Krankenbeobachtung hat die oben genannten Grundlagen zu bilden.

Es wird immer wieder behauptet, der moderne Mensch, vor allem die Jugend, habe gutes Beobachten verlernt. Wie für vieles andere mehr wird das hektische, lärmige Leben, werden Radio, Fernsehen und Film dafür verantwortlich gemacht. Sicher dringen eine Unzahl von Reizen, optische und akustische, auf uns ein; vor allem, wenn wir uns nicht bewusst gegen diese Reize abschirmen. Wir können sie nicht mehr verarbeiten. Wir gewöhnen uns an diesen Reizüberfluss, den wir erst empfinden, wenn er ausfällt, in der Stille, die uns ungewohnt und unbehaglich vorkommt. Wir bauen um uns eine künstliche Geräuschkulisse, indem wir das Radio oder den Plattenspieler in Betrieb setzen. Wir hören aber vielfach nicht genau hin und lassen die Geräusche «dahinplätschern». Auch auf optischem Gebiet werden wir durch die viele Reklame — die immer schreiender werden muss, damit wir sie beachten — und durch mannigfaltige Inschriften abgestumpft. Beobachten bedeutet aber *genaues Hinhören und Hinsehen.* Wir müssen uns den gegebenen Situationen anpassen, indem wir die uns angebotenen Reize bewusst auswählen.

Krankenbeobachtung kann man nicht anlernen wie eine rein technische Verrichtung, z. B. das Anlegen eines Verbandes. Die Schüler müssen mit Augen und Ohren, mit allen ihren Sinnen auf den Patienten eingehen und sich mit ihm befassen. Mit dem Gehörten und Gesehenen müssen sie sich auseinandersetzen. Das bedingt geistiges Wachsein, logisches Denken und Erarbeiten von klaren Begriffen. Die Erziehung zur Krankenbeobachtung ist nicht nur eine fachliche, sondern ebenso eine ethische Angelegenheit.

Krankenbeobachtung kann nie Routinearbeit sein, da die Situationen immer wieder anders sind, bedingt durch die Eigenart jedes Patienten. Gleichzeitig muss den Schülern fundamentales Wissen über die zu erwartenden Symptome und Reaktionen vermittelt werden, an Hand dessen in der täglichen Arbeit Erfahrungen gesammelt werden können. Die besten Unterrichtsstunden in Krankenbeobachtung nützen jedoch wenig, wenn das Interesse für den Patienten nicht aufgebracht und die Arbeit stumpf und ohne innere Anteilnahme verrichtet wird.

Die Stunden in Krankenbeobachtung sollten vermehrt durch *«klinischen Unterricht»* am Krankenbett ergänzt werden. Dabei lassen sich die abstrakten Begriffe durch konkrete Anschauung ergänzen und prägen sich so besser ein. Alle, die mit Schülerinnen und Schülern sowie mit jungdiplomierten Schwestern und Pflegern arbeiten, sollten sich bewusst sein, dass sie in der Erziehung zur Krankenbeobachtung eine grosse Aufgabe zu erfüllen haben. Es gilt, als Vorbild zu wirken und jede Gelegenheit zu ergreifen, am Krankenbett selbst auf Tatsachen aufmerksam zu machen, die für die Krankenbeobachtung wichtig sind.

Technik und Krankenbeobachtung

Die Technik hat sich auch der Krankenpflege und der Krankenbeobachtung angenommen. Ingenieure haben Apparate erfunden, an die Dutzende von Patienten angeschlossen werden können. Diese «elektronischen Krankenschwestern» registrieren z. B. alle 40 Sekunden automatisch Puls, Blutdruck, Respiration und die Körpertemperatur. Die Resultate werden vom Apparat selbst auf Lochkarten eingetragen. Es können für jeden Patienten Normalwerte eingeeicht werden. Werden diese Werte über- oder unterschritten, ertönt ein Alarmsignal.

Die Vorteile dieser elektronischen Apparate, rein technisch und praktisch gesehen, sind enorm. Die Werte von Puls, Blutdruck usw. müssen nicht durch ausgedehnte Rundgänge ermittelt werden, sondern lassen sich von einem einzigen Platz aus kontrollieren. Es müssen keine Ueberwachungskurven geführt werden.

Wir wissen, was es z. B. für eine Nachtwache bedeutet, wenn sie bei mehreren Patienten in kurzen Zeitabständen den Blutdruck zu kontrollieren hat. Meistens muss zusätzliches Personal herangezogen werden (sofern vorhanden!).

Am Schluss des Artikels, in welchem der oben erwähnte Apparat beschrieben wird, steht folgendes: «In rein technischer Hinsicht hat die neue Einrichtung in der Tat viel Faszinierendes, würde sie doch eine postoperative Kontrolle von bisher unbekannter Konstanz und Frequenz ermöglichen. Anschaffungs- und Unterhaltskosten dürften dagegen beträchtlich sein. Doch nicht nur deshalb wird man der ‚Electronic Nurse' zwar bewundernd, aber auch nachdenklich gegenüberstehen . . .»

Der Verfasser jenes Artikels hat nicht nur die technische, sondern auch die menschliche Seite gesehen. Mit Unbehagen konstatieren wir, dass wir mit diesen Apparaten dem Roboterspital, in welchem der Patient nur noch Maschinen und Apparate, aber keine Menschen mehr sieht, einen Schritt näherkommen. Bis jetzt haben wir über das Roboterspital gelacht, sei es bei Witzzeichnungen oder bei Balladen über das Thema «Modernes Spital». War, oder ist es Galgenhumor? Wir sind der Ansicht, mit der Einführung dieser Apparate werde Grundsätzliches in der Krankenpflege berührt. Wir stellen uns die Frage: Werden wir im zukünftigen Spital hinter Apparaten sitzen und Manipulationen an Steuerpulten ausführen? Brauchen wir in Zukunft überhaupt noch eine Krankenbeobachtung, die durch das Pflegepersonal ausgeführt wird? Führen die elektronischen Apparate dies nicht schneller und sicherer durch?

Wenn wir die Krankenbeobachtung richtig verstehen, in dem Sinn, wie ich es ausgeführt habe, glaube ich, dass wir diese Fragen mit Nein beantworten können. Besinnen wir uns auf das, was uns von dieser elektronischen Krankenschwester unterscheidet: Es gibt Anzeichen beim Patienten, die durch diese Apparate nicht gemessen und registriert werden können. Der «Nor-

malwert» der *Persönlichkeit* des Patienten kann nicht in Zahlen festgehalten werden. Somit können auch Veränderungen an der Persönlichkeit nicht mit Messapparaten registriert werden. Auch die oben beschriebenen, elektronischen Apparate sind nur Messapparate. Damit ist die Frage aufgeworfen, ob es in der Krankenbeobachtung über messbare Werte hinausgeht, ob nicht auch der Patient in seiner Ganzheit als einmaliges Individuum erfasst werden soll. Können uns Veränderungen in der Persönlichkeit des Patienten bei der Krankenbeobachtung etwas bedeuten?

Es scheint öfters ein rein subjektives Gefühl zu sein, wenn uns ein Patient nicht gefällt, oder wenn wir denken, es gehe ihm besser. Objektiv ist keine Veranlassung dazu da, eine Besserung oder eine Verschlechterung des Zustandes zu erwägen; alle messbaren Werte sind unverändert geblieben. Und doch gibt uns das «Gefühl» in vielen Fällen recht. Ich weiss um die Gefahr der subjektiven Beobachtung. Aber dieses subjektive Beobachten ist ein wesentlicher Bestandteil der Krankenbeobachtung. Wir brauchen beides: eine reale, objektive Beurteilung der messbaren und ersichtlichen Beobachtung und das Wissen darum, dass damit nicht alles erfasst wird.

Worauf beruhen diese subjektiven Gefühle? Sie sind nur teilweise subjektiv, denn sie sind verursacht durch kaum wahrnehmbare Veränderungen im Verhalten des Patienten: eine Aenderung im Gesichtsausdruck, eine andere Stimmlage, eine veränderte Reaktion auf unsere Verrichtungen. Registrieren wir diese Veränderungen — vielleicht nicht einmal ganz bewusst —, spüren wir, «dass etwas vorgeht».

Wir wissen, dass eine enge Wechselbeziehung zwischen der Psyche und dem Körper besteht. Darum sind Veränderungen in der Persönlichkeit des Patienten die feinsten Instrumente, die uns für die Krankenbeobachtung zur Verfügung stehen. Das Umgehen mit diesen Instrumenten stellt aber grössere Anforderungen an uns, als das Ablesen einer Skala an einem technischen Apparat. Es ist uns möglich, beginnende körperliche Veränderungen zu erfassen, auf Grund fast unscheinbarer Schwankungen in der Persönlichkeit des Patienten.

Krankenbeobachtung umfasst die ganze Summe der körperlichen und seelischen Aeusserungen des Menschen. Diese Aeusserungen zu werten, sie miteinander in Beziehung zu bringen, ist eine Aufgabe, die uns auch in Zukunft die besten elektronischen Apparate nicht abnehmen werden. *Je mehr Apparate in einem Krankenzimmer stehen, desto wichtiger wird die menschliche Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden.*

Ernährung der Mönche im Mittelalter

Aus einer kleinen Schrift über den Altenberger Dom bei Köln:

... Um zwei Uhr in der Frühe weckte die kleine Glocke des Oratoriums den Convent, und es begann der Gottesdienst, der bis gegen sieben Uhr dauerte. Hierauf begaben sich alle, ohne auch nur einen Schluck Wasser zu trinken, an die Arbeit, welche sich in der Hauptsache aus Landarbeit, Handwerk und den Beschäftigungen zusammensetzte, welche für die Errichtung der Kirche und der Klostergebäude notwendig erschienen.

Um elf Uhr war die Mittags- und Hauptmahlzeit, bei der nie mehr als zweierlei Speisen auf dem Tisch sein und jedem eine Hemina Wein gereicht werden durfte. In der Fastenzeit, die, wie heute noch bei den Trappisten, von Mitte September bis Ostern dauerte, fiel die zweite Mahlzeit, welche gegen sechs Uhr gehalten wurde, aus. Ausser diesen Zeiten gab es nichts, und auch bei den Mahlzeiten durften weder Fleisch noch tierische Fette, keine Gewürze oder Salz gegeben werden. Selbst dem Klostergast war der Genuss von Fleisch innerhalb des Klostergebietes untersagt.

Trotz alledem lebten die Mönche ein glückliches Leben in Gottzugewandtheit, Entsagung und Fleiss. Es wuchsen die Gebäude der Abtei, und es mehrten sich die Felder.

Nicole F. Exchaquet

Conférence mondiale d'éducateurs

Lausanne, 19-23 août 1963

Parallèlement au « Centre international d'étude pour responsables des services infirmiers de la Croix-Rouge » s'est déroulée, à Lausanne, la Conférence mondiale d'éducateurs, destinée particulièrement aux agents de la *Croix-Rouge de la Jeunesse.*

Elle groupait environ 140 participants venus de 45 pays, public bariolé et polyglotte, plein d'animation.

Le but de cette conférence était de « procéder à la lumière des tendances modernes de l'éducation, à une nouvelle estimation du programme de la Croix-Rouge de la Jeunesse, ainsi que de la place et du rôle qu'il tient dans la vie scolaire; d'adapter ce programme aux conditions et aux besoins des jeunes d'aujourd'hui et de demain; de renforcer la collaboration des membres du corps enseignant à l'œuvre et aux objectifs de la Croix-Rouge dans le monde entier ».

Les thèmes de discussion furent successivement:

— « La contribution de la Croix-Rouge à l'éducation humanitaire de la Jeunesse. »

— « Responsabilités de la Croix-Rouge dans le domaine de la protection de la santé et de la vie. »

— « L'éducation de la jeunesse dans l'esprit du service volontaire. »

Chaque thème fut introduit dans ses principes par une conférence magistrale, suivie d'une série de brefs exposés donnant des illustrations pratiques. Le reste de la journée réunissait, en petits groupes de travail, les participants qui avaient chaque fois large matière à discussion.

D'heureuses circonstances m'ont permis de participer durant une matinée aux travaux de cette conférence, en tant que déléguée du Centre international d'étude et chargée d'exposer le sujet des *« soins au foyer en tant que moyen d'éducation sanitaire »*.

Cela me valut non seulement des contacts très intéressants, mais aussi de bénéficier de quelques démonstrations frappantes des méthodes très variées préconisées dans certains pays pour gagner les jeunes à la cause de la Croix-Rouge et les stimuler à une action positive et humanitaire.

Enfin, j'ai pu entendre une remarquable conférence du Dr Etienne Berthet, directeur du Centre international de l'Enfance à Paris, sur les « tâches actuelles et l'orientation future de l'éducation de la santé ».

L'éducation sanitaire, selon le Dr Berthet, ne consiste pas seulement à apprendre aux gens à lutter contre la maladie, à être exempts de maladie, mais à les aider à gagner et maintenir un équilibre, une « harmonie de vie ». Elle doit, dans son action, tenir compte de multiples facteurs démographiques, physiques, psychiques et sociaux qui portent atteinte à cet équilibre, si difficile à acquérir chez les jeunes, particulièrement vulnérables.

Dans ce domaine aussi vaste, tout adulte doit jouer un rôle d'éducateur vis-à-vis de la jeune génération et de ceux dont il est responsable.

Après ces quelques heures passées au Centre mondial des éducateurs, les questions suivantes se sont posées à mon esprit, que je livre à votre réflexion:

— Sommes-nous conscientes, nous infirmières, de notre rôle d'éducatrice de la santé?

— Que fait-on dans l'action en faveur du recrutement pour souligner cet aspect de notre profession?

— L'élève infirmière apprend-elle non seulement à donner des soins corrects, mais aussi à en expliquer le sens et la portée au malade et à son entourage?

— Ne développe-t-on que chez les futures monitrices d'école ce sens pédagogique propre à toute femme et qui permet à l'infirmière, tout comme à la mère de famille, de jouer un rôle civique dans la société?

Ce mot, dont même le profane connaît aujourd'hui la signification, dans le moindre des pays civilisés, ce mot qui fait que des foules de malades affrontent l'opération le cœur... relativement léger... eh! bien, savez-vous qu'il n'existait pas, il y a 120 ans. C'est en 1846 seulement que le docteur Oliver Wendell Holmes l'employa pour la première fois.

En effet, jusque vers le milieu du siècle passé, toute opération, même la plus cruellement douloureuse, se faisait sur un malade conscient, maintenu sur la table à force de tours de corde, hurlant de douleur, quand le choc ne lui avait pas fait perdre connaissance... choc dont beaucoup d'opérés mouraient, s'ils ne succombaient pas à l'infection post-opératoire.

Dès la plus haute antiquité, on essaya de faire disparaître la douleur en chirurgie; *Egyptiens* et *Chaldéens* employaient la mandragore ainsi que le chanvre indien. Les *Chinois,* eux, usaient de l'opium bien des siècles déjà avant Jésus-Christ. Malheureusement, même ces faibles moyens furent interdits au Moyen Age, en particulier en France, et les chirurgiens barbiers de l'époque se contentaient d'enivrer leurs patients, ou de les hypnotiser (Mesmer)... à moins qu'ils ne les étouffassent en leur comprimant les carotides!

De toutes façons, si le patient qui devait subir l'opération « était semblable à un criminel se préparant à être exécuté, comptant les jours qui le séparaient de la date fatale, et ce jour venu, comptant les heures, tendant l'oreille pour surprendre le bruit de l'arrivée du chirurgien, puis enfin se laissant attacher et s'abandonnant au couteau cruel, tout en se révoltant contre son sort », le chirurgien, lui, « ne pouvait envisager de faire une opération sans un serrement de cœur » mais sans toutefois avoir le droit de se laisser attendrir. En 1839 encore, Velpeau avait écrit: « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est pas possible de poursuivre aujourd'hui. » Et l'on était si fortement persuadé de ce fait, qu'aussi étrange que cela puisse paraître, l'anesthésie fut découverte par hasard.

A la fin du XVIIIe siècle, les recherches de *Lavoisier* et de *Priestley* sur les gaz avaient eu un très grand retentissement. Des gens se piquant de connaissances scientifiques se mirent en grand nombre à examiner toutes sortes de gaz et leurs propriétés. C'est ainsi que l'on découvrit les qualités euphorisantes du *protoxyde d'azote* et de l'*éther sulfurique*. Aux Etats-Unis surtout, il devint de mode de s'enivrer aux vapeurs d'éther, dans la bonne société... et les forains donnaient des « séances de gaz hilarant ». En effet, le protoxyde d'azote, aspiré en petites quantités, rend gai et « gambadant » le quidam le plus solennel!

Un dentiste de Hartford (Connecticut), le docteur *Horace Wells,* assistant à une de ces séances, s'aperçoit que les « intoxiqués » tombent, se heurtent durement aux meubles, se blessent, sans ressentir aucune douleur. Il pense immédiatement que cette propriété du gaz hilarant pourrait être fort utile à son art. Après de nombreuses expériences sur lui-même, puis sur ses patients, il est convaincu de l'efficacité de cette nouvelle méthode: à l'aide d'un ballon inhalateur, il fait aspirer du protoxyde au malade, qui s'endort pendant quelques minutes, dont il profite pour arracher sans douleur la dent cariée. En Janvier 1845, il tente de faire une démonstration de sa méthode devant une assemblée de chirurgiens au Massachusetts General Hospital de Boston. Malheureusement, c'est un échec, et il se fait huer: son patient, gras et alcoolique, au lieu de s'endormir, fait une crise de folie furieuse.

Cependant, l'idée de Wells n'a pas été inutile à l'un de ses collègues, le dentiste *William Morton.* Celui-ci, après l'essai plus ou moins concluant de plusieurs gaz sur des animaux, reçoit du chimiste Jackson un conseil qui fera sa gloire: pourquoi ne pas user de l'éther sulfurique dont les propriétés anesthésiantes ont déjà été constatées par Paracelse, Faraday, et le Dr Long de Jefferson (USA)? C'est ce que Morton fait, d'abord dans le cadre de sa clientèle privée, puis devant la même assemblée de médecins que Wells, le 16 octobre 1846. Le succès est complet: le chirurgien Warren procède à l'extirpation d'une tumeur de la langue sans que le malade profère un gémissement! L'opinion des assistants est résumée par ces quelques mots de Bigelow, assistant de Warren: « Non, Messieurs, nous ne sommes pas les jouets d'une hallucination... Nous venons tous d'assister à un événement capital dans les annales de la chirurgie. »

De Boston, la grande nouvelle passe en Europe. Comme, à cette époque, la médecine américaine n'en est encore qu'à son âge le plus tendre, c'est avec beaucoup de scepticisme qu'elle est accueillie.

Cependant, Robert Liston, à Londres, le 21 décembre 1846, Jobert de Lamballe, puis Mal-

gaigne en France, Heyfelder en Allemagne, Schuh de Vienne et Demme de Berne essaient la narcose à l'éther à la satisfaction de tous... en particulier des malades.

Pour l'instant, le protoxyde d'azote est abandonné, sauf pour des interventions de très courte durée, à cause de sa toxicité.

Cette histoire merveilleuse aurait dû se terminer en apothéose pour ses acteurs principaux. Hélas, l'appât du gain, de la gloire et des honneurs leur fit oublier, que, seule, la conjugaison de leurs efforts avait permis ce succès; ils s'en disputèrent âprement la priorité. Wells finit par se suicider; Jackson mourut fou et Morton ruiné.

Après la chirurgie, l'obstétrique allait bénéficier de la découverte de l'anesthésie. *Simpson* d'Edimburgh fut le premier à employer l'éther dans les accouchements difficiles. Comme l'éther ne lui donnait pas entière satisfaction, il inhala de nombreux autres gaz, ainsi que deux de ses assistants. Finalement, *le chloroforme,* à l'odeur agréable, leur parait être le produit de choix; il semblait bien plus fort que l'éther. Et c'est lui que, désormais, Simpson employa pour soulager les femmes en couches, à la grande fureur de tous les puritains bien pensants... et masculins du Royaume-Uni et d'ailleurs, qui affirmaient que Dieu voulait voir la femme enfanter dans la douleur. L'un d'eux écrivait: « Le chloroforme est un leurre de Satan pour soulager les femmes en travail; mais cela finira par endurcir les cœurs, et de la sorte, Dieu sera frustré des cris profonds et sincères qui s'élèvent à l'heure de la douleur. » Ce à quoi Simpson répondit que Dieu Lui-même avait créé l'anesthésie en faisant tomber « un profond sommeil » sur l'homme avant de lui prendre une côte pour en créer la femme. Cependant, il fallut l'intervention de la reine Victoria elle-même pour calmer les esprits: en 1853, elle se fit chloroformer à la naissance de son septième enfant. Si la « bonne reine » s'était laissée endormir, on n'avait plus qu'à se taire et à l'imiter! C'est de cette époque que date l'appellation de « narcose à la reine » désignant les anesthésies obstétricales au chloroforme.

Nous ne pouvons clore ce chapitre de la victoire sur la douleur en chirurgie, sans parler de *l'anesthésie locale.* Elle ne fut mise au point que plusieurs décades après la découverte de Morton. Si l'alcaloïde cocaïne avait déjà été isolé vers 1860 par le chimiste Niemann, ce ne fut qu'en 1884 que Freud, le fondateur de la psychanalyse, se prit à étudier ses propriétés thérapeutiques. Malheureusement, il ne se pencha que sur ses effets euphorisants, négligeant ses qualités narcotiques qu'il qualifiait de secondaires. Ce fut son ami, l'*ophtalmologue Koller,* auquel il avait parlé de son travail qui, le premier, insensibilisa des cornées à la cocaïne en gouttes. D'autres médecins, en particulier Halsted aux USA, étendent l'emploi de la cocaïne à d'autres organes que les yeux: ils remplacent l'anesthésie de contact par des injections de cocaïne; il s'avère bientôt que cette méthode est dangereuse et tue même un assez grand pourcentage de patients. Reclus en France et Schleich à Berlin cherchent alors à la perfectionner en employant des solutions de cocaïne de plus en plus faibles. Puis Bier de Kiel, en 1898, a l'idée d'injecter de la cocaïne dans le canal rachidien pour obtenir l'anesthésie régionale de la partie inférieure du corps. L'insensibilisation est parfaite. Malheureusement, les malaises post-opératoires des patients sont si violents, que Bier renonce presque à appliquer sa méthode, de même que ses collègues. Il faudra la mise au point d'un homologue moins toxique de la cocaïne, *la novocaïne,* par le chimiste Einhorn, et l'intervention de Braun à Leipzig, qui provoque une vasoconstriction à l'adrénaline, empêchant ainsi la cocaïne de se répandre dans les tissus, pour que l'anesthésie locale et régionale devienne inoffensive et populaire.

Depuis le début de ce siècle, *l'anesthésiologie* est devenue une branche médicale de plus en plus importante. On a mis au point tout un arsenal de produits et d'appareils qui ont largement diminué les risques et malaises opératoires: des médicaments préanesthésiques qui potentialisent les gaz de narcose, des barbituriques intraveineux qui induisent le sommeil en douceur, des gaz qui, alternés ou mélangés, ont perdu beaucoup de leur toxicité, des médicaments peranesthésiques qui suppriment le choc et les nausées post-opératoires, des relâchants musculaires, tels le curare, qui facilitent la tâche du chirurgien, des appareils qui permettent une ventilation pulmonaire adéquate pendant la narcose la plus longue.

Ce bref exposé ne peut bien sûr donner qu'une faible idée des luttes, des efforts ardus, des déceptions, des dangers courus par ces hommes expérimentant sur eux-mêmes, qui précédèrent l'institution d'une branche de la médecine essentielle aujourd'hui. Mais rappelons-nous que sans l'anesthésie, rien des merveilles chirurgicales actuelles ne pourrait avoir lieu. Cette découverte et celle de l'asepsie furent les conditions sine qua non du développement de la chirurgie qui était resté quasi stationnaire depuis de nombreux siècles.

Im Bezirksspital Biel ist im Jahre 1962 eine Untersuchung durchgeführt worden, welche eine neue Arbeitsbewertung der dort angestellten Personen zum Ziele hatte. Diese Untersuchung ist dem Betriebswissenschaftlichen Institut der Eidgenössischen Technischen Hochschule anvertraut worden und wurde in enger Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung Biel, der Spitalverwaltung und einer zu diesem Zweck eingesetzten Paritätischen Kommission ausgeführt.

Die Untersuchung erstreckte sich über die von rund 300 Personen ausgeübten 65 Funktionen des Aerzte- und Pflegepersonals, der medizinisch-technischen Berufsgruppe, des Hausdienstes, der Verwaltung und der technischen Dienste. Knapp ¾ Jahre nach dem im Herbst 1961 gefassten Beschluss der Spitalkommission, diese Arbeitsbewertung durchzuführen, lag das Ergebnis der Untersuchung vor. Auf den 1. Juli 1963 konnte für das gesamte Personal eine *erste Anpassung* an die neue Besoldungsordnung vorgenommen werden. Dies ist erst ein erster Schritt zur vollumfänglichen Verwirklichung der Resultate.

Die Untersuchung ergab, dass die Unterschiede zwischen den bisherigen Besoldungen und den mit der Arbeitsbewertung ermittelten Grundlöhnen sehr gross sind. Das gilt vor allem für das Aerzte- und Pflegepersonal, die medizinisch-technischen Berufe, aber auch das Hauspersonal. Man kann von einer krassen Unterbewertung dieser Tätigkeit sprechen, auch wenn man von einem Vergleich zu den Besoldungen der Stadtverwaltung oder der Privatwirtschaft absieht und nur die Lohnverhältnisse für die übrigen Funktionen im Bezirksspital, also innerhalb desselben aus Gerechtigkeitsgründen mit gleichen Masstäben zu messenden Kollektivs, gegenüberstellt.

Alle Feststellungen, Vergleiche und gezogenen Schlüsse bilden wohl das Resultat der Untersuchung im Bezirksspital Biel, gelten aber grundsätzlich und sinngemäss für die meisten Spitäler und verwandten Institutionen in der Schweiz und darüber hinaus. Der Bericht will in keiner Art und Weise die bisherigen Besoldungsverhältnisse im Bezirksspital Biel, die ja den kantonalen und eidgenössischen Vorschriften entsprechen, kritisieren, sondern die Oeffentlichkeit auf die wesentliche Unterbewertung von für die Allgemeinheit und jeden Einzelnen sehr wichtigen Berufen aufmerksam machen.

Im folgenden geben wir einige Auszüge aus dem Bericht der Arbeitsgruppe und aus der Zusammenfassung, die Verwalter A. Kellerhals für die Veska-Zeitschrift (August 1963, Seite 827) verfasste. Es werden hier nur einige Ueberlegungen, die den Krankenpflegeberuf betreffen, wiedergegeben. Die Leser, die sich für die Untersuchung im allgemeinen, für das Vorgehen und die Arbeitsmethoden interessieren, seien auf den Artikel in der Veska-Zeitschrift verwiesen.

Zur *Methode der Arbeitsbewertung* führen wir hier einzig die Merkmale bzw. Anforderungen an, die für jeden Berufsangehörigen oder Stelleninhaber aufgezeichnet wurden, in der Absicht, Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen: Schul- und Spezialkenntnisse, Berufslehre und systematische Ausbildung, Anlernung und Erfahrung, geistige Fähigkeiten, Initiative und Entschlusskraft, Autorität, Takt, körperliche Beanspruchung, geistige Beanspruchung, Beanspruchung der Sinnesorgane und durch Aufmerksamkeit, Belastung durch Zusammenarbeit und Verkehr mit Personen, Verantwortung, abnormale Arbeitsbedingungen.

Zu den Pflege- und medizinisch-technischen Berufen

Aus der Studie geht deutlich hervor, dass die Unterschiede zwischen der bisherigen Situation und den Resultaten der Arbeitsbewertung für diese beiden Gruppen am grössten sind. Der Bericht sagt dazu: «Hauptursache dafür dürfte die traditionelle Vorstellung über diese Berufe — Dienen am Menschen ohne Bezahlung — und die Tatsache, dass es sich fast ausschliesslich um durch weibliche

Personen ausgeführte Tätigkeiten handelt, sein.

Diese Ansichten müssen jedoch in der heutigen Zeit als überholt betrachtet werden. Wenn auch eine Verwirklichung der Forderung, gleiche Arbeit — gleicher Lohn, aus wirtschaftlichen Ueberlegungen noch nicht in vollem Umfang möglich ist, wobei gerade beim weiblichen Spitalpersonal die dagegen vorgebrachten sachlichen Gründe wie kürzere Betriebszugehörigkeit, häufigere Absenzen usw. *nicht zutreffen,* dürfen die Funktionen einer Oberschwester nicht mit der Tätigkeit eines Gärtners, oder die Aufgaben einer Krankenschwester nicht mit der Arbeit eines Strassenwärtergehilfen wertmässig und damit besoldungsmässig gleichgestellt werden. (Siehe Abbildung)

Eine etappenweise Anpassung der Besoldungen, wie sie im Bezirksspital Biel begonnen wurde, ist dringend notwendig, will man die durch den mehrheitlich erst mit zurückgelegtem 18. oder 19. Altersjahr möglichen Beginn der Ausbildung bedingten Schwierigkeiten in der Rekrutierung des Nachwuchses nicht noch erhöhen.»

Auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen sind die wertmässigen Abstände wesentlich grösser geworden. Waren nach der alten Ordnung alle Tätigkeiten von der Oberin bis zur Säuglingspflegerin in einem engen Bereich von nur fünf Lohnklassen zusammengefasst, erfährt dieser Bereich nach den Resultaten der Arbeitsbewertung eine Ausweitung auf 15 Besoldungsklassen.

Zu den Vergleichen (siehe Abbildung) der Funktionen der Pflegeberufe mit denjenigen der Stadtverwaltung bringt der Bericht folgende Kommentare: «Die Stelle einer *Oberin der Pflegerinnenschule* ist arbeitswertmässig mit der Gewerbelehrerfunktion gleichgestellt. Beide Aufgaben bestehen grundsätzlich darin, jungen Menschen ihre Berufsausbildung zu vermitteln, mit dem Unterschied allerdings, dass die Oberin 19- bis 22jährige Töchter im Internatsbetrieb und während der praktischen Tätigkeit im Spital betreut, während dem Gewerbelehrer 16- bis 20jährige nur für den theoretischen Unterricht zugeteilt werden.

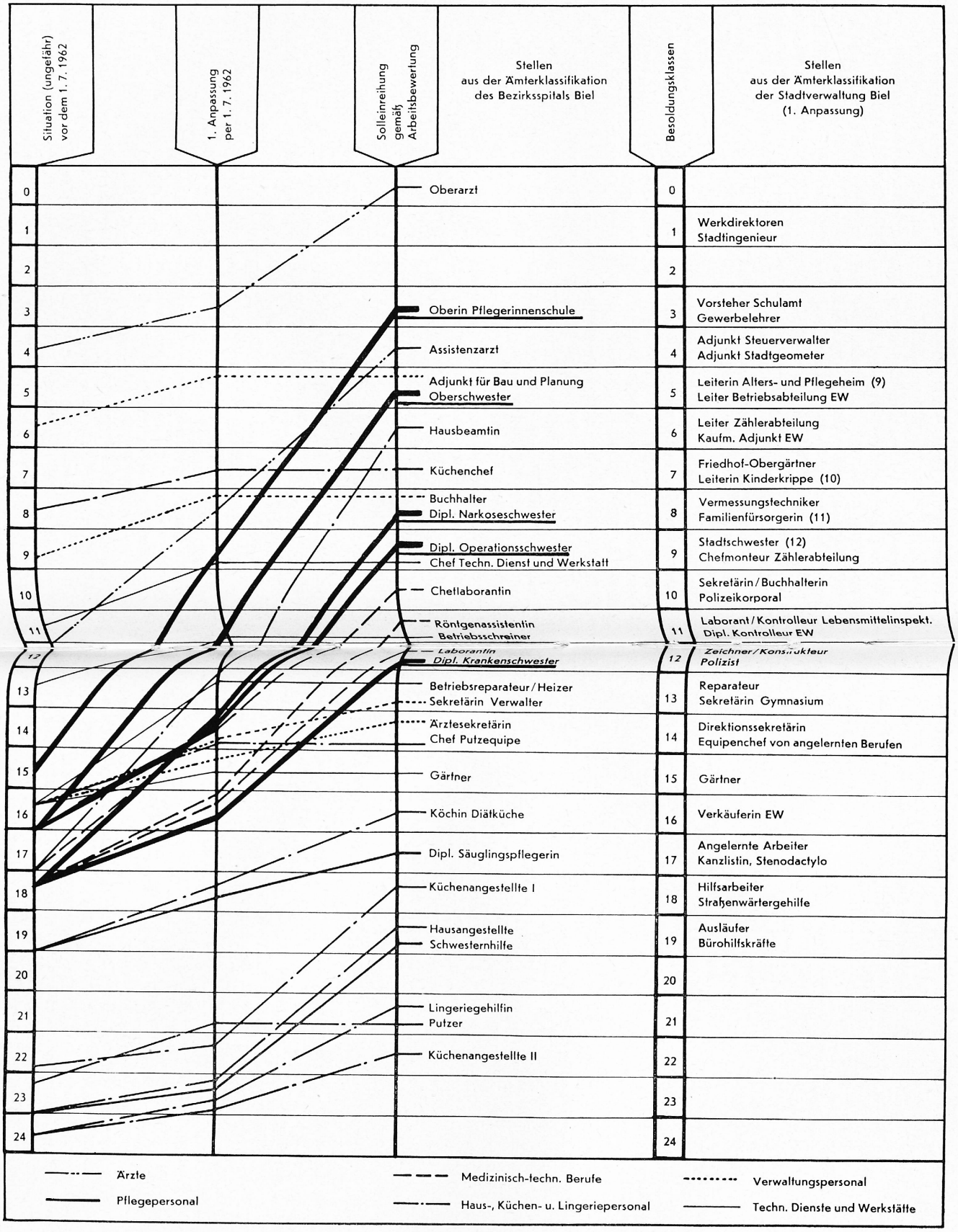
Der Oberin sind aber zusätzlich alle sich aus einem Schul- und Internatsbetrieb ergebenden administrativen Aufgaben übertragen, die an einer Gewerbeschule einem Vorsteher oder Rektor zugeteilt sind, der dafür zusätzlich zur Gewerbelehrerbesoldung eine angemessene Rektorenzulage bezieht.

Dies deutet an, dass eine gewisse Befangenheit und Vorbelastung der Bewerter durch die bisherigen Verhältnisse dazu geführt hat, dass die Frauenberufe, besonders der obern hierarchischen Stufen, nicht überbewertet wurden.

Dies zeigt auch der nächste Vergleich zwischen der Funktion einer *Oberschwester* und der Stelle eines Leiters der Betriebsabteilung im Elektrizitätswerk. Die Aufgabe einer Oberschwester, die in der Ueberwachung einer ganzen Abteilung mit etwa 150 Patienten und einem Personalbestand von 50 bis 60 Schwestern, Schwesternhilfen und Praktikantinnen besteht, die dazu notwendige Ausbildung und Erfahrung, die charakterlichen Anforderungen, die Beanspruchung und die überbundene Verantwortung, ganz abgesehen von der langen Präsenzzeit, lässt sich sicher eher mit der gegenübergestellten Funktion vergleichen, als mit der Tätigkeit eines Gärtners! (Situation vor dem 1. Juli 1962)

Erläutert sei noch die Stellung der *diplomierten Krankenschwester* in der Rangordnung. Der Schwesternberuf kann erst nach Vollendung des 19. Altersjahres ergriffen werden. Die Ausbildung dauert drei Jahre. Im praktischen Einsatz werden ihr eine Anzahl Patienten und die zur Betreuung derselben erforderlichen Schwesternhilfen und Praktikantinnen zugeteilt. Die Ausbildungsanforderungen, die besonders im Nachtdienst übertragene Verantwortung, der ständige Kontakt mit den Patienten und die, von der Warte eines im Büro Tätigen aus gesehen, nicht immer angenehmen Arbeits- und Umweltsbedingungen zeigen, dass der Beruf einer diplomierten Krankenschwester wertmässig über demjenigen eines in der Gruppe arbeitenden Berufsarbeiters steht und sehr wohl mit einem Spezialhandwerker oder einem Polizisten verglichen werden kann.»

Uebersicht über die Ergebnisse der Arbeitsbewertung



Wir Angehörige der Krankenpflegeberufe haben allen Grund, uns an den Ergebnissen dieser Studie zu freuen, und wir wollen es nicht unterlassen, der Spitalverwaltung von Biel für ihren mutigen Entschluss zu danken, war sie sich doch sicher im voraus bewusst, dass eine objektive Betrachtung der Besoldungsverhältnisse zu vielerlei Verschiebungen führen muss. Die durch sie angeregte Aufwertung des Krankenpflegeberufes wird sich bestimmt positiv auswirken auf die so belastende Situation des Personalmangels.

AMP.

Ruth Graf

Anna Heer 1863–1918

Im Jahre der Gedenkfeiern für das Rote Kreuz wollen wir auch dieser Aerztin gedenken, blickt uns doch ihr gütiges Gesicht auf der Fünfer-Bundesfeiermarke entgegen.

Anna Heer wurde am 22. März 1863 in Olten geboren. Sie war ein ernstes Kind, und frühe Verantwortung für ihre jüngern Geschwister prägte ihre erste Kindheit. Sie war eine intelligente, lernbegierige Schülerin und die Erste in der Klasse. Auch zeigte die heranwachsende Tochter Talent zum Malen und Zeichnen. Mit 16 Jahren kam sie zu weiterer Schulung nach Zürich; ihr Plan war, die Kunstgewerbeschule zu besuchen. Sie war Pensionärin in der Familie des damaligen Erziehungssekretärs Dr. Grob. Dieser kluge Pädagoge und gute Beobachter sah bald, dass Anna Heers ausserordentliche Begabung mehr auf wissenschaftlichem als auf künstlerischem Gebiet lag und zog auch ihre Wesensart in Betracht, als er sie zum Studium der Medizin anregte. Dazu hatte ja Frau Dr. Marie Heim-Vögtlin bereits den Frauen an der Universität Zürich den Weg gebahnt. Vorerst musste aber noch die Matura bestanden werden. So trat Anna Heer ins Lehrerinnenseminar der Höheren Töchterschule in Zürich ein, damals die einzige Vorbereitungsstufe für Matura und Universität. Nach fünfjährigem Medizinstudium in Zürich (Krönlein und Eichhorst) erwarb Anna Heer 1888 das eidgenössische medizinische Diplom. Es folgten Studienaufenthalte in Paris, Wien, Berlin, Tübingen. Danach eröffnete die junge Aerztin in Zürich ihre Praxis. Der Ruf der geschickten Aerztin verbreitete sich bald. Vor allem suchten Frauen bei Fräulein Dr. Heer Hilfe. Auch war Frau Dr. Heim sehr froh, der jungen Kollegin Patienten schicken zu können. So wuchs die Praxis stetig. Bei den Hausbesuchen erfuhr die Aerztin, wie das Fehlen von ausgebildeten Pflegerinnen und die Unkenntnis der Angehörigen den Erfolg der ärztlichen Behandlung oft in Frage stellten. So begann sie mit Kursen in häuslicher Krankenpflege für die städtische Bevölkerung und in «Hygiene» an der Höheren Töchterschule. Da mag wohl der Gedanke an eine Schule für Pflegerinnen entstanden sein. Sie sah, dass viele junge Mädchen sich gerne in den Dienst der Krankenpflege stellen würden, sich aber vor einer Bindung an ein Mutterhaus scheuten, der damals einzigen Ausbildungsmöglichkeit für diesen Beruf. Der Aerztin schwebte daher die Bildung eines freien, unabhängigen Schwesternstandes vor.

Ihr Plan war der Bau eines Spitals in Verbindung mit einer Schwesternschule. Dieses Krankenhaus sollte für die Frauen bestimmt sein, von Frauen geleitet und auch von Frauen getragen werden. In der damaligen Präsidentin des Schweizerischen Gemeinnützigen Frauenvereins, Frau Gertrud

Villiger-Keller, fand sie die für diesen Gedanken aufgeschlossene Persönlichkeit. Die Beratungen führten schon 1895 zur Gründung der «Krankenpflegekommission», dem späteren Stiftungsrat der Schweizerischen Pflegerinnenschule.

Dr. Heer betreute auch Patienten im Schwesternhaus vom Roten Kreuz. Hier lernte sie Schwester Irene kennen, der sie ihre Pläne anvertraute. Der Gedanke der Gründung einer Schule, an der junge Töchter zu Pflegerinnen ausgebildet werden könnten, liess diese beiden Frauen nicht mehr los. Bei der Gründlichkeit ihrer Ueberlegungen wurde ihnen bewusst, dass der praktischen und direkten Einführung am Krankenbett gleiche Wichtigkeit zukommt wie der theoretischen Ausbildung; deshalb sollte ein Krankenhaus in räumlich enger Verbindung mit der Ausbildungsstätte stehen. Die folgenden Jahre gehörten ganz der Pionierarbeit für die Gründung der Schweizerischen Pflegerinnenschule mit Frauenspital in Zürich, Jahre intensivster Arbeit für Dr. Anna Heer und ihre Mitarbeiterin und Freundin, *Ida Schneider* (die vorher genannte Schwester Irene). Im Juli 1899 erfolgte die Grundsteinlegung, und am 30. März 1901 konnte das Haus seine Pforten öffnen.

Der Schule stand Oberin Ida Schneider vor. Die ärztliche Leitung lag in den Händen von Dr. Heer. Neben ihrer grossen Arbeitslast in der Ausübung ihres Berufes erteilte Dr. Heer auch den Unterricht. Die solide Berufsausbildung des Pflegepersonals war ihr ernsthaftes Anliegen. Auch für die spätere Stellung im Beruf der «freien Schwester» wurde Dr. Heer wegweisend. Für ihre Mitarbeiterinnen war sie Vorbild an Arbeitsfreude und Gewissenhaftigkeit. Leider wurde 1918 diesem segensreichen Leben ein frühzeitiges Ende gesetzt. Anna Heer zog sich eine Infektion zu, die zu einer allgemeinen Sepsis führte. Dr. C. Ischer, der damalige Zentralsekretär des Schweizerischen Roten Kreuzes, bezeugte dieser Frau seine Hochachtung mit den Worten: «Gross in ihrem Wissen und noch grösser in ihrer Bescheidenheit, hat sie jedem, der mit ihr zusammenkam, Bewunderung abgerungen; Bewunderung und Ehrfurcht folgen der Verblichenen über das Grab hinaus und dazu der heisse Dank so vieler Schwestern und Pfleger, denen sie Schutz und Hort geworden ist [1].»

[1] Entnommen der Biographie von Schw. A. von Segesser: «Dr. med. Anna Heer». Verlag Schulthess & Co., Zürich. Preis Fr. 4.80. — An dieser Stelle soll besonders auf diese wertvolle Biographie hingewiesen werden.

Photo Steiner †, Bern

Ob dies wohl Enkelinnen von Schülerinnen Anna Heers sind?

Sektion BEIDER BASEL

Anmeldungen: Die Schwestern Margrith Meng, geb. 1940, Brugg AG, Schwesternschule des Bürgerspitals Basel; Elisabeth Seiler, geb. 1940, Basel, Schwesternschule des Bürgerspitals Basel; Angèle Berger, geb. 1941, Basel, Schwesternschule des Bürgerspitals Basel.
Aufnahmen: Die Schwestern Agnes Kiebele, Emmi Spörri, Heidi Schweingruber.

Einladung

Es freut uns, die Mitglieder unserer Sektion zu einer **Besichtigung der Psychiatrischen Universitätsklinik** einladen zu können: Donnerstag, 28. November 1963, um 14 Uhr. Die Führung dauert bis etwa 16 Uhr. Besammlung beim Haupteingang, Wilhelm-Klein-Strasse 27, Basel. Bei genügendem Interesse ist es eventuell möglich, die Führung an einem späteren Datum zu wiederholen.

Voranzeige

Die **Weihnachtsfeier** unserer Sektion wird am 27. Dezember um 16 Uhr stattfinden. Näheres wird in der Dezembernummer veröffentlicht werden.

Sektion BERN

Anmeldungen: Pfleger Hans Brunner, geb. 1912, St. Peterzell, SG, Bundesexamen 1946; Schw. Klara Rohrbach, geb. 1913, Rüeggisberg BE, Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bern.

Gestorben: Schw. Martha Stettler, geb. 1877, gestorben 1. Oktober 1963. — Schw. Lydia Moser, geb. 1883, gestorben 15. Oktober 1963.

Weihnachtsfeier: Zu einer besinnlichen Feierstunde unter dem Weihnachtsbaum möchten wir uns auch dieses Jahr zusammenfinden. Alle unsere Aktiv- und Passivmitgieder laden wir herzlich ein zu dieser gemeinsamen Weihnachtsfeier, die *Mittwoch, 18. Dezember, 15.30 Uhr,* im Esszimmer des Lindenhofspitals Bern stattfindet. Ihre Anmeldung erbitten wir bis 16. Dezember an Schw. Sonja Regli, Sekretärin der Sektion Bern, Choisystrasse 1, Bern, Telefon 2 94 03.

Gemeindeschwestern - Zusammenkunft: Donnerstag, 28. November, um 14.30 Uhr, in der Gemeindestube Nydegg (Läuferplatz-Mattenenge).

Voranzeige: Wir teilen unsern Mitgliedern schon heute mit, dass wir am 26. und 27. Februar 1964 einen *Fortbildungskurs* mit interessanten medizinischen und nichtmedizinischen Vorträgen durchführen werden. Bitte reservieren Sie sich diese Tage!

Vorträge in Langenthal: Die Pflegerinnenschule der bernischen Landeskirche in Langenthal organisiert in den Wintermonaten 1963/64 Vorträge für Krankenschwestern, die jeweils am Abend stattfinden. Alle SVDK-Mitglieder sind zu diesen Veranstaltungen freundlich eingeladen. Wegen zu kurzfristiger Zusage der Referenten ist es leider nicht möglich, die Vorträge bekanntzugeben. Wer Interesse hat, melde sich mit Angabe der genauen Adresse bei Schw. Mia Amacher, Bezirksspital Langenthal, die alle Angemeldeten über Thema, Ort und Zeit persönlich orientieren wird.

Unser Anliegen: Wir möchten alle, welche den Jahresbeitrag 1963 noch nicht bezahlt haben, bitten, diesen umgehend zu überweisen auf Postcheckkonto III 11348, danke!

Sektion LUZERN / URKANTONE / ZUG

Aufnahmen: Als Aktivmitglieder folgende Ordensschwestern aus dem Schwesterninstitut *Menzingen ZG:* Frieda Maria Adam, Francis Xavier Birrer, Rosmarie Köppel, Bernadette Korb, M. Josepha Lehner, Amanda M. Neidhart, Camilla Maria Ramesberger, Bernharda Rohner, Isabella Schweizer, Mary Luke Sartorio, Bernarda Staffelbach, Felicitas Tietz. — Folgende freie Schwestern: Trudy Steger, Beatrice Krieger, Marta Roth, Margrit Degen.

Wir laden unsere Mitglieder ein zu einem **Fortbildungsvortrag,** *Freitag, 22. November 1963,* um 20.15 Uhr, im Vortragssaal der Frauenklinik des Kantonsspitals Luzern. Thema: Orientierung über Fermente. Referent: Herr Dr. med. F. Hofmann, Oberarzt an der medizinischen

Klinik des Kantonsspitals Luzern. — Für Verbandsmitglieder und zugewandte Mitglieder wird ein Unkostenbeitrag von 50 Rp. erhoben. Auch Nichtmitglieder sind freundlich zu diesem Vortrag eingeladen und bezahlen Fr. 1.— Eintritt.

Sektion ST. GALLEN/THURGAU/APPENZELL und GRAUBÜNDEN

Wir laden Sie herzlich ein zum lehrreichen **Vortrag** von Herrn Dr. med. *Wegmann,* Chefarzt der Med. Klinik am Kantonsspital St. Gallen. Thema: Herzinfarkt, Embolie und Thrombose; *Mittwoch, 4. Dezember 1963,* im Vortragssaal des Kantonsspitals Med. I, St. Gallen, 20.15 Uhr.

Weihnachten steht schon wieder vor der Tür, wir freuen uns, wenn Sie auch dieses Jahr an unsere traditionelle Verlosung zugunsten unserer Hilfskasse denken. Gaben nehmen die Stellenvermittlung, Wassergasse 23, und das Sekretariat gerne entgegen. Voraussichtlich werden wir am Freitagabend, 27. Dezember 1963, unser Weihnachtsfest feiern. (Genaue Angaben in der Dezember-Zeitschrift.)

Sektion ZÜRICH / GLARUS / SCHAFFHAUSEN

Anmeldungen: Die Schwestern Elsbeth Müller, geb. 1937, Zürich, Diplom Pflegerinnenschule Zürich; Barla Schnoz, geb. 1933, Disentis, Diplom Walliser Pflegerinnenschule Sitten.
Gestorben: Schw. Berta Surber, geb. 1890, gestorben 15. Oktober 1963; Schw. Paula Müller, geb. 1903, gestorben 17. Oktober 1963.

Weihnachtsfeier: Die Mitglieder des SVDK, Sektion Zürich / Glarus / Schaffhausen, sind herzlich eingeladen zu einer gemeinsamen Weihnachtsfeier auf *Samstag, 21. Dezember,* 17 Uhr, im alkoholfreien Restaurant «Karl der Grosse», Zürich 1, Eingang Kirchgasse.

Neue Postchecknummer des SVDK
Nouveau numéro du compte
de chèques postaux de l'ASID III 1480

Photo Steiner †, Bern

Weihnachtsaktion

Die Weihnachtsvorbereitungen beginnen bald. Lasst uns auch dieses Jahr an unsere Mitschwestern, die einsam oder in Not sind, denken. — Wollen Sie bitte Ihre Gabe auf Postcheckkonto III 1480 einzahlen, an den «Schweizerischen Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Bern». Auf der Rückseite des Postchecks bitte vermerken: *«Weihnachtsaktion».*

Herzlichen Dank allen Spendern.

Entraide de Noël

Cette année aussi, en préparant Noël, nous penserons à nos infirmières solitaires ou dans le besoin.

Vous voudrez bien verser votre don à l'adresse de « Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Berne », compte de chèques postaux III. 1480. Prière d'indiquer au dos du bulletin de versement: *« Entraide de Noël ».*

Un chaleureux merci à tous les donateurs.

Fête des diplômés

Ce dimanche 27 octobre était jour de fête pour l'*Ecole vaudoise d'infirmières, d'infirmiers et de sages-femmes de l'Hôpital cantonal de Lausanne.*

C'est dans le haut lieu de la cathédrale que se déroulait la cérémonie tout à la fois grave et joyeuse, musique et paroles consacrant, après une promesse solennelle et la remise du diplôme, ces jeunes forces à leur travail professionnel.

Douze sages-femmes, toutes infirmières avant cette année de spécialisation, trente-deux infirmières et quatre infirmiers sont la belle moisson de cet automne 1963. Mûris par l'effort et l'enrichissement de leurs années d'étude, leur contact journalier avec la souffrance humaine, ils ont été guidés et encouragés par des professeurs et monitrices patients, attentifs à cette maturation.

1963, année jubilaire de la commémoration du centenaire de la Croix-Rouge, rappelait — avec quelle actualité — le besoin de forces de bonne volonté qui se fait sentir dans nos hôpitaux et dans le monde entier. Année jubilaire également pour les infirmières toujours actives professionnellement après 10, 25 et 40 années de service et que leur école honorait ce même jour.

« ...Garde-nous dans la paix et la joie de ton service... » « Celui qui sait faire le bien et ne le fait pas commet un péché... » Ces deux versets bibliques, évoqués par l'aumônier de l'école, soulignèrent un aspect de notre rôle d'infirmières et de nos responsabilités.

Par la Revue, l'ASID apporte à cette école ses félicitations et ses encouragements pour l'accomplissement de son travail et la réalisation de ses projets; aux jeunes diplômés ses compliments pour leur réussite et ses vœux très chaleureux pour un bel avenir professionnel!

N. Koull

Distinctions

Mlle Yvonne Hentsch, directrice du Bureau des infirmières de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, ainsi que *Mlle Marjorie Duvillard,* directrice de l'Ecole d'infirmières « Le Bon Secours », Genève, viennent de recevoir la *Médaille des bons services* décernée par la *Croix-Rouge brésilienne* « en vertu des services rendus à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et par conséquent à l'humanité ».

Une petite cérémonie réunissait, au début de septembre, quelques personnes au Consulat du Brésil à Genève où, en présence du consul et du délégué brésilien au Congrès du Centenaire de la Croix-Rouge internationale, la directrice d'une école d'infirmières brésilienne remit les médailles en soulignant encore la valeur de la contribution apportée par Y. Hentsch et M. Duvillard à la cause de la Croix-Rouge.

VIIIe Congrès-Exposition international des techniciens de la Santé

La Semaine de la Santé à Paris du 13 au 17 avril 1964

Prévention — cure — post-cure — rééducation — Parc des Expositions — Porte de Versailles.
Thème du Congrès: Prospective hospitalière
Techniques d'avant-garde

— dans la *construction* et dans les *matériaux* (implantation; normes; unités de soins; etc.)
— dans les *équipements* des services médico-chirurgicaux; des services généraux, économiques et industriels
— dans les *soins:* radiologie, laboratoires, pharmacies, télévision, anesthésie et réanimation; bloc opératoire; soins intensifs, banques, rééducation, etc. (instruments, installations, appareils de mesure et de contrôle, électronique, automation, monitering. etc.)
— dans la *gestion* (questions financières, investissements, statistiques; normes, méthodes et installations

Tous les repas servis dans de la vaisselle de carton

Résumé par *A. Grillon.* Article de *Lea Petrin,* paru dans « L'Hôpital d'aujourd'hui », Montréal. (Vol. IX, numéro 5, mai 1963.) Résumé tiré de la revue « Veska », numéro 8/1963.

Depuis longtemps on cherche une solution valable au problème du bruit causé par le service des repas dans les hôpitaux. Ce problème, ajouté à celui du manque croissant de personnel, même auxiliaire, de la réduction des heures de travail, de l'asepsie, spécialement dans les services de contagieux, de la casse de la vaisselle, etc., ont amené à envisager sérieusement l'usage de la vaisselle en carton dans les hôpitaux.

Outre-Atlantique un essai fut tenté par les autorités de l'Hôpital « Hôtel-Dieu St-Vallier », de Chicoutimi, le troisième en importance au Canada. Déjà après sept mois, un bilan extrêmement intéressant et positif a pu être tiré, dont voici, en résumé, les avantages:

— La fabrication de récipients en carton a fait des progrès considérables. Cette vaisselle plastifiée donc imperméable, se présente sous toute une gamme de formes assorties, agréablement décorées, d'aspect frais et gai, de sorte qu'en général les malades ont eu une réaction positive, pour autant qu'on leur en présente les avantages: hygiène et bruit.

— Le *poids des plateaux* se trouve réduit dans la proportion de 7 à 1!

— L'*hygiène* y gagne grandement, car après usage, les récipients ainsi que les déchets éventuels sont jetés directement à l'incinérateur; ce qui représente en outre un énorme gain de temps et de travail pour le personnel.

— Mais l'effet principal réside dans l'*élimination totale du bruit;* d'après les dires des malades et du personnel, c'est cet avantage-là qui a été le plus apprécié.

— Compte tenu de tous les facteurs tels que bris de vaisselle, temps de relavage, produits de nettoyage, linges, eau chaude, etc., compte tenu également de la dépréciation du stock de vaisselle de faïence, l'on a constaté une très sensible *diminution des dépenses* sur l'ensemble des départements.

Un seul inconvénient, facilement surmontable du reste: l'approvisionnement et le stockage. En effet, d'une part le fournisseur doit être à même de livrer régulièrement et immédiatement, d'autre part, à l'hôpital même, un certain stock doit être constamment à portée de la main. Quelques armoires supplémentaires sont donc le seul changement qui a dû être apporté pour permettre l'introduction de ce nouveau système.

Traitements dentaires donnés par des infirmières

Dans les écoles de Nouvelle-Zélande, fréquentées par des enfants de deux ans et demi à 16 ans, presque tous les traitements dentaires sont donnés par des infirmières spécialisées, contrairement aux méthodes employées au Canada, pays où les enfants ne voient pas souvent des femmes dentistes.

En Nouvelle-Zélande, le traitement est gratuit et les infirmières travaillent dans des cliniques modernes adjacentes aux écoles ou dans des unités mobiles voyageant dans les régions éloignées.

La Nouvelle-Zélande fut le premier pays à donner une formation aux infirmières pour le travail dentaire, et le service gratuit dans les écoles.

Suggéré par l'Association dentaire de Nouvelle-Zélande au gouvernement de ce pays, en 1905, le service fut mis au point en 1921 et les premières infirmières spécialisées commencèrent leur travail dans les écoles en 1925.

Aujourd'hui, on compte plus de 900 infirmières en art dentaire travaillant dans 981 centres de traitements. Ces infirmières suivent un cours pratique de deux ans dans les centres de Wellington, Auckland et Christchurch, et on compte environ 400 étudiantes-infirmières.

Chaque enfant subit un examen à intervalle de six mois. L'infirmière s'occupe de toutes les obturations et la plupart des extractions, ne laissant que les cas difficiles aux dentistes. Chaque centre de formation possède une clinique pour les travaux pratiques.

(Les Cahiers du Nursing Canadien — Août 1963.)

G. Walder

Christentum und Säkularisierung

Studientagung in der Reformierten Heimstätte Boldern, 10. bis 12. September 1963

Im Anschluss an eine frühere Tagung mit Prof. Wendland unter dem Thema «Der Dienst am Mitmenschen» fand im September eine zweite Tagung mit Prof. A. Rich [1] statt unter dem Thema «Christentum und Säkularisierung». Der Grundgedanke beider Tagungen war, Vertreter der sozialen Arbeit im weitesten Sinne (Pfarrer, Diakonissen, freie Schwestern, Gemeindehelferinnen, Fürsorgerinnen) zusammenzubringen und mit ihnen die Begriffe «Dienst am Nächsten» zu erarbeiten. Dies geschah teils durch Vorträge des oben genannten Wissenschafters, teils durch Bibelarbeit unter der Leitung des Boldernteams, teils durch Diskussionen in kleineren Gruppen.

Säkularisierung bedeutete ursprünglich die Ueberführung von Kirchengut (z. B. Klöster) in den Besitz der weltlichen Hand. Später bezeichnete man damit den ganzen Prozess der Herauslösung des geistigen und kulturellen Lebens aus den kirchlichen Bindungen. Im Mittelalter nahm der weltliche Thron den Altar unter seinen Schutz und umgekehrt. Kaiserkrönung war Sache des Papstes, doch wurde dadurch die Welt von der Kirche abhängig. Künste, Wissenschaften, Ehen wurden dem Einfluss der Kirche unterstellt. Es entstand eine religiös geformte, von der Kirche getragene Gemeinschaft. Das ganze Leben im Mittelalter war von dieser Kraft geprägt. Die neuzeitliche Welt bringt eine Desintegrierung dieser Kräfte, eine Selbständigkeitsregung. Am Ende dieser Emanzipation steht der moderne Staatsbegriff (eine kirchliche Trauung ist z. B. kein Rechtsverfahren mehr). Durch Verstaatlichung der meisten sozialen Institutionen ist ein *Wohlfahrtsstaat* entstanden. In dieser säkularisierten, modernen Welt müssen wir als Christen leben. Es gilt nun aber klar zu unterscheiden: 1. die relativierte Weltlichkeit: das Weltliche wird als Weltliches ernst genommen. Die Welt ist mündig geworden, der Christ steht verantwortlich in ihr. — 2. Die verabsolutierte, sich selbst übersteigernde, zerstörende Weltlichkeit. Sie will den Glauben ersetzen durch Ideologien (Nationalsozialismus, Kommunismus). Hier hat der Christ deutlich nein zu sagen. In einer solchen Welt gäbe es einen Kampf der Ideologien, der im Nihilismus enden würde.

In der säkularisierten Welt steht der Christ weltbejahend als Bürger Gottes in dieser Welt. Dienstort der Kirche ist der Bedrängnisort der Welt. *Diakonie* ist daher eine Dienstleistung weltlicher Art. Sie ist in der industrialisierten, säkularisierten Welt nur möglich in der *Partnerschaft:* Der Sozialstaat bedarf der Diakonie und die Diakonie des Sozialstaates. Auch der perfekteste Sozialstaat kann keine Welt ohne Bedrängnis schaffen; je mehr sich die materiellen Lebensbedingungen verbessern, desto grösser wird die Gefahr der geistigen Leere beim Menschen (Freizeitfrage). Personale Diakonie mit individueller Hilfeleistung ist nötig, sie muss aber darüber hinauswachsen und zu einer gesellschaftlichen Diakonie werden und so die Kirche als Partner wieder finden. Soziologisch gesehen ist die Kirche eine Macht, die sich ihres bleibenden Auftrages der Welt gegenüber bewusst werden muss. Sie soll mit wacher Seele sich immer fragen, was recht und was unrecht ist und dann das Rechte zu verwirklichen suchen.

Heute sind Ansätze zu dieser Form von Diakonie vorhanden. Darum muss die Kirche breiter ausgebaut werden. Sie darf sich nicht auf den personalen Dienst beschränken, um ihre Aufgabe erfüllen zu können.

Es war eine sehr interessante, lebendige Tagung, ein offenes Gespräch über brennende Fragen der Gegenwart. In diesem kurzen Bericht konnte leider nur auf einige Grundgedanken der Vorträge von Prof. Rich eingegangen werden.

Zu bedauern war, dass in einer Teilnehmerzahl von etwa 50 Personen nur zwei freie Krankenschwestern zu finden waren.

[1] Prof. Arthur Rich, Sozialethiker und Professor der systematischen Theologie an der Universität Zürich.

Heidi Renfer-Arnold

Eine internationale Zusammenkunft von Kursleiterinnen

Die 4. Internationale Zusammenkunft von *Kursleiterinnen der Kurse zur Einführung in die häusliche Krankenpflege* fand dieses Jahr am 15. und 16. August in Genf, am Sitz der Liga der Rotkreuz-Gesellschaften, statt. Anlässlich der Jahrhundertfeier war eine stattliche Zahl von über 50 Teilnehmerinnen eingetroffen, und wir sieben Schweizerinnen freuten uns, mit Kurslehrerinnen aus 27 Ländern — sogar aus Afrika, Nord- und Südamerika, Malaya und Japan kamen sie hergereist! — zusammenzutreffen und sie kennenzulernen. Der Kontakt war rasch hergestellt, denn die gemeinsamen Interessen und die Freude am Kurserteilen führten zu angeregten Gesprächen.

Die Tagung wurde durch Herrn Henrik Beer, Generalsekretär der Liga, eröffnet. Er stellte uns die grosse Aufgabe des Roten Kreuzes vor Augen, in der auch wir unsere Verpflichtung haben und einen Teil des Ganzen bilden. Anschliessend sprach Fräulein Yvonne Hentsch, Leiterin des Schwesternbüros der Liga, herzliche Worte der Begrüssung, und Fräulein Lilly Petschnigg, die bewährte Leiterin der Zusammenkunft, stellte die Teilnehmerinnen vor und erläuterte das Programm und die Arbeitsmethoden für die zwei Tage.

Miss E. Aird, Mitarbeiterin der Liga, gab einen kurzen Rapport über die Tätigkeit der verschiedenen nationalen Gesellschaften im Bereich der Heimpflege, und es war interessant zu hören, dass bereits 45 Länder die Ligakurse übernommen haben und in 15 weiteren Ländern ähnliche Kurse erteilt werden.

In Gruppengesprächen, geleiteten Diskussionen und kurzen Spielszenen wurden Probleme besprochen, Anregungen und Vorschläge gemacht, um immer mehr das Interesse der massgebenden Behörden zu wecken und eine immer grössere Ausdehnung der Kurse zu erlangen.

Eingehend wurde über die Kurse für «Häusliche Krankenpflege» und diejenigen für «Pflege von Mutter und Kind» gesprochen. Ausser den genannten Kursen existieren weitere, wie z. B. «Unfallverhütung und Erste Hilfe bei Unfällen», «Betreuung und Pflege Alter und Chronischkranker», «Gesundes Leben», «Einführung in die Gruppendynamik», die je nach Bedarf schon heute in manchen Ländern erteilt werden.

Bei allen in den verschiedenen Ländern auftauchenden Problemen können wir auf die Hilfe des Schwesternbüros der Liga zählen.

Erfüllt von neuen Eindrücken und mit dankbarer Freude über das Empfangene sind wir an unsere Arbeitsplätze zurückgekehrt.

Ein Film

Der im Auftrag des *Schweizerischen Roten Kreuzes* von Henry Brandt gedrehte Kurzfilm, dessen erste Aufführung am 13. Juni stattfand, begegnete überall grossem Interesse und wurde in der Presse mit anerkennenden Worten bedacht. *«Warum nicht Sie?»* heisst sein deutscher Titel, der treffend das Anliegen des Films kennzeichnet: Tausende von Menschen in aller Welt brauchen unsere Hilfe. Hier ist es ein Kind, dessen Leben nur gerettet werden kann, wenn sich Menschen zur Verfügung stellen, um von ihrem Blut zu spenden. Dort ist es ein einsamer alter Mensch, der sich nach einem freundlichen Worte sehnt und nach jemandem, der ihm bei den Handreichungen, für die er allein nicht mehr die Kraft aufbringen kann, hilfreich zur Seite steht. Hier ist es ein Kranker, der der Pflege bedarf. Dort wartet ein Gebrechlicher, dass man sich seiner annimmt.

Die Arbeit des Roten Kreuzes ist weltumspannend, auch in Kriegen und Katastrophen tut Hilfe not, eine Hilfe, die nur dann wirksam geleistet werden kann, wenn sich jeder einzelne für das grosse Werk einsetzt. «Warum nicht Sie?» — Dieser Film will werben für die Arbeit des Roten Kreuzes. Er tut es auf unauffällige und überzeugende Weise. Die meisterhaften Aufnahmen von Henry Brandt zeichnen ein echtes, erschütterndes Bild vom Leiden auf unserer Welt, aber auch ein Bild von der segenbringenden Hilfstätigkeit, die dem, der sich in ihren Dienst stellt, Erfüllung bringt.

77. Bericht der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich

Der allgemeine Teil des Berichtes von Herrn Pfarrer Grimmer, wie auch der medizinische, von Herrn Dr. Landolt verfasst, geben ein Bild des gewaltigen Umbruchs, in welchem sich die Anstalt für Epileptische befindet. Viele Neuerungen drängen sich auf. Bereits sind einige Krankenhäuser renoviert worden. Dazu schreibt Herr Pfarrer Grimmer: «Diese sind in den Jahren 1886, 1888 und 1901 erbaut worden, waren verbraucht, verwohnt und entsprachen sanitär und auch in bezug auf die Grösse der Schlafsäle zum grössten Teil nicht mehr den selbstverständlichsten heutigen Anforderungen.» Aber auch alle andern *Bauvorhaben* stellen eine Antwort auf absolute Notwendigkeiten dar. Sie müssen aus christlicher, menschlicher, medizinischer und sozialer Verantwortung heraus bejaht werden. Nur wenn die Pläne verwirklicht werden können, wird es der Anstalt möglich sein, ihren doppelten Auftrag in befriedigender Weise auszuführen.

Von den rund 30 000 Menschen, die in der Schweiz an Epilepsie leiden, sind 10 000, also ein Drittel, schwer krank und pflegebedürftig. Bei ihnen kommt die Medizin an eine Grenze. Ihr Leiden kann nicht von ihnen genommen werden. Viele von ihnen sind darauf angewiesen, in einer Anstalt ein Dauerheim zu finden, in welchem sie sich einigermassen wohl fühlen und menschenwürdig leben können. Insoweit die Anstalt für Epileptische solche Patienten aufnimmt, ist sie *Pflegeheim* und erfüllt damit einen wichtigen Dienst an den Aermsten unter den Epileptikern. Dass immer zu wenig Betten vorhanden sind, um alle, die es nötig haben aufnehmen zu können, belastet mit Recht das christliche Gewissen.

Von den übrigen 20 000 Kranken können etwa die Hälfte Heilung, die andere Hälfte Besserung finden. Für sie ist die Anstalt *Klinik*, Spital. Damit sie aber als Institut für Anfalls- und Hirnkrankheiten ihren Dienst hilfreich und zweckmässig ausführen kann, ist ein grosser Aufwand an ärztlichem Einsatz und medizinischen Apparaturen sowie an ärztlichen Hilfspersonen, wie Krankenschwestern, Laborantinnen, Psychologinnen, Fürsorgerinnen unerlässlich. Vor allem ist auch ein neues Anstaltszentrum notwendig, das neben dem Aufnahme- und Klinikgebäude einen für die Zukunft genügenden ärztlichen Verwaltungstrakt mit *Poliklinik* und allen dazu erforderlichen Räumen umfasst.

Zu den weiteren dringlichen Bauanliegen gehören die Fertigstellung der neuen Küche, der Bau der Fernheizung für die ganze Anstaltsgemeinde, eines Kinderhauses für 25 schwer hirngeschädigte, erregte Kinder, eines Schulpavillons mit Turnhalle, eines Uebergangsheimes für Frauen, welche auswärts arbeiten, jedoch auf die haltgebende Eingliederung in der Anstaltsgemeinschaft noch nicht verzichten können, von Häusern für die Mitarbeiter und der Kirche, deren Erstellung erfreulicherweise durch die Hilfsbereitschaft der Zentralkirchenpflege der Stadt Zürich gesichert ist. Die Bejahung der Pläne bedeutet ein grosses Wagnis. Nur der Glaube und die Zuversicht in den göttlichen Beistand, den dieses Werk der Nächstenliebe je und je erfahren durfte, gibt den Verantwortlichen die Kraft, hoffnungsfroh vorwärts zu gehen und nicht kleinmütig zu werden. Zum Vertrauen hinzu tritt der herzliche Dank Gott, aber auch jenen Menschen gegenüber, die sich auf irgendeine Weise zum Mithelfen bewegen liessen und auch in Zukunft dem Werk die Treue bewahren werden.

Dr. E. Brauchlin

Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Düsseldorf, 28. bis 30. November 1963, Messegelände
Für Programm und Auskunft sich wenden an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz, Schumannstrasse 1 bis 3, Frankfurt a. M.

12. Tagung der Internationalen Konferenz für Sozialfragen

vom 20. bis 24. September 1964 in Athen. Thema: «Social progress through social planning. The role of the Social Work.»

«Hinaus ins Leben» und **«Zeig, was du kannst».** Von *Helen Dore Boylston.* Nr. 33 und 44 der Benziger Taschenbücher. Jeder Band Fr. 2.30.

Hier sind zwei reizende Mädchenbücher. Sicher können sich auch alte, erfahrene Krankenschwestern, die «es» (die Lehrzeit) längst hinter sich haben, bei der Lektüre erholen und entspannen, hoffentlich sogar weise lächelnd. Leider ist die Diskrepanz zwischen äusserer Gestaltung und Inhalt eher störend. Zeigen doch die Einbände das frische, junge Gesicht einer Krankenpflegeschülerin von heute und die Situation um einen modernen Operationstisch. Mit wenig Scharfsinn und Kombinationsgabe kann aber aus dem Inhalt Zeit und Ort der Handlung entziffert werden. Ein neunzigjähriger Patient wird geschildert, der den Krimkrieg mitgemacht und das Wirken des «Engels mit der Lampe» selber erlebt hat. Die Leser müssen sich also in die Jahre 1920—1930 zurückversetzen. Auch ist nicht allgemein bekannt, dass die Ausbildung für Krankenpflege in den einzelnen Ländern verschieden ist (z. B. zwischen Amerika und der Schweiz). So möchte ich fast sagen, diese Bücher könnten ein Hindernis sein bei der Berufswahl unserer jungen Töchter. Trotzdem werden aber «Eingeweihte» mit reicheren Vergleichsmöglichkeiten Freude an den handlichen Taschenbüchern haben. R. Graf

Gut essen — gesund essen. Was jede Frau von der ausgeglichenen Ernährung im Alltag wissen sollte. Von *Margret Ryser.* Herausgegeben vom Schweiz. Verein der Gewerbe- und Hauswirtschaftslehrerinnen, in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit und der Eidgenössischen Alkoholverwaltung, 1963. Zu beziehen bei der Zentralstelle für Unterrichtsmaterial in Olten, Aarauerstrasse 31.

Was «jede Frau wissen sollte» müsste vor allem auch der Krankenschwester bekannt sein. Diese kleine Broschüre bringt einen ausgezeichneten Ueberblick über die wichtigsten Ernährungsfragen. Die Darstellung ist klar und übersichtlich. Hübsche farbige Illustrationen sorgen in anschaulicher, systematischer Art dafür, dass sich der Stoff rasch einprägt.

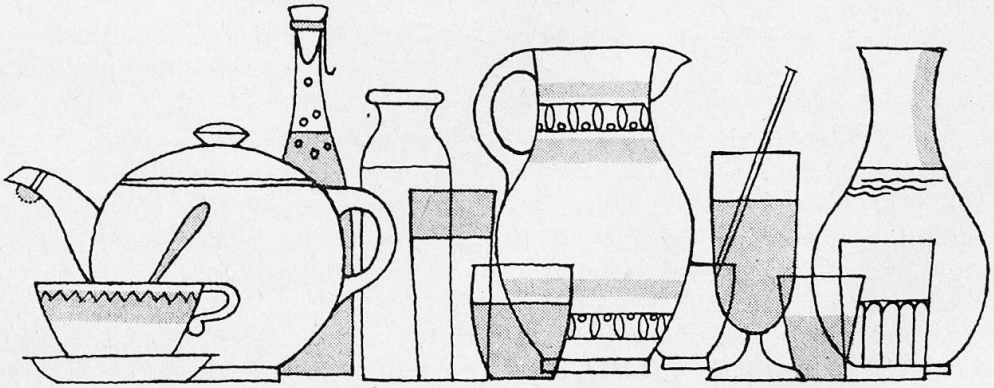
Alle Leser, denen es ein Anliegen ist, Patienten und deren Familienangehörige in Ernährungsfragen zu beraten, werden sich mit Freude und Gewinn dieses Büchleins bedienen.

AMP

Nachtrag zum Artikel **«Wie helfen wir schwerhörigen Patienten?»** in der Oktober-Nr.:

Für den Bezug von Merkblättern, Auskünften und Referaten wende man sich an den Pressedienst des Bundes schweiz. Schwerhörigen-Vereine, **Bern,** Jubiläumsstrasse 71.

Illustration aus «Gut essen — gesund essen»



Wie wohnen die Schwestern bei uns?

Zur Frage «Wie wohnen die Schwestern bei uns?» gibt es wohl ganz verschiedene Antworten, je nach Spital. Nein, der Stuhl würde nicht in mein Zimmer passen, aber auch nicht zu mir.

Von den früher üblichen kleinen Mansardenzimmerchen und jenen auf der Krankenstation selbst, bis zu den heutigen Schwesternhäusern, ist es ein langer, stetig ansteigender Weg der Verbesserung zugunsten der Schwestern.

Das *Schwesternhaus hat viele Vorteile,* alles steht zur Verfügung und beinahe jederzeit. Der Arbeitsplatz ist nah und doch vom Wohnort vollkommen getrennt. Rücksicht nehmen auf Nachbarn muss man sowohl in einem Wohnblock als auch im Schwesternhaus. Sicher ist es möglich, so zu bauen, dass weder Treppenhaus noch Lift und Telefon störend wirken. Auch im grossen Haus kann man für sich allein sein, wenn man es wünscht, genausogut wie in einer eigenen Wohnung. Ein gemeinsames Badzimmer mit heissem Wasser zu jeder Zeit ziehe ich einer eigenen Dusche bei weitem vor. Man kann sich sein Zimmer auch ohne eigene Möbel persönlich einrichten. Ich freue mich auf jeden freien Tag, den ich im Zimmer verbringen kann, besonders aber auf das gemütliche Frühstück. Für meinen Bedarf sollte das Zimmer freilich grösser sein.

Die Schwesternhäuser in Genf sind sicher schön. Dem einen grossen Zimmer würde ich zwei kleinere, ineinandergehende vorziehen, damit die Möglichkeit bestünde, einen Gast bei sich aufzunehmen. Dass diese Möglichkeit im allgemeinen fehlt, habe ich schon öfters bedauert.

Da meine Freizeit immer gut ausgefüllt ist, bin ich froh, den allgemeinen Reinigungsarbeiten enthoben zu sein. Warum soll ich mich damit belasten?

Wenn die Zeit kommt, da ich nicht mehr voll beruflich tätig sein kann, werde ich Umschau halten nach einem eigenen kleinen Heim. Bis dahin will ich ganz da sein.

Eine *Alterssiedlung für Schwestern?* Mir scheint es besser zu sein, den Lebensabend mit anderen Menschen zu verbringen. Ausserdem würde es mir widerstreben, während Jahren für eine Wohnung der Zukunft zu sparen, die mir dann vielleicht doch nicht zusagt. In unserer schnellebigen Zeit ändert sich so vieles, das nicht vorauszusehen ist, und wir müssen uns immer wieder umstellen und anpassen.

E. O. Bern

Die meisten Schwestern, vor allem in der deutschen Schweiz, wohnen intern. Warum? Es ist bequem, es ist billiger, man spart Zeit.

Es ist bei dieser Gelegenheit zu erwähnen, dass in unserem Lande die Wohnungsnot gross ist, und in den Städten mit Universitätskliniken ist es manchmal fast unmöglich, in der Nähe des Arbeitsplatzes eine Wohnung zu finden. Diese Tatsache erschwert das Interesse an einer klaren Stellungnahme zu dieser Frage, da man zum vornherein annimmt, dass man ja doch keine Wohnung findet. Anderseits hat dieser Umstand mit der eigentlichen prinzipiellen Einstellung zum Internat oder Externat nichts zu tun, denn die Schwestern, die vom Vorteil des externen Wohnens überzeugt sind, finden trotz Wohnungsnot eine Lösung.

Welche Gründe können für das Internat sprechen?

— Das Alter. Es ist schade, wenn sich eine junge diplomierte Schwester durch eine eigene Wohnung schon an einen bestimmten Ort binden lässt und dadurch in ihrer Weiterbildung eingeengt würde. Es ist für sie wichtig, Einblick in verschiedene Arbeitsmethoden zu gewinnen und ihr Arbeitsgebiet von Zeit zu Zeit zu wechseln, um sich einen Ueberblick zu verschaffen über die mannigfaltigen Berufsmöglichkeiten. Eine Wohnung mit ihrer finanziellen Belastung könnte sie an dieser Weiterbildung hindern.

— Die finanziellen Verpflichtungen. Hat nicht manche Schwester Familienangehörige zu unterstützen?

— Die zu lange Arbeitszeit. Wären wir aber nicht alle, Schwestern, Leitende, Arbeitgeber, durch vermehrten Wunsch nach Externat gezwungen, eine gezieltere Arbeitseinteilung anzustreben?

Das Internat ist bequem, man ist zufrieden dabei und wünscht oft nicht viel mehr. Soll dies so sein? Diese Einstellung kann gefährlich werden, wenn eine Krankenschwester wenig Inter-

esse zeigt für die Lebenskosten und den Existenzkampf, mit dem sich andere berufstätige Frauen auseinanderzusetzen haben. Auch besteht die Gefahr, dass die intern wohnende Schwester wenig Kontakt pflegt mit gesunden Menschen anderer Berufsklassen, und sich dieses Manko mit den Jahren bemerkbar macht durch eine gewisse Einseitigkeit in der Beurteilung von Menschen und Dingen. Hat die Krankenschwester heute nicht eine aktive Rolle innerhalb der Gesellschaftsordnung einzuhalten, die Rolle der Beraterin und Erzieherin für gesundes Leben?

Es wird häufig der Einwand gebracht, dass das Gemeinschaftsleben Geborgenheit und Wärme verleiht, womit vielen Mitmenschen geholfen werden kann. Ja, das stimmt, und in Zeiten, wo man besonders Hilfe nötig hat, weiss man dieses Aufgehobensein zu schätzen. Es hat aber wiederum seine Gefahren, wenn man sich darin wohlgefällt und sich nicht anstrengt, innerlich selbständig zu werden. Sollen nicht gerade wir Schwestern lernen, allein zu sein und mit dem Problem der Einsamkeit, mit dem der Patient sich oft auseinanderzusetzen hat, zuerst einmal selber fertig zu werden? Weiter spielt schon die Tatsache mit, dass man täglich das Spital verlässt, um in eine andere Umgebung zu kommen, dass man weniger um Probleme herumbrütet, dass man Distanz bekommt und dass daher Unannehmlichkeiten, die mit der Arbeit zu tun haben, nicht dramatisiert werden. Man könnte einwenden, dies hänge doch weitgehend vom Typus des einzelnen Menschen ab, was stimmt, aber äussere Umstände wirken dabei mit.

Ist das Internat billiger? Ja, sofern man nicht an jedem Frei-Tage verreist, um in ein anderes Milieu zu kommen. Die extern wohnende Schwester bleibt mit Vorliebe zu Hause und empfängt ihre Bekannten bei sich.

Würde vermehrtes externes Wohnen nicht auch die Arbeitgeber verpflichten, Bruttolöhne auszuzahlen?

Gewinnt man wirklich Zeit im Internat? Ja, man hat keine Haushaltsorgen, wobei zu bemerken ist, dass viele Schwestern gerne ein wenig Hausarbeiten verrichten, da es ihrem Bedürfnis entspricht. Aber wie steht es mit der sportlichen Betätigung, dem Spazieren an der frischen Luft, besteht nicht die Gefahr, dass man, weil man müde ist, keine Energie mehr findet, sein Zimmer zu verlassen, vor allem, da man keine Veranlassung dazu sieht? Ist es nicht auch so, dass man leicht seine kulturellen Ansprüche herabsetzt, da man nicht mehr ausgehen mag? Wohnen sie auswärts, ziehen sie sich um und haben somit schon den ersten Schritt getan zum Kontakt mit der Aussenwelt. Weshalb finden doch die Aerzte, von denen ein grosser Einsatz verlangt wird und die in ihrer Arbeitsmethode viel weniger organisiert sind als wir, meistens mehr Zeit für berufliche und kulturelle Weiterbildung? Sie stehen vermehrt im öffentlichen Leben, was sie anregt und sie verpflichtet, sich für die vielseitigen Aufgaben innerhalb ihrer sozialen Umwelt zu interessieren.

Dies sind nur einige Gedanken, die für das externe Wohnen sprechen. Wer antwortet und berichtet mit Ueberzeugung von den positiven Seiten des Internatslebens? H. St. Bern

... Ihre Idee teile ich schon seit langem, habe sie nur noch nie ausgesprochen. Die Wohnungsnot wird immer grösser, und die finanzielle Belastung für eine Schwester im Ruhestand könnte einmal sehr drückend werden. Solange man regelmässig sein Gehalt bezieht und keine Geldsorgen kennt, würde es leichtfallen, den nötigen Betrag vorauszuzahlen, um später einmal in Ruhe ein eigenes Heim haben zu können. Dies könnte man nach persönlichem Geschmack einrichten, man könnte sich einem Hobby widmen, menschliche Beziehungen pflegen und doch in seiner kleinen Wohnung ganz für sich sein und zu sich selber kommen. Ich stelle mir dies vor wie ein Schwesternhaus mit individuellem Rahmen. Etwas Aehnliches habe ich in Südrhodesien für ältere Alleinstehende, eingewanderte Europäer und eingebürgerte Rhodesier gesehen. Jede Person besitzt ein kleines Häuschen, lebt aber trotzdem in einer Gemeinschaft und fühlt sich nie verlassen.

Ich wohne im Schwesternhochhaus des Kantonsspitals Zürich. Wie fast allen Kolleginnen, gefällt es auch mir ganz gut hier. Natürlich möchte ich lieber eigene Möbel nach meinem Geschmack und Entwurf haben. Dies bleibt mein Wunschtraum für alte Tage. Mit etwas Phantasie lässt sich auch mit unseren modernen, schönen Möbeln ein persönliches Zimmer gestalten. Auf jeden Fall fühle ich mich bei mir daheim und gehe ganz ungern auswärts. Sogar ein «Ferienwöhnigli» im Tessin, das ich immer wieder miete und wo ich mich jeweils für etwa drei Wochen gemütlich einrichte, gibt mir nie die erholende Atmosphäre meines Zimmers. Von den Berufskolleginnen bin ich nie gestört, auch wenn einige am selben Tag frei haben. Jedes ist gerne einmal für sich, da wir uns ja die ganze Woche sehen. Jedes

respektiert das Privatleben des andern, auch wenn wir auf «Du» sind.

Selbstverständlich steht es jedem frei, extern zu wohnen und dabei das Bruttogehalt zu beziehen. Von alleinstehenden Schwestern wird dies eigentlich wenig benützt. Der Wohnungsmangel und das Hin- und Herfahren mögen Gründe dafür sein. Aber es gefällt doch allen hier.

Nun bin ich neugierig, ob sich noch weitere Interessentinnen zeigen und eine solche Altenssiedlung realisiert werden kann. Ich hoffe, diese noch geniessen zu können.

H. Sch., Zürich

Stellen-Gesuche
Demandes de places

Jüngere

dipl. Psychiatrieschwester

sucht Stelle in Arztpraxis, in der Umgebung von Solothurn, Biel oder Olten. Einige Kenntnisse im Labor und Maschinenschreiben. Offerten unter Chiffre 3544 Bl. an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Tüchtige, diplomierte, katholische

Kinder- und Krankenschwester

mit zehnjähriger Berufserfahrung und sehr guten Zeugnissen, sucht Stelle in Kinderheim, Krippe oder Arztpraxis, wo sie ihr zweijähriges Kind mitnehmen könnte. Eintritt sofort oder nach Vereinbarung. Offerten mit Gehaltsangaben sind zu richten unter Chiffre 3543 Bl. an die Annoncen-Abteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Infirmière

HMI, diplômée, libre de suite, cherche place dans maternité privée en Suisse romande. Répondre à Claire Schmutz, Cactus Hill, Villeret (Jura bernois).

Aeltere, erfahrene

dipl. Schwester

sucht Stelle in Spital od. Heim. Kein Nachtdienst, auf anfangs 1964 oder später. Offerten erbeten unter Chiffre 3546 Bl. an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Diplomierte, erfahrene

Schwester

gesetzten Alters sucht Stelle als Abteilungs- oder Büroschwester auf anfangs 1964 oder nach Uebereinkunft. Offerten erbeten unter Chiffre 3547 Bl. an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Stellen-Angebote
Offres d'emploi

Das **Krankenhaus Thalwil** (52 Betten) sucht

1 Oberschwester

(evtl. eine dipl. Schwester, die gewillt ist, den nächsten Oberschwesternkurs zu besuchen).

1 Oberschwesterstellvertreterin

Selbständiges und vielseitiges Arbeitsgebiet. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen. Eintritt nach Vereinbarung. - Offerten mit Ausbildungsausweisen und Photo an die Aerztliche Leitung des Krankenhauses Thalwil ZH.

Das **Sanatorium Braunwald** GL (70 Betten) auf der «Berg- und Sonnenterrasse des Glarnerlandes» sucht baldmöglichst eine selbständige

Erste Schwester

wenn möglich mit etwas Kenntnissen im Operationssaal, Sterilisation, Apotheke usw. und zur Betreuung der übrigen 6 Schwestern. Fünftagewoche.

Ferner suchen wir

1 Abteilungsschwester und 1 Hilfsschwester

(evtl. auch eine Pflegerin ohne Diplom).
Anmeldungen erbeten an das Sanatorium Braunwald GL, Tel. (058) 7 22 43.

Wir suchen für sofort oder auf 1. Dezember

dipl. Krankenpfleger

zur selbständigen Betreuung unserer Männerabteilung (Medizin und Chirurgie). Besoldung, Freizeit, Ferien nach kantonalem Reglement. Für verheirateten Pfleger ist Wohnung vorhanden. Bewerbungen mit Angabe bisheriger Tätigkeit, Photo und Zeugnisabschriften sind zu richten an Herrn P. Gysel, Präsident der Krankenhauskommission, Adliswil.

Langenthal

Dekor 8414 I

Das neue Langenthaler Gedeck von ganz eigenem Reiz: Die jugendfrische Form «Jeunesse» in faszinierender Harmonie mit einer aparten, nach alter, berühmter Tradition hergestellten Unterglasur-Verzierung.

Erhältlich im guten Fachgeschäft.

Porzellanfabrik Langenthal AG
Langenthal/BE

INSELSPITAL
BERN

Wir suchen für unsere chirurgischen Abteilungen und für den Operationssaal

einige dipl. Krankenpfleger

Eintritt: sofort oder nach Vereinbarung.

Wir bieten zeitgemässe Anstellungsbedingungen (geregelte Arbeitszeit, gute Besoldung, auf Wunsch Pensionskasse, weitgehende Sozialleistungen) und ein interessantes Tätigkeitsgebiet. Offerten mit Lebenslauf, Diplom- und Zeugniskopien sowie Photo sind zu richten an die **Direktion des Inselspitals, Bern.**

Das **Bezirkskrankenhaus Herisau** sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

1 tüchtige dipl. Krankenschwester

für Abteilung

1 Krankenschwester

für Dauernachtwache.

Geboten wird angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Entlöhnung und Station im neuerbauten, modern eingerichteten Schwesternhaus. Offerten bitten wir an die Oberschwester zu richten.

Wir suchen für baldigen Eintritt in frisch renoviertes Sanatorium

1 Dauernachtwache
1 Abteilungsschwester

Hohe Besoldung, geregelte Arbeits- und Freizeit und schöne Zimmer mit Balkon. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Sanatoriums Walenstadtberg.

Gesucht erfahrene, freundliche

Praxisschwester

für Spezialarztpraxis in St. Gallen. Externe Dauerstelle. Fünftagewoche. Wenig Labor- und Schreibarbeiten. Gute Entlöhnung. Eintritt nach Uebereinkunft. Offerten mit Angaben über die bisherige Tätigkeit unter Chiffre 3537 Bl. an die Annoncen-Abteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Wir suchen für unsere Privatklinik mit 14 Betten eine **psychiatrisch interessierte,**

dipl. Krankenschwester

zur selbständigen Betreuung der Patienten. Geregelte Freizeit und zeitgemässe Anstellungsbedingungen. Offerten mit den üblichen Unterlagen und Gehaltsansprüchen erbeten an den Leitenden Arzt, Dr. R. Pia, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik Chalet Margaritha, Kehrsatz BE.

Kantonsspital Liestal

Zur Ergänzung des Personalbestandes suchen wir noch einige

dipl. Krankenschwestern

Wie bieten gute Entlöhnung und zeitgemässe Unterkunft. Stellenantritt nach Vereinbarung. — Anmeldungen sind unter Beilage von Zeugnisabschriften und Lebenslauf an die Verwaltung des Kantonsspitals zu richten.

Gesucht in Landspital

Abteilungsschwester

mit Narkosekenntnissen oder

Schwester

für Büroarbeiten und Apotheke. Dieser Posten eignet sich für ältere Schwester. Offerten an die Oberschwester des Bezirksspitals Münsingen.

Das **Bezirksspital Thun** sucht einen jüngeren

Operationspfleger

in vielseitigen Operationsbetrieb. Eintritt nach Uebereinkunft. Anmeldungen an den Verwalter.

Das **Krankenhaus Schwyz** sucht

einige dipl. Krankenschwestern
1 dipl. Krankenpfleger
1 Dauernachtwache

Geregelte Freizeit, zeitgemässe Entlöhnung und Sozialleistungen werden geboten. Bewerber und Bewerberinnen, welche sich zu verändern wünschen, melden sich mit Lebenslauf, Ausbildungsausweisen, Zeugnissen und Photo bei der **Verwaltung des Krankenhauses Schwyz,** Telefon (043) 3 10 43.

Hôpital Bas-Valais cherche

secrétaire médicale expérimentée

sérieuses références, parlant français et allemand.

infirmière-anesthésiste

Offre sous chiffre 3538 Bl. à Vogt-Schild S. A., Dép. Annonces, Soleure.

Gesucht

Praxisschwester

freundlich und sprachgewandt, sicher in der Asepsis, in lebhafte, chirurgische, vorwiegend traumatologische Praxis im Zentrum Zürichs. Offerten unter Chiffre 3540 Bl. an die Annoncen-Abteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Gesucht wird für sofort tüchtige

Hauspflegerin

zu pflegebedürftigem Fräulein für längere Zeit. Küche und Haushalt werden besorgt. Für weitere Auskunft wende man sich an Familie Blatter, Haltenegg, Heiligenschwendi BE.

Kunststoffe für den Medizinalbedarf

B. Braun, Melsungen

Schlauchverbindungsstücke, auch Dreiweg-Verbinder T- und Y-Form
Verschluss-Stopfen aus Nylon

Darmrohre*

Fingerlinge*

Wund- und Blasenspritzen

Magen- und Darmsonden zur künstlichen Ernährung*

Sauerstoffbrillen

OP-Schürzen

Braunülen* (flexible, reizlose Venenverweilkanüle)

Katheter:*
Absaug-, O_2-Insufflations-, Nelaton-, Tiemann-, Venen- und Herzkatheter

Infusions-, Transfusions- und Blutabnahmegeräte*

Kennen Sie «Die Schwester» Hauszeitschrift der Firma B. Braun? Gratiszustellung an alle Schwestern.

* steril, für Einmalgebrauch

Synmedic AG
Seebahnstrasse 85
Zürich 3/36

Verlangen Sie bitte Muster, Preisliste, Demonstration und Referenzen.

Probleme, die auch Sie angehen!

Steuern Sie dem Uebergewicht!

Besonders jetzt, da es kälter wird und man versucht ist, wieder mehr zu essen. Mit

Dr. Kusa's Vollweizen-Gel

nehmen Sie nicht nur ab, Sie entschlacken sich gleichzeitig. Tausende haben dies schon mit Erfolg erprobt. Aber auch für jede Diät ist Dr. Kusa's Vollweizen-Gel als leicht verdauliche und dennoch vollwertige Nahrung geeignet.

Das **Oelproblem,** ein **Lebensproblem**

Der gesamte Fettstoffwechsel hängt weitgehend von der Qualität eines Oeles ab. Nur ein biologisch vollwertiges Oel, wie

«Schweizer's» Sonnenblumen-Oel

das garantiert **kaltgepresst, unvermischt, unraffiniert** und **naturbelassen** ist, dient wirklich Ihrem Wohlbefinden und verhütet Cholesterinablagerungen. Das beste Oel für Salate wie für die Diätkost!

Dr. Kusa's Vollweizen-Gel
Schweizer's Sonnenblumen-Oel
sind erhältlich in Reformhäusern und Reformabteilungen.

Das Kantonale Frauenspital Bern sucht

1 oder 2 Krankenschwestern

für die gynäkologische Abteilung. Besoldung nach kantonalem Dekret, Fünftagewoche. Offerten mit Zeugnissen und Gehaltsansprüchen sind zu richten an die Verwaltung des Kantonalen Frauenspitals, Bern.

Das Kantonsspital Aarau bietet zwei intelligenten, jungen

Schwestern

die Möglichkeit, in vielseitigem Operationsbetrieb das Instrumentieren zu erlernen. Besoldung und Ferien nach Angestelltenverordnung. Fünftagewoche. Eintritt: sofort oder nach Vereinbarung. Nähere Auskunft erteilt die Oberschwester. — Anmeldungen sind zu richten an das Kantonsspital Aarau, Verwaltungsdirektion.

Wir suchen tüchtige

dipl. Krankenschwestern

Gute Anstellungsbedingungen mit neuer Besoldungsordnung. Offerten sind an die Oberschwester des Bezirksspitals Herzogenbuchsee zu richten.

Gesucht zu älterer Frau in Zürich 6, in schöne Wohnung,

treue Hilfe

Jetzt nicht pflegebedürftig, Spetterin. Offerten unt. Chiffre 3535 Bl. an die Annoncen-Abteilung Vogt-Schild AG, Solothurn, oder Tel. (051) 26 35 32.

Spital im Unterwallis sucht erfahrene

Medizin-Sekretärin

Gute Referenzen, Deutsch und Französisch sprechend.

Anästhesie-Krankenschwester

Offerten unter Chiffre 3539 Bl. an die Annoncen-Abteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Médecin praticien, ville bords du Léman, cherche pour date à convenir infirmière ayant si possible formation

aide médecin

Offres sous chiffre 3536 Bl. à Vogt-Schild S. A., Dépt. Annonces, Soleure.

In Internistenpraxis nach Bern gesucht

Krankenschwester

mit guten Laborkenntnissen. Stellenantritt Dezember/Januar oder nach Uebereinkunft. — Dr. med. A. Schmid, Spitalgasse 40, Telefon (031) 2 27 55.

Krankenpflege der Protestanten von Cham und Umgebung

Infolge Rücktritt unserer langjährigen Schwester ist die Stelle einer diplomierten

Gemeindekrankenschwester

auf Frühjahr 1964 neu zu besetzen. Wir bieten ein selbständiges Wirkungsfeld mit angenehmen Arbeitsbedingungen. Besoldung und Ferien nach dem neuen NAV. Auto steht zur Verfügung.
Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an den Präsidenten der Krankenpflege der Protestanten von Cham und Umgebung, Otto Schertenleib, Nestléstrasse 3, Cham ZG, Telefon (042) 6 16 40.

Die **kantonale Heil- und Pflegeanstalt Herisau** bietet diplomierten Krankenschwestern und -pflegern die Möglichkeit **zur zusätzlichen Ausbildung in der Pflege psychisch Kranker,** mit Diplomabschluss oder zu kürzeren Praktika.

Anmeldung mit Lebenslauf und Zeugniskopien sind erbeten an die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt, Herisau.

Bezirksspital in Sumiswald sucht

dipl. Krankenschwester und Dauernachtwache

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Entlöhnung und geregelte Freizeit. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Bezirksspitals in Sumiswald BE.

Das solothurnische Kantonsspital in Olten sucht für das Blutspendezentrum (serologischer Dienst) diplomierte

Laborantin oder Schwester

Einführungskurs in Bern auf Kosten des Kantonsspitals. Zeitgemässe Besoldung und geregelte Arbeitszeit. Pensionskasse.
Anmeldung unter Zusendung der Ausbildungsausweise und Berufszeugnisse erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals.

Privates Frauen-Blindenheim in Zürich 7 sucht

ref. Heimleiterin

etwa 30 Insassen. Gepflegtes Haus. Kleiner Arbeitsbetrieb. Selbständiger Vertrauensposten. Auskunft bei Frl. Tobler, Bergheimstrasse 22, Tel. (051) 32 58 82.

Schreib- und Notizblocks

in jeder gewünschten Anzahl und Auflage

für

Handel, Gewerbe, Industrie, Landwirtschaft und Private

können von der

Buchdruckerei Vogt-Schild AG, Solothurn

ab Lager zu vorteilhaften Preisen bezogen werden

Vorhandene Formate

A 4 (21 x 29,7 cm)
A 5 (14,8 x 21 cm)
A 6 (10,5 x 14,8 cm)

Jeder Block enthält 100 Blatt mit Perforation, Drahtheftung, Leinenfalz und Kartonunterlage

Liebe Krankenpflegerin, Ihre Hautpflege muss wirksam, aber einfach sein.

Hautpflege für eine Krankenpflegerin? — Aber ja, selbstverständlich. Es würde sich freilich schlecht ausnehmen, wenn die Pflegerin wie ein Modepüppchen unter den leidenden Patienten einhergehen würde. Aber gesunde Hautpflege hat mit Hoffart nichts zu tun. Die Gesichtshaut soll im Gegenteil genau so regelmässig und sorgfältig gepflegt werden, wie man Zähne putzt oder die Haare kämmt.

Keine Zeit? O ja, wir wissen wohl, dass Sie nicht stundenlang vor dem Spiegel sitzen und ein raffiniertes Make-up machen möchten. Das ist es ja, was die «bio placentine»-Hautpflege speziell für Sie so geeignet macht. Bei dieser von bedeutenden Schweizer Hautärzten eingehend geprüften und sogar klinisch erprobten Pflege der Haut genügen 2—3 Minuten am Morgen und 2—3 Minuten abends vor dem Zubettgehen, um jederzeit einen schönen Teint zu haben und auch bei strenger Arbeit immer gut, gepflegt und gesund auszusehen.

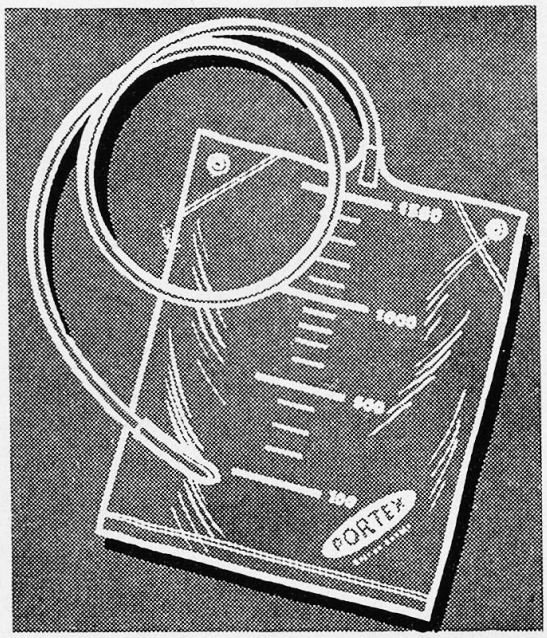
Die Behandlung der Gesichtshaut mit «bio placentine»-Präparaten ist so einfach: Die mit «bio placentine»-Gesichtsmilch gereinigte Haut wird mit «bio placentine»-Hauttonikum gestärkt, erfrischt und für die Aufnahme der Creme vorbereitet. Als Creme nehmen Sie für den Tag die durchfeuchtende Tagescreme, abends die Nähr- und Faltencreme, bei starker Faltenbildung abwechslungsweise auch die «bio placentine»-Hormoncreme.

Ist Ihnen etwas aufgefallen? Jawohl, Sie kommen je nach Hautbeschaffenheit mit nur 3 oder 4 Präparaten aus. Diese sind in Zusammenarbeit mit Dermatologen so geschaffen worden, dass sie keiner Ergänzungen mit Spezialcremen bedürfen.

Wirksam, und doch einfach — einfach, und doch wirksam. Das ist es vermutlich, was Sie suchen. Dass die «bio placentine»-Hautpflege wirksam ist, das beweisen die Tausende von Schweizerinnen, die «bio placentine» seit Jahren verwenden und durch nichts mehr davon abzubringen sind. Die «bio placentine»-Präparate sind im übrigen so mild, dass sie auch von allergischen Hauttypen ohne weiteres vertragen werden.

Bei jedem «bio placentine»-Depositär erhalten Sie die nachstehenden «bio placentine»-Präparate: Durchfeuchtende, milde Gesichtsmilch Fr. 8.30, Hauttonikum Fr. 7.50, durchfeuchtende Tagescreme Fr. 7.75, Nähr- und Faltencreme Fr. 11.90, Hormoncreme mittlerer Topf (für 30 Anwendungen) Fr. 9.75 und Hormoncreme grosser Topf (doppelter Inhalt) Fr. 16.60.

Wenn Sie bei Ihrem gewohnten Lieferanten die «bio placentine»-Produkte nicht erhalten, wenden Sie sich an die Herstellerfirma Louis Widmer + Co., Zürich 47. Man wird Ihnen von dort aus zu den Produkten verhelfen können. Uebrigens erhalten Sie dort auch jede gewünschte Auskunft über alle besonders schwierigen Hautprobleme.



URINBEUTEL

mit Verbindungsschlauch, steril

ist nur ein einzelner Artikel aus unserem reichhaltigen Programm der Artikel zum einmaligen Gebrauch (vergleiche Ausgabe Oktober 1963, Seite 404). Gerne stellen wir Ihnen unsere entsprechende Liste zu.

LAUBSCHER & CO. AG, BASEL

Rheinsprung 5, Postfach Basel 1

Wir suchen für unsere

Sanitäts- und Fürsorgeabteilung

dipl. Krankenschwester

in allen Belangen der Krankenpflege bewandert, mit guter Allgemeinbildung.

Voraussetzungen: Freude am Umgang mit Menschen und am Grossbetrieb, Kenntnisse in leichteren Büroarbeiten und Maschinenschreiben, Fremdsprachenkenntnisse erwünscht, vor allem Italienisch.

Einer geeigneten Bewerberin bietet sich ein interessantes, vielseitiges Arbeitsfeld als Betriebsschwester. Grosses, modern eingerichtetes Krankenzimmer zur Betreuung der Angestellten.

Gute Arbeitsbedingungen, geregelte Freizeit und Ferien, gute Besoldung und Sozialleistungen, Pensionsberechtigung.
Handschriftliche Offerten mit Zeugnisabschriften und Passbild nimmt gerne entgegen die Personalabteilung der

Grands magasins Jelmoli S. A., Zürich 1

Sihlstrasse 20

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

Zur Ergänzung unserer Operationsequipe suchen wir je eine vollausgebildete

Operationsschwester und Narkoseschwester

in lebhaften, vielseitigen Operationsbetrieb, mit vollamtlicher Narkoseärztin. Eventuell nur für einige Monate. Angenehmes Arbeitsklima. Günstige Anstellungsbedingungen. Anmeldungen mit allen nötigen Ausweisen erbeten an Bezirksspital Langenthal, zuhanden von Herrn Chefarzt Dr. H. Lüdi.

Wegen Rücktritts der langjährigen Amtsinhaberin suchen wir auf den 1. Januar 1964 eine

Gemeindekrankenschwester

Anstellung gemäss Normalarbeitsvertrag des SVDK mit zeitgemässer Besoldung. Frühere Dienstjahre werden angerechnet. Neue sonnige Dienstwohnung mit Garage ist vorgesehen. Anmeldungen erbeten an den Präsidenten des Krankenpflegevereins Wigoltingen, Paul Gerber, Wigoltingen TG, Tel (054) 8 13 24.

Solothurnische Heilstätte Allerheiligenberg
(Nähe Olten, 900 m ü. M.)

sucht auf 1. Januar 1964

1 Oberschwester
1 Operationsschwester

Thoraxchirurgie Prof. W. Brunner

auch zur Vorbereitung von Bronchoskopien, Infusionen usw.

Geregelte Freizeit, zeitgemässe Entlöhnung nach den kantonalsolothurnischen Ansätzen.
Anmeldung und Auskunft beim Chefarzt Dr. O. Arni, Allerheiligenberg, Telefon (62) 6 94 44.

Inseraten-Annahmeschluss für «Zeitschrift für Krankenpflege»

jeweils am **26.** des vorangehenden Monats

Nach diesem Datum können keine Inserate mehr berücksichtigt werden.
Wir danken für das Verständnis.

Verlag und Annoncen-Abteilung
Vogt-Schild AG, Solothurn 2
Telefon 065/2 64 61

Orthopädische Klinik Balgrist in Zürich sucht

1 dipl. Krankenpfleger
2 diplomierte Krankenschwestern

Wir bieten zeitgemässe Arbeitsbedingungen sowie gute Entlöhnung. Offerten mit den üblichen Unterlagen sind an die Oberschwester der Klinik zu richten.

Das **Krankenhaus Thalwil** sucht

1 Wochenbett-Säuglingsschwester

Interessante, selbständige Arbeit für gutausgebildete Schwester. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen. Eintritt nach Vereinbarung. Offerten an die Aerztliche Leitung des Krankenhauses Thalwil ZH.

Wir suchen auf Januar 1964, evtl. früher, für unsere Pflegeabteilung eine fröhliche und liebe

Krankenpflegerin

zur Betreuung der Chronischkranken. Alter bis 40 Jahre. Wir bieten selbständiges Arbeitsgebiet, angenehme Zusammenarbeit, schönes Zimmer und rechten Lohn.

Offerten mit Referenzenangabe und Photo an die Verwaltung des Alters- und Pflegeheims Meilen, Tel. (051) 73 22 76.

Das **Kinderdorf Pestalozzi** sucht eine

dipl. Kranken- oder Kinderschwester

Es kann ein selbständiges Arbeitsgebiet und eine vielseitige, interessante Tätigkeit geboten werden. Sprachenkundige Bewerberinnen, die gerne in der von zehn Nationen gebildeten Kinderdorfgemeinschaft den Kranken- und Gesundheitsdienst versehen möchten, sind höflich ersucht, sich bis zum 30. November 1963 mit ausführlichen Unterlagen (Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Photo) zu melden. Dienstantritt nach Vereinbarung.

Leitung des Kinderdorfes Pestalozzi, Trogen

Für das **Blutspendezentrum** des Schweiz. Roten Kreuzes, Sektion Luzern, suchen wir

2 Schwestern

(eventuell 1 Laborantin)

Vorkenntnisse auf dem Gebiet des Blutspendewesens sind von Vorteil, aber nicht Bedingung. Keine Pflegearbeit. Eintritt sobald wie möglich. Anmeldungen mit Lebenslauf, Bild und Referenzen sind zu richten an das Sekretariat SRK, Sektion Luzern, Schlosstr. 9, Luzern.

Kinderheilstätte
Maison Blanche
Leubringen ob Biel

Wir suchen auf 1. Januar 1964

Kinderpflegerin

auf Höckabteilung. Französischkenntnisse erwünscht. Anfragen sind zu richten an den Vorsteher der Kinderheilstätte.

Gesucht auf 1. Januar 1964 (eventuell später)

Praxisschwester oder Arztgehilfin

in moderne geburtshilflich-gynäkologische Spezialarztpraxis im Kanton Aargau. Verlangt werden gute Kenntnisse im Labor. Selbständiges Arbeitsgebiet. Externe Stelle mit zeitgemässen Arbeits- und Salärbedingungen. Acht Wochen bezahlte Ferien. Offerten mit Zeugniskopien unter Chiffre 3541 Bl. an die Annoncen-Abteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Gesucht für Dermatologenpraxis in St. Gallen (Praxiseröffnung Februar 1964)

Praxisschwester

Offerten erbeten unter Chiffre 3545 Bl. an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, Solothurn.

Wir suchen für unsern modern eingerichteten Operationssaal für sofort oder nach Uebereinkunft eine gutausgebildete

Instrumentierschwester

Freundl. Arbeitsklima. Fünftagewoche. Interne oder externe Wohnmöglichkeit. Offerten sind zu richten an Schw. Cécile Riklin, Operationsoberschwester, Chirurgische Klinik, Kantonsspital St. Gallen.

NEUCHATEL

Wegen Vergrösserung sucht die Direktion des Krankenhauses der La Côte in Corcelles ob Neuchâtel (Pflegeanstalt für unheilbare Personen welche nicht blind und geisteskrank sind)

eine Krankenschwester und zwei Hilfsschwestern

für den neuen Service. Vorteilhafte Konditionen, modernes Zimmer mit fliessendem Wasser und Bad, geregelte Freizeit. Für Angestellte der deutschen Schweiz jede Woche gratis Französischstunden durch eine diplomierte Lehrerin. — Sich wenden an die **Direktion des Hospice de la Côte, Corcelles-sur-Neuchâtel.**

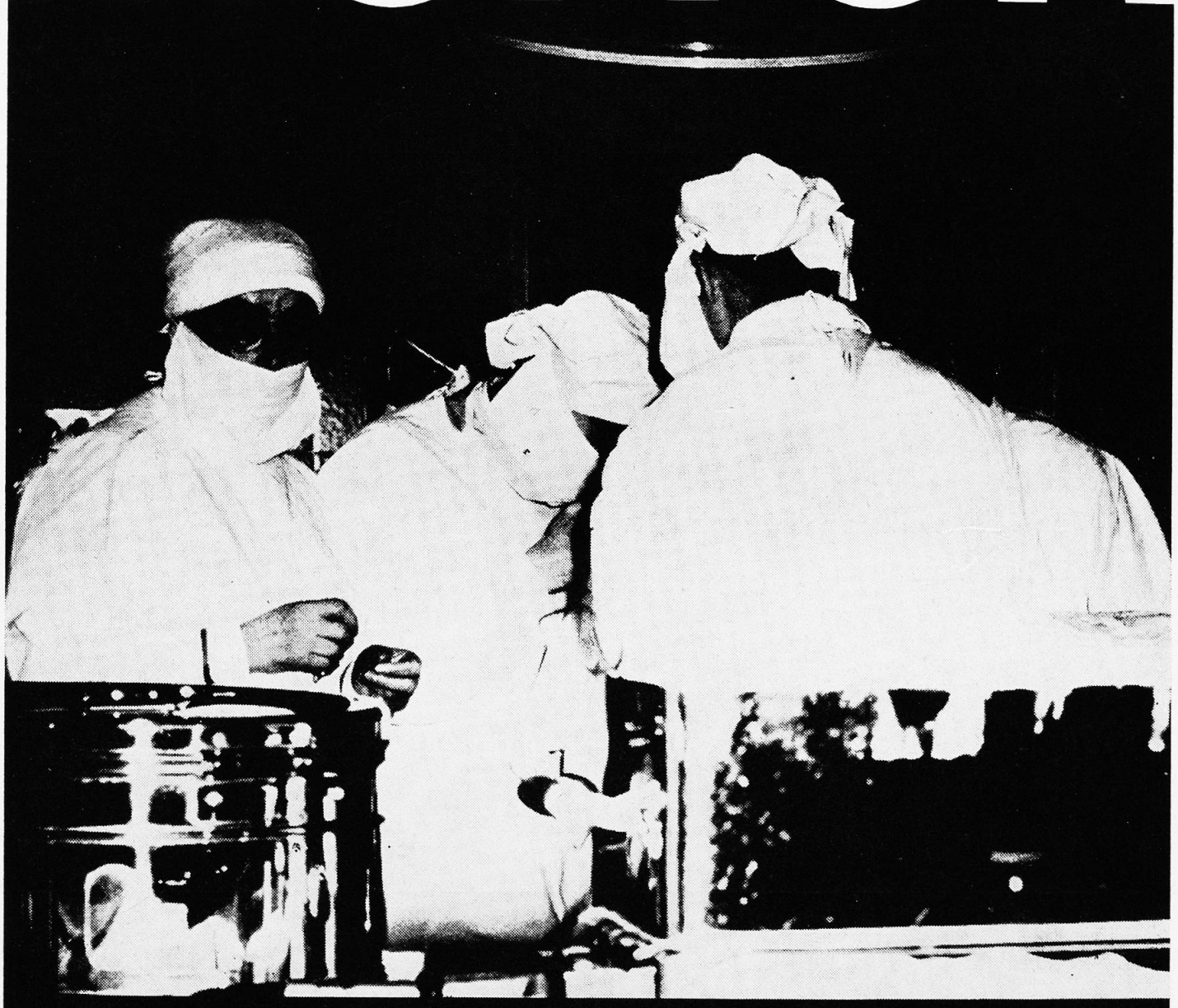
Cuno Amiet

Von Adèle Tatarinoff

Dem Künstler zu seinem 90. Geburtstag (28. 3. 1958) gewidmet. Geleitwort von Dr. Urs Dietschi Regierungsrat. Das Buch, in Leinen gebunden, mit Schutzumschlag, umfasst 124 Textseiten, über 50 Abbildungen und zwei Farbtafeln.
Preis des Buches: Fr. 12.80
Zu beziehen durch jede Buchhandlung sowie bei der Verlagsabteilung Buchdruckerei Vogt-Schild AG, in Solothurn

Sicherheit in der Desinfektion dank

Merfen



Umfassendes Antiseptikum. Wirkt auf grampositive, gramnegative Erreger, Koch-Bazillen und pathogene Pilze. Seit Jahren bewährt. Durch die Klinik anerkannt. In die bedeutendsten Pharmakopöen aufgenommen.

Für die Desinfektion, Sterilisation und sterile Aufbewahrung von Instrumenten.

Zyma AG Nyon

*
300/D
CR Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen

AZ
Solothurn 2

Bern

BÉARD MONTREUX

H. BÉARD S.A. Montreux

Bureaux: 19, av. Rousseau
Telefon 021 62 38 62
Clarens-Montreux

Für Ihre Weihnachtsgeschenke,
für Ihre Aussteuer

liefern wir direkt ab Fabrik zu günstigem Preise, versilberte Tafelbestecke seit mehr als 50 Jahren aus bestbewährter Qualität.

Grosse Auswahl in Stil und moderner Verzierung.

Verlangen Sie Katalog und Preisliste.

Für Krankenpflegerin Fr. 69.—
5% bei Barzahlung
Garantie 1 Jahr
Gutausgearbeitetes Werk, 17 S., stossicher, wasserdicht
Die gleiche, grösser, für Krankenpfleger Fr. 69.—
Verlangen Sie Auswahlsendung ohne Kaufzwang bei

Montres Suava, La Chaux-de-Fonds
Avenue Léopold-Robert 75

Die Krankenpflege-Vermittlung
Zürich VIII
Drahtzugstrasse 4
sucht und vermittelt gutes Pflegepersonal
Bürozeit
Werktags 9 – 11 Uhr
Telefon 051 / 32 61 80

VOGT-SCHILD AG SOLOTHURN