

Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières
Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger
Band: 59 (1966)
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: 26.12.2025

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

Zeitschrift für Krankenpflege

627
Herausgegeben vom
Schweizerischen Verband
diplomierter
Krankenschwestern und
Krankenpfleger

Revue suisse des infirmières

Edité par
l'Association suisse
des infirmières
et infirmiers diplômés

Solothurn / Soleure
November 1966
Novembre 1966

**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), 37, rue de Vermont, Genève

Präsidentin - Présidente: Alice Girard

Generalsekretärin - Secrétaire générale: Helen Nussbaum

Zentralvorstand - Comité central

Präsidentin - Présidente	Nicole-F. Exchaquet, 14D, route d'Oron, 1010 Lausanne
1. Vizepräsidentin - 1re vice-présidente .	Annelies Nabholz, Basel
2. Vizepräsidentin - 2e vice-présidente .	Jeanne Rétornaz, Fribourg
Quästor - Trésorier	Hans Schmid-Rohner, Winterthur
Mitglieder - Membres	Otto Borer, Luzern; Antoinette de Coulon, Neuchâtel; Monique Fankhauser, Lausanne; Janine Ferrier, Genève; Renate Josephy, Bern; Annie Kuster, Balgach; Christine Nussbaumer, Solothurn; Angela Quadranti, Bellinzona
Zugew. Mitglieder - Membres associés .	Diakonisse Anni Conzett, Ehrw. Schw. Hildegardis Durrer
Delegierte des SRK - Délégués de la CRS	Charlotte von Allmen, Martha Meier
Zentralsekretärin - Secrétaire générale .	Erika Eichenberger
Adjunktin - Adjointe	Marguerite Schor
Geschäftsstelle - Secrétariat	Choisystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 25 64 28, Post- checkkonto 30 - 1480

Die Sektionen - Les sections

Sektion - Section	Geschäftsstelle - Secrétariat	Präsidentin - Présidente
Aargau, Solothurn	Frau Elisabeth Arthofer-Aeby, Maienzugstrasse 14, 5000 Aarau, Telefon 064 22 78 87	Schw. O. Schmid
Basel, Baselland	Schw. Dora Wyss, Leimenstrasse 52, 4000 Basel, Telefon 061 23 64 05	Schw. El. Schwarz
Bern	Schw. Sonja Regli, Choisystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 25 57 20	Schw. Nina Vischer
Fribourg	Mlle Rosa Bregger, 145, Tilleul, 1700 Fribourg, télé- phone 037 2 30 34	Mlle Marg. Carrard
Genève	Mlle V. Wuthrich, 4, place Claparède, 1200 Ge- nève, téléphone 022 25 12 32	Mlle J. Demaurex
Luzern, Urkantone, Zug	Frau J. Vonlanthen, Langmattring 38, 6370 Stans, Telefon 041 84 28 88	Frau M. Th. Karrer- Belser
Neuchâtel	Mme A. Béguin, 20, rue de Reynier, 2000 Neu- châtel, téléphone 038 5 14 35	Mlle B. van Gessel
St. Gallen, Appenzell, Graubünden, Thurgau	Schw. L. Giubellini, Paradiesstrasse 27, 9000 Sankt Gallen, Telefon 071 22 39 34	Schw. Elsa Kunkel
Ticino	Signorina Angela Quadranti, Ospedale San Gio- vanni, 6500 Bellinzona, Telefon 092 5 17 21	Signa. E. Simona
Vaud, Valais	Mme N. Musy-de Coulon, 20, chemin de la Bruyère, 1012 Lausanne, téléphone 021 28 67 26	Mlle L. Bergier
Zürich, Glarus, Schaffhausen	Schw. Gertrud Müller, Asylstrasse 90, 8032 Zü- rich 7/32, Telefon 051 32 50 18	Frau M. Forter-Weder

Zugewandte Mitglieder - Membres associés

Krankenschwestern der folgenden Mutterhäuser - Sœurs infirmières des institutions suivantes: Schwestern-Institut Baldeggi; Diakonissenhaus Bern; Communauté des Religieuses hospitalières de Sainte-Marthe, Brunisberg FR; Schwestern-Institut Heiligkreuz, Cham; Communauté des Sœurs de St-Joseph de Lyon, Fribourg; Province suisse des Filles de la Charité de St-Vincent-de-Paul, Fribourg; Institut St. Joseph, Ilanz; Institut der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz, Ingenbohl; Gemeinschaft der St.-Anna-Schwestern, Luzern; Spitalschwestern Kantonsspital und Elisabethenheim, Luzern; Institut der Lehrschwestern vom Heiligen Kreuze, Menzingen; Diakonissenmutterhaus «Ländli», Oberägeri; Diakonissenanstalt Riehen; Institution des diaconesses de Saint-Loup; Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg; Schwesternbund Unserer Lieben Frau von Zug; Diakonissenhaus Bethanien, Zürich

Schweizerische Vermittlungsstelle für ausländisches Pflegepersonal (SVAP) - Bureau de placement pour personnel infirmier étranger: Schwester Nina Bänziger, Wiesenstrasse 2, 8008 Zürich, Telefon 051 34 52 22

**Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern
Croix-Rouge, Ecole supérieure d'infirmières**

Zürich 7/44: Moussonstrasse 15	Oberin N. Bourcart
Lausanne: 48, avenue de Chailly	Directrice-adjointe: Mlle M. Baechtold

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

Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern	Oberin K. Oeri
La Source, Ecole romande d'infirmières de la Croix-Rouge suisse, Lausanne	Mlle Ch. von Allmen
Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich	Oberin Dr. M. Kunz
Krankenpflegeschule St. Claraspital, Basel	} Schwester Fabiola Jung
Krankenpflegeschule Theodosianum, Zürich	
Schwesternschule und Krankenhaus vom Roten Kreuz, Zürich- Fluntern	Oberin A. Issler-Haus
Pflegerinnenschule Baldeg, Sursee	Schw. Mathilde M. Helfenstein
Städtische Schwesternschule Engeried, Bern	Schw. Martha Eicher
Krankenpflegeschule des Diakonissenhauses Bern	Oberin E. Gerber
Pflegerinnenschule bernische Landeskirche Langenthal, Zeug- hausgasse 5, Bern	Oberin F. Liechti
Ecole d'infirmières Le Bon Secours, Genève	Mlle M. Duvillard
Ecole d'infirmières Fribourg-Pérolles	Sœur Anne-Antoine
Freie Evangelische Krankenpflegeschule Zollikerberg/Zürich	Schw. Margrit Scheu
Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen	Diakonisse Jacobea Gelzer
Krankenpflegeschule Kantonsspital Aarau	Oberin M. Vogt
Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bethanien, Zürich	Direktor E. Noetzi
Ecole d'infirmières et d'infirmiers de l'Hôpital cantonal, Lausanne	Mlle F. Wavre
Pflegerinnenschule der Spitalschwestern des Kantonsspitals Luzern	Schwester M. Stocker
Ecole d'infirmières de l'Institution des Diaconesses de Saint-Loup	Sœur Marguerite Genton
Schwesternschule Bürgerspital Basel	Oberin A. Nabholz
Krankenpflegeschule Diakonath Bethesda Basel	Direktor E. Kuhn
Krankenpflegeschule Ilanz, Spital St. Nikolaus, Ilanz GR	Schwester Pia Domenica Bayer
Krankenschwesternschule Institut Menzingen	} Frau Generalrätin M. L. Stöckli
Klinik Notkerianum St. Gallen	
Ecole valaisanne d'infirmières, Sion	Sœur Marie-Zénon Bérard
Krankenpflegeschule Männedorf des Diakonissenmutterhauses «Ländli»	Schwester M. Keller
Pflegerinnenschule der St.-Anna-Schwestern, Luzern	Schwester M. Röllin
Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur	Oberin S. Haehlen
Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun	Oberin M. Müller
Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel	Oberin Minna Spring
Pflegerschule Kantonsspital Luzern	Dr. R. Blankart
Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn	Schwester Barbara Kuhn
Scuola Cantonale Infermieri Bellinzona	Dr. C. Molo
Krankenpflegeschule des Institutes Heiligkreuz Cham, Bürger- spital Zug	Schwester Michaelis Erni

**Krankenpflegeschulen, denen die Anerkennung vom Schweizerischen Roten Kreuz
zugesichert ist**

Ecoles ayant l'assurance d'être reconnues par la Croix-Rouge suisse

Ecole d'infirmières de Bois-Cerf, Lausanne	Mère Agnès
Städtische Schwesternschule Triemli, Zürich	Oberin H. Steuri
Evangelische Krankenpflegerschule Chur	Pfleger W. Burkhardt

Gesucht so rasch wie möglich tüchtige

Krankenschwester

Sprachenkundig (Deutsch, Französisch, Englisch)
Offerten mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf,
Photo, Zeugniskopien) erbeten an die Direktion der
Privatklinik Bircher-Benner, Keltenstrasse 48,
8044 Zürich (eventuell Telefon 051 32 68 90)



Hydro-Therapie

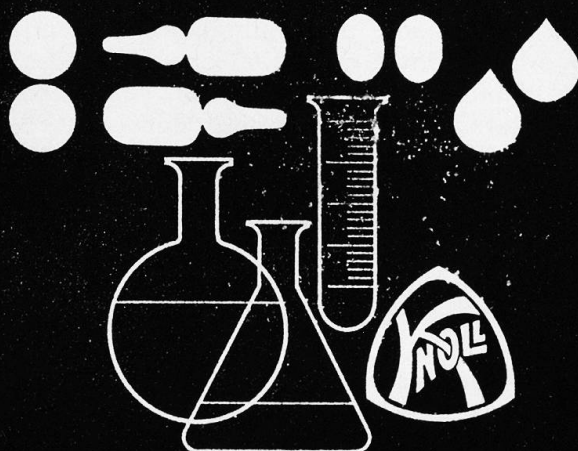
Planung und Ausführung von
kompletten, den höchsten An-
forderungen entsprechenden
Anlagen.

Benz + Cie AG

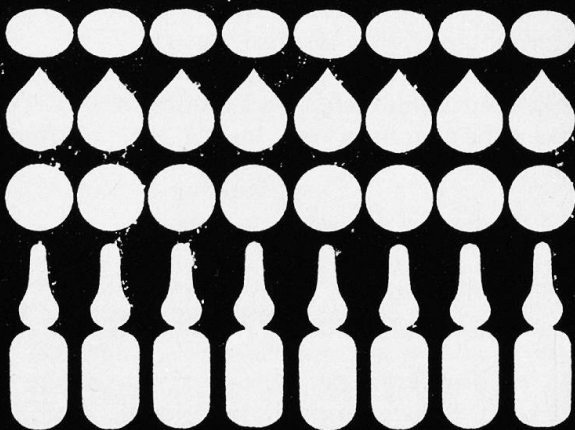
Universitätsstrasse 69
8033 Zürich
Tel. 051 / 26 17 62

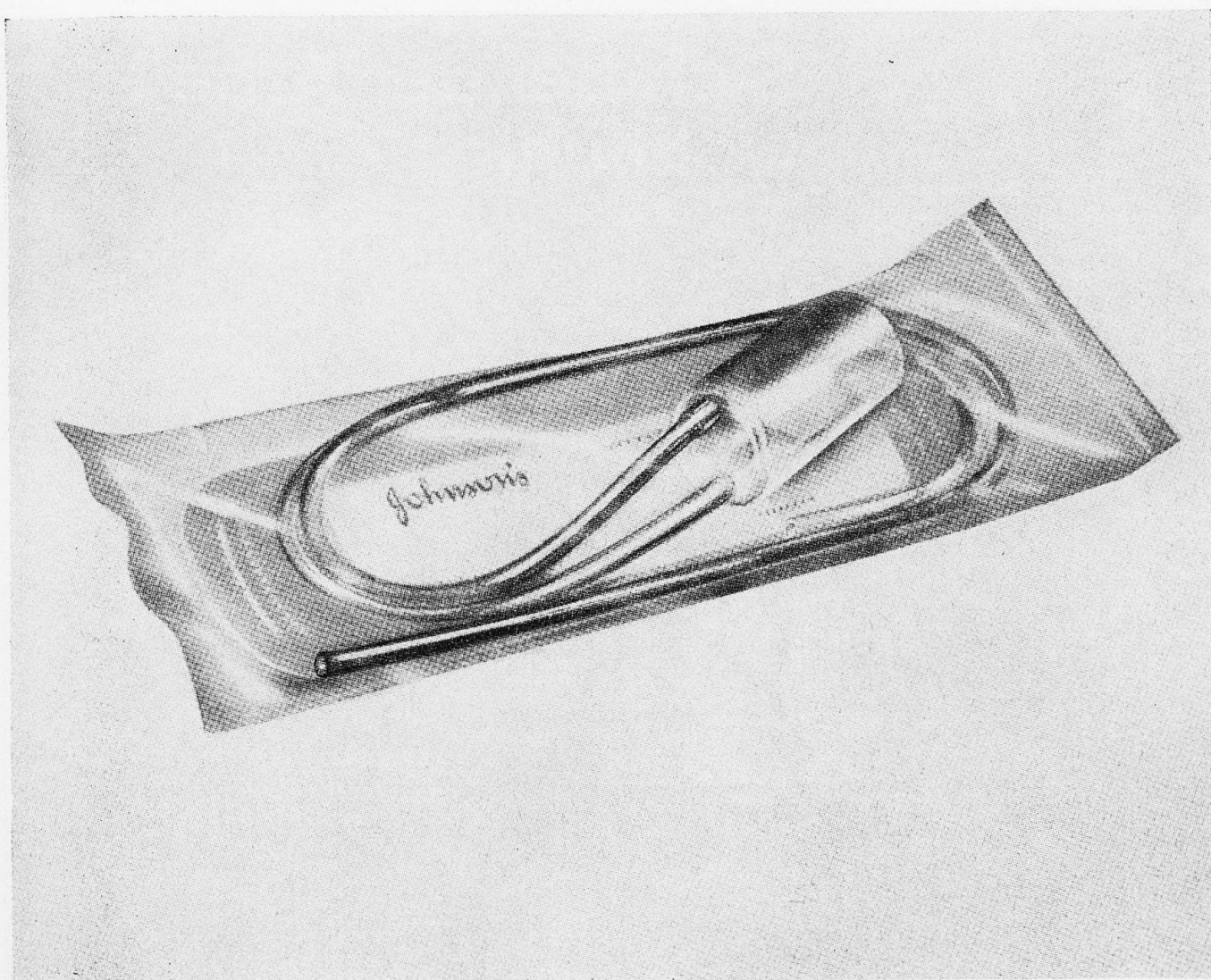
NEU: —————> **Kombination Unterwasserstrahlmassage mit Hydro-Elektrobad**

**Schöpferische Leistungen
auf sicheren Fundamenten**



KNOLL A.-G.
Chemische Fabriken
4410 Liestal





Johnson's **Einmal Schleimaspiratoren**

aus Polystyrol
zum Schleimabsaugen bei Neugeborenen
einzeln steril verpackt

Wir erteilen Ihnen gerne Auskunft
über unsere verschiedenen Einmalgebrauchsartikel
für die Krankenpflege

OPOPHARMA AG

Kirchgasse 42

8001 ZÜRICH

Sich bei der Arbeit wohlfühlen...



KEINE MÜDEN FÜSSE MEHR!

Der Schwedenschuh macht Ihnen dank anatomisch richtig modelliertem Fussbett aus Buchenholz Ihre Tätigkeit im Stehen leicht. Er ist im Sommer kühl, im Winter warm und durch die Gummisohle fast geräuschlos. Hineinschlüpfen und sich wohlfühlen ist eins.

NEU

Antistatische Holzschuhe mit federnden, rostfreien Kugeln für die Tätigkeit im Operationssaal jetzt erhältlich.

PREISWERT

Ab 1 Paar, Oberleder weiss oder schwarz, gelocht oder glatt, Fr. 28.—, ab 5 Paar Fr. 25.—.

Ab 1 Paar, antistatisch, Oberleder glatt, Fr. 36.—, ab 5 Paar Fr. 33.—.

Bei grösserer Abnahme verlangen Sie Spezialofferte.

SIC AG

Wartenbergstrasse 15
4002 Basel
Telefon 061/419784

**Nicht mehr frieren — kein kaltes Bett mehr —
Schlafen wie noch nie —
dank der**

isolaterra

Gesundheits-Unterdecke

Original Dr. Gugel

Neues, verbessertes Modell. Nicht zu verwechseln mit zweifelhaften Nachahmungen.

Rheuma, Arthritis, Ischias, Hexenschuss, Muskel- und Rückenschmerzen, Nieren- und Blasenleiden, Zirkulationsstörungen, Erkältungen und damit verbundene Schlaf- und Gesundheitsstörungen sind nur halb so schlimm, wenn man auf der ärztlich empfohlenen Isolaterra Gesundheits-Unterdecke schläft.

Was ist die Isolaterra Gesundheits-Unterdecke und wie wirkt sie?

Sie enthält eine medizinisch einwandfreie, atmungsaktive Schicht mit Millionen und Abermillionen stationärer Luftbläschen, die einen vollkommenen Wärmespiegel bilden. Die auftreffende Körperwärme wird dadurch sofort zurückgestrahlt, und zwar höchstens bis zur Bluttemperatur, die das natürliche Bett- und Heilklima ist. Unabhängig von der Aussentemperatur empfindet man nur so viel Wärme, wie der Körper gerade braucht: bei Kälte mehr, bei Hitze weniger. Durch diese fein abgestimmte Selbstregulierung sind Kälteschock, Verweichlichung oder gar lästiges Schwitzen ausgeschlossen.

Was bietet die Isolaterra Gesundheits-Unterdecke Gesunden und Leidenden?

Ohne elektrischen Strom oder komplizierte Apparate und die damit verbunde-



nen Gefahren nützen Sie durch die Isolaterra Gesundheits-Unterdecke das beste Heilklima, die eigene Körperwärme, voll aus. Rasch stellt sich tiefer, gespannter Schlaf ein, in welchem sich die natürlichen Abwehr- und Erneuerungskräfte entfalten, was auch für aktive Sportler und Gesunde wichtig ist. Selbst bei niedrigen Temperaturen gibt es kein Frösteln mehr. Ausgeruht und munter beginnen Sie den neuen Tag.

In 10 Sekunden haben Sie den Beweis, dass die Isolaterra Gesundheits-Unterdecke etwas anderes ist, als eine gewöhnliche Matratzenauflage.

Wenn Sie die eine Hand auf die Isolaterra Gesundheits-Unterdecke, die andere auf irgendeine Matratzenauflage drücken, dann spüren Sie schon nach wenigen Sekunden, wie eine wohlige Wärme von der Isolaterra Gesundheits-Unterdecke auf ihre Hand einströmt — ganz im Gegensatz zur andern Decke.

Diese intensive, heilende Rückstrahlung der Isolaterra Gesundheits-Unterdecke durchdringt sogar Leintuch, Nachthemd oder Pyjama.

Sie können die Isolaterra Gesundheits-Unterdecke 6 Tage lang kostenlos ausprobieren.

Verlangen Sie mit dem Gutschein eine Isolaterra Gesundheits-Unterdecke 6 Tage zur Gratisprobe. Jede Decke ist aus hygienischen Gründen mit einer die Wärmespiegelung nicht beeinträchtigenden Plastikhülle versehen, die erst nach dem Kaufentschluss entfernt werden darf.

Gutschein

für 6 Tage Gratisprobe

**An Isolaterra-Vertrieb
Altenbergstrasse 6
3013 Bern
Telefon 031/41 42 35**

Senden Sie mir eine fabrikneue, also ungebrauchte Isolaterra Gesundheits-Unterdecke. Nach 6 Tagen zahle ich den Barpreis von **Fr. 123.-** oder als erste Rate **Fr. 47.-** und zwei Monatsraten von **Fr. 40.-** oder sende die Unterdecke in tadellosem Zustand eingeschrieben zurück.

Z1

Herr/Frau/Frl.

Strasse

Postleitzahl

Ort

**So begeistert urteilen
seit mehr als 10 Jahren Tausende
über ihre Isolaterra Gesundheits-Unterdecke**

Prof. Dr. med. und h.c. L. H.,
Direktor einer medizinischen
Universitätsklinik:

... Die Isolaterra-Gesundheits-Unterdecke bietet eine ausgezeichnete Isolierung gegen Kälte und Feuchtigkeit und gibt die Wärme, die der Körper abstrahlt in ausgezeichneter Weise wieder zurück. Ich kann sie auf das beste empfehlen.

Dr. D. B. in Zürich:

... und dann müssen wir Ihnen gestehen, dass uns die verblüffende und äusserst ange-

nehme Wärme Ihrer Isolaterra-Gesundheits-Unterdecken sehr begeistert. Wir finden, dass man sich in dieser Art eigentlich nichts Idealeres vorstellen kann.

Frau A. L. in Basel:

... Seit ich die Isolaterra-Gesundheits-Unterdecke habe, gehe ich gern ins Bett, da ich jetzt wirklich warm habe. Vorher hat mir das Bett immer Angst eingeflösst, weil ich nie warm hatte. Was das für die Gesundheit bedeutet, weiss nur der, der es erlebt hat.

Fräulein E. W. in Dulliken:

Bin sehr zufrieden. Ich schicke sie um alles in der Welt nicht mehr zurück.

Herr H. K. in Bern:

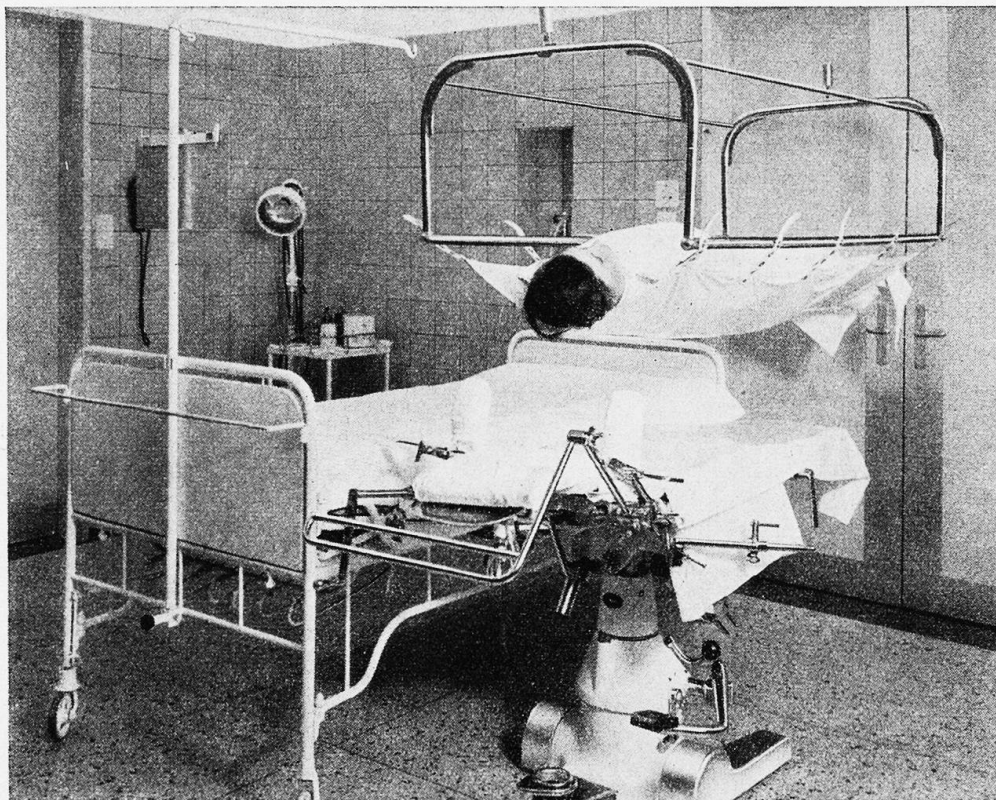
Unser Urteil zur Isolaterra-Gesundheits-Unterdecke: einzigartig, grossartig!

Frau F. S. in Herisau:

... strömte eine wohlige Wärme, die bis zum Morgen gleichmässig anhielt. Herrlich war's! Ein richtiges Geschenk Gottes. Möge es noch Vielen zum Segen gereichen.

Die wichtigsten Vorteile dieser

Patienten-Hebevorrichtung



Schonende Umlagerung des Patienten vom Bett auf den Operationstisch und zurück ins Bett. Kein mühsames Heben der oft schweren Patienten, Personal und Platz sparend.

Für die Bedienung sind zwei Druckknöpfe (Auf – Ab) an der Wand vorgesehen. Die Hin- und Herbewegung der Laufkabine geschieht sehr leicht von Hand und geräuschlos, da die Rollen mit Gummibelag auf Kugellager laufen.

Der Weg für die Auf- und Abbewegung wird durch Endkontakte genau begrenzt und kann je nach Wunsch eingestellt werden. Er beträgt etwa 1 m in 30 Sekunden.

Das Befestigen und Lösen des Tragtuches mit den Lederzungen (siehe Photo) kann sehr rasch erfolgen und benötigt nicht mehr als eine Minute. Garantierte Hebeleistung: 130 kg.

Technische Angaben:

Masse der Laufkabine:

Länge	1650 mm
Höhe	250 mm
Breite	380 mm
Abstand von Decke bis Kabinenunterkant	440 mm
Abstand der beiden Laufschienen	1490 mm
Länge der Laufschienen entsprechend der Länge bzw. Breite des Operationssaales.	

Die Kabine ist allseitig eingeschalt, weiss spritzlackiert und durch Infrarot kratzfest eingebrannt, ebenso die Laufschienen. Traggestell verchromt. Sämtliche Aggregate befinden sich in der Kabine, wie: Motor von 0,15 PS, Drehstromumschaltungsschutz mit Ueberstromauslösern, zwei Endschalter, Anschluss der Endschalter inklusive notwendige Kabelverdrahtung auf Schaltschützen u. a. m.

KOLLER AG LUZERN

Maschinen- und Apparatebau

Tribtschenstrasse 51 Tel. 2 17 48

**Plastic Surgery, Jaw Injuries and Burns Centre,
St. Lawrence Hospital, Chepstow, Mon. England.
(127 Plastic Surgery, 50 Orthopaedic Beds)**

Six months postgraduate Nursing Course in Plastic Surgery on which Swiss Trained Nurses are welcome, commences on April 1st 1967. Post provides opportunity of gaining further experience and seeing something of England. Full national Staff Nurses: salary paid £618 a year, less £206 for board residence (increase pending). Good knowledge of English essential and must pay own fare to England. Write quoting two referees to A. S. Anderton, Group Secretary, 64, Cardiff Road, Newport, Mon., England.

Im **Kantonsspital Frauenfeld** (Chefarzt Dr. med. R. Gonzenbach) ist baldmöglichst die Stelle der

Oberschwester

neu zu besetzen.

Die Bewerberin soll über eine ausreichende Berufserfahrung, Organisationstalent und Geschick im Umgang mit dem Personal verfügen.

Wir bieten ein angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Arbeits- und Unterkunftsbedingungen, Fünftagewoche, Entlohnung nach kantonalem Besoldungsregulativ (Besoldungsrevision unmittelbar bevorstehend). Es besteht die Möglichkeit zum Beitritt in die staatliche Pensionskasse.

Offerten mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an: Verwaltung des Kantonsspitals Frauenfeld TG, Telefon 054 7 17 51.

La Crèche d'Yverdon cherche pour le poste de

directrice

une personne ayant quelques années d'expérience. Entrée janvier 1967.

Faire offres avec curriculum vitae, âge, prétentions, à Mme D. Petitpierre, présidente, 10, rue de la Maison-Rouge, 1400 Yverdon, téléphone 024 2 30 46.

aus unserem
Verkaufsprogramm

Geschirrwaschmaschinen
Universal-
Küchenmaschinen
Kartoffelschälmaschinen
Elektrische Friteusen
Kaffeemaschinen

Kaffeemühlen
Butterportionsmaschinen
Küchenarbeitstische
Patisserietische
Economat-Einrichtungen
Küchenbatterien

Geschirrwaschmaschinen

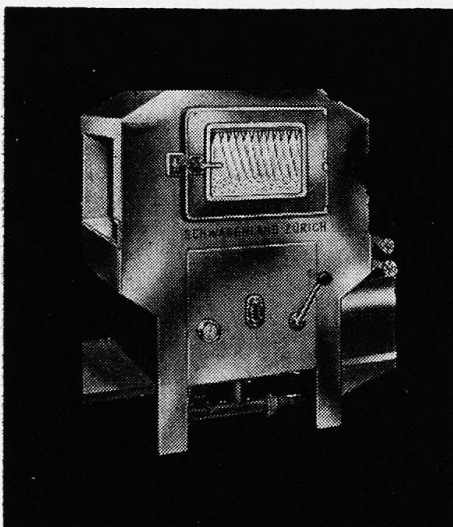
Modell
Excelsior

Universal-Küchenmaschinen

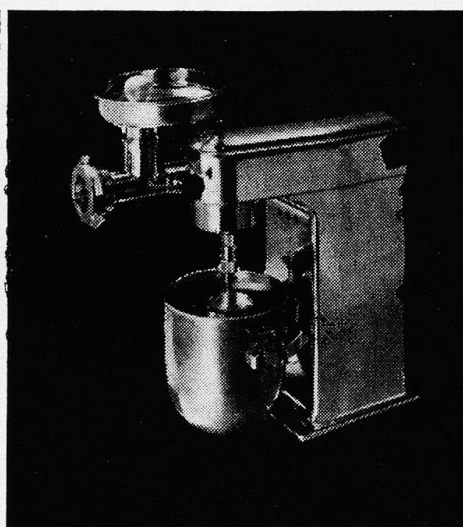
Modell
Parfex-Junior

Kartoffelschälmaschinen

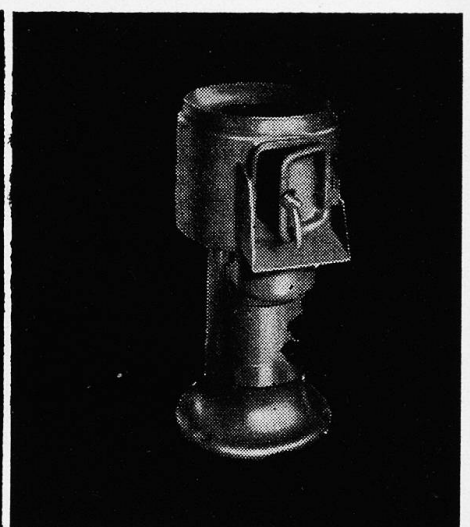
Original
Schwabenland



für alle Verhältnisse die richtige
Maschine
erstklassiges Schweizer Fabrikat
äusserst wirksame Wascharme
Glanztrocknungsapparat
erübrigt das Abtrocknen



rostfreier Kessel
Gehäuse Leichtmetall poliert
daher keine Farbschäden
Planetar-Rührwerk
2 Geschwindigkeiten
Grosse Leistung auf kleinstem Raum



auch mit Zusatzapparaten
für jeden Betrieb die richtige Grösse
geräuscharmer Gang
leicht auswechselbare Schäl-
segmente dazu passendes
Schalenauffanggefäss

 **SCHWABENLAND & CO. AG. ZÜRICH**

Betriebsküchen-Einrichtungen Nüscherstr. 44 Telefon 051 / 25 37 40

In unser «Bergheim»...



... für Gemüts- und Nervenkranke suchen wir

zwei diplomierte Schwestern

die ihre Aufgabe vor allem in der stillen, helfenden Fürsorge sehen und einen ruhigeren Tagesrhythmus dem hektischen Betrieb mancher Spitäler vorziehen.

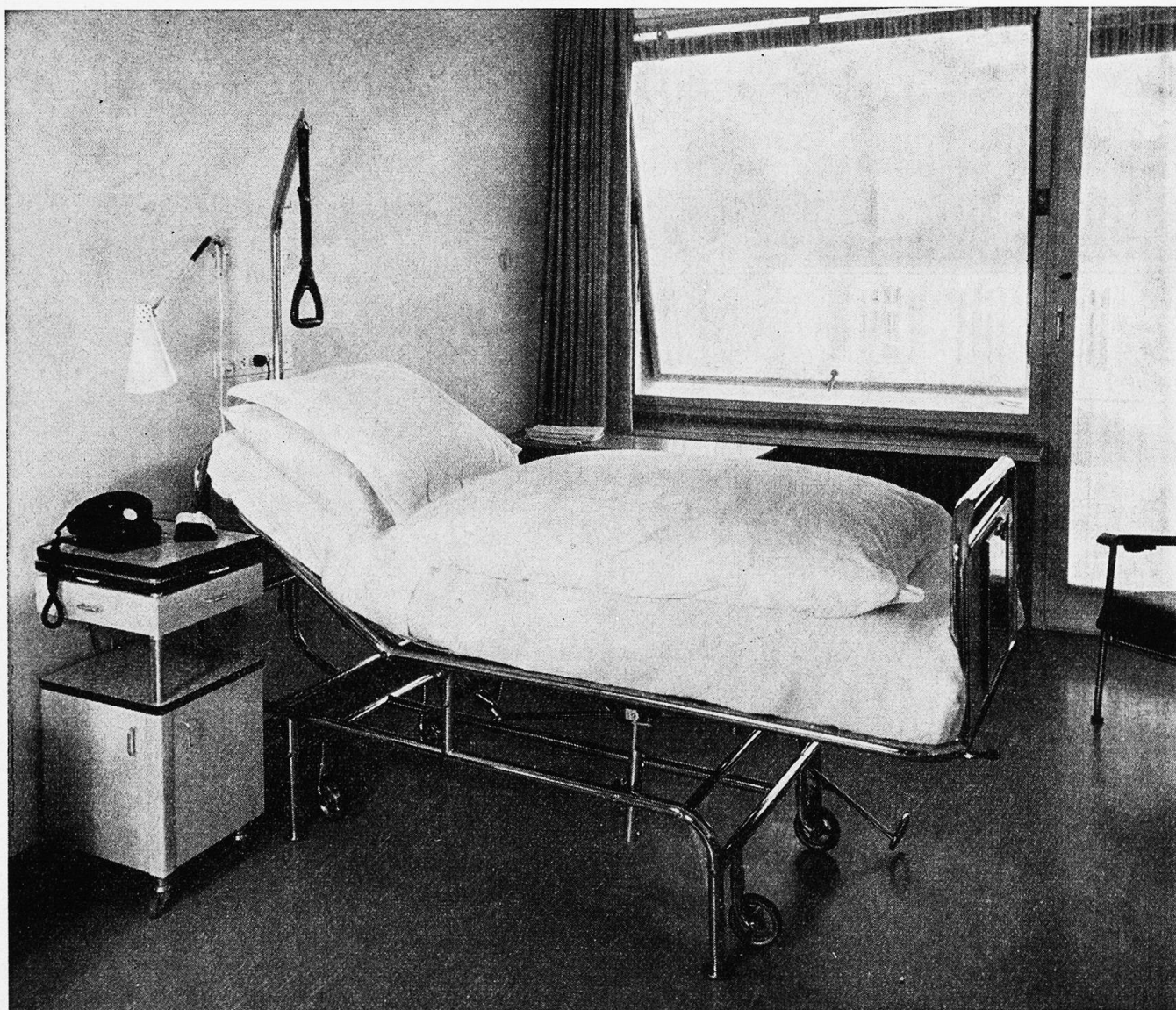
Die einzigartige Lage des Bergheims bietet Naturliebenden zudem Gelegenheit zu Mussestunden im Freien und zu erholsamen Wanderungen.

Sie finden bei uns gute Sozialleistungen, zeitgemässen Lohn, geregelte Arbeits- und Freizeit, vier Wochen Ferien und freie Station. Ab Herbst 1966 ist der Bezug eines modernen Zimmers im neuen Schwesternhaus möglich.

Interessiert Sie eine dieser Stellen? Dann setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

**Bergheim für Gemüts- und Nervenkranke, Dr. med. M. Hinderer, 8707 Uetikon am See,
Telefon 051 74 14 66**

66.108.1.1.1.d



**Krankenbett
Lit d'hôpital**

} LHG à la Maternité de Lausanne

Korber & Fils S.A. 1530 Payerne

Meubles d'hôpitaux Spitalmöbel

Téléphone 037/6 12 85

Littenheid

Wir suchen qualifizierte

Psychiatrieschwestern Psychiatriepfleger

Zeitgemässe Lohnansätze unter Berücksichtigung der Dienstjahre.

48-Stunden-Woche, vier Wochen Ferien, Fortbildungskurse, Alterskapital- und Unfallversicherung, für verheiratete Pfleger Todesfallversicherung, modernes Wohnen.

Psychiatrisches Spital Littenheid, 9501 Littenheid TG, Telefon 073 6 01 01

Vu le prochain départ des Sœurs de St-Loup et la mise en service des importants agrandissements de l'établissement

l'Hôpital d'Orbe cherche infirmières diplômées infirmière HMI infirmière

pour le service des veilles, maternité et pensionnaires (15 lits)

nurse

Semaine de cinq jours.

Adresser offres à la Direction de l'Hôpital d'Orbe, 1350 Orbe, téléphone 7 12 12.



seit Jahren spezialisiert in Aerzte- und Spitalbedarfsartikeln,
chirurgischen Instrumenten und medizinischen Apparaten
Eigene Werkstätten. Prompter Reparaturservice

Wullschleger & Schwarz 4001 Basel

Telefon (061) 23 55 22


Unterer Heuberg 2-4

gegen Lärm Calmor Ohrenkugeln

VFC-3



plastisch formbare Kugeln
zum Abdichten des Gehörgangs

Schweizer Fabrikat 
in Apotheken und Drogerien

Salzlos mit Appetit geniessen



Wenn Ihr Patient bei Kräften bleiben soll, muss er seine Salzlos-Diät mit Vergnügen essen. Raten Sie ihm deshalb, mit Thomy Diät-Senf zu würzen. Denn Thomy Diät-Senf — von Ärzten geprüft, von Ärzten empfohlen — macht Fleisch und Fisch, Gemüse und Salat schmackhaft und appetitlich fein. Thomy Diät-Senf ist im Reformhaus und im Spezialgeschäft erhältlich.



Inhaltsverzeichnis / Sommaire

Seite

Organisation d'un service de chirurgie en cas d'afflux de blessés — Dr E. Jeannet .	678
Klinik und Therapie der chronischen Niereninsuffizienz — Dr. med. A. Blumberg .	683
Die Pflege von Patienten mit Nierentransplantationen — Dora Kägi .	689
Opération pour déviation de la cloison nasale — Marie-Danielle Subilia .	696
La stérilisation centrale — Colette Piaget .	701
Lettre d'une participante au cours de Zurich — Aurora Gysler .	704
Werbung für die Pflegeberufe? — Elisabeth-Brigitte Holzapfel .	706
Werbeaktionen für die Krankenpflege .	708
Eindrücke vom Kurs für Beobachterinnen und Beobachter — Marty Hotz .	710
Sektionen — Sections .	712
Der neue Lindenhof .	716
Les services de soins à domicile en milieu rural de la Croix-Rouge française .	718
L'hospitalisme chez l'adulte .	720
La cataracte .	721
Schweizerische Vermittlungsstelle für ausländisches Pflegepersonal .	722
Buchbesprechungen .	724

Redaktion: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Adresse: Anne-Marie Paur, Choisystrasse 1, 3000 Bern, Telefon (031) 25 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: Vogt-Schild AG, Buchdruckerei und Verlag, 4500 Solothurn 2, Tel. (065) 2 64 61, Postcheck 45 - 4.

Bestellung von Abonnements durch Nichtmitglieder und von Inseraten an die Vogt-Schild AG, Buchdruckerei und Verlag, 4500 Solothurn 2.

Abonnementspreise pro Jahr: Mitglieder des SVDK Fr. 10.— (im Jahresbeitrag inbegriffen); Nichtmitglieder: Halbjährlich Fr. 8.—, jährlich Fr. 14.—; Ausland: Halbjährlich sFr. 9.—, jährlich sFr. 16.—.

Schluss der Inseratenannahme am 26. des vorhergehenden Monats.

Adressänderungen von Nichtmitgliedern des SVDK bitten wir direkt und sofort der Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2, mitzuteilen, unter Angabe der **alten** und der neuen Adresse. Mitglieder des SVDK melden ihre Adressänderung ihrer bisherigen Sektion. Für Verzögerungen in der Zustellung durch unvollständige Adressen übernimmt die Druckerei keine Verantwortung.

Umschlaggestaltung: Sylvia Fritschi-Feller, VSG, Bern

Zeitschrift für Krankenpflege

11 Revue suisse des infirmières

November 1966 59. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes
diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Novembre 1966 59^e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

Stationen auf dem Weg zur Freiheit

Zucht

Ziehst du aus, die Freiheit zu suchen, so
lerne vor allem
Zucht der Sinne und deiner Seele, dass die
Begierden
und deine Glieder dich nicht bald hierhin,
bald dorthin führen.
Keusch sei dein Geist und dein Leib, gänzlich
dir selbst unterworfen
und gehorsam, das Ziel zu suchen, das ihm
gesetzt ist.
Niemand erfährt das Geheimnis der Freiheit,
es sei denn durch Zucht.

Tat

Nicht das Beliebige, sondern das Rechte tun
und wagen,
nicht im Möglichen schweben, das Wirkliche
tapfer ergreifen,
nicht in der Flucht der Gedanken, allein in
der Tat ist die Freiheit.
Tritt aus ängstlichem Zögern heraus in den
Sturm des Geschehens,
nur von Gottes Gebot und deinem Glauben
getragen,
und die Freiheit wird deinen Geist jauchzend
empfangen.

Leiden

Wunderbare Verwandlung. Die starken, tätigen
Hände
sind dir gebunden. Ohnmächtig, einsam
siehst du das Ende
deiner Tat. Doch atmest du auf und legst
das Rechte
still und getrost in stärkere Hand und gibst
dich zufrieden.
Nur einen Augenblick berührst du selig die
Freiheit,
dann übergabst du sie Gott, damit er sie
herrlich vollende.

Tod

Komm nun, höchstes Fest auf dem Wege
zur ewigen Freiheit,
Tod, leg nieder beschwerliche Ketten und
Mauern
unsres vergänglichen Leibes und unsrer
verblendeten Seele,
dass wir endlich erblicken, was hier uns zu
sehen missgönnt ist.
Freiheit, dich suchten wir lange in Zucht
und in Tat und in Leiden.
Sterbend erkennen wir nun im Angesicht
Gottes dich selbst.

Aus «Ethik», Dietrich Bonhoeffer, Kaiser-Verlag

...Le seul service que nous puissions rendre à autrui, c'est de lui permettre de croître selon son propre génie. Avant de songer à le secourir, à agir sur lui, même imperceptiblement, nous ne lui devons rien de plus qu'un respect attentif. Il arrive qu'il nous soit reconnaissant même de notre indifférence. Mais la discrétion d'un regard de sympathie, c'est pour lui comme le regard de Dieu, c'est déjà une grâce qui le féconde. Si chacun regardait vers Dieu et non point toujours vers un autre, loin de méconnaître les autres, il serait aussi comme un dieu pour eux.

Louis Lavelle,
« Conduite à l'égard d'autrui »
Albin Michel

Organisation d'un service de chirurgie en cas d'afflux de blessés

Le traitement efficace d'un afflux de blessés dans un service hospitalier nécessite une organisation prévue à l'avance, qui ne peut être laissée à l'improvisation du moment. Les problèmes posés par cette organisation ont fait l'objet de nombreuses études aux Etats-Unis où la fréquence des catastrophes naturelles (tornades, ouragans), des incendies géants, des explosions ont donné à plusieurs hôpitaux la possibilité de vérifier l'utilité des plans préparés à l'avance. Indépendamment de l'Etat, préoccupé par les besoins de la défense civile, en cas de guerre atomique, les sociétés médicales et l'association des hôpitaux américains ont cherché à codifier les principes de base d'un plan en cas de catastrophe.

Dans chaque établissement hospitalier, un *comité administratif*, composé du directeur, des chefs de service, des chefs du personnel a été créé, avec en outre une *commission médicale* pour codifier les problèmes thérapeutiques. Une médecine particulière, inspirée de la chirurgie de guerre, doit remplacer la médecine individuelle dès que l'afflux de blessés est important. La notion de triage prend toute sa valeur.

Au plan général d'un hôpital doivent s'adjoindre des plans des différents services, comportant une estimation des besoins en personnel et en équipement. Des réserves doivent être préparées et tenues à disposition en tout temps, dans des endroits connus de chacun. Le plan d'organisation doit être simple, pour être compris par tous ceux qui devront l'appliquer et des exercices pratiques avec des blessés simulés devraient être prévus, pour vérifier la mise en application.

Dans notre pays, les catastrophes naturelles sont plus rares, mais un accident d'avion, un accident de chemin de fer, un incendie dans un grand magasin sont tou-

jours possibles, entraînant brusquement l'afflux de plusieurs centaines de blessés, qui ne pourront pas être soignés dans un seul hôpital, mais devront être répartis rapidement entre différents hôpitaux régionaux. La planification cantonale et parfois intercantonale serait souhaitable dans ce domaine, mais ceci n'entre pas dans notre sujet, consacré à l'étude du plan préconisé pour le *Service universitaire de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne*. Ce service comporte environ 300 lits de chirurgie générale avec cinq salles d'opération.

L'équipe de garde se compose de la façon suivante:

- a) d'un personnel logeant dans le bâtiment (disponible immédiatement)
 - 5 médecins dont 1 anesthésiste et un assistant de neurochirurgie
 - 7 infirmières et infirmiers, dont 1 infirmière-anesthésiste et un radiographe
- b) d'un personnel de piquet (disponible dans les 15 à 30 minutes)
 - 1 chef de clinique de chirurgie
 - 1 chef de clinique de neurochirurgie
 - 2 assistants dont 1 de radiologie
 - 4 infirmières et infirmiers dont 2 de neurochirurgie.

L'expérience a montré qu'avec cette équipe de garde, le service de chirurgie de Lausanne était à même d'examiner, de traiter, et d'opérer jusqu'à dix blessés légers et moyens, mais que ce nombre tombait à quatre ou cinq lorsqu'il s'agissait de blessés graves.

Le critère pour fixer le nombre d'admissions possibles dans un service est celui d'assurer le traitement adéquat à tous les blessés dans les *six heures* qui suivent l'admission.

L'équipe de garde est seule sur place pendant la nuit, entre 13 heures et 15 heures et

¹ Dr E. Jeannet, chirurgien adjoint du Service universitaire de chirurgie, Hôpital cantonal, Lausanne (département de traumatologie et de chirurgie de l'appareil locomoteur).

pendant le week-end, du samedi à midi au lundi matin. Les autres jours de la semaine de 08.00 à 18.00 h le reste du personnel du service est sur place, soit environ 40 médecins, dont 5 médecins-anesthésistes, 50 infirmières de salle d'opération, 4 à 5 laborantines, 5 à 6 secrétaires. Ce personnel n'est jamais là au complet, vu les rotations de garde, les congés, les absences au service militaire, ce qui diminue en moyenne les effectifs d'environ un tiers.

Le personnel requis pour traiter 50 urgences, d'après l'étude faite par les hôpitaux américains, est le suivant:

- 30 à 35 médecins
- 40 infirmiers / infirmières et aides-infirmiers
- 12 secrétaires
- 50 volontaires (instruits à l'avance).

D'après ces critères, le service de chirurgie serait théoriquement à même de recevoir 50 blessés d'urgence. Il faut toutefois tenir compte que durant la journée, les cinq salles d'opération sont en fonction en tout cas durant toute la matinée, et pour une moitié encore, durant l'après-midi. Le personnel est donc engagé et n'est pas disponible immédiatement. D'autre part, le service hospitalier lui-même est encombré de façon chronique, et ne dispose que de rares lits en réserve, situation qui se retrouve pratiquement dans tous les hôpitaux actuellement.

Par son équipement et la formation de son personnel, l'Hôpital cantonal est désigné en tout premier lieu pour recevoir les blessés les plus graves lors d'une catastrophe. Le nombre de 50 blessés est un maximum difficilement atteignable et qui devrait faire l'objet d'un plan intéressant tout l'Hôpital cantonal et non pas seulement le service de chirurgie.

Pour des raisons pratiques et pour assurer aux blessés les soins nécessaires, nous avons donc limité les possibilités du service de chirurgie à 30 blessés graves.

La nécessité d'examen radiologiques multiples doit tenir compte des possibilités du service de radiologie. Pour les lésions de

la face, des voies respiratoires qui nécessiteront des trachéotomies d'urgence, le service d'ORL doit être intéressé, et suivant l'usage actuel de l'Hôpital cantonal de Lausanne, les soins aux brûlés sont traités dans le service de dermatologie. L'expérience des USA a montré que dans tout cataclysme naturel ou accidentel, il faut compter avec une proportion importante de brûlés.

Le plus grand problème est celui de la banque du sang, et les moyens de réanimation des blessés. Les réserves de sang, surtout pour les groupes rares seraient vite épuisées, et un plan de récolte rapide du sang devrait être prévu. Le chef de la banque du sang a un rôle important dans l'organisation de tout plan d'urgence en cas de catastrophe.

Pour le **matériel en réserve**, des listes exactes doivent être faites pour chaque lot en réserve, qui sera disponible en tout temps et non pas stocké sous clé dans un endroit inatteignable. Il est possible de prévoir l'utilisation successive de ces lots, à condition de les remplacer au fur et à mesure. Le matériel en réserve comportera du liquide de perfusion physiologique, des succédanés du plasma (MacroDEX, Subtosan, Periston), du matériel de pansement, d'extension, des attelles et des brancards en suffisance, transparents aux rayons X. Le modèle en a été standardisé avec les ambulances de la Police municipale, ce qui permet de laisser le blessé sur son brancard, qui est alors fixé sur un chariot².

Un crédit spécial d'environ 25 000 francs a été alloué par l'Etat de Vaud pour l'achat du matériel en réserve, et des brancards.

Quant au **plan d'alarme**, il a été codifié sous forme d'un tableau qui est affiché en différents lieux du service de chirurgie, ainsi que dans les locaux des instances de l'Hôpital cantonal intéressées par le plan. Celui-ci a été réparti en plusieurs degrés comportant les numéros 1 à 4:

Plan numéro 1 (incendies ou explosions à l'intérieur de l'un des bâtiments de l'hôpital):

² Brancards transparents, marque « Picker » (USA), représentée en Suisse par la Maison Tschaeppler, Zurich.

Evacuation préparée d'avance des zones atteintes ou menacées. Salles d'opération de rechange, stock de matériel disséminé prévu.

Plan numéro 2 (1 à 10 blessés graves): Situation ordinaire ne nécessitant pas l'alarme générale, l'équipe de garde suffisant aux besoins, éventuellement avec appel téléphonique individuel pour la renforcer. Alarme du centre de transfusions et du service de radiologie lorsqu'on se trouve en dehors des heures de travail.

Plan numéro 3 (10 à 30 blessés graves): celui-ci comporte déjà la mise sur pied de tout le service de chirurgie, personnel médical, non-médical, secrétaires et laborantines y compris. Un tableau (voir fig.) résume le déroulement du plan d'alarme, dont le bon fonctionnement dépend du central téléphonique de l'hôpital. Celui-ci serait vite surchargé, car il faut appeler plus de 100 personnes, ce qui à raison d'une minute par appel téléphonique prendrait près de deux heures, délai qui est trop long. Pour cette raison, les appels téléphoniques ont été fragmentés, et différents responsables sont désignés pour appeler à leur tour le personnel qui dépend d'eux; en particulier le chef de la salle d'opération, qui doit appeler environ 50 infirmières, et les chefs de clinique ou les chefs des travaux du Centre de transfusion, du service de radiologie, de médecine, d'ORL et de dermatologie, ce qui limite le nombre des appels du central téléphonique proprement dit à 50.

Lors d'un exercice fictif en 1964, il a fallu une heure au central disposant de trois téléphonistes pour faire ces appels et dans le délai d'une heure trente, tout le personnel alarmé se trouvait sur place.

L'alarme est déclenchée par le chef de clinique adjoint de garde, jusqu'à l'arrivée sur place du chef du service de chirurgie ou de son remplaçant. La principale tâche est d'organiser le triage des blessés, leur réanimation et de prévoir les examens nécessaires. D'autre part, il faut préparer la place pour les nouveaux blessés, en évacuant le nombre correspondant de blessés transportables, soit dans d'autres services de l'hôpital, soit dans un poste sanitaire de secours de la ville de Lausanne, préparé par

la *Protection civile* et qui peut accueillir en l'espace d'une heure 38 convalescents dont l'état de santé ne nécessite pas de soins. Des contacts étroits avec le Service de la Protection civile de la ville de Lausanne avaient été pris en 1964 lors de l'Exposition nationale, de même qu'avec la Police municipale, qui doit assurer le transport des blessés, et le Service d'ordre.

Le triage consistera à refouler les blessés dirigés par erreur dans le service de chirurgie, à en diriger certains dans les services d'ORL et de dermatologie, et à inscrire des numéros au crayon dermatographique sur le thorax ou le front du blessé, numéro que l'on retrouvera sur toutes les fiches (anamnèse, rayons X, examens sanguins). Les blessés graves seront envoyés directement dans la salle de réanimation ou à son voisinage immédiat et ne seront envoyés dans les divisions qu'une fois appareillés et réanimés. Les décisions thérapeutiques, l'organisation des équipes opératoires dépendront du chef de clinique de garde ou du chef du service.

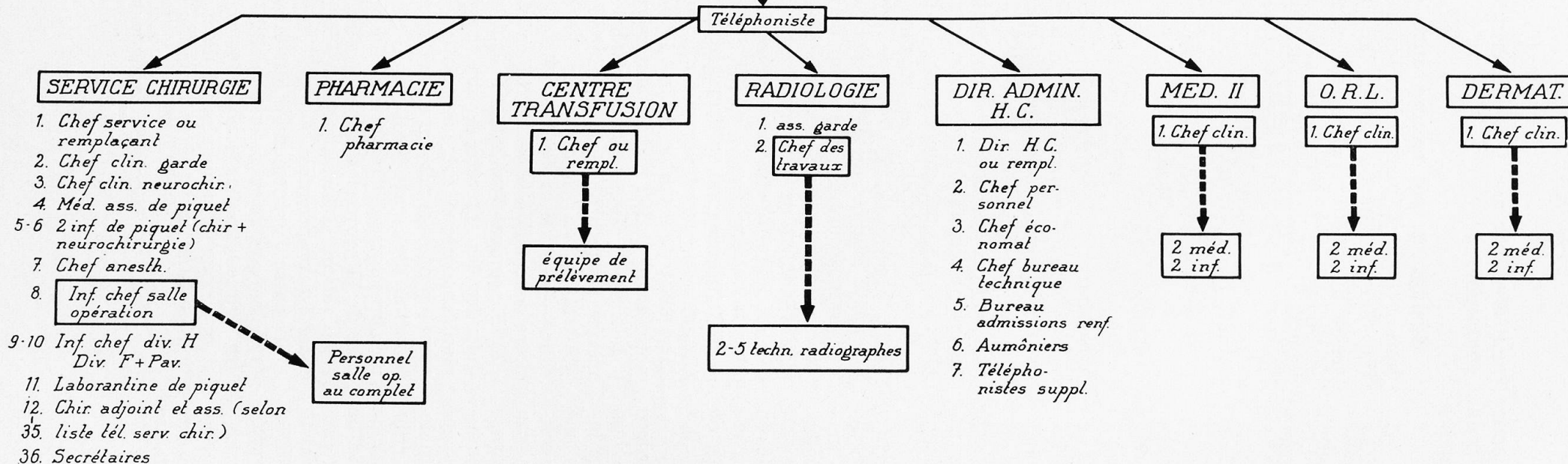
Un chef administratif, le directeur de l'Hôpital cantonal ou son remplaçant, se charge de l'identification des blessés, de l'évacuation des convalescents pouvant être sortis du service, du service d'ordre, et des renseignements aux familles et à la presse.

Plan numéro 4 (30 à 50 blessés graves): Ce plan n'est que théorique, car en fait pour recevoir et traiter un si grand nombre de blessés graves, sans compter les blessés légers et ambulatoires qui les accompagneraient certainement, il faut intéresser tout l'Hôpital cantonal et probablement d'autres hôpitaux de la région. A ce stade là, l'envoi d'une équipe de triage sur les lieux de l'accident peut être discutée.

L'importance du travail administratif, spécialement pour remplir les fiches de blessés, pour ensuite transcrire les noms des blessés correspondant au numéro inscrit à l'arrivée, ne doit pas être minimisée. Un personnel de secrétariat important doit être à disposition, sans retard, pour établir les fiches de malades, avec l'indication du diagnostic et des mesures thérapeutiques. Un poste de contrôle des lits doit aussi être prévu pour assurer leur distribution ration-

PLAN N° 3 (10-30 blessés graves)

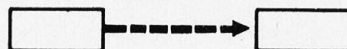
Alarme déclanchée par le Chef de clinique-adjoint de garde



Chef médical : Chef service chirurgie (ou remplaçant). Organise le triage des blessés, leur réanimation, leur transport, les examens radiographiques, les salles d'observation et ttt, en évacuant les salles AH et AF.
 Désigne un chef de la salle d'opération (triage secondaire)

Chef administratif : Directeur H.C. → Identification des blessés
 → Evacuation des salles AH et AF
 → Renseignements aux familles

N. B. Les flèches secondaires (en pointillé) concernent l'appel direct en dehors de la Centrale tél. de l'H.C. par les responsables désignés de leurs subordonnés (listes téléphoniques à tenir à jour.)



nelle. Le transport interne des blessés pour les différents examens et l'admission dans les salles d'observation puis de traitement nécessitera beaucoup de personnel.

Conclusions

Un plan, aussi bien préparé soit-il, ne peut avoir tout prévu, et la réalité se présentera

peut-être comme très différente de celle envisagée.

Néanmoins, cet exposé aura atteint son but, s'il peut persuader les responsables d'un hôpital, tant au point de vue administratif, que médical et infirmier, de la nécessité d'avoir prévu un plan, si succinct soit-il, pour le cas d'une catastrophe.

A propos d'Altstätten

Au mois d'août dernier, les membres de notre association ont appris par la presse que les infirmières de l'hôpital d'Altstätten avaient donné leur démission en bloc.

Certains journaux parlaient de conflits entre médecins et infirmières; d'autres ont reproché aux infirmières de méconnaître l'éthique professionnelle en abandonnant ainsi les malades.

La *Revue suisse des infirmières* a reproduit un bref article qui nous a été demandé en août par les infirmières d'Altstätten pour répondre aux accusations de méconnaissance de l'éthique professionnelle portées contre elles (numéro d'octobre, page 635).

Pas plus que dans cet article, notre propos n'est ici de prendre position, ni de porter un jugement sur l'hôpital en cause ou sur les infirmières qui ont durement payé les frais d'une regrettable aventure. Avec l'accord des responsables de l'équipe d'Altstätten, qui, il y a un peu plus d'un an, avait pris avec un immense enthousiasme la responsabilité des services infirmiers dans cet hôpital, j'aimerais seulement tirer une leçon qui nous soit à tous profitable.

Un vieux dicton français dit qu'avec des « si » on mettrait Paris en bouteille. Cependant il me semble important de rappeler ici le rôle de notre association et ce qui aurait pu arriver « si » les responsables de l'ASID avaient été nantis à temps du conflit existant entre le personnel infirmier diplômé de l'hôpital et les autorités médicales et sanitaires d'Altstätten.

Venant de l'extérieur, nous aurions pu avec objectivité chercher de part et d'autre les causes réelles du conflit et trouver peut-être des moyens acceptables de le dissiper.

Il se peut que nous eussions trouvé nos collègues nettement dans leur tort; nous aurions alors essayé, par une franche explication, de les aider à rétablir une situation plus saine. Enfin, il est aussi possible que nous ayons été amenés à leur rendre entièrement raison; dans ce cas nous aurions été à même de les soutenir, de tout le poids moral d'une association professionnelle forte de 6000 membres, dans la décision si lourde de conséquences qu'est une démission en bloc.

Malheureusement en l'occurrence, notre association a été avertie trop tard, alors que l'affaire était déjà portée devant le public et que notre intervention n'avait plus sa raison d'être.

La leçon à tirer de cette affaire — et je remercie les infirmières responsables de l'équipe d'Altstätten de nous donner l'occasion de le faire — c'est de rappeler le rôle que peut jouer notre association dans de telles circonstances.

A l'encontre d'un syndicat qui ne peut que défendre les intérêts de ses membres sur le plan économique, notre association, par le jugement « professionnel » que ses responsables sont à même d'exercer, peut venir en aide à ses membres lorsque l'éthique ou la pratique efficace de la profession est en jeu et, à bien plus forte raison, si la sécurité des soins aux malades est compromise.

En outre l'événement d'Altstätten doit nous rappeler que nous sommes solidaires les uns des autres, dans les bons et les mauvais jours, et que pour la propre santé de notre association « mieux vaut prévenir que guérir ».

Nicole-F. Exchaquet, présidente

Noch vor weniger als zehn Jahren bedeutete die Diagnose einer fortgeschrittenen chronischen Niereninsuffizienz ein Todesurteil. Inzwischen sind bemerkenswerte therapeutische Möglichkeiten entwickelt worden, welche vielen Nierenpatienten neues Leben bringen können und welche der Behandlung einen guten Teil ihrer deprimierenden Hoffnungslosigkeit genommen haben.

Definition und Ursachen

Als chronische Niereninsuffizienz bezeichnet man das Versagen der Nierenfunktion infolge einer chronischen Nierenkrankheit. Die weitaus häufigsten unter diesen Krankheiten sind Entzündungen der Niere — mit dem Fachausdruck als *Nephritis* bezeichnet. Hierzulande treffen wir vor allem die chronische *Pyelonephritis* an, eine Entzündung, welche ihren Ausgang im Nierenbecken und -mark nimmt und bei der man meistens bakterielle Erreger nachweisen kann. Etwas seltener ist die *chronische Glomerulonephritis*, welche in den Glomerula der Nierenrinde beginnt. Beide Krankheiten verlaufen meistens langsam über Jahre und führen allmählich zum Untergang von Nierengewebe, zur Narbenbildung und zur Schrumpfung des ganzen Organes, weshalb man von «*Schrumpfnieren*» spricht. Allerdings gibt es weitere, wenn auch viel seltenere chronische Nierenkrankheiten, welche zum Verlust der Nierenfunktion führen, ohne dass es zur Ausbildung kleiner Schrumpfnieren kommt.

Symptome

Sehr oft verlaufen chronische Nierenaffektionen lange Zeit unbemerkt und machen erst spät subjektive Symptome. Das beruht darauf, dass die Nierenfunktion um rund 50

Prozent eingeschränkt sein kann, ohne dass klinisch oder sogar durch chemische Serumuntersuchungen etwas Abnormes festgestellt werden könnte. Dagegen wird man meistens im Urin Eiweiss und Leukozyten oder Erythrozyten nachweisen können. Das Ausmass der Einschränkung der Nierenfunktion lässt sich aber bereits in diesem Stadium durch spezielle Methoden, die sogenannte *Clearanceuntersuchung*, erfassen. Erst wenn die Funktion der Niere durch den fortschreitenden Krankheitsprozess ganz erheblich vermindert ist, nämlich auf rund 10 bis 20 Prozent der Norm, werden sich die typischen Symptome der chronischen Niereninsuffizienz bemerkbar zu machen beginnen. Um diese Symptome zu verstehen, muss man sich die wichtigsten Funktionen der Niere in Erinnerung rufen. Die Niere hat einerseits die Aufgabe, im Urin Wasser, Salze, Säuren und Stoffwechselendprodukte auszuscheiden und damit die Zusammensetzung der Körperflüssigkeiten konstant zu halten; anderseits übt sie auch eine endokrine Funktion aus, das heisst die Funktion einer Drüse mit innerer Sekretion, welche gewisse Wirkstoffe ins Blut abgibt. Die Störung aller dieser Funktionen durch die chronische Niereninsuffizienz soll im folgenden besprochen werden.

Wasser: Im Gegensatz zur gesunden Niere kann die kranke den Urin nicht mehr verdünnen oder konzentrieren (eine Tatsache, die man relativ früh durch Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Urins feststellen kann). Dadurch wird ihre Fähigkeit, je nach Bedarf Wasser zu sparen oder auszuscheiden, eingeengt; vor allem die übermässige Retention von Wasser stellt ein klinisches Problem dar, da die kranke Niere ihre Urinproduktion nicht über ein gewisses Maximum zu steigern vermag (etwa 3 Liter pro 24 Stunden). Es kommt dann zu einer sogenannten Ueberwässerung des Organismus mit Oedemen, mit Verdünnung der Körperflüssigkeiten und manchmal zu Erscheinungen von seiten des zentralen Nerven-

¹ Dr. med. A. Blumberg, Assistenzarzt, Medizinische Poliklinik der Universität, Inselspital, Bern.

² Zusammenfassung des Vortrages, gehalten am 17. Mai 1966, anlässlich des Fortbildungskurses der Sektion Bern.

systems wie Erbrechen, Benommenheit, Krämpfen.

Kochsalz: Die Niere ist normalerweise fähig, ihre Kochsalzausscheidung der Zufuhr und dem Bedarf anzupassen. Bei normal gesalzener Kost werden täglich 10 bis 15 Gramm Salz ausgeschieden, bei Salzverlust, zum Beispiel durch starkes Schwitzen oder durch Erbrechen, kann diese Menge bis auf praktisch null vermindert werden. Die kranke Niere aber vermag die Ausscheidung nur noch in engen Grenzen zu variieren und es kann sowohl zu Salzverlust wie zur Anhäufung von Salz im Körper kommen. Salzverlust hat eine schlechte Blutzirkulation — und damit auch eine Verschlechterung der Nierenfunktion — oft sogar Kollaps zur Folge, währenddem ein Salzüberschuss zu Oedemen, Herzinsuffizienz und manchmal zu eklamptischen Anfällen führt.

Kalium: Das Kalium ist ein wichtiger Bestandteil der Körperzellen. Es wird in relativ grossen Mengen mit der Nahrung aufgenommen (vor allem in Gemüse und Früchten) und überschüssige Mengen müssen von den Nieren ausgeschieden werden. Bei Versagen der Nierenfunktion kommt es — meist allerdings erst spät im Verlaufe der Krankheit — zu einer Verminderung der Kaliumausscheidung und damit zum Anstieg des Kaliums im Blut, zur sogenannten *Hyperkalaemie* (normale Werte 3,5 bis 5 Milliäquivalent pro Liter). Diese ist sehr gefährlich, da sie zu Herzrhythmusstörungen und schliesslich zum Herzstillstand führt.

Säuren und Harnstoff: Es ist die Aufgabe der Nieren, die Abbauprodukte des Eiweissstoffwechsels auszuschcheiden. Dem Organismus wird einerseits in der Nahrung Eiweiss zugeführt, andererseits wird durch ständigen Umbau der Zellen körpereigenes Eiweiss abgebaut. Die wichtigsten Endprodukte dieses Stoffwechsels sind die Säuren und der Harnstoff. Bei der chronischen Niereninsuffizienz kommt es charakteristischerweise zu einer Anhäufung dieser Substanzen. Es tritt eine *Azidose* auf, eine Uebersäuerung des Organismus (erkennbar an einer Verminderung der Alkalireserve im Blut; normal 24 bis 28 Milliäquivalent pro Liter), und

ausserdem steigt der Harnstoff im Blut an, was man als *Azotaemie* bezeichnet (normale Werte für Harnstoff bis 40 mg/%).

Hyperkaliämie, Azidose und Azotämie lassen sich durch chemische Untersuchungen des Blutes leicht erfassen.

Was die *endokrine Funktion* der Niere betrifft, so haben sich zwei Mechanismen als wichtig erwiesen. Einmal wird in der Niere eine Substanz gebildet, welche die Bildung der roten Blutkörperchen im Knochenmark anregt und daher als *Erythropoetin* bezeichnet wird. Im weitern greifen die Nieren auf recht komplizierte und nur teilweise erforschte Weise in die Regulation des Blutdruckes ein. Chronische Nierenkrankheiten führen nun durch Zerstörung von Gewebe zu einer Verminderung der Erythropoetinproduktion und damit zu einer Blutarmut (Anämie); und ferner tritt sehr oft eine Störung der Blutdruckregulation auf, so dass es zur Erhöhung des Blutdruckes, zu einer *Hypertonie* kommt.

Konservative Behandlung

Leider sind unsere Kenntnisse über die Ursachen der häufigsten Nierenkrankheiten noch sehr unvollkommen. Deshalb gelingt es uns im allgemeinen nicht, eine Heilung zu erzielen. Wir müssen uns darauf beschränken, den Verlauf der Krankheit zu verzögern, die verbliebene Nierenfunktion gut auszunützen und soweit möglich stabil zu erhalten. Obschon dies nicht sehr befriedigend ist, gelingt es auf diese Weise doch oft, Patienten während Jahren in einem zufriedenstellenden Zustand zu erhalten. Im allgemeinen werden Patienten sich nicht sehr krank fühlen, solange die Nierenfunktion nicht stark, das heisst auf rund 10 bis 20 Prozent der Norm, vermindert ist. Bis zu diesem Zeitpunkt genügen allgemeine Massnahmen wie körperliche Schonung, Senkung eines erhöhten Blutdruckes oder Behandlung von Infektionen. Kommt es aber — zum Beispiel infolge einer akuten Verschlimmerung, eines sogenannten Schubes — zu subjektiven Beschwerden, so werden eine exakte Ueberwachung und eine intensive Behandlung im Spital notwendig. Diese

erfordern von den Schwestern ebenso wie von den Aerzten grosse Kenntnisse und erheblichen Einsatz. Das ist ohne weiteres verständlich, wenn man die oben erwähnten vielseitigen Aufgaben der Niere berücksichtigt, soll doch die Behandlung darauf abzielen, den gestörten Nierenfunktionen möglichst entgegenzukommen. Dabei sind vor allem die folgenden Punkte von Bedeutung:

Allgemeine Massnahmen: Vollständige Bettruhe für den Patienten, Bekämpfung von allfälligen Infektionen mit antibiotischen Mitteln, schliesslich in einzelnen Fällen chirurgische Eingriffe (zum Beispiel die Entfernung eines Nierensteines).

Diät. Wegen der Erhöhung des Blutharnstoffes und wegen der Azidose ist es angezeigt, die tägliche Eiweisszufuhr zu beschränken, und zwar auf rund 40 Gramm oder weniger. Der Kochsalzgehalt der Nahrung muss der Fähigkeit der kranken Niere genau angepasst werden. Diese kann individuell sehr verschieden sein und soll bei jedem Patienten neu beurteilt werden. Oft ist es nötig, die Salzzufuhr drastisch auf weniger als 1 Gramm pro Tag einzuschränken (so dass auch Milch und Brot salzlos sein müssen); in anderen Fällen wiederum wird abnorm viel Salz ausgeschieden und man muss zur normal gesalzenen Kost zusätzlich Salz verabreichen. Im weiteren soll die Kost oft einen verminderten Gehalt an Kalium aufweisen, um eine Hyperkaliämie zu vermeiden.

Flüssigkeit. Auch die Flüssigkeitszufuhr muss genau dem Bedarf angepasst sein. Sie wird meistens zwischen 1,5 und 3 Liter betragen; bei Patienten, die sehr wenig Urin lösen, die also oligurisch sind, kann aber eine Beschränkung auf nur 0,5 Liter nötig werden, um eine Ueberwässerung zu vermeiden.

Anämie. Bei starker Blutarmut werden in vorsichtig bemessener Menge Transfusionen verabreicht.

Hypertonie. Oftmals müssen Medikamente verabreicht werden, um eine erhebliche Blutdrucksteigerung zu bekämpfen.

Die korrekte Durchführung aller dieser Massnahmen erfordert gerade vom Pflege-

personal viel Arbeit und grossen Einsatz, sind doch täglich zu kontrollieren: Urinmenge, Trinkmenge, Körpergewicht, Nahrungszufuhr, Blutdruck (mehrmals täglich), ferner durch Blutentnahmen Harnstoff, Kalium, Natrium, Alkalireserve im Serum.

Das Syndrom der Urämie

Erreicht trotz kompetenter Behandlung die Krankheit den Punkt, an dem die Nierenfunktion das lebensnotwendige Minimum unterschritten hat — rund 5 Prozent der Norm oder weniger — so tritt ein gefürchtetes klinisches Bild auf, welches bis vor kurzem ausnahmslos zu einem meist qualvollen Tode geführt hat, das Syndrom der Urämie. Es ist gekennzeichnet durch ein Zusammentreffen verschiedener Symptome: Der *Allgemeinzustand* ist sehr schlecht, es bestehen allgemeiner Kräfteverlust und meistens Abmagerung. *Magendarmbeschwerden* sind besonders lästig. Sie äussern sich in Appetitverlust, Uebelkeit und gehäuftem Erbrechen. Im weiteren fällt ein urinöser Mundgeruch auf. Infolge *Beeinträchtigung des Zentralnervensystems* kommt es zu Apathie und Schläfrigkeit, oft im Wechsel mit Erregtheit, zu Tag-Nachtumkehr und zu Krampfanfällen. Schliesslich liegt oft ein *Befall des Herzens* durch eine Pericarditis und der Lungen durch die sogenannte urämische Pneumonie vor. In ihrer Gesamtheit bietet diese Symptomatologie ein Bild des Jammers und des Schreckens, das jeden, der damit in Berührung kommt, nachhaltig beeindruckt.

In das Dunkel dieses schrecklichen Zustandes — in seiner Hoffnungslosigkeit durchaus demjenigen eines fortgeschrittenen bösartigen Tumors vergleichbar — hat nun die Forschung der letzten Jahre ein wenig Licht gebracht. Es ist dank der Entwicklung neuerer Methoden möglich geworden, viele Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz buchstäblich dem Tode zu entreissen und dem Leben wiederzugeben; es handelt sich bei diesen Methoden einerseits um die Langzeitdialysebehandlung und andererseits um die Nierentransplantation. Im Rahmen dieser Uebersicht kann lediglich die erstere besprochen werden.

Langzeitdialysebehandlung

Das Prinzip dessen, was als «Dialyse» bezeichnet wird, ist sehr einfach: Das Blut des Patienten wird durch eine semipermeable Membran mit einer Spüllösung, dem sogenannten Dialysat, in Kontakt gebracht. Die Membran heisst semipermeabel (= halbdurchlässig), weil sie kleine Teilchen passieren lässt, zum Beispiel Wasser, Harnstoff, Natrium usw., währenddem grössere oder gar Blutkörperchen nicht durchtreten können. Die Spüllösung ist so zusammengesetzt, dass sie Bestandteile, die dem Blut entzogen werden sollen, nicht oder in niedriger Konzentration enthält, also zum Beispiel Harnstoff und Kalium. Entlang dem Konzentrationsgefälle kommt es dann zu einer Wanderung dieser Bestandteile aus dem Blut in die Spüllösung. Dieses Verfahren ermöglicht es, die Ausscheidungsfunktion der Nieren recht weitgehend zu ersetzen. Bei der *Peritonealdialyse* (vgl. den Artikel von PD Dr. H. Pauli, Oktober 1965, der Zeitschrift) wird das Peritoneum als semipermeable Membran verwendet, und der Austausch findet in der Bauchhöhle des Patienten selbst statt. Bei der *Haemodialyse* dagegen wird das Blut des Patienten durch eine Maschine geleitet, nämlich durch die *künstliche Niere*. Diese ist im Grunde sehr einfach konstruiert; sie bringt im wesentlichen das Blut mit der Spüllösung in Kontakt unter Verwendung von Cellophan als semipermeabler Membran. Es gibt sehr viele

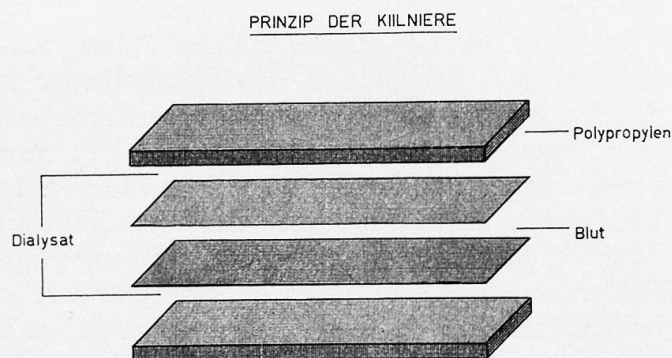


Abb. 1. Prinzip der Kiil-Niere. Das Blut wird durch den Blutdruck des Patienten an der Innen-, die Dialyselösung durch eine Pumpe an der Aussenseite zweier Cellophanblätter durchbefördert, welche durch Kunststoffplatten zusammengeklemt werden.

Modelle solcher Apparate. Das Prinzip einer künstlichen Niere (der Kiil-Niere) ist in Abbildung 1 dargestellt. Diejenigen Teile des Apparates, welche mit dem Blut direkt in Berührung kommen, also vor allem der Cellophan, müssen sterilisiert werden. Die erste klinisch verwendbare künstliche Niere wurde bereits 1943 von Kolff in Holland konstruiert, und seit dieser Zeit haben zahllose Patienten mit akutem Nierenversagen (bei welchem die Nieren nach einiger Zeit spontan wieder zu arbeiten beginnen) der Haemodialyse ihr Leben zu verdanken gehabt. Erst 1960 jedoch haben Scribner und Mitarbeiter in Seattle (USA) mit Erfolg die künstliche Niere zur Behandlung von Kranken verwendet, deren Nieren durch eine chronische Krankheit unwiederbringlich zerstört waren. Es bedeutet dies, dass auf unbestimmte Zeit hinaus die Funktion der menschlichen durch eine künstliche Niere übernommen werden muss. Obschon diese Lösung auf den ersten Blick nicht ideal erscheint, weil sie den Patienten von einer Maschine abhängig macht, hat sie doch inzwischen zahlreichen Patienten neues Leben geschenkt.

Für die wiederholte Anwendung der künstlichen Niere war es vorerst notwendig, Kanülen zu entwickeln, welche es ermöglichen, immer wieder Zugang zum Gefässsystem zu haben; denn bei jeder Behandlung muss ja das Blut des Patienten durch den Apparat befördert werden. Dabei beruhte die Hauptschwierigkeit auf der bekannten Eigenschaft des Blutes ausserhalb des Körpers zu gerinnen und damit solche Kanülen innert kürzester Zeit zu verstopfen. Durch Verwendung von Kunststoffen und dank der Anwendung eines Kunstgriffes ist es schliesslich gelungen, dieses Problem befriedigend zu lösen. Der Kunstgriff besteht darin, zwischen einer Arterie und einer Vene (am Unterarm oder Unterschenkel) mit Hilfe eines Verbindungsstückes einen Kurzschluss anzulegen, einen sogenannten *shunt*. Solange der Patient nicht an die künstliche Niere angeschlossen ist, bleibt die Verbindung geschlossen und das Blut kann durch die Kanüle zirkulieren, wodurch das Eintreten der Gerinnung verhindert wird (vgl. Abb. 2). Es ist in der Tat

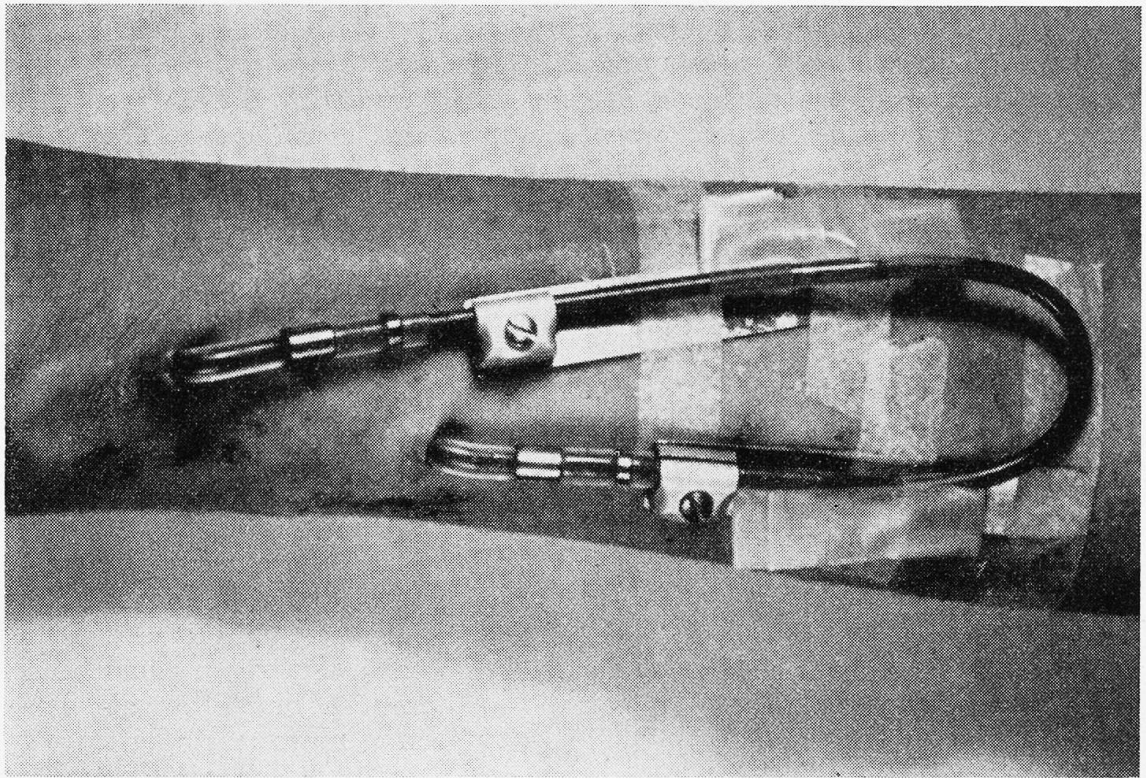


Abb. 2. Arteriovenöse Kanüle nach Scribner. Die Abbildung zeigt die äusseren Teile des Verbindungsstückes, welches den Kurzschluss zwischen Arterie und Vene herstellt. Es besteht aus Kunststoffen (Teflon und Silastic). Die Teile aus Metall dienen lediglich der Stabilisierung.

gelungen, solche Kanülen während Jahren funktionstüchtig zu erhalten. Zu Beginn jeder Behandlung wird dann das Verbindungsstück geöffnet, der arterielle Teil der Kanüle wird an den arteriellen, der venöse Teil an den venösen Schenkel der künstlichen Niere angeschlossen. Das Blut fliesst dann, getrieben vom Blutdruck des Patienten, an der Innenseite der Cellophanschichten durch die Maschine und zurück in die Vene; das Dialysat wird durch Pumpen an der Aussenseite des Cellophans durchbefördert (vgl. Abb. 1).

Die Behandlung muss bei Patienten, welche ihre Nierenfunktion vollständig eingebüsst haben, *zweimal wöchentlich* während 12 bis 15 Stunden durchgeführt werden, um einen guten Gesundheitszustand zu gewährleisten. Dank vieler technischer Vereinfachungen und dank der Verantwortungsfreudigkeit der Krankenschwestern ist es möglich geworden, die ganze Behandlung durch Schwestern ausführen zu lassen (ein Fortschritt, der noch vor wenigen Jahren

für unmöglich gehalten wurde): Der Anschluss des Patienten, die Ueberwachung und die Beendigung der Dialyse werden ausschliesslich von Schwestern durchgeführt, die Anwesenheit eines Arztes ist dabei nicht mehr notwendig. Die Erfahrungen der letzten sechs Jahre haben bewiesen, dass sich zahlreiche Schwestern bei dieser ebenso verantwortungsvollen wie dankbaren Aufgabe hervorragend bewährt haben. Es muss festgehalten werden, dass der Erfolg einer Langzeitdialysebehandlung zu einem grossen Teil vom Einsatz und vom Können der Krankenschwestern abhängt. Wir hoffen, dass unsere Bemühungen auf diesem Gebiet nicht vom herrschenden Schwesternmangel beeinträchtigt werden.

Das Verfahren der Langzeitdialyse hat Nachteile, welche hier nicht verschwiegen werden sollen. Der Aufwand an Material, Geld, Platz und Personal ist noch immer sehr gross. Er verunmöglicht es leider, jeden Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zu behandeln. Man ist gezwungen, eine Se-

lektion zu treffen und die medizinisch, psychisch und sozial geeignetsten Patienten auszuwählen. Aber die Tatsache, dass es gelingt Patienten sinnvoll am Leben zu erhalten, welche ohne unser Dazutun unwei-

Tabelle 1

Behandlungsergebnisse aus Seattle (USA) bei 20 Patienten		
Behandlungsdauer		
mehr als 1 Jahr	10 Patienten	
mehr als 3 Jahre	10 Patienten	
Gestorben	3 Patienten	
(nach 1 bis 3 Jahren)		(15 %)
Invalid	2 Patienten	(10 %)
Rehabilitiert	15 Patienten	(75 %)

Tabelle 2

Behandlungsergebnisse aus London (England) bei 21 Patienten		
Behandlungsdauer		
mehr als 1 Jahr	9 Patienten	
mehr als 2 Jahre	2 Patienten	
weniger als 1 Jahr	10 Patienten	
Gestorben	0 Patienten	(0 %)
Teilweise rehabilitiert	3 Patienten	(14 %)
Rehabilitiert	18 Patienten	(86 %)

gerlich sterben würden, rechtfertigt wohl den Aufwand. (In unserem Land werden zurzeit in Basel, Bern und Genf Langzeitdialysen durchgeführt.) Welches sind nun die Erfolgsaussichten der Behandlung? Am besten lässt sich diese Frage anhand einer Zusammenstellung aus zwei grösseren Behandlungszentren beantworten (vgl. Tabelle 1 und 2).

Es geht aus dieser Zusammenstellung hervor, dass dank der Behandlung wenigstens 75 Prozent der Kranken rehabilitiert worden sind, was bedeuten will, dass sie ein praktisch normales Leben führen und arbeiten können, unter Einhaltung einer Diät und Vermeidung grösserer körperlicher Arbeit zur Schonung der Kanülen. Dieses Resultat ist um so beeindruckender, als man berücksichtigen muss, dass es sich um Patienten handelt, welche ohne die Behandlung innert weniger Tage sterben würden.

Für die behandelnden Aerzte und Schwestern gehört es zweifellos zu den beglückendsten Erlebnissen der modernen Medizin, zu sehen, wie Kranke mit terminaler Urämie sich wieder erholen und schliesslich zu einem normalen Leben zurückkehren — eine Tatsache, die noch vor zehn Jahren für unmöglich gehalten wurde.

Hilfsmittel für das tägliche Leben

Vor zwei Jahren hat die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Invalidenhilfe* einen Sammelkatalog «Hilfsmittel für das tägliche Leben» mit 40 Beispielen herausgegeben. Darin sind 40 Hilfsmittel beschrieben, welche den Behinderten den Alltag mit seinen täglich sich wiederholenden Hantierungen — Ankleiden, Sichwaschen, Kochen und Essen, Putzen und vieles mehr — erleichtern. Nun ist eine *neue Sammlung* von weiteren zwanzig Blättern erschienen, die wiederum einfachste Behelfsgegenstände — zum Beispiel ein Brotstreichbrett für Einhändige, ein biegsamer, von selbst unter die

Schränke gleitender Flaumer für Menschen mit Versteifungen, Schnittmuster von Kleidern für an Krücken oder einen Fahrstuhl Gebundene — bis zu ausgeklügelten Bade- und Toilettenhilfen für Schwerbehinderte enthält.

Die Sammlung ist allen jenen zu empfehlen, die mit körperbehinderten, chronischkranken und alten Menschen zu tun haben. Die ganze Katalogsammlung (60 Blätter) kostet Fr. 12.— in Halbkartonmappe und Fr. 15.50 in Schraubenmappe. Die 20 neuen Blätter kosten Fr. 4.—. Zu beziehen bei der Geschäftsstelle der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Invalidenhilfe bei Pro Infirmis, Postfach, 8032 Zürich.

Wenn auch keinesfalls vollständig, hoffe ich doch, Ihnen mit folgenden Erläuterungen einen kleinen Einblick in diesen pflegerischen Sektor geben zu können.

Bei den zur Nierentransplantation vorgesehenen Patienten handelt es sich um sehr schwer Kranke mit kaum oder gar nicht mehr funktionstüchtigen Nieren. Die Prognose für solche Patienten, es handelt sich in den meisten Fällen um sehr junge, war noch bis vor kurzem eindeutig und hart.

Die sich ständig in Entwicklung und Fortschritt befindende Medizin ist jedoch auch in diese Trostlosigkeit vorgedrungen. Es wird heute alles versucht und darangesetzt, um diesen Patienten das Leben zu erhalten.

Die in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten sind:

- a) die *Hämodialyse*, welche in besonderen Fällen sogar als Dauertherapie angewendet wird,
- b) die *Peritonealdialyse*, welche als Dauertherapie nicht in Frage kommt, jedoch ideal ist als Vorbereitung zur Nierentransplantation und eventuell während der ersten postoperativen Phase,
- c) die *Homotransplantation von Nieren*.

Der Patient, der für die genannten Eingriffe zu uns kommt, befindet sich entweder:

- a) in terminalem, urämischem Stadium, dessen Symptome uns allen bekannt sind, oder
- b) in zunehmendem urämischem Stadium, meistens bedingt durch: beidseitig er-

worbene chronische Pyelo- oder Glomerulonephritis oder beidseitig angeborene Missbildungen, zum Beispiel Zystennieren.

Vorbereitung

Auf der medizinischen Klinik wird der Patient mit dem Ziel vorbereitet, seinen physischen wie psychischen Zustand in bestmöglichen Ausgleich zu bringen. Diese Vorbereitung besteht zur Hauptsache aus:

- a) Kompensieren des Wasser- und Elektrolythaushaltes,
- b) Infektionsprophylaxe oder Sanatio eventuell schon vorhandener Infekte,
- c) psychische Vorbereitung (Berücksichtigung der Konfession).

Sobald dieses Ziel erreicht ist, wird der Patient beidseitig nephrektomiert. Erst später wird die Transplantation einer Niere vorgenommen, wobei zu erwähnen ist, dass nicht unbedingt in jedem Fall diese Reihenfolge zur Anwendung kommt.

Selten wird einseitig nephrektomiert, anschliessend transplantiert und zu einem späteren Zeitpunkt die zweite Nephrektomie vorgenommen. Beidseitige Nephrektomie und anschliessende Transplantation in einer Sitzung bedeutet in den meisten Fällen einen zu grossen Eingriff für diese Patienten.

Anschliessend an die beidseitige Nephrektomie wird der Patient während etwa einer Woche auf der chirurgischen Wachstation betreut. Nach dieser Zeit, bis zur Nierentransplantation, wird der Patient auf die medizinische Klinik zurückverlegt.

Die Peritonealdialyse geht ungefähr gleich weiter wie vor der Nephrektomie, etwa zwei- bis dreimal pro Woche, je nach Kalium- und Harnstoffgehalt im Blut. Die Peritonealdialyse gilt von nun an nicht mehr nur zum Kompensieren des Wasser- und Elektrolythaushalts, sondern ist eine Lebensnotwendigkeit geworden, da der Patient keine eigenen Nieren mehr besitzt.

¹ Schwester Dora Kägi, Krankenschwester der chirurgischen Wachstation, A-Klinik, Kantonsspital, Zürich.

² Vortrag, gehalten am Fortbildungskurs der Sektion Zürich/Glarus/Schaffhausen, am 1. September 1966. Die Ausführungen von Schw. Dora Kägi folgten auf den Vortrag von Dr. E. Linder, Kantonsspital Zürich, über die «Medizinische und chirurgische Behandlung von Nierenkrankheiten, u. a. die Nierentransplantation».

Zusätzlich erhält der Patient noch eine Dauertropfspülung durch Ureterstumpf-Blase-Urethra. Während der ersten postoperativen Tagen hat der Patient einen Blasenkathe-ter, welcher jedoch baldmöglichst entfernt wird. Darnach erfolgt spontane Entleerung der Blase.

Dieser Spülflüssigkeit (etwa 1500 bis 2000 ml/die) wird meistens ein Antibiotikum oder Sulfonamid, vorzugsweise Furadantin, beigesetzt.

Auf diese Art und Weise hat der Patient nun auszuhalten, bis sich ein für ihn geeigneter Spender zeigt. Diese Zeit, die sich sehr oft in die Länge zieht, ist wirklich ein Harren auf den entscheidenden Schritt, zermürbend in psychischer Hinsicht; dazu das oft ans Unerträgliche grenzende Dialysieren, hauptsächlich erschwert durch Adhäsionen des Peritoneums. Diese Zeitverzögerung ist durch folgende Umstände bedingt:

Mit wenig Ausnahmen wird die Niere eines frisch Verstorbenen transplantiert. Voraussetzungen dazu sind:

- a) Blutgruppenkompatibilität,
- b) noch guterhaltene Nierenfunktion des Spenders vor dem Tode,
- c) keine übertragbare Krankheit des Spenders.

Es ergibt sich daraus, dass der ungeduldig erwartete Moment der Operation oft allzu plötzlich eintrifft. Erwartet und doch zu plötzlich. Die meisten Patienten erschrecken, wenn sie nach langem Warten die Botschaft vielleicht eine Viertelstunde vor dem Eingriff vernehmen.

Der Patient weiss, worum es geht. Er weiss, dass es ohne normal funktionierende Nieren für ihn kein Weiterleben mehr gibt. Und deshalb erschrickt er. Deshalb erzeugt auch das Warten den grössten psychischen Stress. Der Patient weiss ja nicht, wie es weitergeht. Er weiss nur eines: leben oder sterben. Dass diese Patienten sehr viel Zuversicht, Geduld und Verständnis von seiten der Aerzte und Schwestern brauchen, scheint nicht besonders erwähnt werden zu müssen. Grosse Tapferkeit und viel Geduld erfordert dies jedoch auch von den Angehörigen.

Sehr plötzlich sieht sich jeweils auch das gesamte Personal vor die Vorbereitungsarbeiten gestellt. Dem Patienten wird noch die vorgeschriebene Dosis *Imuran* gegeben; ein Dauerkatheter wird eingeführt; darnach wird er in den Operationssaal gefahren. Oft hat der Patient nicht mehr Zeit, den Angehörigen selber die Nachricht mitzuteilen.

In der Zwischenzeit wird nun alles im stets bereitstehenden, desinfizierten Zimmer vorbereitet.

Das Zimmer

Das Zimmer ist durch eine mit Glasfenster versehene Tür mit der Wachstation und durch eine ebensolche Tür mit dem Korridor verbunden, deren Fenster den Besuchern dient. Das Zimmer ist so eingerichtet, dass es unabhängig geführt werden kann, es sei denn, eintretende Komplikationen erforderten besondere Geräte. Im Zimmer befinden sich: Wandanschlüsse für Sauerstoff und Druckluft, 2 Ausgussrö-ge, 2 Patientenbetten mit Nachttisch und Sessel, Nachtstuhl, Lehnstuhl, Radio, Standwaage, ein fixierbarer und ein fahrbarer Infusionsständer, Infusionshalter, Péans, Schraubverschlüsse, ein Spritzenboy und ein Verbandwagen mit allen erforderlichen Gebrauchsgegenständen, Sanitätsabfalleimer, Schreibpult mit Telefon; im Schrank eingereiht sämtliche Geräte für Verbandwechsel, Blasenkathe-terwechsel und Blasen-spülung; Absauggarnituren, diverse Sekretflaschen mit entsprechenden Ableitungen, Peritonealdialyse, sämtliche Infusions- und Spülflüssigkeitslösungen, Clysmol, Irrigator und Darmrohre, Urinbomben, Spitzgläser, Laborröhrchen, Essgeschirr für die Patienten, welches im Zimmer gereinigt wird, eine Apotheke.

Sämtliches Mobiliar sowie alle Gebrauchsgegenstände werden mittels Dampf, Heissluft oder Gas sterilisiert oder mittels chemischer Mittel desinfiziert.

Im Zimmer selbst brennen dauernd zwei Ultraviolett-lampen, deren Wirkung hauptsächlich zur Keimfreihaltung des Bodens bestimmt ist. Gegenstände, welche nicht sterilisiert oder desinfiziert werden können, werden ebenfalls nach Möglichkeit während etwa 12 Stunden den Ultraviolettstrahlen ausgesetzt.

Kurz einflechten möchte ich hier noch einige Gedanken über das *Vorbereiten des Patienten auf den Aufenthalt im sterilen Zimmer*.

Obschon der Patient weiss, dass er wieder eine gesunde Niere besitzt, sind diese ersten Wochen nach der Operation eine grosse psychische und physische Belastung für ihn, weiss er doch genau, dass der grösste Feind dieser Niere sein Körper selbst ist.

Es ist besonders wichtig, den Patienten auf folgende Massnahmen vorzubereiten: Mit grösster Wahrscheinlichkeit wird er während den ersten postoperativen Stunden künstlich beatmet und kann daher während dieser Zeit nicht sprechen. Nach guter Vorbereitung lässt er sich auch besser beatmen.

Der Patient sowie die Angehörigen müssen darauf aufmerksam gemacht werden, dass während des Aufenthaltes im sterilen Zimmer, das heisst während etwa zwei bis drei Wochen, Besuche unterlassen werden müssen. Einen kleinen Ersatz bilden das Glasfenster in der Türe, wie auch das Telefon.

Es beruhigt den Patienten sicher auch, wenn er im voraus schon mit der sonderbaren Kleidung der Aerzte und Schwestern bekanntgemacht wird.

Im Zimmer selbst wird alles vorbereitet, was für den frisch nierentransplantierten Patienten benötigt wird:

Ein mit sterilisierter Wäsche bezogenes vorgewärmtes Bett. Ein Engströmapparat, da die meisten Patienten während den ersten postoperativen Stunden prophylaktisch beatmet werden. Die dazu benötigte Absauggarnitur.

Alles Material zur auskultatorischen und venösen Blutdruckmessung. Die zur Wundspül drainage benötigten Unterlagen, Spülflüssigkeit mit, je nach Verordnung, beigeetzten Antibiotika.

Ableitungssystem für Blasen katheter. Sekretflasche sowie Ableitung für Magensonde.

Bereithalten verschiedener Infusions- sowie Blasenspüllösungen. Vorbereiten entsprechender Formulare, wie Ueberwachungs- und Kurvenblätter.

Postoperative Ueberwachung, Lagerung sowie Pflege des Patienten

Unbefriedigend ist, dass der Patient mit dem desinfizierten Bett im Operationssaal geholt werden muss. Da dies umständehalber nicht zu umgehen ist, wird mit dem Bett über ein vor der Türe liegendes merfengetränktes Tuch gefahren. Die Betträder werden von Zeit zu Zeit mit Luzol besprayed.

Sobald der Patient im Zimmer eintrifft, muss zuerst alles installiert werden. Der Anästhesist verbindet den intubierten Patienten mit dem Engströmapparat. Die Wundspülung muss sofort an das Saugluftmanometer angeschlossen werden.

Der Blasen katheter wird steril abgeleitet. Anschliessen der verordneten Infusionslösung, eventuell mit Antibiotika. Regelmässige Kontrolle von Blutdruck, Puls und Temperatur sowie eventueller *Blutverluste*. Blutungen können erfolgen im Operationsgebiet, bei der Ureteranastomose, Gefässanastomose, oder in der Niere selbst. Selten könnte auch einmal ein benachbartes Organ verletzt worden sein.

Regelmässig kontrolliert und gemessen wird natürlich die *Urinproduktion*, welche sehr unterschiedlich ausfallen kann. Durchschnittlich erfolgt entweder eine literweise leicht blutige oder eine normale mehr oder weniger blutige Urinproduktion. Selten tritt eine Oligurie oder Anurie in den ersten postoperativen Stunden auf.

In den meisten Fällen ist der Patient ansprechbar und empfindet es als beruhigend, von der Schwester zu vernehmen, dass die Operation beendet sei und er sich im Zimmer befinde. Inmitten der regen Tätigkeit vermummter Personen, von Respiratoren- und Wassersäulegeräusch, fühlt er sich immer noch im Operationssaal.

Während den ersten zwei postoperativen Tagen bleibt der Patient in *Rückenlage* mit leicht erhöhtem Oberkörper. Jede Verrichtung am Patienten selbst muss äusserst sorgfältig ausgeführt werden, da es sich nicht nur um eine Anastomose von Gefässen handelt, sondern ebenfalls um die delikate Anastomosierung des Ureters. Sehr bruske Bewegungen oder ein Drehen des Patienten

könnten eventuell eine Verletzung von nicht unbedeutenden Folgen bewirken.

Senkrechtes Sitzen im Bett ist ebenfalls nicht ungefährlich, da die transplantierte Niere in der Pelvis iliaca liegt und es somit leicht zu einer Abknickung oder Kompression der Niere, deren Gefässe oder des Ureters führen kann. Die Niere kann in dieser neuen Lage gut gesehen und palpiert werden.

Nach der Extubation, welche durchschnittlich in den ersten 5 bis 12 Stunden erfolgt, ist es wichtig, für genügendes Durchatmen und Aushusten, unterstützt durch Inhalationen, zu sorgen. Dazu kommt aktive Fuss- und passive Beingymnastik.

Etwa vom dritten postoperativen Tag an kann der Patient sorgfältig gedreht werden.

Unter normalen Verhältnissen sind bis dahin auch die diversen Drains und Katheter entfernt worden.

Diese Angaben sind relativ und richten sich immer nach dem allgemeinen Befinden des Patienten und nach dessen Nierenfunktion.

Das A und O der Pflege dieser Patienten liegt in der Aufrechterhaltung der Asepsis. Dies ist dadurch erschwert, dass der Patient selbst ja nicht keimfrei ist. Eine entsprechende Körperpflege ist deshalb von grösster Wichtigkeit. Der Patient wird mit Phiso-hex zweimal täglich ganz gewaschen; empfindliche und trockene Haut wird mit sterilem Olivenöl eingerieben. Selten ist eingehende Decubitusprophylaxe oder -pflege erforderlich. Zur Mundpflege wird eine desinfizierende Lösung verwendet.

Das Bett des Patienten wird ein- bis zweimal täglich mit frisch sterilisierter Wäsche bezogen.

Dass Verbandwechsel sowie Katheterisieren und Blasenspülungen unter Einhaltung streng steriler Kautelen zu erfolgen haben, scheint selbstverständlich zu sein.

Beim Verbandwechsel wird die Wunde genau kontrolliert und mit Benzin gereinigt. Jegliches Blut und Blutkrusten werden sorgfältig entfernt, da diese den besten Nährboden für Infektionen bilden. Die Wunde selbst sowie die Drainsstellen werden mit Mercurochrom desinfiziert. Drainstellen werden zusätzlich mit Phiso-hex abgedeckt.

Die Haut um die Wunde wird mit Phiso-hex gereinigt. Die Wunde soll immer mit genügend sterilem Verbandmaterial abgedeckt werden.

Ein Blasen-katheterwechsel wird meistens notwendig bei stark blutigem Urin, welcher den Katheter verstopft. Halb- bis einstündliche Blasenspülungen müssen in diesem Fall vorgenommen werden.

Flüssigkeitszufuhr / Kost

Kurz gesagt, richtet sich die zuzuführende Flüssigkeit nach der Urinproduktion. Der Patient hat einen Cava-Katheter. Meistens werden Mischinfusionen verabreicht. Je nach Blutverlust, nach den Hämoglobin- und Hämatokritmessungen, nach dem venösen und auskultatorischen Blutdruck, wird Blut transfundiert.

Sobald der Magensaft durch den Darm abfließt, wird die Magensonde entfernt und der Patient erhält kleine Portionen von Tee, Milch oder Suppe per oral. Zeigt sich kein Brechreiz, kann die Flüssigkeitszufuhr per os gesteigert und diejenige durch Infusionen reduziert werden.

Mit Vorzug wird diesen Patienten Milch als Flüssigkeit gegeben, ulcusprophylaktisch, da sie in vermehrtem Mass stress-ulcusgefährdet sind. Damit der Patient so schnell wie möglich ausschliesslich per oral ernährt werden kann, muss für genügende Darm-tätigkeit gesorgt werden.

Am zweiten postoperativen Tag erhält der Patient ein Glyzerinklistier. Setzt die gewünschte Wirkung nicht ein, erhält er am dritten postoperativen Morgen Karlsbader Salz sowie bei Bedarf nachmittags ein Clys-mol.

Die Ernährung richtet sich wie üblich nach der Verdauung und besteht aus Brei-kost, leichter bis normaler Kost. Stellen sich Magenbeschwerden ein, erhält der Patient purierte Kost.

Bei Anhalten des hohen Blutdruckes verordnet der Arzt salzarme bis salzlose Kost.

Die Flüssigkeitsbilanz ist bei diesen Patienten sehr wichtig. Wir verstehen darunter eine genaue Darstellung der gesamten zugeführten Flüssigkeit. Dieser gegenübergestellt werden sämtliche Sekrete, die Urinproduktion, wie eventuell flüssiger Stuhl.

Sobald der Patient aufstehen kann, wird sein Gewicht täglich kontrolliert.

Urin- und Blutanalysen

Sie werden täglich nach einem systematischen Plan ausgeführt und vermitteln ein gewisses Bild der Nierenfunktion.

Im Vordergrund stehen:

Elektrolyte in Blut und Urin,
Blutbild, vorzüglich Leukozyten,
Osmolarität, Kreatinin im Urin.

Die Phenolrotprobe wird erst wieder vorgenommen, nachdem der Harnstoffgehalt des Blutes unter 150 mg/% gesunken ist.

Medikamente

Ueblicherweise erhalten die Patienten folgende Medikamente:

Antibiotika
Vitamine
Magenpulver vier- bis sechsstündlich (ulcusprophylaktisch)
eventuell Aldomet oder Mittel mit entsprechender antihypertensiver Wirkung
eventuell ein Psycholepticum.

Als Dauertherapie:

Imuran, ein Cytostatikum, und Prednison, ein Steroid.

Die positive wie negative Wirkung dieser Medikamente muss der Schwester geläufig sein, da sie auf die entsprechenden Symptome achten muss. Kurz erwähnt seien deshalb die beiden folgenden Medikamente:

Imuran: Das Mittel bewirkt einen Abfall der Leukozyten mit entsprechend erhöhter Infektionsbereitschaft. Deshalb die Isolierung des Patienten, vor allem während der ersten postoperativen Zeit.

Allgemein verzögerte Heilungstendenz durch die dämpfende Wirkung des Imurans auf die gesamte Zellbildung, nicht nur auf die Antikörperbildung.

Prednison: Das Mittel bedeutet eine erhöhte Gefahr von jeglicher Art von Ulcera. Deshalb ist regelmässige Kontrolle von Faeces und Magensaft auf Blut unerlässlich. N.B. über kurz oder lang Auftreten des bekannten Cushinggesichtes oder generalisierter Adipositas.

Zimmerreinigung, Asepsis, Personaleinteilung

Wenn zeitlich irgendwie möglich, werden nach Verlegung des Patienten bakteriologische Untersuchungen, wie Zimmerkulturen und Abstriche, vorgenommen. Anschliessend wird Gebrauchsmaterial nachgefüllt oder ersetzt, das Zimmer wird frisch desinfiziert. Bis der neue Patient kommt, bleibt das Zimmer geschlossen.

Während der Zeit, in der das Zimmer belegt ist, wird täglich zweimal Staub gewischt mit Alkohol oder sonst einer desinfizierenden Lösung. Der Boden wird mit einer desinfizierenden Lösung, beispielsweise Pantosept, feucht gereinigt, die Galoschen in einer Merfenlösung gewaschen. Es ist üblich, dass die Schwester diese Arbeiten nach Möglichkeit kurz vor Uebergabe an den Tag- oder Nachtdienst vornimmt, das heisst, dass sie den Patienten zuerst fertig besorgt, anschliessend das Zimmer reinigt und es dann verlässt.

Bei Bedarf wird die Schwester während den Essens- und Freistunden abgelöst.

Im Prinzip werden diese Patienten durch vier Schwestern betreut, nämlich die Tag- und die Nachtschwester und deren Ablösungen.

Die mit diesen Fällen beschäftigte Aertequipe besteht aus dem Chefarzt, dessen Assistenten sowie einem Internisten. Weiteren Personen ist der Zutritt zu diesem Zimmer untersagt.

Hygiene von Aerzten und Schwestern

Da Patient wie Personal vor Betreten des Zimmers weder sterilisiert noch desinfiziert werden können, ist eine gründliche Körperpflege um so notwendiger. Hautdesinfizierende Badezusätze sind bereits im Handel.

Nach dem Betreten des Zimmers ziehen Arzt und Schwester Gummigaloschen sowie Maske, Hut oder Schleier an. Anschliessend gründliches Reinigen der Hände und Arme mittels Phisohex und Gummibürste (die Gummibürsten werden nach jedem Gebrauch frisch sterilisiert).

Darauf Anziehen des sterilen Kittels, welcher mindestens zweimal täglich ausgewechselt wird.

Trotz Maske ist es zu empfehlen, von Zeit zu Zeit Mund- und Nasenabstrich kontrollieren zu lassen.

Merfenlutschtabletten sind im Zimmer jederzeit vorhanden zur prophylaktischen Anwendung.

Häufigste Komplikationen und ihre Therapie

Da bei jeder transplantierten Niere mit einer entsprechenden *Tubulusnekrose* gerechnet werden muss, welche im Prinzip reversibel ist und sich innert drei Wochen zurückbilden kann, setzt die erwünschte Nierenfunktion (Urinproduktion) unter Umständen nicht ein. Diese Folge der Tubulusnekrose kann sofort oder auch erst einige Tage später in Form einer Oligurie bis Anurie auftreten. Sollte diese Phase längere Zeit andauern, wird dem Harnstoff- und vor allem dem Kaliumgehalt des Blutes entsprechend die Peritonealdialyse nochmals notwendig.

Die Verabreichung von Medikamenten im Falle einer Anurie muss jeweils noch speziell geprüft werden.

Ein erneuter Beginn des Dialysierens ist ein harter Schlag für den Patienten, obschon dies noch kein Grund zur Hoffnungslosigkeit ist. Es ist beizufügen, dass dieser Fall selten eintritt.

Eine weitere Komplikation, mit welcher jederzeit gerechnet werden muss, ist die «*Rejection*», welche zeitlich verschieden und auch mehrmals auftreten kann, jedoch selten vor dem fünften postoperativen Tag.

Die Symptome sollten der Schwester auch bekannt sein:

- a) starke Schmerzempfindlichkeit der transplantierten Niere bzw. deren Umgebung,
- b) Ansteigen von Harnstoff, Kalium und Leukozyten im Blut, Blutdruck und Temperatur (alles Zeichen einer erhöhten Reaktion des Organismus);
Sinken von Osmolarität, Kalium, Kreatinin im Urin sowie Auftreten von Oligurie bis Anurie.

Treten diese Symptome auf, ist höchstwahrscheinlich mit einer «*Rejection*» zu rechnen, worauf der Arzt meistens eine Radio-Nephrographie verordnet, ein Nierenfunktionstest mittels radioaktivem Jod.

Um dieser Reaktion des Organismus so wirksam wie möglich entgegenzutreten, erhält der Patient erhöhte Dosen von Cortison und zusätzliche Injektionen von Cytostatika, vielleicht auch Röntgenbestrahlungen.

Ich möchte diese Arbeit jedoch nicht mit den Komplikationen schliessen, sondern noch einige Gedanken über die Patienten selbst äussern.

Der Patient

Kaum ein Patient wie dieser braucht Aerzte und Schwestern, die mit ihm gehen durch die meist sehr lange Zeit des Wartens vor und nach der Operation. Er braucht unser Verständnis ebenso wie Geduld. Durch unser Verhalten soll der Patient zur Ueberzeugung gelangen, dass wir ihm helfen können. Jeglicher Zweifel am Erfolg, jedes Sichgehenlassen seitens des Patienten kann sich lähmend auf die ganze Behandlung auswirken.

So einfach wie sich alle diese Massnahmen beschreiben lassen, so mühsam ist oft deren Durchführung in der Praxis. Gerade wenn der Verlauf sich nicht zum Guten wendet, ist das Arbeitsprogramm so, dass es einer genauen Einteilung bedarf, um bewältigt zu werden.

Hier nebst aller Geschäftigkeit auch den nötigen Ruheausgleich sowie Zeit für den Patienten selbst zu finden, stellt der Schwester kein kleines Problem.

Da sich der ganze Tagesablauf im relativ kleinen Zimmer abspielt, wird jede Bewegung und Verrichtung der Schwester vom Patienten beobachtet, einem Patienten, der schon zu oft im Spital weilte, um nicht über einen gewissen «*Spitalsinn*» zu verfügen. Das Vertrauen eines solchen Patienten zu gewinnen, braucht denn auch etwas länger. Ist dies erreicht, verbringt die Schwester oft interessante Stunden mit diesen Patienten.

Ist der postoperative Verlauf komplikationslos, fühlt sich der Patient schon bald recht gut und empfindet das Eingesperrtsein. Hier muss nun versucht werden, diese Zeit so gut wie möglich zu überbrücken mit Hilfe von Telefon, Radio oder Lektüre.

Vom Augenblick an, wo die Wunde restlos verheilt ist, kann der Patient das Isolierzimmer verlassen und wieder auf die medizinische Abteilung zurückkehren, wo der weitere Verlauf der Nierenfunktion überwacht wird.

Nachdem der Patient endgültig entlassen ist, muss er für seine Kontrolluntersuchungen in bestimmten zeitlichen Abständen

wieder in die Klinik kommen. Einen solchen «ehemaligen» Patienten zu begrüßen, der wieder in seinen Gesellschaftskreis zurückgekehrt ist und voll arbeitet, gibt der Schwester den Mut und die Kraft, weiter mitzuhelfen an dieser Arbeit und zu hoffen, dass die ganze Problematik, insbesondere die der «Rejection», eines Tages so klein werde, wie diejenige einer Appendektomie.

Betreffend Altstätten

Vergangenen August erfuhren die Mitglieder unseres Verbandes durch die Presse, dass die Krankenschwestern des Spitals von Altstätten gesamthaft gekündigt hatten.

Verschiedene Zeitungen sprachen von Konflikten zwischen den Aerzten und den Krankenschwestern, andere warfen letzteren Missachtung der Berufsethik und Im-Stich-Lassen der Patienten vor. Die «Zeitschrift für Krankenpflege» brachte in der Oktobernummer den Text, den wir auf Wunsch der Schwestern von Altstätten im August einsandten, um den Anschuldigungen hinsichtlich einer Missachtung der Berufsethik entgegenzutreten.

Nicht anders als in jener Einsendung wollen wir auch heute weder für eine Partei Stellung nehmen, noch über das betreffende Spital oder über die Schwestern, die von dieser bedauerlichen Situation schwer betroffen waren, ein Urteil fällen. Mit Zustimmung der Leitung der Equipe von Altstätten, welche vor knapp einem Jahr mit grosser Begeisterung die Verantwortung für den Pflegedienst des Spitals übernommen hatte, möchte ich für uns alle eine nützliche Lehre daraus ziehen.

Ein altes Sprichwort sagt: Mit einem «wenn» und einem «aber» trägt man Rom zu Grabe. Es scheint mir jedoch wichtig, an die Rolle unseres Verbandes zu erinnern und auszudenken, wie er hätte vorgehen können, «wenn» die Verantwortlichen des SVDK rechtzeitig vom Konflikt zwischen dem diplomierten Pflegepersonal, den Aerzten und der Spitalleitung von Altstätten Kenntnis erhalten hätten. Als Aussenstehende hätten wir versucht, vorurteilslos die wirklichen Ursachen des Konfliktes herauszufinden, und vielleicht wäre es uns ge-

lungen, zu einer annehmbaren Lösung beizutragen. Es wäre denkbar, wir hätten feststellen müssen, unsere Kolleginnen seien offensichtlich im Unrecht. In diesem Falle hätten wir durch eine offene Aussprache versucht, ihnen zu helfen, eine gesündere Situation herzustellen. Wir hätten ihnen möglicherweise aber auch vollständig recht geben müssen; hier hätten wir sie dann mit dem ganzen moralischen Gewicht eines über 6000 Mitglieder zählenden Berufsverbandes in einer so schwerwiegenden Entscheidung, wie der einer gesamthaften Kündigung, unterstützt.

Im vorliegenden Falle wurde unser Verband leider zu spät benachrichtigt, die Angelegenheit war bereits an die Öffentlichkeit gelangt, und unser Einschreiten hatte keine Berechtigung mehr.

Als Lehre aus diesem Vorkommnis wollen wir uns auf die Rolle besinnen, die unser Verband bei solchen Begebenheiten zu spielen hat. Im Gegensatz zu den Gewerkschaften, die nur die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder verteidigen, kann unser Verband auf Grund des «beruflichen Urteilsvermögens» seiner Verantwortlichen seinen Mitgliedern zu Hilfe kommen, wenn die Ethik oder die Qualität der Berufsausübung in Frage gestellt werden, und noch viel mehr, wenn die Sicherheit des Dienstes am Kranken gefährdet ist.

Im übrigen soll uns das Geschehen von Altstätten wieder in Erinnerung rufen, dass wir alle solidarisch miteinander verbunden sind, in guten wie in schlechten Tagen, und dass für das Wohlbefinden auch unseres Verbandes gilt: Vorbeugen ist besser als heilen.

Nicole F. Exchaquet, Präsidentin

Présentation et description du malade

Juillet 1965, « La Source ». La chambre 303 reçoit son hôte, un patient de dix-sept ans qui doit être opéré de la cloison nasale et des sinus. M. B., un grand gars au regard direct et qui paraît bien deux ans de plus que son âge, vient du B... Il étudie au Collège St-Michel de Fribourg où il est interne.

Le futur opéré, élancé et alerte, semble tout à fait bien portant. Cependant, connaissant le but de l'hospitalisation, on remarque le nez tuméfié et rougi, les yeux larmoyants de celui qui souffre d'un rhume perpétuel, tandis que l'oreille est frappée par une voix qui rappelle celle du canard.

Sans avoir peur de l'opération même, M. B. se montre sceptique quant au résultat: son frère, opéré des sinus quelques années plus tôt, ne va pas beaucoup mieux. Malgré cela notre malade garde une entière confiance dans son médecin.

Quant aux soucis matériels, il n'en a pas, étant encore à la charge de ses parents. Ceux-ci n'ont pas de difficulté à faire face aux frais de l'hospitalisation, d'autant plus que leur fils est assuré par son collège et par la compagnie Helvétia. Par ailleurs, l'opération qui a lieu pendant les vacances n'interrompt pas le cours des études.

L'hospitalisation est donc acceptée avec confiance par le malade et par ses parents.

Anamnèse

A part les principales maladies d'enfance, M. B. a toujours joui d'une très bonne santé. C'est à la suite d'une chute à bicyclette à l'âge de 15 ans qu'il souffre d'une déviation de la cloison nasale. Dès lors l'obstruction du nez lui vaut des rhumes et des sinusites à répétition par ventilation insuffisante des cavités sinusales, mauvais drainage et stase.

Puis surviennent des trachéites et des bronchites par infection descendante. Finalement un état chronique s'installe, certainement favorisé par une prédisposition familiale à ces affections: le frère de notre malade souffre de sinusite sans avoir de déviation.

Ces troubles se manifestent chez M. B. par la symptomatologie suivante:

- une obstruction nasale à prédominance droite,
- une bouche ouverte qui supplée à la mauvaise respiration nasale,
- une prononciation défectueuse: les lettres M et N deviennent B et D dans la bouche de notre malade,
- M. B. se plaint d'avoir de temps en temps les oreilles bouchées: cela provient de l'obstruction tubaire par suite de la fermeture de la trompe d'Eustache,
- tous les signes de la sinusite chronique: douleur locale, céphalées fréquentes, larmoiement, écoulement nasal, parfois toux et état fébrile par complication.

Actuellement la symptomatologie est discrète: la sinusite est en période calme.

Un status est brièvement établi à l'entrée et indique que M. B. mesure 184 cm et pèse 68 kg: l'état de nutrition est bon. Le malade est afebrile: 36,7 °. Son pouls est de 76 et la pression de 140/70, légèrement augmentée chez un sujet de dix-sept ans, est le reflet d'une certaine émotion... Tous les systèmes fonctionnent bien; M. B. paraît en mesure de supporter sans peine la narcose et l'opération.

Examens — préparation à l'opération

Le malade a subi tous les examens nécessaires en vue du diagnostic et de l'opérabilité avant d'entrer à « La Source ».

S'appuyant sur l'anamnèse, le médecin spécialiste aura vite posé le diagnostic de sinusite. L'examen ORL révèle la déviation de la cloison, et des radiographies per-

¹ Lorsqu'elle a préparé cette observation de malade, Mlle Marie-Danielle Subilia était élève à l'Ecole d'infirmières « La Source », Lausanne.

mettent la localisation des sinus atteints: le maxillaire droit surtout, un peu le gauche, tandis que les ethmoïdaux et le sphénoïdal semblent intacts. La *diaphanoscopie* est un examen préliminaire courant, mais dont l'interprétation n'est pas valable à elle seule; elle met en évidence les cavités aériennes par transparence grâce à une source lumineuse placée dans la bouche du malade. De toute façon une exploration per-opératoire confirmatrice s'impose, qui précédera une cure radicale des sinus atteints. Des lavages permettront une culture avec détermination de l'antibiogramme. Connaissant la nature des germes pathogènes et leur sensibilité, on peut les combattre.

Pour juger de l'opérabilité de M. B., le médecin demande un *temps de saignement* et un *temps de coagulation*. Ces deux examens de laboratoire, pratiqués sur du sang capillaire, indiquent le temps nécessaire à l'hémostase d'une blessure (2 à 4,5 minutes), et à la formation d'un caillot 2 à 4 minutes).

Le rôle de l'infirmière, durant cette période pré-opératoire, consiste à s'informer du cas du malade, à connaître le résultat des examens importants, à bien observer le patient, à entrer en contact avec lui. Pourquoi? Parce que, comprenant de quoi il s'agit, l'infirmière s'intéresse davantage à son malade. Et surtout, elle saura à quelles complications éventuelles le patient est exposé. Ses observations seront alors orientées, permettant une prophylaxie qui, bien comprise et bien dirigée, est beaucoup plus efficace.

Voyons le cas de M. B.

Sa muqueuse nasale est enflammée, voire infectée. L'infirmière comprend l'importance des gouttes vaso-constrictives d'*Otrivine*; elle aura à cœur de les administrer sans faute. A cause du risque d'infection descendante, on conçoit également la nécessité d'une désinfection du pharynx: M. B. reçoit des tablettes à sucer.

Toujours à titre préventif, l'infirmière s'assure de la bonne marche du transit. Pas de problèmes chez notre malade, qui n'en échappe pas moins au régime sans résidu du soir précédant l'opération.

De plus, l'infirmière explique à M. B. l'importance d'une bonne ventilation après la

narcose: l'opéré a pris l'habitude de mal respirer, gêné par son nez bouché. En outre il souffre d'une irritation des voies aériennes et court le risque d'aspirer des sécrétions ou des sérosités après l'intervention. Le danger de complications broncho-pulmonaires est donc plus grand.

La préparation psychologique elle aussi est importante. Bien que M. B. se montre calme et confiant, on lui explique comment se passent les narcoses aujourd'hui. Il est bon aussi d'avertir le malade qu'il ne pourra pas respirer tout de suite par le nez à cause des mèches et de l'inflammation.

Finalement un comprimé de Nembutal 100 mg (barbiturique) procurera à M. B. une nuit sans rêves, préparant ainsi des réserves physiques et nerveuses pour le lendemain.

Le jour de l'intervention débute par la prémédication: un stupéfiant, un sédatif antihistaminique, un anticholinergique. Une heure après, le malade, préparé comme d'habitude, est descendu en salle. On l'endort et le chirurgien se met à l'œuvre.

Opération et surveillance

Pour bien surveiller et soigner son opéré, l'infirmière doit avoir des notions concernant le déroulement de l'intervention. Voici brièvement en quoi consiste l'opération de la cloison, soit la résection sous-muqueuse supprimant la partie déviée.

On libère délicatement le septum des feuilletts de muco-pélicondre qui recouvrent ses parois, et on enlève la cloison ainsi mise à nu. Il ne reste plus que les deux parties molles de muco-pélicondre qui sont rabattues l'une contre l'autre et maintenues en place par des mèches compressives dans les fosses nasales.

Quant aux sinus, on les aborde par une incision de la gencive supérieure qui permet l'accès du sinus maxillaire et de là, celui du sinus ethmoïdal. Ce dernier est cureté, de même que la cavité maxillaire droite dont toute la muqueuse est infectée. Après une exploration soignée des autres sinus, le curetage n'est pas jugé nécessaire.

Dans le cas de M. B., l'anesthésie pose un problème. Il s'agit d'approfondir la narcose pour empêcher les contractions muscu-

lares, ce qui se fait habituellement au moyen d'éther ou de fluotane. Mais l'emploi d'éther, qui est explosible, serait dangereux puisqu'on utilise le cautère. D'autre part le fluotane est contre-indiqué, car le malade a reçu de l'adrénaline pour limiter les hémorragies de la région opérée. Or, le fluotane sensibilise le muscle cardiaque aux sympathicotoniques: on risque alors la fibrillation. C'est pourquoi l'anesthésiste choisit le *curare*, qui ne serait pas nécessaire du point de vue purement opératoire.

Sur le plan infirmier, sitôt après l'opération, une surveillance attentive est nécessaire jusqu'à ce que le malade retrouve toute sa connaissance.

La position est très importante: il faut maintenir l'opéré sur le côté et en Trendelenbourg pour qu'il n'aspire pas ses sécrétions et le sang collecté dans le rhinopharynx.

L'infirmière, qui s'est informée, sait aussi que M. B., curarisé, a reçu de la prostigmine, antidote du curare, et de l'atropine, parasympatholytique, et qu'une recurarisation n'est pas exclue. Il faut donc rester auprès du malade, guettant tout signe d'apnée.

M. B. reprend très rapidement conscience. On l'installe alors en position demi-assise pour éviter toute aspiration endo-trachéale et pour favoriser la respiration. On contrôle la tension artérielle et le pouls régulièrement et fréquemment, car ce sont les premiers indices en cas de choc.

La tension de M. B. monte jusqu'à 155/90 après le retour de la salle: l'opéré a mal, et sa respiration par la bouche est peu régulière et superficielle. La pression différentielle n'est cependant pas pincée; il n'y a donc pas de rétention inquiétante de CO₂.

On regarde aussi le pansement où se marqueraient les traces d'une hémorragie locale.

L'aspect du malade donne également des renseignements concernant le choc (pâleur, transpiration, agitation), la rétention de CO₂ (cyanose, tachypnée), la douleur (traits crispés). Heureusement on ne remarque rien de semblable chez M. B.

Cette surveillance intensive des complications de la narcose est très importante surtout dans les heures qui suivent l'intervention. Plus tard, la surveillance sera cen-

trée davantage sur les symptômes des complications de l'opération même: hémorragies, hématome, infection, qui se marquent avant tout par des douleurs accrues et une élévation de la température.

Les soins infirmiers, dans le cas de M. B., sont réduits à peu de chose. L'infirmière fixe sous le nez de l'opéré l'une des « moustaches », préparées la veille, qui sera changée aussi souvent que nécessaire. Bien entendu, on interdit au malade de se moucher car il risquerait une hémorragie. Cela se conçoit sans peine lorsqu'on est au courant du travail délicat du spécialiste.

Le chirurgien retire les mèches le premier jour post-opératoire déjà, car les deux parties molles de la cloison sont maintenant accolées. C'est à partir de ce moment que se produit parfois un hématome entre les deux feuillets. Aussi recommande-t-on au malade de limiter ses mouvements, en particulier ceux de la tête.

Le régime a aussi son importance. Dès le lendemain de l'opération, M. B. est autorisé à manger, mais c'est un repas léger passé au turmix qu'on lui donne, pour éviter les mouvements de la zone opérée, et tiède puisque les aliments passent à proximité de celle-ci. Ce n'est qu'à partir du troisième jour post-opératoire que M. B. bénéficie du régime normal léger, puis normal sur ordre médical.

Le transit intestinal se rétablit rapidement.

Mentionnons encore l'injection intra-musculaire de Terramycine faite au retour de la salle. Comme il s'agit d'injecter une solution huileuse, il faut être conscient du danger d'embolie graisseuse, si un peu de liquide pénètre dans un vaisseau. Pour cette raison, l'infirmière retire son piston à plusieurs reprises. D'autre part, l'injection sera faite en profondeur, car ce médicament se résorbe difficilement.

Le rôle psychologique de l'infirmière auprès d'un malade opéré de la cloison et des sinus n'est pas négligeable. Elle a informé son malade de ce qui l'attendait. Il faut maintenant qu'elle le rassure quant à l'avenir esthétique de son nez. Par sa manière d'être, plus que par de belles paroles, l'infirmière affermit la confiance du malade

dans son médecin, dans le traitement ainsi que dans le personnel soignant.

Lorsque l'opéré souffre, l'infirmière, par sa présence, par un geste, peut l'aider à traverser des moments difficiles, à prendre patience. Fort heureusement, l'opération de la cloison n'est pas trop douloureuse, et M.B. la supporte sans trop de peine. Les sinus le font davantage souffrir, surtout du côté droit où l'on a raclé toute la muqueuse. Néanmoins, il veut tenir le coup sans se plaindre.

En ce qui concerne M.B., qui est entré à « La Source » de son plein gré, les contacts s'établissent rapidement, ainsi qu'une atmosphère de confiance, et il est facile, par conséquent, de venir en aide à ce malade.

Traitement

Le traitement, établi par le médecin, doit être bien compris de l'infirmière. Celle-ci ne peut pas l'appliquer de façon valable, c'est-à-dire avec un maximum d'efficacité et de sécurité pour le malade, si elle ne connaît pas les médicaments prescrits et ignore pourquoi on les donne.

On a déjà parlé du traitement pré-opératoire. Au retour de la salle, on fait à M.B. une injection de 250 mg de *Terramycine*, bactériostatique à large spectre qui convient très bien aux affections ORL.

La cure d'antibiotiques est commencée sur-le-champ et à une dose d'attaque pour prévenir les complications infectieuses telles qu'une suppuration des sinus, ou une otite. Il se pourrait même qu'une méningite se déclare au travers de la lame criblée, à la suite de la cure de sinus ethmoïdal. C'est une complication gravissime mais fort rare.

Le lendemain de l'opération, l'antibiotique est donné par voie buccale: une capsule de *Sigmamycine* toutes les six heures. Cette répartition permet la continuité de l'action bactériostatique vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Pour éviter une intolérance gastro-intestinale avec altération de la muqueuse, le médecin prescrit du *Bécozyme*: une dragée trois fois par jour; la vitamine B préserve la muqueuse dans les traitements aux antibiotiques. Le malade, bien observé, ne pré-

sente pas de nausées ni de diarrhées. En outre, la vitamine B est utile à la restauration des tissus après une intervention.

En même temps que la *Terramycine*, on injecte une ampoule de *Chymar*, anti-inflammatoire à base d'enzymes qui empêche la formation d'adhérences. Le lendemain de l'opération, le *Chymar* en ampoules injectables est également remplacé par les dragées équivalentes de *Chymoral* à raison de trois fois une dragée.

On joint à l'action protéolytique du *Chymar* l'effet puissant et rapide de la *prednisolone*. Cette hormone cortico-surrénalienne inhibe les réactions inflammatoires de l'organisme, sans perturbation sensible des électrolytes. La prednisolone est prescrite sous couvert d'un antibiotique, car une infection déclarée sous traitement aux corticostéroïdes ne présenterait alors aucun symptôme.

La prednisolone est administrée sous forme d'*Ultracortène H* à la dose d'attaque de 25 mg, la première fois par voie intramusculaire qui est plus efficace. Puis on passe aux comprimés: en diminuant progressivement la quantité de 5 mg tous les trois jours, jusqu'à l'arrêt de la cure. On n'interrompt pas celle-ci brusquement afin d'éviter le déséquilibre psychosomatique qui peut s'en suivre.

Le médecin ne juge pas nécessaire de prescrire un pansement gastrique pendant ces quelques jours de traitement. Interrogé, M.B. ne se plaint d'aucune douleur gastrique.

Comme calmant, le patient ne reçoit qu'un suppositoire analgésique de *Spasmocibalgine* le soir de l'opération.

Les effets du traitement sont constatés par l'infirmière qui s'en réjouit. Elle a certainement un rôle à jouer dans l'application et la surveillance de celui-ci: il dépend souvent d'elle que le malade s'intéresse à son traitement auquel il collabore dès lors tout naturellement. Mais pour cela il faut prendre la peine d'expliquer au patient ce qu'on lui fait, ce qu'on attend de lui et pourquoi. L'infirmière ne doit pas manquer non plus de l'informer des résultats, de lui faire remarquer tel progrès, de l'encourager.

M.B., justement, est un opéré idéal qui comprend le but du traitement, et qui parti-

cipe aux efforts de ceux qui le soignent. Or c'est là la condition essentielle au rétablissement du malade.

Si le jour de l'opération et celui d'après ont été assez pénibles à cause de la douleur maxillaire droite surtout, de la compression nasale, de la position, une nette amélioration se fait sentir le surlendemain de l'opération. Les mèches ont été enlevées la veille, le malade respire mieux, sa voix est déjà moins nasillarde.

Le traitement antiinflammatoire et l'application locale de pommade décongestive *Rolinux* activent l'évolution naturelle vers la guérison: le malade perd peu à peu son faciès bouffi, le nez diminue de volume ainsi que les joues et les lèvres. Parallèlement la douleur s'atténue.

Point de fièvre, sinon une température subfébrile de 37,3 le soir de l'opération. La courbe des pulsations est parallèle à celle de la température, et la tension de nouveau physiologique.

Le quatrième jour post-opératoire M. B. nous quitte, nanti de son ordonnance et de recommandations diverses; il gardera, dit-il, un bon souvenir de son hospitalisation et semble tout à fait rasséréné quant au résultat de l'opération.

Problèmes médico-sociaux

Avant de passer un mois de convalescence dans le nord de l'Italie chez des parents, notre malade rentre se reposer à la maison pendant une dizaine de jours. Ce laps de temps lui permettra de terminer le traitement prescrit à « La Source », à savoir la cure d'antibiotiques, liée à l'apport de vitamine B, et le traitement antiinflammatoire enzymatique et hormonal. M. B. pourra aussi finir son tube de pommade *Rolinux* ainsi que son flacon d'Otrivine.

On recommande au patient d'éviter de s'exposer au soleil à cause du risque d'hémorragie. Il devra également prendre des précautions contre le froid et l'humidité favorables aux rhumes et aux complications infectieuses.

Malgré tout M. B. reste à la merci d'une nouvelle suppuration, étant donné la sensibilité de ses sinus. Aussi devra-t-il se faire examiner régulièrement par le spécialiste, qui pourra intervenir immédiatement si nécessaire.

Connaissant la famille, son sens des responsabilités et sa collaboration, nous savons que les précautions nécessaires seront prises, ce qui nous rassure quant à l'avenir du malade.

8e Congrès médico-social protestant de langue française

du 9 au 12 février 1967, Palais des Festivals, Cannes

Thème du congrès: « *Dynamique de la guérison* », le malade dans le monde d'aujourd'hui.

Extraits de l'introduction au programme: « ...Nous voudrions savoir si le malade peut rester *passif* dans sa maladie, c'est-à-dire obéissant totalement au corps médical, et confiant jusqu'à l'abandon dans la sollicitude paternelle de la société, ou s'il doit *s'engager*

activement dans sa maladie, et dans les séquelles qu'elle peut comporter.

Veux-tu guérir? (Jean, v. 6.) Cette question, avec tout ce qu'elle a de percutant et de personnel, n'est-elle pas posée à chacun de nous? »

Le programme comprend: études bibliques, conférences, rapports complémentaires, discussions par groupes, repas en commun, visites et excursions.

Renseignements et inscription: Havas - Congrès, 26, avenue de l'Opéra, Paris-Ier.

Introduction

Les raisons principales qui ont conduit à l'adoption dans les hôpitaux du système de travail et d'organisation défini par « stérilisation centrale » sont les suivantes:

- lutte contre la propagation des infections hospitalières
- rationalisation du travail pour obvier à la pénurie de personnel de toutes catégories
- souci d'éviter une dégradation rapide d'un matériel toujours plus coûteux
- augmentation de la sécurité d'exploitation par une concentration des installations techniques.

Des études approfondies ont été faites ces dix dernières années aux USA, dans les pays scandinaves et en Angleterre, pour la mise au point de cette nouvelle méthode de travail. Plusieurs formules ont été expérimentées, les unes convenant mieux que d'autres à certains pays en fonction de divers facteurs, par exemple le prix du matériel à jeter après usage.

Il y a peu d'années que l'on parle en Suisse de stérilisation centrale, et les hôpitaux récemment mis en service ne l'ont pas prévue, alors que cette méthode était déjà en application aux USA et en Suède. Pour notre hôpital ce problème a été porté en discussion devant la Commission de construction en mars 1964. Des voyages d'information à l'étranger, des visites d'hôpitaux suisses, des enquêtes auprès d'experts nous ont permis de conclure à la validité pour un hôpital tel que le nôtre, de la création d'une stérilisation centrale. Nos médecins et nos infirmières responsables ont été informés et invités à s'exprimer; ils se sont prononcés en faveur du système.

¹ Mme Colette Piaget, infirmière conseil, infirmière-chef de l'hôpital.

² Extrait de la brochure « Inauguration du nouvel hôpital », ville de La Chaux-de-Fonds, juin 1966.

Les raisons et les avantages de notre stérilisation centrale

Nous inspirant des réalisations suédoises, nous avons été amenés d'emblée à étudier un service de stérilisation sous sa forme complète, ne traitant pas seulement le matériel des unités de soins, mais en y incorporant aussi le nettoyage, l'entretien et la stérilisation des instruments du bloc opératoire. Les buts à atteindre sont les suivants et ils définissent le fonctionnement et l'équipement de ce service:

lutter avec plus d'efficacité contre la contamination, emploi pour tous les soins ou traitements médicaux de paquets contenant les instruments, pansements et matériel, un paquet ne devant être utilisé que pour un soin ou traitement,

dégager le bloc opératoire des inconvénients et des dangers inhérents à une stérilisation incorporée: bruit, chaleur, vapeur, infections croisées entre salles d'opérations, travaux d'entretien des stérilisateurs,

libérer le personnel soignant de tâches secondaires en confiant le contrôle et le nettoyage du matériel à la stérilisation centrale,

garantir la stérilité du matériel: par la concentration des moyens techniques, la possibilité d'utiliser le meilleur équipement et de former une équipe de travail rompue à certaines disciplines,

assurer le meilleur contrôle et l'entretien du matériel: les appareils et instruments coûtent de plus en plus cher, parce qu'ils doivent répondre à des exigences toujours plus poussées; ils doivent donc être confiés à du personnel habitué à ce genre d'activité et bien surveillé,

prise en charge par la stérilisation centrale de tout le matériel stérilisable, favorisant ainsi un regroupement des achats pour les divers services, permettant de passer des marchés à meilleures conditions, faciliter l'unification des méthodes de travail et de soins dans tout l'hôpital, en normalisant le matériel stérilisable.

Les locaux

Le gros œuvre des bâtiments était déjà trop avancé, en 1964, pour pouvoir loger la stérilisation centrale à côté du bloc opératoire. Mais pour d'autres raisons une annexe devait être construite et nous en avons profité pour y installer la stérilisation qui occupe une surface de 260 m².

Dans toute stérilisation centrale nous retrouvons les mêmes principes de répartition des locaux et le même acheminement du matériel qui de « sale » devient « propre » puis « stérile » selon un circuit bien défini sans marche arrière possible, à savoir: le local de nettoyage, la salle de travail, le magasin stérile.

Tout le matériel sale est amené par chariots des unités de soins ou du bloc opératoire au *local de nettoyage* où il est traité mécaniquement ou manuellement. Après de nombreux essais pour les nettoyages, une machine de fabrication suisse a été choisie pour les seringues et les aiguilles, un appareil à ultra-sons pour les instruments et un autre pour le nettoyage des biberons.

L'essentiel dans la salle de travail est la *manutention*: vérification du matériel, mise en sachets des seringues et des aiguilles, emballage des plateaux d'instruments et du linge destinés au bloc opératoire, emballage des plateaux de soins ou de traitements de tous genres et pour tous les besoins, allant des paquets de rasage jusqu'à ceux des ponctions en passant par les biberons. Dans cette pièce se trouvent également les autoclaves.

Il fut décidé de n'utiliser que des *stériliseurs à vapeur et gaz* et d'exclure le mode de stérilisation par chaleur sèche. Notre installation se compose de trois autoclaves dont un est combiné pour la vapeur et l'oxyde d'éthylène. L'emploi du gaz est indispensable pour tout objet ne supportant pas de hautes températures (par exemple: endoscopes, matériel d'anesthésie et tous objets en caoutchouc et en plastique).

Par mesure de sécurité trois petits autoclaves à service rapide sont installés auprès des salles d'opérations pour des instruments à stériliser en cours d'intervention.

Le *magasin stérile* se compose d'étagères et de paniers en acier inoxydable où le matériel est entreposé. Un système de fiches et de numérotation permet de trouver rapidement les paniers désirés. Une des parois de cet entrepôt comporte des casiers-guichets qui s'ouvrent sur un corridor extérieur à la stérilisation. Chacun d'eux n'est accessible qu'au personnel d'une unité de soins ou autre département et servent à entreposer le matériel si la distribution journalière a été insuffisante, ou à garantir la réserve nécessaire lors des congés hebdomadaires et des jours fériés.

L'ensemble est complété par des locaux annexes: vestiaire, secrétariat, entrepôt pour le matériel non stérile. Deux autres entrepôts situés en dehors de la stérilisation centrale lui sont attribués pour y déposer du matériel.

Choix du matériel et du mode d'emballage

Notre souci constant d'éviter la contamination par le matériel nous a conduits à choisir des ustensiles en acier inoxydable tels que cuvettes pour la toilette ou les soins, bassins pour malades, plateaux, verres à dents, bassins réniformes, bien que nous nous soyons rendus compte que le bruit est l'inconvénient majeure de cette matière à la manipulation. Une seule exception: les urinaux qui ont été prévus en verre pour une raison de contrôle. Le choix de ce matériel a été dicté par la nécessité de pouvoir le stériliser. Chaque malade reçoit à son arrivée un paquet avec deux cuvettes, un bassin ou un urinal, un bassin réniforme et un verre à dents.

Le mode d'emballage a été l'un des points les plus discutés parmi nos responsables. Finalement d'entente avec notre bactériologue, une ligne de conduite a été précisée et adoptée sans restriction. Seul le papier a été retenu pour ses garanties de conservation de la stérilité et à cause des variétés d'emballages qu'il permet.

Les avantages qu'offre le *matériel à usage unique*, donc jeté après usage, ont été examinés avec attention. Les prix encore élevés chez nous de ces fournitures ne nous en permettent l'emploi que dans certaines circons-

tances (contagieux, infectieux, période de vacances du personnel). Signalons aussi qu'à une époque où le gaspillage sévit partout et n'épargne pas les hôpitaux, l'utilisation générale d'un matériel à jeter après usage risque de créer des habitudes fâcheuses parmi le personnel. Les seringues, les aiguilles et les gants seront donc traités selon les méthodes traditionnelles.

Distribution et répartition dans les unités de soins

Plusieurs mois ont été nécessaires pour établir avec chaque responsable de service la quantité de matériel et le nombre de paquets de base pour les unités de soins. Nous sommes conscients que des modifications seront nécessaires en cours d'exploitation.

La récupération du matériel sale a lieu le matin, par le personnel de la stérilisation centrale également. Les instruments, seringues et aiguilles sont recueillis dans des récipients métalliques contenant une solution désinfectante. Les autres objets sont déposés dans des sacs en plastique ou en papier selon les directives.

Le matériel stérile est distribué par le personnel de la stérilisation centrale une fois par jour dans l'après-midi. Le transport se fait par chariots à l'aide de paniers adéquats. Un système de double étiquette à chaque cornet ou plateau en facilite le renouvellement journalier sans occasionner un supplément d'écriture au personnel soignant.

Personnes responsables et équipe de travail

La stérilisation centrale est dirigée par une personne en possession des diplômes d'infirmière et de laborantine, qui assumait la responsabilité d'un bloc opératoire universitaire puis, dans notre hôpital, d'une division de malades en chirurgie. Il est de première importance que ce service soit dirigé par une infirmière qui par son expérience connaisse les nécessités et les imprévus d'un bloc opératoire, d'une unité de soins, et qui

puisse comprendre les exigences des infirmières soignantes.

Administrativement, elle a rang d'infirmière-chef adjointe avec toute autorité de contrôle dans les unités de soins. L'engagement d'une seconde infirmière est prévu. Dix autres personnes, sans formation hospitalière, forment l'équipe de travail. Une étroite collaboration est indispensable entre le service technique et la stérilisation centrale pour l'entretien et le fonctionnement de tous les appareils.

Nous avons bénéficié de l'expérience et des bons conseils de Mme Tanner, docteur en médecine bactériologique, chef des travaux à l'Institut d'hygiène de l'Université de Lausanne, et nous lui en sommes d'autant plus reconnaissants qu'elle a accepté de nous maintenir sa collaboration en assumant la responsabilité du contrôle bactériologique.

Conclusion

Le principe d'une stérilisation centrale est très controversé dans les milieux hospitaliers, surtout parce qu'il est nouveau, et aussi parce qu'il diminue l'autonomie des divers services groupés dans l'hôpital. Une des objections principales avancée est la nécessité d'acheter une quantité considérable d'instruments de chirurgie, pour assurer le roulement et les réserves stériles. C'est un fait exact, mais nous avons constaté que cette dépense est compensée par l'économie réalisée en évitant de disperser des stérilisateurs dans divers services, car non seulement les appareils coûtent cher, mais leur installation est onéreuse. On doit constater aussi qu'un supplément de dépenses pour des instruments peut être considéré comme utile, mais qu'au contraire l'achat d'autoclaves en surnombre, pour finalement obtenir moins de sécurité dans le service rendu, correspond à une dépense moins justifiée.

Nous tenons pour terminer à exprimer notre gratitude à tous les responsables qui ont soutenu ce projet et nous ont aidé dans sa réalisation.

Lettre d'une participante au cours de Zurich

Cours, organisé à l'intention des observatrices collaborant à l'*Etude des soins infirmiers en Suisse*

Chères collègues,

C'est le dernier dimanche du mois de septembre, les cloches sonnent, invitant les zurichois à se rendre à l'église. Je suis confortablement installée à ma table de travail dans une chambre d'une des maisons pour infirmières de l'Hôpital cantonal de Zurich et je repense aux différentes étapes de ce mois de cours, qui a réuni pour un but précis 18 membres de notre association professionnelle, dont deux religieuses et un infirmier. Vous savez toutes et tous que tout ne va pas pour le mieux dans le domaine des soins infirmiers en Suisse. Nos malades sont-ils aussi bien soignés que nous l'aimerions? La population suisse reçoit-elle ce qu'elle attend du personnel soignant professionnel? Nos élèves infirmières et infirmiers sont-ils préparés à bien soigner nos malades et à améliorer l'état de santé de la population suisse d'aujourd'hui et de demain? Le malade n'est plus celui d'il y a 20 à 30 ans, les circonstances de la vie ont changé; souvent les personnes dont nous devons nous occuper sont angoissées, souffrent d'affections psychosomatiques, ce qui nécessite des connaissances nouvelles et une attitude différente de la part des médecins et du personnel soignant. Notre système traditionnel de soins infirmiers s'adapte-t-il à ces changements? Par l'entremise de notre revue professionnelle vous avez été informés périodiquement du déroulement de l'étude des soins infirmiers, qui a débuté en novembre 1965 et qui est dirigée par Mlle Nicole-F. Exchaquet, présidente de l'ASID. L'étude nous renseignera sur l'ensemble des activités accomplies par les différentes catégories de personnel soignant. Il ne s'agit pas d'une étude sur la qualité du travail; mais nous apprendrons exactement qui fait quoi, quelle est la proportion de temps consacrée

au malade par rapport à d'autres activités, de secrétariat, de ménage ou de messagerie par exemple. Le but du cours, qui réunit 18 d'entre nous à Zurich pendant tout le mois de septembre, est étroitement lié à l'étude et à ses objectifs. Nous nous préparons à collaborer à cette recherche, à seconder Mlle Exchaquet dans l'immense tâche qui lui est demandée par les membres du Comité central de l'ASID dans l'intérêt de nous tous, infirmières et infirmiers suisses. En effet, notre groupe se sent d'ores et déjà engagé dans ce travail qui consiste à recueillir d'une façon systématique les données nécessaires à l'évaluation scientifique des activités accomplies par le personnel soignant, sans toutefois juger de la qualité des soins qu'il donne.

Ces quelques semaines que nous venons de passer sur les bancs de l'Ecole supérieure d'infirmières de la Croix-Rouge suisse et dans un service de malades de l'Hôpital cantonal nous ont préparés à l'observation méthodique et dirigée qui est à la base de la recherche. Nous avons eu le privilège de bénéficier des connaissances étendues et de la grande expérience de Mme Véra Maillart-Fry, l'infirmière expert de l'OMS, qui est la consultante et le guide de la directrice de l'étude.

Nous avons reçu un enseignement concentré, nous avons beaucoup lu et discuté, nous avons surtout été mis à bonne école pour fournir l'effort de la réflexion. En effet, n'avons-nous pas tous le devoir de connaître et d'évaluer périodiquement nos faiblesses et nos forces, les problèmes de notre profession, ainsi que ses aspects positifs? La situation présente, tout autant que celle de l'avenir, sont de notre responsabilité; elles dépendent de ce que nous sommes et de ce que nous voulons. Savons-nous vers quoi nous tendons, ce que nous visons pour le développement et l'évolution de la profession qui est la nôtre? Ces semaines vécues loin de nos activités professionnelles habituelles, ces journées d'étude

passées dans une atmosphère de chic camaraderie et d'amitié nous ont ouvert les yeux, nous ont fait prendre conscience de la responsabilité que nous avons à l'égard des personnes qui attendent de nous non seulement des soins techniques, mais une compréhension humaine, des soins individuels et complets. Le temps que nous avons pu consacrer à la lecture, à la réflexion et à la discussion a aussi provoqué un malaise profond parmi beaucoup d'entre nous; il a même suscité le désarroi intérieur, le doute et le découragement momentané. Je crois que ce sont là des phases nécessaires par lesquelles il faut passer, mais contre lesquelles il faut réagir. Nous souhaitons que l'étude pourra nous prouver si notre système de soins infirmiers est bon tel qu'il est, ou s'il a des failles et lesquelles. Les recommandations qui seront faites à la suite de l'étude, que nous espérons recevoir à la fin de 1967, devront être soigneusement étudiées et analysées par tous les membres de notre profession. Si des changements seront préconisés, il faudra y travailler ensemble. Les changements ne viennent pas tout seuls, il faut les vouloir et les mener à chef!

Bientôt, à la fin du mois, nous allons nous séparer, reprendre nos postes respectifs, tout en restant en contact les uns avec les autres, et en nous préparant à l'étape suivante. Au début de l'année 1967 nous nous remettrons à la disposition de la directrice de l'étude. Nous serons répartis dans 36 hôpitaux de notre pays, constituant un échantillonnage démonstratif de nos institutions hospitalières, qui ont agréé de coopérer. C'est dans ces établissements éparpillés dans les quatre coins de la Suisse que nous reprendrons nos

responsabilités d'observatrices et d'observateurs spécialement entraînés. En collaboration avec d'autres collègues, que nous aurons le souci de préparer à leur tâche, nous recueillerons l'échantillonnage des activités exécutées par le personnel soignant dans les services de malades. Ces données statistiques, que nous remettrons à la responsable de l'étude, seront le fruit d'une semaine consécutive d'observation selon la méthode dite instantanée et intermittente. Vous nous verrez donc à la tâche en janvier/février 1967, et d'avance nous vous remercions de votre compréhension et de votre aide. L'étude visant à l'amélioration des soins infirmiers en Suisse est votre responsabilité autant que la nôtre! Les instances qui se sont engagées à faire une recherche dans le domaine professionnel qui est le nôtre, sont: le Service fédéral d'hygiène publique, la Croix-Rouge suisse, l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID) et l'Organisation mondiale de la Santé.

Nous devons une grande reconnaissance tout particulièrement aux personnes travaillant pour ces organisations, qui ont accepté des responsabilités précises dans l'intérêt de la cause commune. Nous toutes et nous tous, nous devons nous engager à les soutenir et à les aider, là où nous pouvons, selon nos possibilités respectives et ceci jusqu'à la fin de l'étude.

Chères collègues, depuis cette ville sise sur les rives de la Limmat et du lac de Zurich, qui nous a si cordialement accueillis pendant un mois de septembre ensoleillé, je vous envoie mes salutations les meilleures.

Zurich, septembre 1966.

Aurora Gysler

Nomination à la Commission de rédaction

Le Comité central, lors de sa réunion du 22 octobre, a nommé Mlle *Blanche Perret*, monitrice à l'Ecole d'infirmières et d'infirmiers de l'Hôpital cantonal de Lausanne, comme membre de la Commission de rédaction.

Mlle *Martha Meier*, de l'Ecole supérieure d'infirmières de la Croix-Rouge suisse, à Zurich, et membre du Comité central, se voit obligée, pour cause de surcharge de travail, de donner sa démission de cette commission. Elle devra être remplacée ultérieurement.

A vendre: « L'allemand sans peine »

Le Secrétariat central a acheté il y a quelques mois un cours d'allemand qu'il désire revendre. Il s'agit du volume « *L'allemand sans peine* », A. Chérel, Méthode quotidienne « Assimil », accompagné d'un album contenant 10 disques 45 tours, avec enregistrement de chaque leçon.

Le cours complet est cédé au prix de 100 fr. (prix d'achat 168 fr.). S'adresser au Secrétariat central de l'ASID, Choisystrasse 1, Berne.

Werbung für die Pflegeberufe?

Jungen Menschen steht heute eine Vielzahl von Berufen offen. Von allen Seiten dringt die Werbung auf sie ein, sachliche, auf reine Information ausgerichtete Werbung ebenso wie mundgerechte Schönmalerei, die mit der Wirklichkeit nichts mehr zu tun hat. Die Spezialisierung auf allen Gebieten führt zur Entstehung immer neuer interessanter Berufe, so dass sich die Jugendlichen in der Fülle der sich bietenden Möglichkeiten kaum noch zurechtfinden.

Man mag einer Werbung für Pflegeberufe skeptisch gegenüberstehen und in tiefer Ueberzeugung den Gedanken vertreten, dass hier die innere Stimme, die Stimme der Berufung, allein den rechten Weg weisen soll. Es hiesse aber jegliche Realität missachten, wollte man Aufklärung und Werbung für unnötig erklären. Gerade heute, wo Industrie und Betriebe riesige Summen für ihre Nachwuchswerbung ausgeben, können und dürfen die Pflegeberufe nicht abseits stehen. Aufklärung und Werbung sind wir unseren Kranken schuldig, die sonst bei dem stets wachsenden Bedarf an Pflegepersonal eines Tages Gefahr laufen müssten, nicht mehr die rechte Betreuung und Pflege zu erhalten. Zugleich aber haben auch die Burschen und Mädchen, die unmittelbar vor der Berufswahl stehen, ein Recht darauf, dass sie einen möglichst umfassenden Einblick über Ausbildung, Tätigkeit und schliesslich Weiterbildung in den verschiedenen Berufen erhalten.

Diese doppelte Verpflichtung zwingt uns, alles zu tun, um die Pflegeberufe im Volk bekanntzumachen. Leicht könnte man nun entgegenhalten, es wisse ja jeder, dass es Krankenschwestern gäbe. Mit diesem Wissen allein ist es jedoch nicht getan. Das Bild der Krankenschwester, das vielerorts noch mit der Vorstellung einer demütigen, sich aufopfernden Pflegerin verbunden ist, die allein um Gotteslohn arbeitet und vom Bodenputzen bis hin zur Narkose jegliche Tätigkeit versieht, bedarf einer Korrektur, und eben aus der Notwendigkeit dieser Korrek-

tur erwächst die dritte Verpflichtung. Diese lässt sich wohl kaum besser definieren, als mit dem Wort, dass es eine Verpflichtung dem Berufsstand gegenüber bedeutet, wenn jede Krankenschwester, jeder Krankenpfleger dazu beiträgt, dass Pflegeberufe heute als verantwortungsvolle und anspruchsvolle Berufe, deren Sozialprestige im Vergleich zu früherer Zeit erheblich gestiegen ist, dargestellt werden.

Wie soll sich die Werbung für Pflegeberufe gestalten? Dass sie auf eine sachliche Art zu erfolgen hat, auf eine Art, die neben aller Schönheit im Beruf auch die Schattenseiten aufzeigt und trotz aller Notwendigkeit, mehr Pflegepersonal zu gewinnen, sorgsamste Auslese gewährleistet, ist wohl selbstverständlich. Die Werbung kann zudem erst dann einsetzen, wenn eine gründliche Aufklärung ihr den Boden bereitet hat.

Seitdem der *Schweizerische evangelische Kirchenbund* vor zwei Jahren zu einer grossangelegten Werbekampagne für Pflegeberufe im Rahmen seiner Mitgliedskirchen aufrief, ist das Interesse der Oeffentlichkeit an diesem Problem immer deutlicher geworden. Es gibt kaum eine Zeitung oder Zeitschrift in unserem Land, die sich nicht eingehend mit mehreren Artikeln — es waren leider auch solche darunter, die in Unkenntnis der Materie, der Sache mehr geschadet als genützt haben — bemüht hat, Ausbildung und Arbeit in den verschiedenen Pflegeberufen darzustellen. Die unter dem Motto «Berufe in weiss» im vergangenen Herbst gestartete *Apothekeraktion* tat ein übriges, um die Oeffentlichkeit aufzuklären. Zahlreiche Institutionen, unter ihnen auch der Schweizerische Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, beteiligten sich im Sinne einer Arbeitsteilung an den verschiedenen Aktionen. Um eine einheitliche Durchführung zu gewährleisten, musste es eine Institution geben, bei der die Fäden zusammenliefen. Was lag näher, als dass sich die Abteilung Krankenpflege beim *Schweizerischen Roten Kreuz*

darum bemühte? Jedoch war eine solche Tätigkeit im Rahmen des Schweizerischen Roten Kreuzes nicht von allem Anfang an geplant, sie wuchs vielmehr ganz allmählich zu einem grossen Arbeitskomplex heran.

An dieser Stelle sei es gestattet, in die rein sachliche Orientierung ein paar persönliche Erinnerungen einzuflechten: Als das Schweizerische Rote Kreuz im September 1964 eine weitere Krankenschwester einstellte, waren ihr etliche Aufgaben innerhalb des Kurswesens zugeordnet. Von einer Werbetätigkeit war damals noch gar nicht die Rede. Jedoch wie manchmal eine Tat sofort eine nächste auf den Plan ruft, so zog auch hier eines das andere nach sich. Man brauchte ein Flugblatt, das über Pflegeberufe und medizinische Hilfsberufe Auskunft gab, man brauchte Diapositive, um allfällige Vorträge zu beleben und zu verdeutlichen. Eine Erstauflage des Flugblattes *«Möglichkeiten des Dienstes am kranken Mitmenschen»* in Höhe von 10 000 Exemplaren war innert zehn Tagen vergriffen. Bald auch reichten die hundert Diapositive nicht mehr aus. Ganze Serien mit dazugehörigem Leitfaden wurden geschaffen, und schon nach kürzester Zeit mussten auch diese wieder vermehrt werden, da die Nachfrage, an der man anfänglich noch ein wenig gezweifelt hatte, so gross war. Eine einzige Zahl nur sei genannt: In der Zeitspanne von Januar 1965 bis März 1966 konnten bei 295 Lichtbildervorträgen insgesamt 26 500 Personen verzeichnet werden. Wer aber sollte die Lichtbildervorträge halten? Laien wären schwerlich dazu in der Lage gewesen. Sollte man nicht einmal einen Kurs veranstalten, in dem interessierten Krankenschwestern die Möglichkeit geboten würde, sich in Rhetorik zu üben und sich mit allen Problemen vertraut zu machen, um dann später als *Referentinnen* tätig zu sein und in Kirchgemeinden, Schulen, Frauengruppen und an anderen Orten die Lichtbilder zu kommentieren? Der Gedanke wurde im Oktober 1965 in die Tat umgesetzt. Heute haben diese Referentinnen, es sind insgesamt 16, mehr als 80 Vorträge gehalten, von denen eine ganze Reihe von ihnen selber organisiert wurde. Dieser

ehrenamtliche Einsatz verdient besondere Anerkennung.

Damals, vor zwei Jahren, hatte die gesamte Korrespondenz in Sachen Werbung für Pflegeberufe in einem einzigen bescheidenen Ordner Platz. Heute braucht es 35 Ordner und eine stattliche Anzahl von Sichtmappen, um Korrespondenz, Zeitungsausschnitte, Photomaterial und anderes mehr zweckmässig aufzubewahren.

Jene Krankenschwester, die sich ab September 1964 mit dem Kurswesen befassen sollte, hatte bald alle Hände voll zu tun, um auch nur einigermaßen allen Anfragen hinsichtlich der Werbung für Pflegeberufe gerecht zu werden. Bald musste eine zweite Mitarbeiterin helfend eingreifen, und auch zu zweit liess sich alles nur mit Mühe bewältigen.

So ist aus einem ganz kleinen, bescheidenen Pflänzlein, ehe man sich versah, ein riesiger Baum geworden, dessen Zweige sich nach allen Seiten hin ausbreiten. Hier fragt eine Schülerin um Material an, um einen Vortrag über Krankenpflege in ihrer Klasse zu halten, dort will ein junges Mädchen Auskunft, wie es am sinnvollsten die Zeit bis zum Eintritt in die Krankenpflegeschule überbrücken kann. Hier muss eine Referentin gefunden werden, die in einer Schulklasse einen Lichtbildervortrag hält, dort sind Drucksachen zu verschicken. Hier muss eine Berufsberaterinnentagung organisiert werden, dort gilt es einen Artikel zu schreiben oder aber mitzuhelfen, eine Sondernummer über Krankenpflege aufzubauen. Wer vermöchte eine derart vielseitige und interessante Arbeit auch nur annähernd zu beschreiben! Zahlen, wie die obengenannten, können vielleicht Auskunft geben, aber auch sie sind nur Stückwerk. Ueber Projekte der Zukunft liesse sich mehr sagen, doch ist es immer ein Wagnis, den Tatsachen voranzueilen. Geplant ist vor allem eine erneute Apothekeraktion, bei der neben einer grossen Pressekampagne auch ein Tag der offenen Tür in unseren Spitälern und Pflegeheimen veranstaltet werden soll.

Der Idealfall, der sich hoffentlich in Bälde verwirklichen lässt, sieht vor, dass sich beim Schweizerischen Roten Kreuz neben einer Mitarbeiterin, der die Organisation der Wer-

bung für Pflegeberufe obliegt, eine diplomierte Krankenschwester mit der Werbung für Pflegeberufe befasst. Ihre Aufgabe wäre es, in Schulen und weiteren Interessenskreisen anhand von Lichtbildern über die Krankenpflege, insbesondere über Ausbildung und Tätigkeit in den verschiedenen Pflegezweigen zu informieren. Beweglichkeit, Sicherheit im Auftreten und nebst rhetorischer Begabung Ausstrahlungskraft, das sind die Eigenschaften, die eine solche Krankenschwester mitbringen sollte. Sie muss, wie man sonst vom Schauspieler so treffend sagt — dieser Vergleich sei für einmal gestattet —, «beim Publikum ankommen».

Jeder, der diese Zeilen liest, wird gemerkt haben, dass die Ziele unseres Artikels recht

vielseitig waren. Es ging uns darum, die Notwendigkeit einer Aufklärung und Werbung für Pflegeberufe zu begründen, gleichzeitig diese Tätigkeit aber auch als eine äusserst vielseitige und interessante darzustellen, um auf diese Weise — und dies ist das dritte, vielleicht wichtigste Ziel — *eine neue Mitarbeiterin* zu finden, die mit ebensoviel Begeisterung und Idealismus ihre Aufgaben wahrnimmt wie jene, die sich bis jetzt damit befasst haben.

Elisabeth Brigitte Holzapfel
Abteilung Krankenpflege
Schweizerisches Rotes Kreuz

Siehe auch Zeitschrift 1965, Aug./Sept., S. 528, Okt., S. 611, Dez., S. 757, und 1966, März, S. 190.

Werbeaktionen für die Krankenpflege

Aktion des Schweizerischen Apothekervereins

Die Aktion «Berufe in Weiss», durchgeführt im Herbst 1965, wurde im Laufe dieses Jahres ausgewertet und abgeschlossen. Schon ist aber auf den Frühling 1967 eine Fortsetzung geplant, die Vorbereitungen dazu sind in vollem Gange. Die Schaufenstergestaltung wird diesmal weggelassen, doch soll in der Apotheke ein Werbeplakat auf die Aktion hinweisen, und, was besonders wirksam ist, es wird wieder reichliches Prospektmaterial für Interessenten aufliegen. Das Flugblatt des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK), «Möglichkeiten des Dienstes am kranken Mitmenschen», wird in neuer Ausführung herauskommen. Die Apotheker werden sich wie letztes Jahr persönlich einsetzen, indem sie über die Pflegeberufe Auskunft erteilen.

Veska

Für dieselbe Zeit wie die Apothekeraktion plant die Veska eine Werbung für die Pflege- und Spitalberufe, welche von den Krankenhäusern organisiert wird, auf individuelle Weise, je nach den lokalen Gegebenheiten. In

erster Linie ist ein «Tag der offenen Tür» vorgesehen, mit dem Hauptzweck, die Bevölkerung besser über diese Berufe zu informieren. In das Programm des Tages fallen: Führungen durch das Krankenhaus, Podiumgespräche, Lichtbildervorträge, Auskunfterteilung usw.

Der Schweizerische Verband für Berufsberatung

Er ist entschlossen, enger und systematischer mit dem SRK zusammenzuarbeiten und seine Aufklärung über die Pflegeberufe zu intensivieren. So fand am 8. November in Zürich eine *berufskundliche Tagung über die Krankenpflegeberufe* statt, organisiert durch den Bund Schweizerischer Frauenvereine, Fachkommission für Frauenberufsfragen, gemeinsam mit dem Schweizerischen Verband für Berufsberatung und dem SRK.

Im September veranstaltete die Berufsberatungsstelle Werdenberg - Sargans eine *berufskundliche Ausstellung*, in Grabs, an welcher auch die Krankenpflegeberufe anhand von Ausstellungsmaterial und Lichtbildervorträgen dargestellt wurden.

Werbung durch den Schweizerischen Samariterbund

Diese Aktion wird gleichzeitig in der ganzen Schweiz durchgeführt. Einzelheiten darüber sind aus der Zeitschrift «Der Samariter» zu erfahren.

Presse, Radio, Fernsehen

Diese Informationsmittel werden zu gleicher Zeit zur Mitarbeit aufgerufen. Dies bedeutet, dass die Träger der Aktionen in weitreichender Zusammenarbeit für Pressecommuniqués, Hinweise und Interviews sorgen müssen.

Kanton Tessin

Im Laufe dieses Jahres führte dieser Kanton eine systematische Werbeaktion durch, welche vor allem sämtliche höheren Schulklassen erfasste.

Werbung für Krankenpfleger

Die verschiedenen Werbeaktionen umfassen im allgemeinen alle Pflegeberufe, mit besonderer Betonung etwa der Tätigkeit der Pflegerinnen für Betagte und Chronischkranke, da dieser Berufszweig in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt ist. Es zeigt sich aber, dass dem Nachwuchs der Krankenpfleger besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Das Ausarbeiten einer umfassenden Dokumentation zuhanden der Berufsberatung ist im Gange.

Das Schweizerische Rote Kreuz

Aus den vorausgehenden kurzen Notizen geht hervor, welche wesentliche Rolle dem SRK in der gesamten Werbung zufällt. Das SRK sorgt für die Koordinierung aller Bestrebungen und stellt ein reichhaltiges, sachgerechtes und an-

schauliches Werbematerial zur Verfügung. Sein Werbedienst hat sich gewaltig ausgedehnt. Der Artikel «Werbung für Pflegeberufe?» vermittelt einen kleinen Begriff vom Ausmass der geleisteten Arbeit. Als unermüdliche, begeisterte und begeisternde Antriebskräfte wirkten bis jetzt die beiden Mitarbeiterinnen Schwester Margrit Gisiger und Fräulein Elisabeth-Brigitte Holzapfel.

Und der SVDK?

Er hat noch keine eigenen Werbeaktionen vorzuweisen und seine materielle Unterstützung der übrigen Bestrebungen ist bescheiden. Für sämtliche Aktionen sehr wesentlich ins Gewicht fallend ist dagegen die Mitarbeit einzelner seiner Mitglieder. Was das SVDK-Mitglied Schwester *Margrit Gisiger*, jetzt Frau Kaufmann, während ihrer Tätigkeit beim SRK für die Werbung gewirkt hat und auch seit ihrer Verheiratung noch leistet, erfüllt uns mit Bewunderung und Dankbarkeit. Ebenso sei den zahllosen Mitgliedern gedankt, die überall im ganzen Land sich in den Dienst der Werbung gestellt haben und mit Vorträgen aller Art, mit Auskunfterteilung, Führung von Gruppen, durch die Presse, am Radio ihren Beitrag geleistet haben.

Die Nachwuchswerbung wird weiterhin ein Anliegen des SVDK sein, wenn auch der Einsatz seiner noch allzu spärlichen Mittel in erster Linie dem Wohlergehen der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger gilt. Erst wenn auch jene Krankenschwestern und Krankenpfleger dem Verband beigetreten sein werden, die bis jetzt noch ohne Bedenken abseits stehen, von den Errungenschaften des Verbandes profitieren, ohne das kleinste Opfer zu bringen um seine Bestrebungen zu unterstützen, erst dann kann er seine Aufgaben richtig erfüllen.

Verein evangelischer Schwestern

2. Winterzusammenkunft in Bern

Sonntag, 20. November 1966, 14.30 Uhr,

im Kirchgemeindehaus Heiliggeist, Gutenbergstrasse 4

Vortrag von Fräulein Margrit Bürki, Missionarin:

«Frauensculung in Kamerun heute»

(Lichtbilder)

Nachher Tee, Aussprache, gemütliches Zusammensein, Orientierung über unsere Pläne für 1967. Alle evangelischen Schwestern und die Pflegerinnen für Chronischkranke und Betagte sind eingeladen. Bringen Sie Ihre Kolleginnen mit. Auch Gäste sind willkommen.

Voranzeige: Am 22. Januar 1967 zu gleicher Zeit: Vortrag von Erwin Heimann.

Auskunft erteilt Schwester Lydia Locher, Schänzlistrasse 19, 3000 Bern, Telefon 031 42 06 77.

Eindrücke vom Kurs für Beobachterinnen und Beobachter

Studie über das Pflegewesen in der Schweiz

Liebe Redaktorin,

seit Monaten erhalten Sie von Mlle N. Exchaquet regelmässig Bericht über den Verlauf der Studie, deren Leiterin sie ist. Sie haben heute selbst Gelegenheit gehabt, an Unterrichtsstunden in unserem Kurs für Beobachterinnen und Beobachter teilzunehmen. Ein Podiumsgespräch hat Sie in die mannigfachen Probleme, die sich uns im Laufe des Kurses gestellt haben, eingeführt.

Mit diesen Zeilen beabsichtige ich nicht, Ihnen eine Zusammenfassung unserer Arbeit vorzulegen; ich möchte lediglich ein paar persönliche Gedanken über den Kurs, der im September in Zürich stattfand, mitteilen. Wenn ich ehrlich sein will, muss ich gestehen, dass ich für diese Studie zuvor wenig Interesse aufgebracht hatte. Wohl befand ich mich im Januar dieses Jahres unter den 95 Teilnehmern an der Informationstagung im «Schweizerhof» in Bern. Doch die Fortsetzung der Vorbereitungen interessierte mich kaum. Trotzdem liess mich die Erinnerung an die persönliche Begegnung mit der Expertin der Weltgesundheitsorganisation, Frau V. Maillard-Fry, nicht mehr los. Ich ahnte, dass diese Dame mit uns Schwestern etwas vor hatte.

Meine ersten Eindrücke über die Organisation unseres Kurses für Beobachterinnen waren gut. Die Direktion des Kantonsspitals stellte uns eine sehr gemütliche Unterkunft zur Verfügung und sorgte für ein vortreffliches, abwechslungsreiches Essen. In der Rotkreuz-Fortbildungsschule durften wir die frisch renovierten, freundlichen Schulräume bewohnen. Frau Oberin Bourcart und Herrn Direktor Elsasser sei im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen an dieser Stelle sehr herzlich gedankt. Der Kurs entwickelte sich zu einem ungewöhnlichen Schulungskurs. Das Problem des Schwesternmangels und dessen Bekämpfung wurde uns nicht einfach in endlosen Lektionen dargelegt. Im Laufe unserer Arbeitsstudie sind wir selbst auf diese Probleme

gestossen. Die Beobachtungstechnik haben wir aus Büchern und während eines Uebungskurses erworben. Je tiefer wir in die Materie eindringen, desto schwieriger erschien uns unsere Aufgabe. Wird es uns 17 Kursschwestern und dem Krankenpfleger (Adjunkt für das Pflegepersonal) gelingen, in 36 Spitälern diese Studie durchzuführen? Mit diesem Unbehagen rechnete Frau Maillard, unsere erfahrene Kursleiterin. Wir haben sodann unsere Vorurteile, unsere Hemmungen und Bedenken fallengelassen und uns ihren grossen Gedanken zugewendet. Wir erkannten, dass sie uns nicht allein mit der Studie vertraut machen, sondern auch jedes einzelne von uns persönlich weiterbringen wollte. Die Studie sollte ja nicht unser einziges Ziel bleiben. Wie ein roter Faden zog sich «die Aufgabe am Kranken» durch die Lektionen. Die Studie will nicht nur Wegweiser zur Behebung des Schwesternmangels sein, sie versucht auch den Kranken wieder zu seinem Recht kommen zu lassen.

Aus den wöchentlichen Besprechungen über die von Frau Maillard gestellten Fragen lassen sich einige gemeinsame Probleme und Wünsche hervorheben: Wird die Studie überhaupt entscheidende Folgen haben? Was sagen wir unseren Spitälern darüber? Wie kann unseren verantwortlichen Schwestern eine sinnvollere Ausbildung gegeben werden? Als schwierige Aufgabe erwies sich auch das Definieren unserer Arbeitsstellen, Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen. Wir haben sehr viel Zeit darauf verwendet, diese Bereiche klar zu erkennen und sie zu respektieren. Die gründliche Beschäftigung mit diesen Fragen hat uns gezeigt, dass wir erst mit diesem Wissen Ordnung in unsere Arbeit für die Studie bringen können. Diese grundlegende Arbeit wird dann an verantwortlicher Stelle, durch den Zentralvorstand des SVDK, geprüft.

«Le cœur gros» verlassen wir Zürich! Unsere Aufgabe ist weiterhin in vollem Gange. Zurzeit erwarten wir das Resultat

unserer vielen Beobachtungen auf der Versuchskrankenstation, welche vom Statistiker mit der Elektronenmaschine zusammengezählt und verwertet werden. Es bleiben uns noch einige Wochen, um von dem intensiven Studium Abstand zu gewinnen und gleichzeitig unsere Berufskolleginnen mit unseren Anliegen vertraut zu machen. Im neuen Jahr soll dann die Beobachtungs-

periode in 36 Spitälern unseres Landes gleichzeitig durchgeführt werden. Allen Verantwortlichen der Studie möge Erfolg beschieden sein, und ein zuversichtliches Vertrauen auf eine bessere Zukunft für unsere Kranken möge sie erfüllen.

Zürich, September 1966.

Marty Hotz

Der SVDK begrüsst die ICN-Mitarbeiterinnen in Genf

Am 30. September veranstaltete der Zentralvorstand des SVDK einen Empfang in der Krankenschwesternschule «Le Bon Secours» zu Ehren der Mitarbeiterinnen des *Weltbundes der Krankenschwestern* (ICN) die im August dieses Jahres ihre neue Geschäftsstelle, rue Vermont, bezogen haben. Alle Schweizer Gäste die sich einfanden freuten sich, unsere zum Teil gerade erst in Genf angekommenen Kolleginnen kennenzulernen und begrüssen zu dürfen. Mlle *Nicole-F. Exchaquet*, Präsidentin des SVDK, hiess die ICN-Gäste willkommen und stellte ihnen die Mitglieder des Zentralvorstandes, die Sektionspräsidentinnen und die Vorsitzenden der Kommissionen, welche am Empfang teilnehmen konnten, vor, ebenso begrüsste sie die Vertreter der Genfer Behörden, die Vertreterinnen der internationalen Organisationen und weiteren Anwesenden aus verschiedensten Arbeitsgebieten in der Krankenpflege.

Mlle *M. Duvillard*, Leiterin der «Bon-Secours»-Schule, stellte sodann die ICN-Gäste vor, nämlich Mlle *Helen Nussbaum*, Schweiz, Leiterin der Geschäftsstelle des ICN, Mlle *Sheila Quinn*, ihre Adjunktin, die beiden «Nurse Advisers» Mlle *Frances Beck* und Mlle *Martha Shout*, alle drei letztgenannten aus England. Weiter wurden vorgestellt Mlle *Juliane Cuendet*, SVDK-Mitglied von Genf, welche sich der Dokumentation und Information annehmen wird, sowie einige Sekretärinnen.

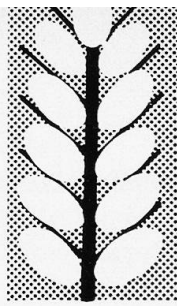
Das leitende Team der Geschäftsstelle wird Ende des Jahres vollständig sein, wenn die zwei zuletzt ernannten Mitarbeiterinnen ange-

kommen sein werden. Es sind dies Mlle *Susan Moore*, USA, als «Nurse Adviser», und Mlle *Lella Raymond*, England, als neue Redaktorin der «International Nursing Review».

Die offizielle Eröffnung des neuen Sitzes des ICN durch dessen Präsidentin Mlle *Alice Girard*, Kanada, wird Ende November erfolgen, anlässlich der ersten Sitzung des Direktionsrates in Genf. Bis dahin werden unsere ICN-Kolleginnen alle Hände voll zu tun haben, um das Sekretariat in seinem neuen Gebäude richtig in Gang zu bringen.

Die Hauspflegerinnen wünschen erweiterte pflegerische Funktionen auszuüben

Dieser Wunsch ging aus dem Jahresbericht der Hauspflegerinnen hervor und gründet sich auf die Tatsache, dass diese Berufsgruppe je länger je mehr mit früh aus dem Spital entlassen und noch pflegebedürftigen Personen zu tun hat. In seiner letzten Sitzung beschäftigte sich der *Zentralvorstand des SVDK* mit dieser Frage. Die Zahl der Berufe die sich mit krankenpflegerischen Verrichtungen befassen wächst ständig. Damit wird die Ueberwachung dieser Tätigkeiten immer schwieriger und die fachgerechte Betreuung der Patienten könnte eines Tages darunter zu leiden haben. Der Zentralvorstand wird mit den für die Ausbildung von Hauspflegerinnen verantwortlichen Stellen in Verbindung treten, um die Auswirkungen einer solchen erweiterten Pflgetätigkeit gründlich zu prüfen.



Sektionen - Sections

Sektion AARGAU/SOLOTHURN

Anmeldungen *: Die Schwestern Hedwig Dora Scheurmann, 1935, Safenwil und Zofingen, Krankenpflegeschule Aarau; Ruth Frey, 1936, Solothurn, Krankenpflegeschule Rotes Kreuz, Zürich-Fluntern; Barbara Kuhn, 1912, Solothurn, Krankenpflegeschule Bürgerspital Solothurn; Veronika Faustinelli, 1918, Solothurn, Krankenpflegeschule Bürgerspital Solothurn.

Fortbildungskurs für diplomierte Schwestern

Donnerstag, 17. November 1966, im Schulzimmer des *Kantonsspitals Olten*, neuer Haupteingang von der Baslerstrasse zugänglich.

- 10.30 «Nierenkrankheiten und ihre Behandlung», mit Film. Dr. med. P. Kissling, Olten.
- 12.30 Mittagessen im Selbstbedienungsbuffet, Preis Fr. 5.—.
- 13.45 Diskussion.
- 14.30 «Psychosomatik». Dr. Gnirss, Psychiatrische Klinik, Basel.
- 16.15 «Wie eine Zeitschrift entsteht». Besichtigung im Verlag Otto Walter.

Kursgeld (ohne Mittagessen): Mitglieder Fr. 4.—, Nichtmitglieder Fr. 8.—.

Wir bitten um Anmeldung an unser Sekretariat, Maienzugstrasse 14, 5000 Aarau, Telefon 064 22 78 87.

Sektion BERN

Anmeldungen *: Die Schwestern Käthi Berger, 1937, Oberlangenegg, Krankenpflegeschule des Diakonissenhauses Bern; Thérèse Christen, 1939, Seeberg, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern; Anneliese Eichhorn, 1943, Arth, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern des Kantonsspitals Luzern; Marie Müller, 1934, Trub, Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel. Franziska Mätzener, 1942, Zauggenried, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern.

Gestorben: Schwester Gertrud Bürki, Heim «Favorit», Bern, geboren 23. Dezember 1900, gestorben 29. September 1966.

Weihnachtsfeier

Schon rückt die Festzeit näher und wir möchten uns auch dieses Jahr zu einer besinnlichen Feierstunde zusammenfinden. Alle unsere Aktiv- und Passivmitglieder laden wir herzlich ein

zur gemeinsamen Weihnachtsfeier, Montag, 19. Dezember, um 15.30 Uhr, im neuen «Lindenhof», im Esszimmer des Schulgebäudes, Bremgartenstrasse 121, Bern. — Auswärtige Mitglieder nehmen den Bus Nr. 12 vor dem «Bürgerspital» und fahren bis zur Endstation Länggasse, von dort etwa fünf bis zehn Minuten zu Fuss. Schwestern und Pfleger die aus gesundheitlichen Gründen zu Hause mit dem Auto abgeholt zu werden wünschen, bitten wir, uns bis 13. Dezember Bericht geben zu wollen. — Ihre Anmeldung zur Feier erbitten wir bis 16. Dezember 1966 an unsere Sekretärin, Telefon 25 57 20, Choisystrasse 1, 3000 Bern. — Bitte Datum der Feier vormerken, die Dezembernummer erscheint nach dem Anmeldetermin.

Fortbildungskurs

Wir laden herzlich ein zum ganztägigen Fortbildungskurs am Donnerstag, 24. November 1966, im Kirchgemeindehaus Heiliggeist, Guttenbergstrasse 4, Bern.

Programm

9.00 bis 10.00 Uhr

«Vom seelischen Umgang mit kranken Menschen». Referent: Dr. med. Edgar Heim, Oberarzt an der Psychiatrischen Poliklinik der Universität Bern.

10.00 bis 11.30 Uhr

«Die Aufgaben des Kantonalen Jugendamtes». Referent: Dr. Walter Lehmann, Vorsteher des Kantonalen Jugendamtes Bern.

Gerne werden Fragen zu folgenden Spezialgebieten beantwortet: Jugendanwaltschaft, Jugendstrafrecht, das aussereheliche Kind, Pflegekinderaufsicht, Verhältnis Eltern-Kind.

14.00 bis 15.15 Uhr

«Vor- und Nachteile des Versicherungsobligatoriums für den Beitritt zum SVDK». Ein Podiumsgespräch mit anschliessender Diskussion.

15.30 bis 17.15 Uhr

«Gefässchirurgie» (mit Dias). Referent: Dr. med. Rudolf Wälti, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Inselspitals Bern.

<i>Kurskarten:</i>	Mitglieder	Nichtmitglieder
Ganzer Tag . . .	Fr. 4.—	Fr. 7.—
Halber Tag . . .	Fr. 2.—	Fr. 4.—
Einzelvortrag . . .	Fr. 1.—	Fr. 2.—
Schülerinnen gratis		

Gemeindeschwestern-Zusammenkunft Bern

Die Zusammenkunft im November lassen wir zugunsten des ganztägigen Fortbildungskurses ausfallen.

Unsere diesjährige *Adventsfeier*, zu der wir die Gemeindeschwestern von *Thun-Oberland* recht herzlich einladen, findet Donnerstag, 8. Dezember, um 14.30 Uhr, in der Berchtoldstube Nydegg, Mattenenge/Läuferplatz 1, statt. Wir freuen uns auf zahlreiches Erscheinen; auch Nichtmitglieder sind herzlich willkommen.

Gemeindeschwestern-Zusammenkunft Thun-Oberland

Donnerstag, 24. November 1966, findet in Bern ein ganztägiger Fortbildungskurs statt. Wir besuchen alle diesen Kurs und treffen uns nicht auf dem Schlossberg.

Adventsfeier: Die Gemeindeschwestern von Bern laden uns herzlich ein, dieses Fest mit ihnen am Donnerstag, 8. Dezember, um 14.30 Uhr, in der Berchtoldstube Nydegg, Mattenenge/Läuferplatz 1, Bern, zu feiern. (Genügend Parkplätze sind vorhanden.) Schwestern, die kein Auto besitzen, melden sich bitte bei Telefon 033 2 78 30 oder 033 2 78 17.

Wir erinnern nochmals an die interessanten

Vorträge im Bezirksspital Biel:

16. November 1966, 20.15 Uhr:

«Schädel-Hirnverletzungen». Referent: Dr. med. Hinderling.

23. November 1966, 20.15 Uhr:

«Kieferchirurgische Aufgaben». Referent: Dr. med. dent. Thomke.

30. November 1966, 20.15 Uhr:

«Spätfolgen nach Knochen- und Gelenkverletzungen». Referent: Dr. med. Balmer.

Die Vorträge finden im Predigtsaal des Bezirksspitals in Biel statt und dauern ungefähr eine Stunde. Alle Schwestern und Pfleger und das medizinisch-technische Personal sind herzlich eingeladen. Eintritt frei.

Fortbildungskurs im Bezirksspital Langenthal (im Vortragssaal)

Dienstag, 22. November 1966, 20.15 Uhr:

«Osteosynthese». Referent: Dr. med. H. Lüdi.

Dienstag, 13. Dezember 1966, 20.15 Uhr:

«Nachwuchsprobleme beim Reh». Referent: Fred Kurt, Zoologe.

Schwwestern und Pfleger von nah und fern sind herzlich willkommen! Eintritt frei.

Section de GENEVE

Demandes d'admission *: Mlles Juliane Cuen-det, 1931, Ste-Croix, Le Bon Secours; Rosmarie Grob, 1942, Wattwil, Diakonissenanstalt Riehen; Hildegard Kühlewein, 1941, Allemagne, Le Bon Secours; Mme Florence Lambelet-Vernet, 1931, Les Verrières, Le Bon Secours; Mme Anne-Collette Osiek-Wolf, 1915, Genève, dipl. Hôpital cantonal de Lausanne.

Admissions: Mmes Kellerhals et Micheli.

Sektion LUZERN / URKANTONE / ZUG

Anmeldungen *: Die Schwestern Cécile Noth, 1917, Zumholz, Pflegerinnenschule Baldeg in Sursee; Margrit Zehnder, 1944, Menzingen, Krankenpflegeschule Heiligkreuz Cham, Bürgerspital Zug; Nicola Liebich, 1942, Einsiedeln, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Elisabeth Wolfensberger, 1939, Bauma, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern.

Beachten Sie bitte die Adressänderung des Sekretariates und die neue Telefonnummer: Seit 2. November 1966 Langmattring 38, 6370 Stans, Telefon 041 84 28 88.

Section de NEUCHÂTEL

Demandes d'admission *: Mlle Michèle Hirschi, 1941, La Chaux-de-Fonds, Hôpital cantonal Lausanne; Mme Sylvie Ducommun-Ducommun, 1943, Le Locle et Ponts-de-Martel, Hôpital cantonal Lausanne; Mlle Denise Bonhôte, 1909, Peseux, Ecole Pérolles Fribourg; Mlle Suzanne Bircher, 1944, Frutigen, St-Loup; M. Simon Vallélian, 1913, Le Pâquier, diplômé de l'Alliance.

Sektion ST. GALLEN / THURGAU / APPENZEL / GRAUBÜNDEN

Anmeldungen *: Die Schwestern Silvia Schweizer, 1943, Mosnang, Krankenschwesternschule Menzingen, Klinik Notkerianum St. Gallen; Ursula Wernli, 1944, Thalheim, Freie evangelische Krankenpflegeschule Neumünster Zollikerberg; Marie-Louise Clalüna-Weber, 1944, Ardez, Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Biel; Pfleger Kurt Eugster-Rothauer, 1934, Oberegg, Krankenpflegerschule Kantonsspital Luzern.

Aufnahmen: Die Schwestern Alba Dörig, Theodor Fraefel, Rosmarie Kaenel, Monika Mäder, Camilla Meier, Ruth Michel-Schmid, Ida Rickenbach.

2. Fortbildungsvortrag

Donnerstag, 1. Dezember 1966, 20.15 Uhr, Vortragssaal Kantonsspital St. Gallen
Plauderei über eine Reise durchs Heilige Land, Lichtbildervortrag von Schwester Annie Kuster, Balgach.

Adventsfeier

Samstag, 17. Dezember 1966, 19 Uhr, im Restaurant Kaufleuten, Merkurstrasse 1, St. Gallen (Nähe Hauptbahnhof)

Wir freuen uns, unsere Mitglieder auch dieses Jahr wieder zum frohen Fest einladen zu dürfen. Tombola-Päckli bitte an das Sekretariat, Paradiesstrasse 27, St. Gallen, senden. Vielen Dank. Kosten für das Nachtessen Fr. 4.50.

Mittwochabend-Fortbildungsvorträge

Hörsaal des Kantonsspitals Chur, jeweils um 20.30 Uhr

16. November 1966

«Elektroverbrennungen» — Dr. Matter

7. Dezember 1966 «Hypertonie» — Dr. Lädach

11. Januar 1967 «Psychosomatisches Krankheitsbild» — Dr. Billeter

18. Januar 1967 «Hörschäden» — Dr. Caprez

8. Februar 1967 «Differentialdiagnose von Lungenkrankheiten» — Dr. Peter

15. Februar 1967 «Probleme der Kinderchirurgie» — Dr. Fenner

8. März 1967 «Interessante Krankheitsbilder» — Dr. Paganoni

22. März 1967 «Nierenchirurgie» — Dr. Maranta

Interessenten wollen sich am Nachmittag des Vortragstages bei der Oberschwester der Chirurgie erkundigen, ob der Vortrag auch stattfindet. Aenderungen sind vorbehalten.

Section VAUD / VALAIS

Demandes d'admission *: Mlle Antoinette Bea, 1915, Lausanne, St-Loup; Françoise Kolb, 1942, Chavannes-Les Bois, La Source; Danièle Bender, 1943, Fully, Hôpital cantonal Lausanne; Françoise Michaud, 1941, Bagnes, Hôpital cantonal Lausanne; Jeanne-Marie Mousson, 1943, Morges, Berne et Zurich, La Source; Marie-Thérèse Nussbaumer, 1944, Liesberg, Bois-Cerf; Pernette Pasche, 1942, Oron-la-Ville, Hôpital cantonal Lausanne; Chantal Perruchoud, 1942, Chalais, Ecole valaisanne Sion; Janine Pidoux, 1942, Villars-le-Comte, La Source.

Décès: Nous avons le regret d'annoncer le décès de Mme Nelly Badoux-Léchaire.

Groupe d'accueil: Prochaine rencontre du Groupe d'accueil le 6 décembre dès 17 h à l'Hôtel Central-Bellevue, Lausanne.

Sektion ZÜRICH / GLARUS / SCHAFFHAUSEN

Aufnahmen: Die Schwestern Elsbeth Altmann, Erika Bucher, Margreth Buri, Ruth Epper-Mäder, Rosmarie Giger, Hedwig Hardegger, Helga Häsler, Marianne Hofer, Mathilde Kunz, Marianne Müllhaupt, Margrit Ryffel, Ursula Schelker, Paula Wyss.

Anmeldung *: Die Schwester Olinda Bertschinger, 1931, Fischenthal, Schwesternschule vom Bürgerspital Basel.

Kollektiv-Unfallversicherung: Die Prämien für 1967 sind wieder fällig. Wir lassen Ihnen einen Einzahlungsschein zukommen und bitten Sie um Ueberweisung des Betrages *bis spätestens 20. Dezember 1966*. Nach diesem Datum werden wir Nachnahmen verschicken.

Weihnachtsfeier

Die Weihnachtsfeier der Sektion Zürich/Glarus/Schaffhausen findet dieses Jahr am Dienstag, 20. Dezember, 17 Uhr, wiederum im grossen Saal des Kirchgemeindehauses Hottingen, statt. (Tram 3 und 8 bis Römerhof.) Zu dieser Feier mit anschliessendem Abendimbiss laden wir alle Mitglieder recht herzlich ein.

Fortbildungskurs

Donnerstag, 24. November 1966, im Kirchgemeindehaus Oberstrass, Winterthurerstr. 25, 8033 Zürich, mit Tram Nr. 10 vom Hauptbahnhof bis Station Seilbahn Rigiblick, 6. Haltestelle. (Die Hörsäle des Kantonsspitals sind besetzt während des Semesters.)

Ausgabe der Kurskarten 8.30 Uhr

Beginn des Kurses 9.00 Uhr

Thema: *Ausgewählte Kapitel aus der Kinderkrankenpflege für diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger.*

Vorgesehen sind Vorträge über:

Die Ernährung des gesunden und kranken Säuglings und Kleinkindes

Die Entwicklung des Kindes; Kinderpsychologie

Das Kind im Spital (mit Film).

Das vollständige Programm erhalten Sie bei Kursbeginn. Schluss des Kurses etwa 17 Uhr.

Kurskarten: für Mitglieder des SVDK Fr. 2.—; für Nichtmitglieder Fr. 6.—.

* *Einsprachefrist*: Zwei Wochen nach Erscheinen der Zeitschrift.

* *Délai d'opposition*: 15 jours à partir de la parution du présent numéro.

Sektion AARGAU / SOLOTHURN

Auszug aus dem Jahresbericht 1965

...Die Tatsache, dass im Besoldungsreglement des Kantons Solothurn im Quervergleich zu anderen Berufen die Schwestern schlecht gestellt sind und der ledige Pfleger höher eingestuft ist als die Oberschwester, veranlasste uns, nach Rücksprache mit den Oberschwestern des Kantonsspitals Olten, einen Antrag des VPOD um Besserstellung des Anstaltspersonals, das heisst eine Angleichung der Schwesternbesoldung an die einer Sekretärin zu unterstützen. Leider wurde dieser Antrag, ohne mit uns Rücksprache zu nehmen, abgewiesen.

Besoldungsrevision 1967

Im März 1965 wurde im Kanton Aargau eine paritätische Kommission gewählt, die auf 1967 eine Besoldungsrevision vorzubereiten hatte, da sich unter dem Einfluss der hektischen, wirtschaftlichen und technischen Entwicklung der letzten Jahre auch die Verhältnisse in der staatlichen Verwaltung gewandelt hatten. Diese Entwicklung zwang zu einer Ueberprüfung der Relationen zwischen den einzelnen Personal-kategorien, das heisst zwischen dem administrativen, handwerklichen Personal, dem Pflegepersonal, der Polizei und den Lehrern. Die einzelnen Kategorien mussten im Quervergleich neu eingestuft werden. Es war voraus-zusehen, dass dies zu einer Hebung unseres Berufes führen musste, da wir bis anhin im

Quervergleich eine Lohnklasse tiefer liegen als der Handwerker. Bei einer solchen Revision geht es nicht nur um eine frankenmässige Besserstellung, sondern um die Anerkennung der Leistungen einer Berufsgruppe, die den Niederschlag in einer gerechten Besoldung finden soll. In zwei Sitzungen besprachen wir die Angelegenheit mit den Oberschwestern des Kantonsspitals. Von den Oberschwestern wurde vor allem gewünscht, dass möglichst viele der unserem Berufe anhaftenden Inkonvenienzen, wie unregelmässige Arbeitszeit, Ueberzeit, Sonntagsdienst und der Nachtdienst in den Grundlohn einzubeziehen seien, während die Finanzkontrolle dies in Extrazulagen entschädigt haben wolle, da befürchtet wurde, dass durch den Einbau unser Beruf im Quervergleich zu stark gehoben werde.

In einer Sitzung mit dem Vorsteher der Finanzkontrolle konnten wir uns auf einen Pauschalbetrag einigen, der allen Schwestern ausbezahlt werden soll. Mitte April wird der bereinigte Entwurf nochmals zur Stellungnahme den Verbänden zugestellt. Wir werden dann die Schwestern des Kantonsspitals Aarau zu einer orientierenden Versammlung einladen. Die Paritätische Kommission, in der wir durch die Präsidentin vertreten sind, fand sich zu acht Sitzungen zusammen. Wir sind die erste Sektion des SVDK, die zu einer solchen umfassenden Mitarbeit eingeladen wurde.

Weihnachtsaktion

Diesmal ohne beigefügten Einzahlungsschein! Wohl war der Erfolg letztes Jahr erfreulich; gross waren aber die nachträglichen Umtriebe, da viele Schwestern trotz dem Vermerk «Weihnachtsaktion» auf der Rückseite, den Einzahlungsschein benutzten, um den Jahresbeitrag zu begleichen.

Wir freuen uns, wenn auch in diesem Jahr viele SVDK-Mitglieder sich unserer kranken und einsamen Schwestern erinnern und ihnen, dank einer Spende, ein kleines Zeichen der Verbundenheit zukommen lassen.

Bitte Einzahlungen auf Postcheckkonto 30 - 1480 SVDK, mit deutlicher Schrift des Absenders und Vermerk auf der Rückseite «Weihnachtsaktion».

Neues Mitglied der Redaktionskommission

Mlle Blanche Perret, Schulschwester an der Ecole d'infirmières et d'infirmiers de l'Hôpital cantonal Lausanne, wurde am 22. Oktober vom

Zentralvorstand zum Mitglied der Redaktionskommission ernannt. Schwester Martha Meier, Rotkreuz-Fortbildungsschule Zürich, tritt aus Gründen die mit ihrer Arbeitslast zusammenhängen von der Kommission zurück und muss ersetzt werden.

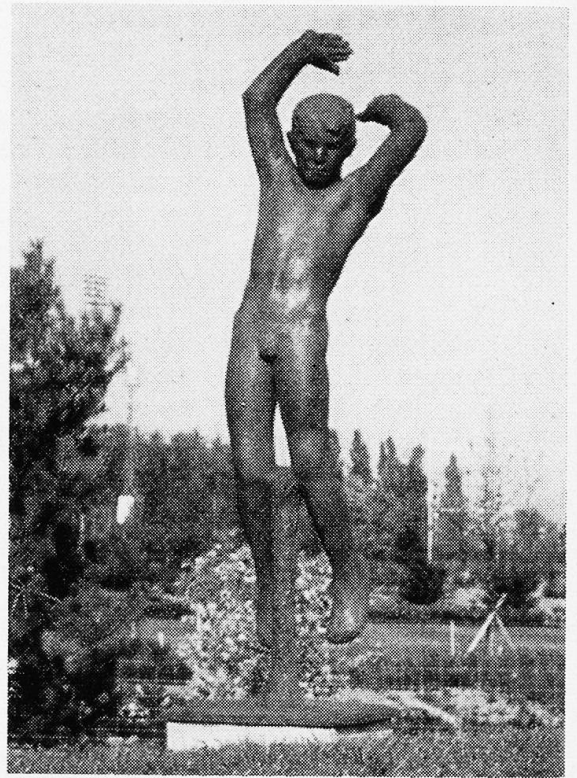
Junioren-Mitgliedschaft

Wo stehen die Vorbereitungen zur Aufnahme von Junioren in unseren Verband? Verschiedene Sektionen beschäftigen sich schon eingehend mit dieser Frage. Es geht hier in erster Linie um eine Aufgabe der Sektionen, und der Zentralvorstand des SVDK würde es begrüßen, wenn eine unter ihnen einen Anfang machen und Erfahrungen sammeln wollte. Gleichzeitig beschäftigt sich aber auch die SVDK-Kommission für öffentliche und internationale Beziehungen mit diesem Problem, indem sie versucht, ein entsprechendes Reglement aufzustellen, das den Sektionen als Grundlage für ihre Einführung der Junioren-Mitgliedschaft dienen könnte.

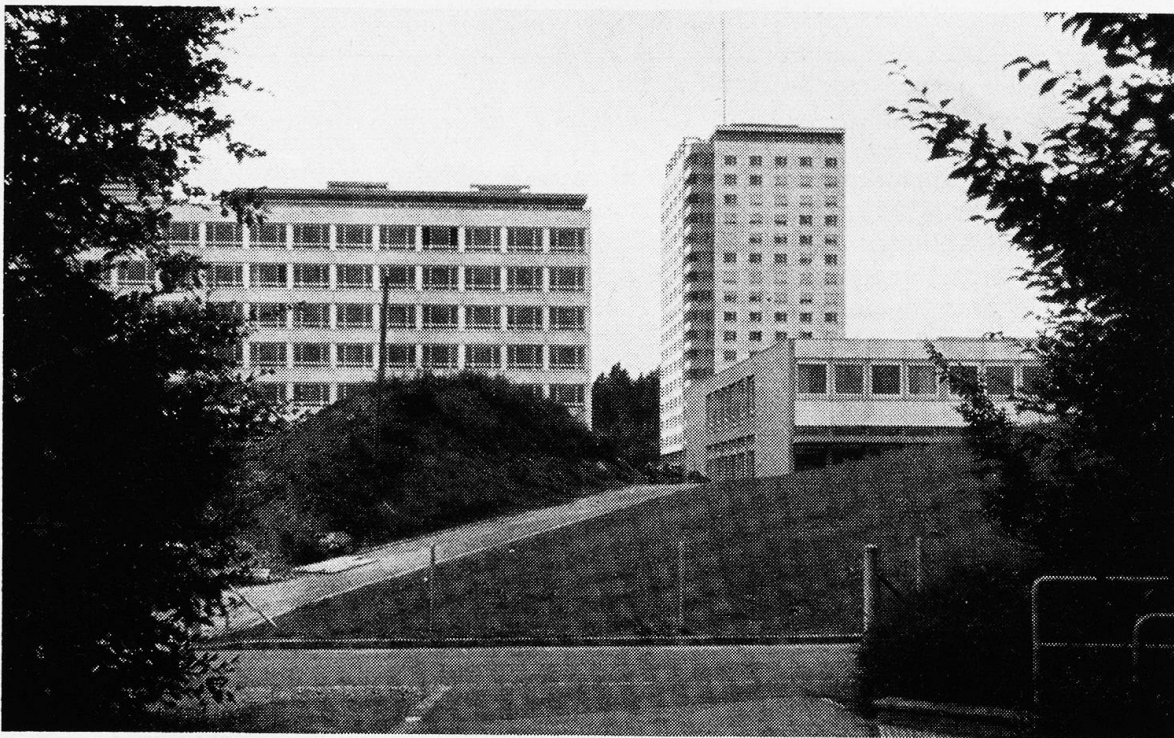
Der neue Lindenhof

Am 22. September 1966 fand die offizielle Einweihung des neuen Lindenhofes statt. Eine einheitliche, elegante Anlage von fünf Gebäuden entstand am Rande des Bremgartenwaldes: der *Spitalbau* mit Behandlungstrakt, wo gegen 320 Kranke (Erwachsene, Kinder und Säuglinge) aufgenommen werden können, das *Schwesternhochhaus*, das 115 Schwestern und 150 Schülerinnen Unterkunft bietet, das *Schulgebäude*, mit zahlreichen Unterrichtsräumen, mit der Schulbibliothek und einem grossen Speisesaal, das *Personalhaus* mit Einzelzimmern und Dienstwohnungen und das *Betriebsgebäude* mit den modernsten Anlagen für die technischen Dienste.

Die Einweihung bildete den Abschluss einer zwanzigjährigen mühevollen Planungsperiode und einer dreieinhalbjährigen Bauzeit. Viele waren am Gelingen des Werkes beteiligt: der Auftraggeber, nämlich die Rotkreuz-Stiftung für Krankenpflege Lindenhof, die Behörden von Stadt und Kanton Bern und anderen an der Finanzierung beteiligter Kantone, die Architekten und Bauleiter, die Aerzteschaft, die



Der «Genius», Jakob Probst, ein Geschenk der Lindenhofschwestern.



Der neue Lindenhof am Rande des Bremgartenwaldes. Links das sechsstöckige Spitalgebäude, der anschliessende Behandlungstrakt ist auf dem Bild nicht sichtbar. In der Mitte das Schwesternhochhaus, 16 Stockwerke, rechts das Schulgebäude.

Spitalverwaltung, und natürlich in hohem Masse die Lindenhofschwestern selber. Frau *Oberin K. Oeri* mit ihren für die Bauplanung speziell eingesetzten Oberschwestern haben ihren gewichtigen Anteil an Prüfung, Ueberlegung und unermüdlicher Vorarbeit geleistet. Alle durften sie sich am 22. September des vollendeten Werkes freuen.

Noch erblickt man mehr braune Erde als Grünanlagen zwischen den Gebäuden, doch ein Lindenbäumchen steht schon da, frisch eingesetzt, eine Gabe der Diplomklasse dieses Herbstes. Der 67jährigen Lindenhofschule sei hier im Namen aller Leser der Zeitschrift herzlich gratuliert zum neuen Heim, zu diesem Freudentag in ihrer Geschichte.

Siehe auch Zeitschrift November 1965, Seite 693

Jetzt isch's so wytt, chum cha me's fasse,
Der Neubau isch mit vieler Rasse,
 Natürlig under viele Glosse
 Nur so zum Bode usegschosse.
 Mer tüend is fascht vor Freud nüm gschpüre,
 Bis ufgöhd all die neue Türe,
 Nachdem me zwüsche Bärg vo Aerde
 Dä Lindehof do gseh händ werde.
 Mer wend em Sorg ha, wend ne hüete
 Und hoffe, dass viel Lindeblüete
 Und mängi andri Teamkollege
 Is hälfe, dä Betrieb bewege!
 Der gröschti Wunsch zielt hi sunscht niene:
 Der Neubau soll *de Chranke diene!*
 Gott mög 'ne sägne und bewahre
 Und gäb is Chraft zum Wytterfahre.

Auszug aus der Schnitzelbank



Der Lindenhof vor 100 Jahren.

Ehrung eines SVDK-Mitgliedes, Schwester Vreni Fiechter, in Ghana

Anlässlich der diesjährigen Jahresversammlung des ghanesischen Schwesternverbandes (*Ghana Registered Nurses Association*) erhielt Schwester Vreni Fiechter, neben vier Ghanesinnen, eine Auszeichnung für aussergewöhnliche Dienste auf dem Gebiet der Krankenpflege. Schwester Vreni, Schweizerische Pflegerinnen-schule Zürich, ist Leiterin der «Nurses Training School» von Agogo. Diese Schule des Basler Missionsspitals hat letztes Jahr als dritte

Schule in Ghana die Berechtigung zur Ausbildung von «State Registered Nurses» erhalten, was bedeutet, dass das Diplom den Anforderungen des General Nursing Council von England entspricht.

Sehr erfreut über diese Ehrung eines unserer Mitglieder hat Mlle Nicole F. Exchaquet, Präsidentin des SVDK, dem ghanesischen Schwesternverband für seine grosszügige Auszeichnung gedankt.

Les services de soins à domicile en milieu rural de la Croix-Rouge française

Résumé d'un article, paru dans la « Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale », organe de l'Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat, juillet/septembre 1966.

« Le service de soins à domicile en milieu rural » fait l'objet d'une réglementation spéciale impliquant des protocoles d'accord entre la Croix-Rouge française et les organismes dits « tiers payants ».

L'infirmière se rend au domicile de tous les malades, les distances étant trop grandes pour demander à ceux-ci, même lorsqu'ils sont capables de se déplacer, de parcourir 5 à 10 ou 15 km chaque jour pour se faire soigner.

Il ne faut pas confondre ce service avec le « Centre de soins », fixé en milieu urbain, qui est un établissement où les malades viennent se faire soigner et où seuls sont traités à domicile les malades reconnus médicalement inaptes à se déplacer. Il faut également distinguer ce service de « l'hospitalisation à domicile » (ou home-care). Il s'agit alors de malades préalablement hospitalisés et qui sont soignés à domicile par une équipe dépendant du centre hospitalier, en liaison avec le médecin de famille.

La Croix-Rouge française a organisé ces « services à domicile en milieu rural » dès 1956 et s'est adressée à des régions très différentes démographiquement et géographiquement, afin de connaître l'ensemble des difficultés et les moyens de les surmonter.

Après dix ans de cette expérience, les résultats semblent donner pleine satisfaction. Il faut souligner le fait que ce travail fut possible, grâce, d'une part, à l'enthousiasme des infirmières lancées dans une nouvelle activité et, d'autre part, à l'aide de la Sécurité sociale et de la Mutualité agricole.

L'infirmière de soins à domicile doit être, à côté d'une très bonne technicienne, également une éducatrice sanitaire et posséder un sens social et humain aigu. Elle doit s'adapter à chaque milieu, être observatrice, afin de dépister des complications ou des aggravations, et comprendre les problèmes moraux, psychologiques et financiers des différentes familles qu'elle fréquente.

Par sa compétence professionnelle, ses initiatives mesurées et sa faculté d'adaptation aux

divers milieux visités, elle doit gagner à la fois la confiance du médecin et celle du malade et de son entourage. En plus de cela, elle doit être une bonne automobiliste, son activité l'appelant à conduire sa 2 CV en toutes saisons.

Formation

Le diplôme d'Etat prépare plutôt à un travail d'infirmière hospitalière. Aussi la Croix-Rouge française a-t-elle jugé bon de dispenser dans le cadre d'une de ses écoles d'infirmières et d'assistantes sociales une formation complémentaire pour les infirmières de soins à domicile.

Elle organise également des sessions de perfectionnement de tout le personnel de la Croix-Rouge, et certaines de ces sessions sont uniquement réservées au personnel des soins à domicile.

Il est envisagé, pour l'avenir, la possibilité d'échanges pendant une durée d'un mois ou deux, entre services hospitaliers et services de soins à domicile.

Conditions de vie de l'infirmière

L'infirmière de soins à domicile en milieu rural travaille en équipe de deux à quatre infirmières. Elle est logée au service qui comprend les locaux de travail (stérilisation, secrétariat) et le logement: une chambre individuelle, une salle de séjour, une cuisine, une salle d'eau commune.

Journée de l'infirmière

Dès huit heures, quelquefois plus tôt selon les soins prévus (prises de sang à jeun) l'infirmière part au volant de sa 2 CV et parcourant 60 à 80 km à travers la campagne, visite et soigne une quinzaine de malades.

Ces soins comportent les traitements par injections, la pose et la surveillance de perfusions intra-veineuses, les prises de sang, les tubages gastriques, les soins d'hygiène, les pansements, bref, tout ce que représentent « les soins hospitaliers à domicile », ainsi que la surveillance et l'observation des malades en traitement. Elle reste en liaison régulière avec le médecin traitant. C'est d'ailleurs sur ordonnance médicale que l'infirmière se rend auprès des malades.

Elle profite de son contact répété avec les familles pour dispenser des notions d'hygiène

et de diététique et joue ainsi son rôle d'éducatrice sanitaire.

Elle travaille aussi en étroite collaboration avec les travailleurs sociaux exerçant dans les campagnes.

Vers 13 heures l'infirmière retourne au service. Repas pris en commun (préparé, soit par une collègue, soit, et de plus en plus, par une aide de ménage).

Après le repas, quelques heures de détente sont consacrées aux loisirs, mais aussi à la mise à jour des dossiers et des feuilles de traitement.

Vers 17 heures ou plus tard, selon les besoins, l'infirmière repart pour les nouveaux appels qui ne peuvent attendre jusqu'au lendemain, pour exécuter les traitements biquotidiens et administrer les toni-cardiaques et les calmants.

Les congés

L'infirmière a droit à une journée et demie de congé par semaine, à laquelle s'ajoutent les fêtes légales. Les congés annuels sont de deux jours par mois de présence dans le service.

Perfectionnement

Il est à l'étude, pour chaque service, l'installation d'une bibliothèque professionnelle de base. D'autre part, des cours de perfectionnement, des conférences avec le concours des médecins, sur le plan départemental, s'organisent.

Encadrement.

Dans les départements, à mesure que de nouveaux services se créent, l'encadrement des infirmières est assuré par une monitrice départementale.

A. de Coulon

Réception en honneur du Conseil international des infirmières

Le 30 septembre passé le Comité central de l'ASID a eu la joie d'accueillir la directrice exécutive, Mademoiselle Helen Nussbaum et ses collaboratrices nouvellement installées au siège central du Conseil international des infirmières (CII) à la rue Vermont à Genève.

Le cadre de l'Ecole du « Bon Secours » se prêta fort bien à cette rencontre toute amicale. Mlle *Nicole-F. Exchaquet*, présidente de l'ASID, souhaita la bienvenue aux invités et leur présenta les présidentes de sections et de commissions, ainsi que plusieurs membres de l'ASID ayant pu se libérer pour l'occasion. Elle salua également les représentants des autorités genevoises, les représentants des organisations internationales et suisses.

Mlle *M. Duvillard*, directrice de l'Ecole genevoise d'infirmières « Le Bon Secours », à son tour, présenta les hôtes, soit Mlle *Helen Nussbaum*, directrice exécutive du CII, notre compatriote, puis venant d'Angleterre Mlle *Sheila Quinn*, son adjointe, Mlles *Frances Beck* et *Martha Shout*, toutes deux « Nurse Adviser », Mlle *Juliane Cuendet*, membre de l'ASID qui s'occupera de l'information et de la documentation, ainsi que des secrétaires.

Dès la fin de l'année les membres du siège du CII seront au complet lorsque Mlle *Susan Moore* des USA, « Nurse Adviser », et Mlle *Lella Raymond* d'Angleterre, nouvelle rédactrice de l'*International Nursing Review*, les auront rejointes.

Très vite après ces présentations des contacts animés s'établirent et la conversation alla bon train. Bien sûr, pour les uns la langue anglaise ne posait aucun problème, tandis que pour d'autres ce fut une redécouverte de vieux souvenirs d'école. Mais ne vous y trompez pas, nos collègues du « headquarter » sont joliment à l'aise en nous répondant en français.

L'inauguration officielle du nouveau siège du CII par sa présidente, Mlle *Alice Girard* du Canada, aura lieu fin novembre à l'occasion de la première session du Comité de direction à Genève.

Action de Noël

Sans bulletin de versement cette fois-ci! La collecte de l'année passée a été un succès, mais elle nous a occasionné un grand nombre de lettres et de téléphones. Beaucoup d'infirmières se sont servies du bulletin de versement inclus à la Revue pour s'acquitter de leur cotisation annuelle et ceci malgré la précision au dos « action de Noël ».

Nous rappelons à tous nos membres de l'ASID que c'est toujours une grande joie pour nos infirmières malades et isolées de recevoir le petit paquet à Noël, grâce aux dons de leurs collègues en activité.

Le numéro du compte de chèques postaux est toujours le même: ASID 30 - 1480. Veuillez écrire lisiblement et mentionner « Action de Noël ».

Le XLIV^e Congrès d'hygiène, des 11 et 12 octobre 1965, à Paris, a été organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire. A cette occasion le professeur H. Péquignot parla de l'hospitalisme chez l'adulte. Il a esquissé une définition de cette notion capitale: « Ce terme d'hospitalisme, longtemps classique en pédiatrie, est un concept global préalable à l'analyse scientifique du phénomène, il désigne la détérioration progressive à l'hôpital de malades, lorsqu'on doit raisonnablement admettre que quelque chose dans leur hospitalisation a joué un rôle dans cette dégradation composée d'un certain nombre de composantes. Mais si le concept d'hospitalisme peut être utilisé pour alerter sur l'existence d'un problème, il doit être très rapidement abandonné au profit d'une analyse de ces différentes composantes:

La première est celle des complications thérapeutiques. Il s'agit là d'une tout autre question qui doit être distinguée. Les *accidents thérapeutiques* sont un problème, l'hospitalisme en est un autre. Toutefois, on doit légitimement, pensons-nous, introduire dans l'hospitalisme les accidents thérapeutiques de type inévitable dans l'état actuel de nos connaissances, telles les hépatites d'inoculation.

La deuxième composante est la *contagion intra-hospitalière*. C'est celle qui a fait l'objet de la plupart des communications présentées à cette réunion. L'hépatite ictérogène et le staphylocoque sont très probablement les surinfections actuelles les plus fréquentes et probablement les plus graves dans la situation actuelle de l'épidémiologie hospitalière. Cet aspect de l'hospitalisme a d'ailleurs longtemps dominé l'hospitalisme en pédiatrie. Il a été considéré comme un mal inévitable, tant que l'on n'a pas compris quel était l'effort de reconstruction hospitalière et de discipline hospitalière nécessaire pour le faire disparaître. Dénoncer cette forme de l'hospitalisme a préparé l'hospitalisation pédiatrique des temps modernes qui commence à se réaliser. Il n'y a aucune raison de penser qu'on fera face aux problèmes de l'hospitalisme des adultes autre-

ment qu'on a surmonté ceux de l'hospitalisme des enfants. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de prototypes architecturaux à réaliser, mais aussi et surtout d'éviter l'encombrement et d'avoir un personnel de soins et un personnel auxiliaire, pour ne pas parler du personnel médical, suffisamment nombreux pour qu'on puisse lui imposer des consignes réellement aseptiques. N'hésitons pas à dire que des médecins d'une qualité scientifique et clinique excellente, dirigeant de remarquables services d'adultes, sont loin de se poser correctement le problème, et, par conséquent, très loin de pouvoir en donner aux administrations responsables une dimension réelle.

La dernière composante de l'hospitalisme est sa *dimension psychologique*. Au fur et à mesure que l'on se rendait maître de l'infection hospitalière chez l'enfant, on voyait surnager les problèmes de son abandon affectif. Chez l'adulte, ces problèmes n'ont pas moins d'importance que chez l'enfant. On y voit à l'œuvre l'influence néfaste d'un pronostic peut-être incertain, du découragement psychologique dû aux récidives, de l'attitude de refus que croient juste d'employer vis-à-vis des malades les plus graves les centres de rééducation les mieux outillés, leur choix systématique du bon risque, du malade qui « marche bien »; on y voit à l'œuvre les conséquences familiales et sociales de la rupture des liens psychologiques et sociaux, de l'isolement, et finalement on voit se créer peu à peu le tableau du malade chronique qui finit par se résigner à un hébergement simple, à accepter l'absence de perspectives et de soins qui l'avaient longtemps révolté, et qui est le seul genre d'aide que la société lui ait préparées.

Ces considérations prennent une importance d'autant plus grande que la clientèle adulte de nos hôpitaux sera de plus en plus faite de sujets atteints de maladies récidivantes ou prolongées, en un mot de *chroniques*. Nous osons à peine faire plus que signaler les conséquences architecturales, administratives et financières de ces dernières considérations. »

Extraits d'un article, *Techniques hospitalières*, décembre 1965.

La cataracte est une opacification du cristallin, qui est une lentille simple placée en arrière de l'iris et qui sert à faire converger les rayons lumineux sur la rétine quelle que soit la distance de l'objet observé. C'est une relative rigidité de cette lentille qui gêne l'accommodation dans la vision de près et entraîne la presbytie.

Les causes

La cataracte dont on parle le plus couramment est la *cataracte sénile* (c'est aussi la plus fréquente). On l'attribue à des troubles métaboliques liés à la sénescence, avec un relatif facteur héréditaire. En dehors de la cataracte sénile, les plus importantes sont les *cataractes congénitales* constatées dès la naissance, ou parfois se développant chez un adolescent ou un adulte jeune: là le facteur héréditaire (génétique) est certain; d'autres cataractes congénitales peuvent être liées à des embryopathies. Les caractères pathologiques sont dus soit à des affections purement oculaires (myopies fortes, uvéites, iritis), soit à des maladies endocriniennes, surtout la tétanie et le diabète, soit à l'association de divers syndromes oculocutanés, soit encore à des traumatismes oculaires (corps étranger intra-oculaire ou contusion).

Les signes

L'opacification du cristallin entraîne naturellement une baisse le plus souvent progressive de l'acuité visuelle, sans aucun autre signe fonctionnel.

Le traitement

Il est uniquement chirurgical. Il consiste en l'ablation de la lentille après ouverture sur 180° de la partie antérieure de l'œil, opération qui se fait sous anesthésie locale ou générale.

En règle générale, on n'opère un œil que lorsque la vision de l'autre œil est également considérablement abaissée. L'ablation du cristallin (lentille de 13 dioptries environ) nécessite en cas de cataracte unilatérale, la correc-

tion par verres de contact, seul procédé qui conserve approximativement une taille d'image normale. En effet, dans ce cas, une correction par lunettes entraînerait des formations d'images si dissemblables qu'il en résulterait une vision double (la fusion des deux images étant impossible).

Les suites opératoires

Elles sont en général bonnes. Il faut simplement mentionner un rétrécissement relatif du champ visuel et des modifications de la vision des couleurs. Compte tenu du fait des altérations concomitantes du globe oculaire qui ont pu accompagner l'évolution de la cataracte; par exemple, dégénérescence rétinienne sénile chez les sujets âgés, dégénérescence rétinienne atrophique chez les myopes forts, hémorragies chez les diabétiques. La *dégénérescence rétinienne* entraîne une baisse d'acuité visuelle (sans modifier le champ visuel); elle est due à une altération des cellules rétinienne et non pas à un trouble de la réfraction. Ces yeux, même corrigés convenablement, gardent une acuité basse du fait de l'altération du tissu rétinien.

D'autres maladies oculaires s'observent après intervention pour cataracte, sans que l'intervention puisse être mise directement en cause. Ces maladies peuvent se rencontrer sur tout globe oculaire à tissus fragiles:

- Le *décollement de rétine*, dont le traitement est uniquement chirurgical;
- le *glaucome*, « le globe oculaire est trop dur » et cette augmentation de tension oculaire entraîne un écrasement du nerf optique et son atrophie, avec une perte progressive de toute fonction visuelle. Le traitement est, suivant les cas, médical ou chirurgical.

En somme, c'est une opération qui rend d'énormes services mais elle doit être faite à bon escient: elle fragilise tout de même le globe oculaire et demande donc de se faire suivre avec une relative régularité dans les années qui lui succèdent.

¹ Article repris, avec l'autorisation de la rédaction, de « Techniques hospitalières », mai 1966.

Schweizerische Vermittlungsstelle für ausländisches Pflegepersonal

Tätigkeitsbericht 1965

Zum 7. Male halten wir Rückschau auf unsere Tätigkeit in der paritätischen Stellenvermittlung. Immer mehr zeigt es sich, dass diese zentrale Stelle im Laufe der Jahre für viele ein Begriff und in der Zeit der modernen Völkerwanderung sogar eine Notwendigkeit geworden ist.

Stellenvermittlung

Im vergangenen Jahr sind durch unsere Vermittlung aus 32 verschiedenen Ländern 430 Krankenschwestern (Vorjahr 437), davon 6 Hilfspflegerinnen; 8 Krankenpfleger (Vorjahr 11), davon 3 Hilfspfleger; 58 Säuglings- und Kinderkrankenschwestern (Vorjahr 85); total also 496 (Vorjahr 533) eingereist. 115 Kranken- und Kinderschwester haben ihre Stellen in der Schweiz gewechselt, was 611 Stellenvermittlungen gegenüber 651 im Vorjahr ergibt.

Trotz des Rückgangs der Einreisen stellen wir mit Dankbarkeit fest, dass immer noch eine beachtliche Anzahl von ausländischen Krankenschwestern gerne in die Schweiz kommt. Leider bleibt es aber allzu oft nur bei Anfragen, da manche Interessentinnen abgeschreckt werden durch unsere für ihre Verhältnisse ungewöhnlich langen Arbeitstage.

Mehr als die Hälfte aller Vermittelten stammen aus Deutschland, 78 aus Holland, 34 aus Oesterreich, 23 aus Finnland, 13 aus England, 12 aus Dänemark, 11 aus Frankreich, 10 aus Jugoslawien, je 5 aus Kanada und Schweden, je 4 aus Italien und Portugal, 3 aus Norwegen, je 2 aus Griechenland, Israel und Spanien, je 1 aus Australien, Belgien, Bolivien, Brasilien, Irland, Indien, Island, Libanon, Luxemburg, Marokko, Neuseeland, Südkorea, Südrhodesien, Türkei, den Vereinigten Staaten von Amerika und Ungarn. Die Anziehungskraft unserer Städte und Universitätskliniken auch auf die ausländischen Krankenschwestern und -pfleger wirkt sich immer mehr nachteilig aus auf unsere Landkrankenhäuser.

Woher erhalten wir nun die vielen Anfragen und Anmeldungen?

Zum grossen Teil werden die Stellensuchenden von den Oberschwesterinnen und Verwaltungen der führenden Krankenanstalten an uns verwiesen. Nur so ist es uns möglich, für ihre Arbeitsbewilligung zu sorgen und sie sofort nach ihrer Einreise in unsere Kollektivversicherungen aufzunehmen. Andere Anfragen ge-

langen durch das Zentralsekretariat des SVDK, durch die Geschäftsstellen der Sektionen des SVDK oder des WSK-Verbandes, durch die Veska, durch das Schweizerische Rote Kreuz, durch die Liga der Rotkreuz-Gesellschaften, das Internationale Komitee vom Roten Kreuz, durch das Biga, die Schweizerische Kommission für den Austausch von Stagiaires, den Verein der Freundinnen junger Mädchen im In- und Ausland an uns. Eine erfreuliche Anzahl von Bewerbungen erhalten wir immer wieder von den nationalen Schwesternverbänden und von der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung in Frankfurt. Zahlreiche Anfragen verdanken wir auch der Aufmerksamkeit der schweizerischen Botschaften und Konsulate in europäischen und überseeischen Ländern.

Nachdem in unsern Nachbarländern unter dem Drucke des andauernden Schwesternmangels Bestrebungen im Gange sind, philippinische Krankenschwestern anzustellen, sind nun auch bei uns Vorbereitungen dazu getroffen worden.

Begutachtungsstelle

Wir hatten im Berichtsjahr im Auftrag des Bundesamtes für Industrie, Gewerbe und Arbeit (Biga) 106 von städtischen und kantonalen Arbeitsämtern vorgelegte Gesuche zu begutachten und dazu Stellung zu nehmen. Bei den verschiedenartigen und immer neuen Kategorien von Pflege- und Hilfspflegeberufen erscheint es uns im Interesse der Patienten und des Krankenpflegewesens besonders wichtig, dass auch ausländisches Hilfspflegepersonal seiner Ausbildung entsprechend eingesetzt wird.

Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle, wie sehr wir die gute Zusammenarbeit mit dem Biga, den kantonalen und städtischen Arbeitsämtern, mit der eidgenössischen, der städtischen und kantonalen Fremdenpolizei zu schätzen wissen.

Auskunft und Beratung

Der umfangreiche Ein- und Ausgang von Briefen beweist, dass viel gefragt wird und ebensoviel zu beantworten ist. Leider führt natürlich nur ein Bruchteil dieser Korrespondenz zum Ziel, das heisst zur wirklichen Vermittlung. Schriftliche oder telefonische Auskünfte über Arbeitsbedingungen, Versicherungsfragen, Anerkennung des ausländischen

Diploms, Arbeitsmöglichkeiten usw. führen aber manchmal doch zur Anmeldung, oft erst nach längerer Zeit. In den Sprechstunden können wir die jungen Schwestern beraten oder ihnen erklären, weshalb die Umstellung auf die schweizerischen Verhältnisse so viel schwieriger ist, als sie es sich vorgestellt haben. Sicher ist es für jeden Menschen im Ausland gut, um eine neutrale Stelle zu wissen, wo er sich, wenn nötig, hinwenden kann.

Kollektivversicherungen

Die Leistungen der Unfallversicherung konnten wieder verbessert werden. Dass das Obligatorium eine absolute Notwendigkeit darstellt, zeigt sich darin, dass auch im vergangenen Jahr bei leichten und komplizierten Unfällen wenigstens die materiellen Sorgen abgenommen oder erleichtert werden konnten. Es wurden im Durchschnitt etwa 900 Versicherte gezählt.

Röntgenassistentinnen

Fast täglich treffen Anfragen wegen Arbeitsmöglichkeiten auf diesem Gebiet, vor allem aus England, bei uns ein. So stammen denn von den 28 (Vorjahr 17) durch unsere Vermittlung eingereisten Röntgenassistentinnen 12 aus England, 9 aus Deutschland, 3 aus Holland, 2 aus Irland und je 1 aus Oesterreich und Schweden.

Für einige Arbeitsämter hatten wir 12 Gesuche um Arbeitsbewilligungen für ausländische Röntgenassistentinnen zu begutachten.

Medizinische Laborantinnen

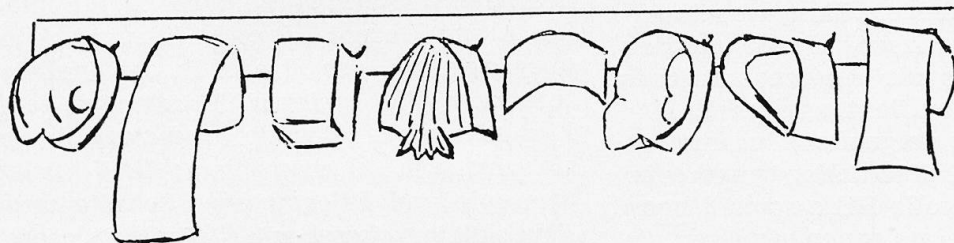
Auch auf diesem Fachgebiet zeigt es sich, dass unsere Stelle mehr und mehr bekannt wird. Aus Deutschland sind durch uns 9, aus Holland 7, aus England und Schweden je 3, aus Dänemark 2, aus Oesterreich und den USA je 1 Laborantin eingereist, was ein Total von 26 (Vorjahr 16) ergibt. Von den Arbeitsämtern Basel, Bern, Biel und Zürich sind uns 41 Gesuche für Laborantinnen (davon 8 Arzthelferinnen und Hilfslaborantinnen) zur Begutachtung vorgelegt worden.

Jahresrechnung

Infolge der Teuerung schloss bei gleichbleibenden Einnahmen die Rechnung mit einem kleinen Rückschlag ab.

Die *paritätische Kommission* ist im Berichtsjahr viermal zusammengekommen, und zwar zu 3 Sitzungen des Arbeitsausschusses und einer Sitzung der erweiterten Kommission. Der neutrale Vorsitzende musste nicht beigezogen werden.

Im Auftrag der
Paritätischen Kommission:
Schwester *Nina Bänziger*

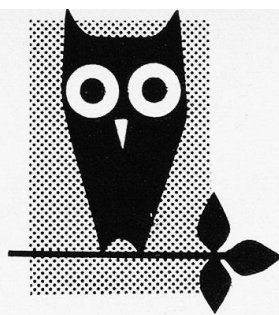


SITZUNGSSAAL



Wer schickt uns eine Erläuterung zu diesem Bild?

Die Redaktion freut sich auf Ihre Vorschläge.



Innere Medizin für Krankenschwestern, Toohey. Mit Beiträgen über Dermatologie und Neurologie und einem Beitrag über medizinische Psychologie. Von *H. R. Rollin*, London. Herausgegeben von *A. Bloom*, London. Deutsche Ausgabe von *M. Hegglin*, Zürich, 1966. 575 Seiten, 189 teils farbige Abbildungen im Text und auf 12 Tafeln, 12 Tabellen. DM 28.50, ab 10 Exemplaren DM 25.70. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart.

Der Buchbesprechung aus der Sicht eines Arztes (Zeitschrift Nr. 8/9, Seite 514) lassen wir noch die Beurteilung durch eine Schwesternschülerin folgen.

Das von Frau Dr. M. Hegglin, Zürich, aus dem Englischen übersetzte Buch «Innere Medizin für Krankenschwestern» von Mike Toohey schliesst eine grosse Lücke in dem für Schwestern geeigneten Unterrichtsmaterial. Schon lange suchten die für den Unterricht in den Krankenschwesternschulen Verantwortlichen nach einem Lehrbuch der inneren Medizin, das dem heutigen Niveau der Ausbildung angepasst ist. Wir sind Frau Dr. Hegglin sehr dankbar, dass sie die grosse Arbeit des Uebersetzens in Angriff genommen und die Krankenschwesternschulen der deutschen Schweiz um ein wertvolles Lehrbuch bereichert hat.

Die Schülerinnen werden es besonders schätzen, ein derart vollständiges Buch zur Verfügung zu haben, in welchem auch Randgebiete wie Dermatologie und Neurologie recht ausführlich behandelt werden und ein Ueberblick über medizinische Psychologie nicht fehlt. In den kurzen Erklärungen über die gebräuchlichsten Medikamente ist alles erwähnt, was Krankenschwestern darüber wissen müssen und den Pflegeproblemen ist das für ein medizinisches Lehrbuch richtige Mass an Text gewidmet.

Die jedem Kapitel folgende Zusammenfassung der häufigsten Untersuchungsmethoden wird sich als eine wertvolle Hilfe sowohl beim Unterrichten als auch beim Lernen erweisen.

Zahlreiche ansprechende Schemata, ausgezeichnete Photographien und ein umfassendes Sachverzeichnis werden den Schülerinnen das Lernen erleichtern, und die klare, knappe Sprache trägt viel zum Verständnis des Stoffes bei.

Es ist bemerkenswert, dass in diesem Lehrbuch der inneren Medizin immer wieder auf

krankheitsverhütende Massnahmen hingewiesen wird und die Wichtigkeit der sozialen und körperlichen Wiedereingliederung nie ausser Acht gelassen ist. Leider stimmt das Inhaltsverzeichnis nicht immer mit den Titeln im Text überein, und eine straffere Durchführung in bezug auf Druck und Klassierung der Titel würde die Uebersichtlichkeit noch erhöhen. Diese Schönheitsfehler könnten vielleicht in der nächsten Auflage behoben werden, so dass das Buch in jeder Beziehung lobenswert wäre. Bestimmt ist dem übersetzten Buch «Innere Medizin für Krankenschwestern» ein voller Erfolg beschieden, da in vielen Krankenschwesternschulen mit Ungeduld auf ein zeitgemässes Lehrbuch dieses Unterrichtsfaches gewartet wurde.

R. Josephy

Alterskrankheiten. Taschenbuch für Ärzte und Studenten. Von *Prof. Dr. Gotthard Schettler*, Heidelberg, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik, unter Mitarbeit von 20 Gelehrten, mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1966. DM.9.80.

Ein ganz ausgezeichnetes kurz gefasstes Büchlein, das vorwiegend auf Diagnose und Therapie eingestellt ist. *Prof. Schettler* hat die Kapitel «Ernährung im Alter» und zusammen mit *Prof. Anschütz* «Gefässe und Herz» übernommen. Drei Schweizer Kollegen haben sich in ausgezeichneter Weise beteiligt: die Professoren *Schär*, Zürich: Sozialmedizinische Aspekte des Alters; *Steinmann*, Bern: Der Schlaganfall im Alter; Dozent *Hauser*, Luzern: Alterungsvorgänge bei der Frau. Es ist vielleicht interessant, die anderen Themen zu erfahren: *Freundenberg*: Bevölkerungsstatistik in Beziehung zum Altersproblem; *Geill*: Allgemeine Therapie und Pflegewesen; *Schulte und Tölle*: Psychiatrie, zerebrale Gefässsklerose und Hirninvolution; *Herberg*: Lungenkrankheiten; *Kommerell*: Erkrankungen der Verdauungsorgane; *Lasch*: Stoffwechselkrankheiten; *Krekke*: Nierenkrankheiten und Mineralhaushalt; *Hennemann*: Hämatologie sowie Immunität und Allergie; *Fölsch*: Zytodiagnostik in der Geriatrie; *Falck*: Das Alterskarzinom sowie Rheumatischer Formenkreis, Infektionskrank-

heiten und Tuberkulose im Alter; *Novakowski*: Endokrinologie; *Stelzner*: Chirurgie; *Jentschura*: Orthopädie; *Röhl*: Urologie; *Neubauer*: Augenkrankheiten; *Boenninghaus*: Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten; *Steigleder*: Veränderungen und Erkrankungen der Haut.

Jedes Kapitel enthält ein kurzes Literaturverzeichnis. Wenn ich mir eine kleine Bemerkung erlaube, so scheint es mir, dass der kleine Abschnitt über Lungentuberkulose (S. 140) im sonst sehr guten Teil von Herberg überflüssig ist, dass Falck die Tuberkulose im Alter (S. 264) ausführlicher und in bezug auf Therapie vielleicht besser abgefasst hat. Zum Schluss sei besonders hervorgehoben, dass alle Kapitel ausserordentlich übersichtlich und flott geschrieben wurden.

Prof. Dr. med. A. Gigon

«ABC für alte Menschen in gesunden und kranken Tagen.» Von Dr. h. c. A. L. Vischer, Ehrendoktor für Gerontologie an der Universität Basel. 116 Seiten, DM 7.50, Georg-Thieme-Verlag, 1966.

Man möchte diese in einem leicht verständlichen Stil gehaltene Broschüre nicht nur jedem älteren Menschen zur Lektüre empfehlen, sondern auch ganz speziell all jenen, die mit der Betreuung und Pflege von Betagten zu tun haben.

Der Autor hat von der Einleitung bis zum Schlusswort in den rund 30 Kapiteln in einem weitgespannten Bogen wohl alle Punkte erwähnt, die zu einem besseren Verständnis des gesunden und des pflegebedürftigen alternden Menschen beitragen.

Aus seiner langjährigen Erfahrung als Gerontologe weist er mit besonderer Einfühlungsgabe und ärztlichem Feinsinn auf alle menschlichen, sozialen und medizinischen Probleme des Aelterwerdens hin. Angaben über interessante Statistiken und die Ziele der Altersforschung werden aufgezeigt. Aber auch ganz praktische Hinweise aus dem Alltag werden gegeben, zum Beispiel richtige Ernährung, genügend Schlaf, das Wohnungsproblem u. a. m. Besonders erwähnt wird die Wichtigkeit eines genügenden körperlichen Trainings, im Zusammenhang mit der Blut- und Sauerstoffversorgung der Organe, zur allgemeinen Gesundheitserhaltung. Immer wird auch betont, dass der betagte Gesunde und der seelisch Alterskranke als Persönlichkeiten ernst genommen werden sollen, was der jungen Generation vielleicht nicht so selbstverständlich ist; sprechen doch

oft junge Schwestern ältere Patienten mit «Grossväterli» oder «Groseli» an. In gegenseitigem Verstehen zwischen jung und alt sollte erstrebt werden, dass der Betagte nicht an Vereinsamung zu leiden hat. Manch alternender Mensch gerät in eine Depression aus dem Gefühl seiner Isolierung — einer inneren Vereinsamung infolge Mangel an mitmenschlichem Kontakt und Aussprachemöglichkeit. Dies ist ein Grund, weshalb heute der Beschäftigungstherapie privat und in Heimen immer mehr Bedeutung zuerkannt wird. Sie ersetzt nicht nur einen Aufgabenkreis, sie füllt die leeren Stunden sinnvoll aus und gibt den Patienten sogar ein Erfolgsgefühl.

Wenn man weiss, dass in Europa erst seit dem Zweiten Weltkrieg die eigentliche Forschung auf diesem noch jungen Spezialgebiet eingesetzt hat, so verdient der Verfasser für die Wiedergabe seiner wertvollen Ausführungen einen besonderen Dank aus dem Kreise der heute noch Berufstätigen, die sich auf ihren Feierabend vorbereiten können. Wir wünschen dem Werk eine weitverbreitete Leserschaft und den verdienten Erfolg und sind überzeugt, dass es den Weg zu einer positiven gesunden Einstellung gegenüber dem Aelterwerden zu weisen vermag, in dem vom Verfasser erwähnten Sinn:

«Bei der Reife geht es um eine innere Arbeit, die es zu leisten gilt, wenn zu einer äusseren Arbeit die Kräfte nicht mehr ausreichen.»

Hedwig Meier

«Schicksalsgefährte sein ...» Wladimir Lindenberg. Aufzeichnungen eines Seelenarztes. 281 Seiten. Ernst-Reinhardt-Verlag, Basel. Leinen Fr. 15.50.

Dr. Lindenberg ist Arzt und Psychotherapeut. Er ist von einem geradezu leidenschaftlichen Helferwillen beseelt und man spürt, wie er den Menschen zeigen möchte, wo ihre Schwierigkeiten liegen und wie sie sie überwinden können. Er zeigt uns an vielen Einzelfällen, wie er seinen Patienten Schicksalsgefährte ist und ihnen hilft, ihr Los anzunehmen und zu tragen und es dadurch zu bewältigen. Was dabei menschlich angenehm berührt, ist, dass er nicht nur von wunderbaren Heilungen und Erfolgen erzählt, sondern auch zu Versagern steht. Sogar der Humor kommt in diesen Geschichten zu seinem Recht. Wird doch sehr lustig erzählt, wie es sogar einem Kaninchen gelingt, eine in die Brüche gegangene Ehe wieder zu flicken.

M. C.

Für unsere Gynäkologische Abteilung der Frauenklinik suchen wir noch einige tüchtige

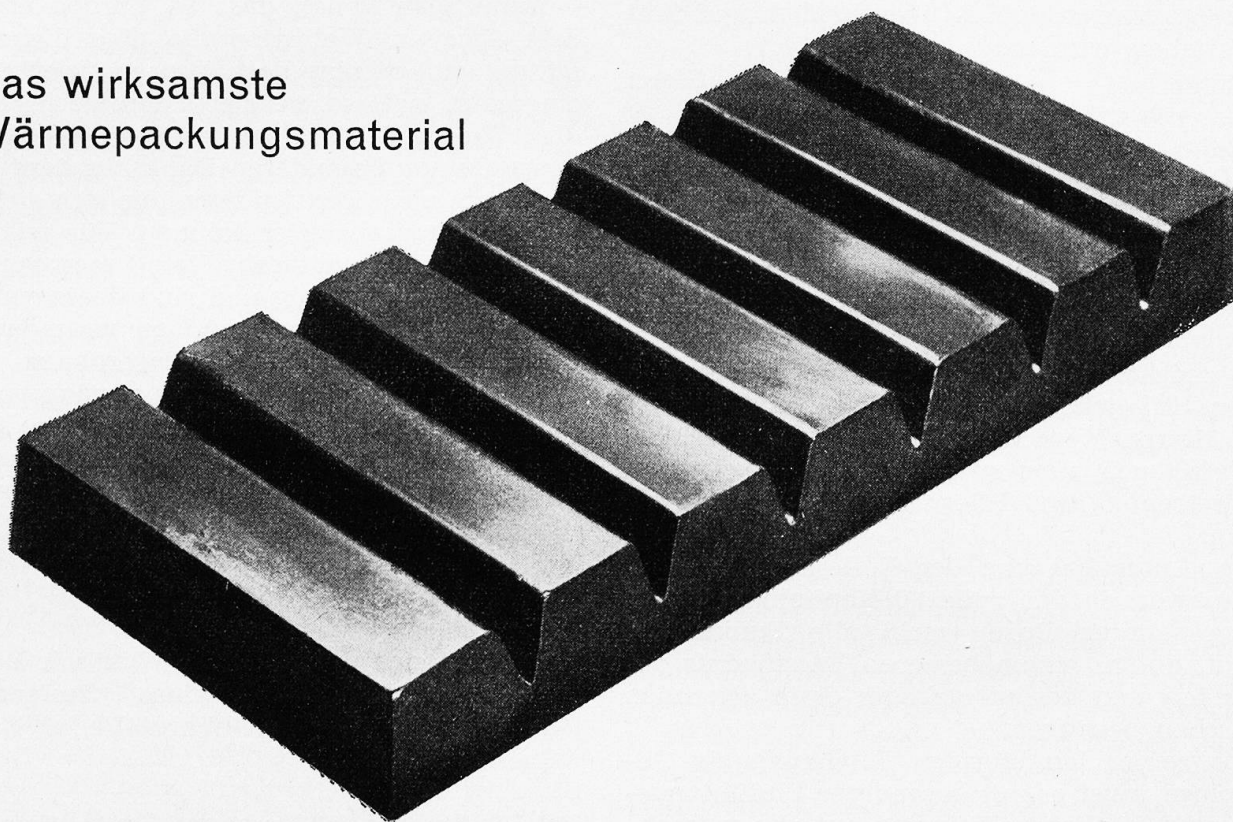
Krankenschwestern

Fünftagewoche, neuzeitliche Lohnverhältnisse.

Anmeldungen nimmt das Personalbüro für das Pflegepersonal entgegen, wo auch weitere Auskünfte gerne erteilt werden.

Personalbüro II, Verwaltung Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8006 Zürich, Telefon 051 32 98 11, intern 2831.

Das wirksamste
Wärmepackungsmaterial



PARAFANGO «BATTAGLIA»

aus vulkanischem Fango und ausgesuchten Paraffinen. 30mal verwendbar. Zubereitung in der Pfanne oder im leistungsfähigen Spezialgerät. Schmutzfreies Applizieren auch im Krankenbett. Nach dem sauberen Ablösen kein Duschen. Kein Wäscheverschleiss. Beratung durch die

FANGO CO. 8640 RAPPERSWIL

Infolge Heirat wird bei uns die langjährig besetzte Stelle der

Schul- und Oberschwester

frei. Anforderungen: Organisationstalent, Geschick in der Personalführung, nach Möglichkeit auch Diplom der Körperkrankenpflege. Zeitgemässe Entlohnung. Möglichkeit zum Eintritt in Pensionskasse. Geräumige Wohnung in Personalneubau vorhanden.

Bewerbungen sind mit den üblichen Unterlagen zu richten an die Direktion der **Klinik Bethesda für Anfallkranke, 3249 Tschugg** im Berner Seeland, die gerne auch telefonisch Auskünfte erteilt (032 / 88 16 21).



Das Kreisspital Wetzikon-Zürich, im landschaftlich reizvollen Zürcher Oberland gelegen, sucht infolge Aufkündigung des Stationsvertrages durch das Diakoniewerk Neumünster wegen Nachwuchssorgen, **spätestens auf Frühjahr 1967**

Oberschwester

Mittelgrosses Landspital mit 111 Betten. Chirurgische, gynäkologisch-geburtshilfliche und medizinische Abteilungen. Chefarztsystem. Projekt für die nächsten Jahre: Neubau mit 180 Betten, Akutspital.

dipl. Krankenschwestern

für chirurgische und medizinische Abteilung

Röntgenassistentin und / oder Operationsschwester

dipl. Wochen- und Säuglingsschwester

dipl. Pflegerin (1½-Jahreskurs)

Was bietet Ihnen Wetzikon:

Schöne, moderne Unterkünfte, Fünftagewoche, Salarierung usw. nach kantonalem Reglement.

Wetzikon ist nur 28 Bahnkilometer von Zürich entfernt, hat viele schöne Wanderwege, moderne Sportanlagen usw.

Richten Sie Ihre Unterlagen bitte an die **Verwaltung des Kreisspitals Wetzikon, 8620 Wetzikon-Zürich**. Für nähere Auskünfte: Telefon 051 / 77 11 22.

Wir suchen für die bevorstehende Wintersaison (Dezember bis April, genaues Datum zu vereinbaren) noch zwei aufgeschlossene, sprachenkundige

Krankenschwestern

mit feu sacré professionnel. Ausschliesslich und allein Unfallpatienten aller sozialen Klassen in Praxis und Klinik (12 Betten). Freizeit für alle Wintersportarten nach regeltem Fahrplan.

Unfallklinik Dr. Gut, 7500 St. Moritz

Das neue Kreisspital Bülach-Zürich sucht

dipl. Krankenschwester

Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche.

Anmeldungen an die Verwaltung oder an die Oberschwester des Kreisspitals Bülach.

Das Frauenspital Basel sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

eine Oberin des gesamten Pflegedienstes

Geregelte Arbeits- und Freizeit, Fürsorgeeinrichtung gemäss dem Gesetz für die staatlichen Spitäler, Lohn je nach beruflicher Erfahrung.

Bewerberinnen, die sich über selbständige Tätigkeit auf diesem Gebiet ausweisen können, wollen ihre Offerte unter Beilage von Lebenslauf, Berufsausweisen, Zeugnis-kopien und Passphoto an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46, richten.

Wir suchen für unsere chirurgischen und medizinischen Abteilungen

diplomierte Krankenschwestern

Wir bieten zeitgemässe Lohn- und Anstellungsbedingungen. Eintritt nach Uebereinkunft.

Offerten sind zu richten an die **Verwaltungsdirektion des Rätischen Kantons- und Regionalspitals in Chur (Telefon 081 21 51 21)**.

Bezirksspital Locarno sucht

Operationssaal-Schwester

gewandt im Instrumentieren und geeignet, eventuell sofort oder später, die Leitung des Operationsbetriebes zu übernehmen. Im weiteren

1 Angestellte evtl. Röntgenassistentin

zur Führung des Röntgenarchivs sowie der Patientenkartothek, mit Uebung im Maschinenschreiben.

Anmeldungen mit den nötigen Unterlagen erbeten an die Spitaldirektion.

Die Schwestern- und Pflegerschule der **Psychiatrischen Universitätsklinik Basel** sucht eine

Schulschwester

Ausbildung in psychiatrischer und allgemeiner Krankenpflege erwünscht. Einer geeigneten Bewerberin wird später die Möglichkeit zum Besuch der Oberschwestern-Fortbildungsschule des Schweizerischen Roten Kreuzes geboten.

Arbeitszeit und Besoldung sind gesetzlich geregelt.

Interessentinnen wollen ihre Anmeldung an die Direktion der Psychiatrischen Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Strasse 27, 4000 Basel, Telefon 061 43 76 00, richten.

Das Kantonsspital Aarau sucht für den chirurgischen Operationssaal

Schwester für die Reanimations- abteilung

auch zur Ausbildung, ferner

1 Narkoseschwester
1 Instrumentierschwester

Geboten werden zeitgemässe Arbeitsbedingungen bezüglich Besoldung, Freizeit und Unterkunft.

Auskunft erteilt die Spitaloberin M. Vogt, Telefon 064 22 36 31.

Die **kantonale Heil- und Pflegeanstalt Wil SG** sucht im Zuge einer Neugestaltung einzelner Abteilungen

dipl. Krankenschwestern und Pfleger, Pflegerinnen für Alters- und Chronischkranke, Hilfsschwester

Diplome werden anerkannt, Dienstjahre angerechnet. Raum für eigene Initiative, freie Arbeitsweise, beste Bedingungen, angenehme Unterkunft. Aufstiegsmöglichkeiten. Für diplomierte Krankenschwestern interessanter Einblick in Pflege Gemüts- und Nervenkranker; auf Wunsch Gelegenheit zum Erwerb des Psychiatriediploms in verkürzter Lehrzeit (ohne Lohnminderung).

Lernschwester und -pfleger können mit 18 Jahren zu sehr guten Lohnbedingungen, die finanzielle Unabhängigkeit erlauben, eintreten.

An der Schule für Psychiatrische Krankenpflege in Münsterlingen ist die Stelle einer

Schulschwester

in diesem Herbst zu besetzen.

Als Schulschwester kommt eine Kranken- oder eine Psychiatrieschwester in Frage, die über praktische Erfahrung im Pflegedienst verfügt und Freude daran hat, junges Lernpflegepersonal in Blockkursen und bei der alltäglichen Arbeit zu unterrichten. Die Ausbildung erfolgt nach modernen Gesichtspunkten. Einer Krankenschwester wird die Möglichkeit geboten, das Diplom für Psychiatrische Krankenpflege zu erwerben.

Wir bitten Interessentinnen, sich für nähere Auskunft an die Schulleitung der Thurgauischen Psychiatrischen Klinik Münsterlingen am Bodensee zu wenden.



Zur Ergänzung des Personalbestandes suchen wir noch einige

diplomierte Krankenschwestern

Wir bieten gute Entlohnung und zeitgemässe Unterkunft.
Stellenantritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind unter Beilage von Zeugniskopien und Lebenslauf an die Verwaltung des Kantonsspitals Liestal zu richten.



Bezirksspital Biel

Wir suchen zum baldigen Eintritt für unsere chirurgische, medizinische und gynäkologische Abteilung

dipl. Krankenschwestern Operationsschwestern Narkoseschwestern

Geboten werden neuzeitliche Anstellungsbedingungen mit geregelter Arbeits- und Freizeit.

Anmeldungen sind zu richten an die Personalabteilung des Bezirksspitals Biel, Vogel-
sang 84, 2500 Biel, Telefon 032 / 2 25 51.

Stellen - Gesuche

Gutausgewiesene, diplomierte

Krankenschwester

mittleren Alters, sucht neues Wirkungsfeld in leitender Stellung. Gute Fremdsprachenkenntnisse vorhanden. Offerten unter Chiffre 3813 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Praxischwester

Krankenschwester, seit einem Jahr diplomiert, ohne Labor- und Röntgenkenntnisse, möchte auf 1. Februar 1967 in eine Allgemeinpraxis. — Offerten unter Chiffre 3815 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Dipl. Krankenschwester

anfangs 30, mit Kenntnissen in Kinderpflege, sucht Stelle in Arztpraxis od. Kinderheim nach Bern oder Umgebung. Sprachkenntnisse. Erwünscht: Sonntag frei. Eintritt: Anfang Januar 1967. — Offerten unter Chiffre 3819 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

10 Prozent Rabatt

gegen Vorweisung Ihres Ausweises, erhalten Sie auf sämtlichen geführten Artikeln. — Schwesternuhr Fr. 64.— mit Garantie. Exklusives Modell. Reparaturen billigst.

Mäder, Uhren - Bijouterie,
Marktgasse 63, 3001 Bern
Telefon 031 22 30 19

Für unsere neue **Orthopädische Universitätsklinik** suchen wir auf den Herbst 1966

1 dipl. Krankenpfleger

Interessantes Arbeitsgebiet in modernst eingerichteter Klinik. Geregelte Arbeits- und Freizeit, Fünftagewoche.

Anmeldungen mit Zeugnisabschriften und Photo sind erbeten an die **Verwaltungsdirektion Klinik Balgrist**, Forchstrasse 340, **8008 Zürich**.

Bezirksspital Grosshöchstetten sucht für die Männerabteilung

1 diplomierter Pfleger

Gute Anstellungsbedingungen, geregelte Freizeit. — Offerten sind erbeten an die Leitung des Bezirksspitals 3506 Grosshöchstetten.

Privatklinik auf dem Platze Basel sucht zu baldmöglichstem Eintritt

diplomierte Krankenschwester

1 Hebamme

Nettes Arbeitsklima und gute Anstellungsbedingungen. — Anmeldungen erbeten an: Merian-Iselin-Spital, Basel, Gotthelfstrasse 76, Telefon 061 38 84 44.

Gesucht

1-2 dipl. Krankenschwestern 1 Dauernachtwache als Ablösung 1 Dauernachtwache für Überwachungsstation

in vielseitigen, interessanten Betrieb. Wir bieten angenehme Arbeitsbedingungen, zeitgemässe Entlohnung und Unterkunft in neuem, modern eingerichteten Schwesternhaus.

Anmeldungen sind an die Oberschwester des Bezirkskrankenhauses Herisau zu richten.

Wir suchen

2-3 Psychiatrieschwestern 1 Krankenschwester (-Pflegerin) oder Hilfsschwestern

in psychiatrische Privatklinik mit 50 Betten. Diese liegt in der Ostschweiz in der Nähe grösserer Städte. Auto steht zur Verfügung.

Wir bieten überdurchschnittliches Gehalt bei Fünftage-woche sowie Altersversicherung. Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft.

Bitte richten Sie Ihre Anmeldung an Dr. B. Pritzker, psychiatrische Privatklinik, 8581 Zihlschlacht.

Die **Kantonale Psychiatrische Klinik Herisau** bietet diplomierten Krankenschwestern und -pflegern die Möglichkeit zur

zusätzlichen Ausbildung in der Pflege psychisch Kranker

mit Diplomabschluss oder zu kürzeren Praktika. — Anmeldungen sind erbeten an die Direktion der Klinik.

L'Hôpital d'Yverdon (200 lits) engagerait

une sage-femme diplômée

pour son nouveau pavillon de maternité,

deux infirmières diplômées pour ses services de chirurgie et de médecine

Conditions de travail favorables. Semaine de cinq jours.

Prière d'adresser les offres détaillées à la direction, téléphone 024 2 61 21.

Das Spital Bauma ZH sucht für sofort oder nach Vereinbarung eine

Operationsschwester

für seinen modern eingerichteten operativen Betrieb. Besoldung nach kantonalem Tarif. Geregelter Freizeit. Offerten unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage der üblichen Unterlagen erbeten an Chefarzt Dr. med. H. Helmig, Spital Bauma, 8494 Bauma.

Stellen - Angebote

Wir suchen eine

dipl. Krankenschwester

in mittelgrosses, schön gelegenes Bezirksspital (130 Betten). Wir bieten zeitgemässe Entlohnung, geregelte Freizeit und schönes Wohnen im neuen Personalhaus. — Offerten sind erbeten an den Verwalter des **Bezirksspitals in Sumiswald**, Telefon 034 4 13 72.

Das neue Schweizerische Paraplegikerzentrum (für Querschnittsgelähmte) in der Milchsuppe Basel

sucht auf 1. Januar 1967 oder später

Krankenschwestern

Krankenpfleger

Die Besoldungen entsprechen den Ansätzen des Bürgerspitals. 5-Tage-Woche.

Anfragen und Offerten sind an die Oberin des Pflegedienstes, Bürgerspital Basel, zu richten.

Wir suchen

dipl. Krankenschwestern

Bieten gute Anstellungsbedingungen in geregelterm Betrieb. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Bezirksspitals 3506 Grosshöchstetten.

**Brissago - Lago Maggiore
Tessin**

Zimmer zu vermieten

Fr. 8.— pro Bett. Für Mitglieder des SVDK Fr. 6.— pro Bett (inbegriffen Kurtaxe, Bad und Licht). — Fam. Enzo Castelli, inf. dipl., Casa Gandin, 6614 Brissago, Tel. 093 8 11 48.

Jüngerer Mann, gelähmt (Polio), sucht dringend für sofort

Schwester oder Pflegerin

für Chronischkranke. Absolut selbständiger Posten. Pflege, Führung des Haushalts. Zuschriften sind zu richten unter Chiffre 3814 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Etablissement de Suisse romande cherche

infirmière-chef

Poste intéressant avec responsabilités. Pour tous renseignements écrire sous chiffre 3816 ZK au département d'annonces Vogt-Schild S.A., 4500 Solothurn 2.

Wir suchen jüngern

Krankenpfleger

als Mitarbeiter auf der Abteilung. Eintritt nach Uebereinkunft. Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Bezirksspitals 3770 Zweisimmen.

Médecin spéc. ORL, cherche une

infirmière

pour la salle d'opération et la consultation. Entrée à convenir. Appartement d'une pièce à disposition. Semaine de cinq jours. Faire offre au Dr P. Stalder, Yverdon, téléphone 024 246 88.

Krankenhaus Wald ZH

sucht zu baldigem Eintritt

1 Operationsschwester 1 Narkoseschwester

Besoldung nach kantonalem Anstaltsreglement, geregelte Freizeit. Offerten sind erbeten an die Verwaltung Krankenhaus Wald ZH, Telefon 055 913 67.

Schwestern-Mäntel

aus Popeline, schiefergrau, changeant ganz doppelt, mit Kapuze und Gurt Fr. 159.—

aus Terylene mit Baumwolle, blau, ganz doppelt, mit Kapuze und Gurt Fr. 165.—
in grau Fr. 165.—

aus Loden, Fassung Raglan/Kymono, in bester Lodenqualität, grau, ganz gefüttert. mit und ohne Kapuze
Fr. 219.— und Fr. 236.—


Loden-Diem

Zürich, Limmatquai 38, Tel. 051 / 32 62 90

SILENT GLISS
löst jedes
Vorhang-
einrichtungs-
problem

geräuschlos - elegant - modern. Bewährte Schleuder-, Schnur- und Bühnenzüge. Neu: der Elektrozug.
Wir beraten Sie gerne. Verlangen Sie ausführliche Unterlagen.



 Keller + Co. Metallwarenfabrik, 3250 Lyss, Telefon 032 842742/43

10 b 14

Wir suchen als Stationsschwester für unsere Privat-
abteilung eine gutausgewiesene

Krankenschwester

die sich in der Betreuung von Betagten, teils pflege-
bedürftigen Leuten, auskennt. Anstellungsbedingungen
nach kantonalem Reglement.

Offerten erbeten an das Kantonale Krankenhaus Wäcker-
lingstiftung, 8707 Uetikon am Zürichsee, Telefon 051
74 14 33.

Wir suchen in unser modern eingerichtetes Pflegeheim

1 diplomierte Pflegerin für Chronischkranke

Eintritt nach Vereinbarung. Ueber die Anstellungsbedingungen
erteilen wir gerne die entsprechenden Auskünfte.
Offerten sind erbeten an die Verwaltung Evangelisches Pflege-
heim, 9008 St. Gallen, Lettenstrasse 24, Telefon 071 24 95 44.

Unsere alten und kranken Leute wünschen sich sehnlich eine
liebvolle und tüchtige

Gemeindeschwester

(auch eine Hilfspflegerin kommt unter Umständen in Frage), die
sich nicht nur für die medizinische, sondern ebenso für die soziale
Seite ihrer Arbeit interessiert. Ein neuer VW steht für die ab-
wechslungsreiche Tätigkeit in unserer schönen Voralpenlandschaft
über dem Bodensee (unweit St. Gallen) zur Verfügung. Gute
Arbeitsbedingungen.
Anfragen an Pfarrer F. Jehle, 9035 Grub AR, Telefon 071 91 17 58.

L'Administration communale lausannoise, Service sani-
taire des écoles, cherche

infirmière diplômée

porteuse du diplôme en hygiène sociale. Expérience de
quelques années dans les hôpitaux ou le travail social.
L'intéressée travaillera plus particulièrement dans les
écoles secondaires.

Offres à adresser à la Direction des écoles, Service
sanitaire, Casino de Montbenon, 1002 Lausanne.

Der Stadtärztliche Dienst Zü-
rich sucht für das **Kranken-
heim Bombach**, Limmattalstrasse 371,
8049 Zürich 10, eine

Kranken- schwester

die fähig und bereit ist, auch
verantwortungsvollere Aufgaben
zu übernehmen.

Stellenantritt am 1. Januar 1967
oder nach Uebereinkunft. Die
Besoldung richtet sich nach den
städtischen Reglementen. Pen-
sionsversicherung oder Spar- u.
Hilfskasse. Geregelter Arbeits-
und Freizeit.

Interessentinnen sind gebeten,
sich telefonisch oder schriftlich
mit dem Stadtärztlichen Dienst
Zürich, Walchestrasse 33, 8035
Zürich 6, Telefon 051 28 94 60,
in Verbindung zu setzen.
Zürich, 29. Oktober 1966.

Der Vorstand
des Gesundheits- und
Wirtschaftsamtes

Das **Stadtspital Waid Zürich** sucht

dipl. Krankenschwestern

für die rheumatologisch-geriatrische und chronisch-therapeutische Abteilung. Neuzeitliche Anstellungsbedingungen gemäss städtischer Verordnung. — Anmeldungen sind zu richten an den Verwaltungsdirektor des Stadtspitals Waid, Tièchestr. 99, 8037 Zürich, Tel. 051 42 12 00.

Krankenhaus Thalwil

Wir suchen zu baldigem Eintritt tüchtige,

dipl. Krankenschwester

Wir bieten: Gute Zusammenarbeit, geregelte Freizeit, Fünftagewoche, Besoldung nach kantonalem Reglement. Für die Entgegennahme von Bewerbungen und Anfragen steht die Oberschwester gerne zur Verfügung. — Krankenhaus Thalwil, 8800 Thalwil, Tel. 051/92 01 82.

L'Hôpital cantonal de Lausanne cherche pour ses différents services

infirmières et infirmiers diplômés en soins généraux infirmières HMI

Les offres sont à adresser à la direction de l'Hôpital cantonal, 1000 Lausanne.

Bezirksspital Moutier

sucht für 1. Januar 1967 oder nach Uebereinkunft

2 dipl. Krankenschwestern

Gehalt nach Vereinbarung. — Weitere Auskunft erteilt gerne die Verwaltung (Telefon 032 93 31 31).

Psychiatrische Klinik im Bündnerland sucht

dipl. Krankenschwestern

Günstige Anstellungsbedingungen. Anrechnung der Dienstjahre. Es besteht die Möglichkeit, dem Unterricht unserer Schüler beizuwohnen; eventuell das Diplom als Psychiatrieschwester in zweijähriger Lehre zu erwerben.

Wir sind auch für kurzfristige Hilfen dankbar.

Auskunft erteilt Ihnen gerne die Direktion der psychiatrischen Klinik Beverin, 7499 Cazis (bei Thusis), Telefon 081 81 12 27.

Die **Aargauische Mehrzweckheilstätte Barmelweid** sucht

diplomierte Krankenschwestern

Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche. — Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester der Heilstätte Barmelweid bei Aarau.

Klinik Linde, Biel

Wegen Erweiterung unserer Privatklinik suchen wir

2 Operationsschwestern

2 Stationsschwestern

2 erfahrene Spitalgehilfinnen (für den Operationssaal)

Als Richtlinien für die Entlohnung gelten bei uns die Ansätze der kantonalen Universitätskliniken.

Für die Klinik Linde AG, Biel, Blumenrain 150, die Oberschwester Bethli Eberhard, Telefon 032 3 81 81.



Für Krankenpflegerin Fr. 69.-

Garantie 1 Jahr

Gutausgearbeitetes Werk, 17 S., stossicher, wasserdicht

Die gleiche, grösser, für Krankenpfleger Fr. 69.-

Verlangen Sie Auswahlendung ohne Kaufzwang bei

Montres Suava, La Chaux-de-Fonds

Avenue Léopold-Robert 75

L'Hôpital Pourtalès à Neuchâtel cherche pour entrée immédiate ou à convenir

2 infirmières diplômées 2 infirmières instrumentistes

Bonnes conditions de travail, salaire et congés.
Prière d'adresser les offres et prétentions avec curriculum vitae à la direction de l'hôpital, Maladière 45.

Für unsere allgemeine Männerabteilung suchen wir einen selbständigen

Pfleger

Geregelte Freizeit und gute Anstellungsbedingungen sind zugesichert. Eventuell Vierzimmerwohnung zur Verfügung.
Wir sind auf dem Land, nahe Bern, und bitten Offerten unter Chiffre 3820 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2, zu richten.

Krankenhaus Flawil

Für unsern neuzeitlich eingerichteten chirurgischen Betrieb suchen wir

leitende Operationsschwester zweite Operationsschwester Narkoseschwester oder Narkosepfleger

Arbeitsbedingungen und Entlohnung nach kantonaler Dienst- und Besoldungsordnung.

Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Krankenhauses Flawil, 9230 Flawil, Telefon 071 83 22 22.

Stellenangebot

Die Gemeinde **Stammheim ZH** sucht auf den 1. Januar 1967 eine

Gemeindeschwester

Besoldung, Pensionskasse, Freizeit- und Ferienregelung gemäss den neuesten Ansätzen des SVDK. Eine sonstige Dreizimmerwohnung steht zur Verfügung.

Anfragen und Anmeldung sind zu richten an den Präsidenten der Krankenpflegekommission, Herrn Ernst Deringer, Sattlermeister, 8476 Unterstammheim, Telefon 054 9 11 87.

Zur Ergänzung des Personalbestandes suchen wir noch einige

diplomierte Krankenschwestern und -Pfleger

Unsere Universitätskliniken bieten eine Vielfalt interessanter Arbeitsplätze. Fünftagewoche, neuzeitliche Lohnverhältnisse.

Anmeldung nimmt das Personalbüro für das Pflegepersonal entgegen, wo weitere Auskünfte gerne erteilt werden.

Personalbüro II, Verwaltung Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8006 Zürich, Telefon 051 32 98 11, intern 2831.

Gesucht wird

Gemeindeschwester

für ambulante Pflege. Angenehme Arbeitsbedingungen und schöne Wohnung vorhanden. Pauschalentschädigung f. Auto. Lohn und Freizeit werden vertraglich geregelt. Eintritt baldmöglichst. Nähere Auskunft erteilt der Präsident des Krankenpflegevereins Bichelsee TG, Franz Münst, Loh, 8362 Balterswil, Telefon 073 4 36 17.

Der Verein für Krankenpflege Herisau AR sucht eine diplomierte, eventuell

Gemeinde-krankenschwester

wenn möglich mit Fahrbewilligung. Auto (VW) steht zur Verfügung. Stellenantritt am 1. Januar 1967 oder später. Bewerbungen mit Zeugnissen und Tätigkeitsausweis an X. Locher, Bergstrasse 24, Herisau AR, Telefon 071 51 15 82.

Die Gemeinde Hilterfingen am Thunersee sucht auf 1. Dezember 1966 für etwa fünf Monate eine gutausgebildete, pflichtbewusste

Krankenschwester

als Vertreterin unserer Gemeindekrankenschwester. Anmeldungen sind mit den üblichen Unterlagen und Gehaltsansprüchen an die Gemeindeschreiberei 3652 Hilterfingen zu richten.

Pflegerin oder Krankenschwester

gesucht zu verwitweter, ehemaliger Krankenschwester, invalid, bettlägerig. Offerten erbeten an: Frau Olga Cali, 87, Pérolles, 1700 Fribourg.

zur Belebung Ihrer Nieren die **CONTREX** Kur

Durch Ihre Nieren, diese einzigartigen Filter, sondert Ihr Blut die im Organismus gesammelten Abfallstoffe ab. Für Ihre Gesundheit ist es unerlässlich, dass diese Abfallstoffe (Harnstoff, Harnsäure) gut ausgeschieden werden, dass Ihre Nieren Tag für Tag unvermindert leistungsfähig bleiben. Helfen Sie Ihren Nieren ihre Aufgabe erfüllen! Beleben Sie sie mit dem seit zweihundert Jahren, wegen seiner diuretischen Eigenschaften, bekannten Mineralwasser aus Contrexéville. Trinken Sie morgens und abends ein grosses Glas Contrex und zu den Mahlzeiten den Rest der Flasche!

täglich eine
Flasche **CONTREX**
fördert
die Absonderung



Natürliches kalziumsulfathaltiges
Mineralwasser

64-55



Das **Spital Bauma ZH** sucht für sofort oder nach Vereinbarung eine

Krankenschwester

auf neu eingerichtete Krankenabteilung. Besoldung nach kantonalem Tarif. Geregelter Freizeit.

Offerten unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage der üblichen Unterlagen erbeten an Chefarzt Dr. H. Helmig, Spital Bauma, 8494 Bauma.

Gesucht auf anfangs Januar 1967 im Raume Zürich in modern eingerichtete chirurgische Privatklinik zur Assistenz bei Operationen und Pflege einiger Leichtkranker

dipl. Krankenschwester mit Operationssaalerfahrung

sowie baldmöglichst oder nach Vereinbarung

erfahrene Operationssaal-Schwesternhilfe

Geregelte Arbeitszeit, kein Notfalldienst, angenehmes Arbeitsklima, externe Stelle, gute Besoldung.
Offerten freundlicher, pflichtbewusster Bewerberinnen unter Beilage von Zeugnisabschriften erbeten unter Chiffre 3818 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Für die evangelisch-reformierte Kirchgemeinde St. Leonhard in Basel suchen wir auf den 1. Januar 1967 oder nach Vereinbarung eine dritte

Gemeindeschwester

Vielseitige, selbständige Arbeit. Autofahren von Vorteil, aber nicht Bedingung. Anstellung nach NAV. Zur Verfügung moderne Zweizimmerwohnung.
Auskunft und Anmeldung bei der Präsidentin der Krankenpflege St. Leonhard, Frau A. Burckhardt, Kanongasse 21, Basel, Telefon 061 24 11 84.

Wir suchen
per sofort
oder nach Übereinkunft

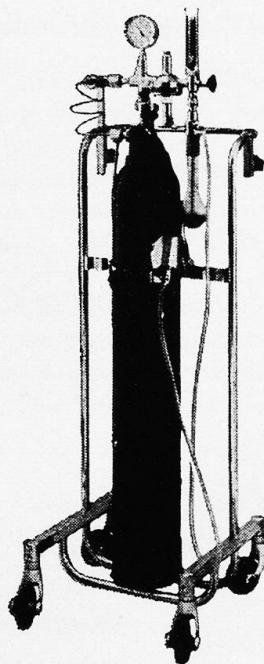
1 Narkoseschwester

1 Hebamme

1 dipl. Krankenpfleger

Wir bieten angenehmes
Arbeitsklima, zeit-
gemässe Entlohnung,
Fünftagewoche,
Pensionskasse

Offerten sind zu richten
an die Verwaltung
des Krankenhauses
Wattwil, 9630 Wattwil
Telefon 074 7 10 21



O₂-Flaschenwagen M-4

standsicher, verchromt, mit fixiertem
Durchflussmesser mit oder ohne
Absaugvorrichtung
Infusionsstange usw.

Alle Medizinalgase
Zentrale Gasversorgungsanlagen

Sauerstoff- & Wasserstoff-Werke AG. Luzern

6002 Luzern

8404 Winterthur

1800 Vevey



BIO-STRATH



**Rheuma
Elixier Nr. 5**

**gegen Rheuma
Arthritis**

Auf Basis von Hefe und Heilpflanzen

In Apotheken und Drogerien

BIO-STRATH

Organpräparate

- 1** **Kreislauf-Tropfen**
IKS Nr. 30033
- 2** **Entzündungswidrige Magen-Darm-**
Tropfen mit Bryonia und Arnika
IKS Nr. 30037
- 3** **Blutreinigungs-Tropfen**
IKS Nr. 30035
- 4** **Herz-Tropfen**
IKS Nr. 30047
- 6** **Leber-Galle-Tropfen**
IKS Nr. 30038
- 7** **Nieren-Blasen-Tropfen**
IKS Nr. 30042
- 8** **Schlaf-Beruhigungs-Tropfen**
IKS Nr. 30049
- 9** **Magen-Tropfen**
IKS Nr. 30041
- 10** **Frauen-Tropfen**
IKS Nr. 30045
- 12** **Husten-Tropfen**
IKS Nr. 30044

**Auf Basis von Hefe und Heilpflanzen
In Apotheken und Drogerien**

Für das im Laufe des Frühjahrs 1967 beziehbare neue **Alters- und Pflegeheim Ruggacker** in Dietikon suchen wir:

1 leitende Schwester für die Pflegeabteilung

1 dipl. Schwester

2 dipl. Chronischkrankenpflegerinnen

Das moderne Heim mit 62 Betten und einer getrennten, neuzeitlichen Pflegeabteilung bietet dem Personal sonnige Unterkünfte mit Balkon, geregelte Freizeit, Besoldung nach kantonalem Reglement, Pensions- oder Sparversicherung.

Bewerbungen sind zu richten an die **Heimleitung Ruggacker, Bremgartnerstrasse 39, 8953 Dietikon**, Telefon 051 88 42 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. AG, 4002 BASEL

Gesucht in kleinen, gepflegten Privathaushalt in Zürich (zwei Personen) für älteren Herrn (leicht pflegebedürftig, geistig sehr rege) eine freundliche, kräftige

Pflegerin

welche auch gerne das Kochen übernimmt. Putzfrau kommt regelmässig. Keine Wäsche. Sehr guter Lohn, gutgeordnete Freizeit. — Offerten unter Chiffre 3817 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Service d'hospitalisation des Policliniques universitaires de chirurgie et de médecine (Prof. Dr Eric Martin et Prof. Dr René Patry) cherche pour entrée immédiate ou à convenir

2 infirmières diplômées

Faire offres à M. le Professeur Dr Eric Martin, Policlinique universitaire de médecine, 24, rue Micheli-du-Crest, 1205 Genève.

Das **Basler Kinderspital** sucht einige

Krankenschwestern

Tüchtige, aufgeweckte u. exakt arbeitende Schwestern finden ein interessantes Arbeitsgebiet. Besoldung nach kantonaler Verordnung, Fünftagewoche, geregelte Arbeits- und Freizeit. —

Handschriftliche Anmeldung mit Lebenslauf und Zeugniskopien sind an die Oberschwester zu richten.

Fissan vous aide à soulager!

Pour les soins aux malades et blessés

la Poudre et la Pâte Fissan, à base de Labiline® (albumines du lait suractivées), sont particulièrement indiquées. Elles calment les démangeaisons et guérissent rapidement les inflammations et irritations.

En outre, la Pâte Fissan cicatrise

les plaies, coupures, écorchures, brûlures et gelures au 1^{er} degré. En dermatologie, elle est recommandée pour le traitement des ulcères, rhagades, eczémas (à moins que l'emploi d'un corps gras ne soit pas indiqué).

Pour les soins aux nourrissons

Les meilleurs résultats sont obtenus en utilisant conjointement la poudre Fissan (parfumée ou non-parfumée) et la Pâte Fissan. Tous deux sont exempts d'acide borique.

F. Uhlmann-Eyraud S.A., Genève-Zurich



B+C

Bezirksspital Zofingen AG

Wir suchen zum baldigen Eintritt

dipl. Krankenschwestern

für Chirurgische Abteilung, Medizinische Abteilung und Gynäkologische Abteilung

dipl. Wochen- und Säuglings- pflegerinnen

dipl. Hebammen

Zeitgemässe Besoldung nach kantonaler Verordnung. Fünftagewoche.

Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester oder den Verwalter, die auch gerne nähere Auskunft erteilen. Telefon 062 8 31 31.

Entraide protestante du Borinage (Belgique) engage infirmières et gardes- malades diplômées

- 1° Externes pour visiter malades à domicile,
- 2° internes pour ses homes de vieillards et réfugiés, malades et infirmes.

Conditions financières intéressantes. Frais de voyage remboursés. Voiture automobile aux frais de l'Entraide. Mise à disposition d'une maison meublée. Femme de ménage une fois par semaine. Travail indépendant. Ecrire 34, rue d'Arlon, **Bruxelles 4.**

Das Kantonsspital Frauenfeld sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

dipl. Krankenschwestern

für chirurgische und medizinische Abteilung (Chefarzt Dr. med. R. Gonzenbach), in Dauerstelle oder nur für Ferienvertretung. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche. Offerten mit Zeugniskopien erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals, 8500 Frauenfeld TG.

Wer möchte Südamerika kennenlernen?

Deutsche Privatklinik (Chirurg. Abt.) in Santiago (Chile) sucht

2 oder 3 dipl. Kranken- schwestern

Angenehme Arbeitsbedingungen und Besoldung. Bei dreijährigem Vertrag bezahlte Hin- und Rückreise! Persönliche Auskunft erteilen gerne zwei Schweizerinnen, die zurzeit noch in dieser Klinik arbeiten. Baldige Anmeldungen mit kurzem Lebenslauf sind zu richten an: Clinica Alemana, Señor C. Kästner, Casilla 3737, Santiago, Chile, Südamerika.

Krankenhaus 8805 Richterswil am Zürichsee

sucht zu baldmöglichem Eintritt

1 diplomierte Narkoseschwester (-pfleger)

1 diplomierte Krankenschwester

(eventuell als Dauernachtwache)

Unsere Anstellungsbedingungen richten sich nach kantonalem zürcherischem Reglement. Fünftagewoche.

Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester des Krankenhauses.

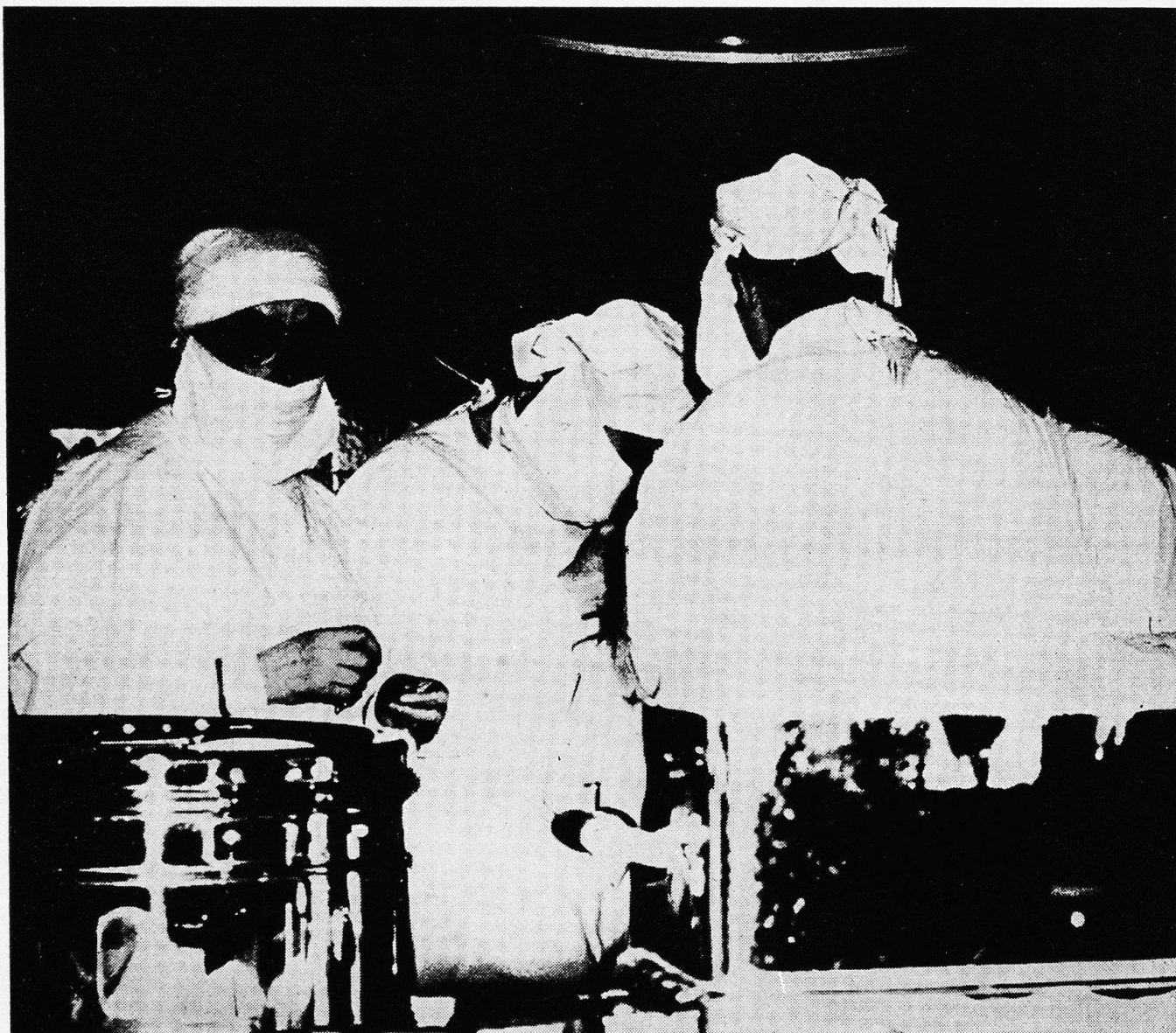
Klinik Wilhelm Schulthess in Zürich, Chefarzt Dr. med. N. Gschwend, sucht

dipl. Krankenschwester

für den Operationssaal. Anlernung möglich. Geregelter Arbeits- und Freizeit. Angenehmes Arbeitsklima. Eintritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind erbeten an die Betriebsdirektion der Klinik Wilhelm Schulthess, Neumünsterallee 3, 8032 Zürich.

**Vor jeder
Operation und Injektion**



Merfen[®]-Tinktur

gefärbt

Zyma AG Nyon

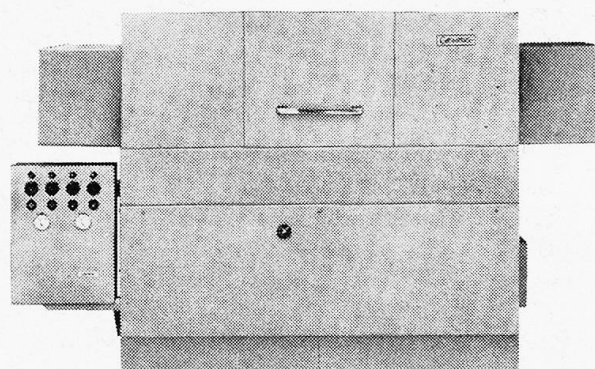
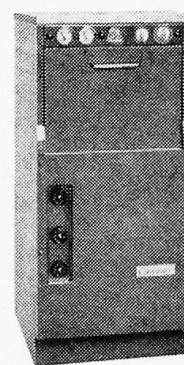
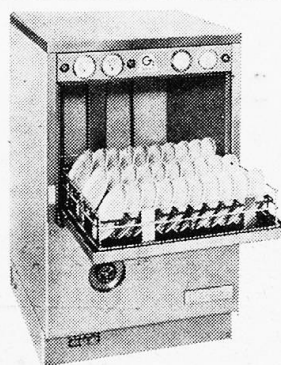
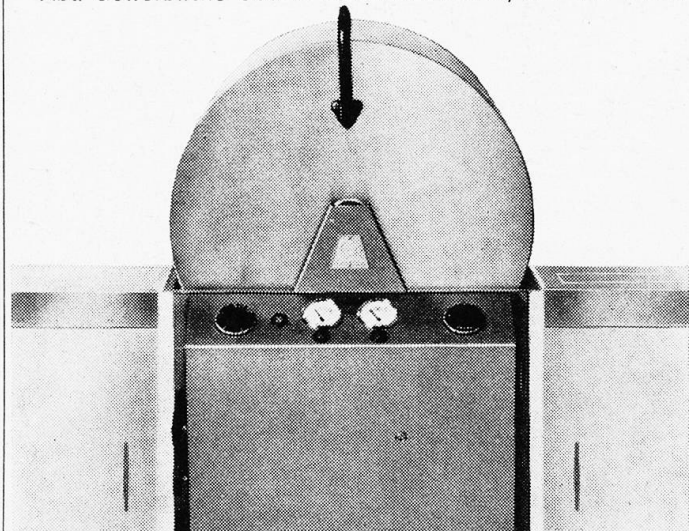
Optimale Operationsvorbereitung durch
Hautdesinfektion mit Merfen[®]-Tinktur
gefärbt.

Merfen[®]-Tinktur gefärbt ist hoch bak-
terizid und gut gewebsverträglich.

GEHRIG

DIE schweizerische Fabrik
für gewerbliche Geschirrwashmaschinen
Unsere Spezialisten planen für Sie und beraten Sie fachmännisch
Verlangen Sie Spezialprospekte
oder unsern unverbindlichen Besuch
Anerkannt gut ausgebauter Servicedienst

F. Gehrig + Co. AG 6275 Ballwil LU
Fabrik elektrischer Maschinen und Apparate
Abt. Gewerbliche Geschirrwashmaschinen, Tel. 041 89 14 03



COSMOS - Fahrzeuge unentbehrlich im modernen Betrieb

Für sämtliche Abteilungen haben wir geeignete Fahrzeuge, alle dank den bekannten COSMOS-Kugellagerrollen erstaunlich leicht und leise laufend!

- Servierwagen und Abräumwagen
- Instrumenten- und Verbandwagen
- Wäschewagen für die schmutzige, nasse und saubere Wäsche
- Abfallsackwagen
- Putzdienstwagen
- Patientenwagen
- Nachtfahrstühle
- heizbare Speisetransportwagen



Abräumwagen

Verlangen Sie Beratung und ausführliche Offerten bei

COSMOS B. Schild & Co. AG, 2501 Biel ☎ 032 283 34-35

AZ
4500 Solothurn 2

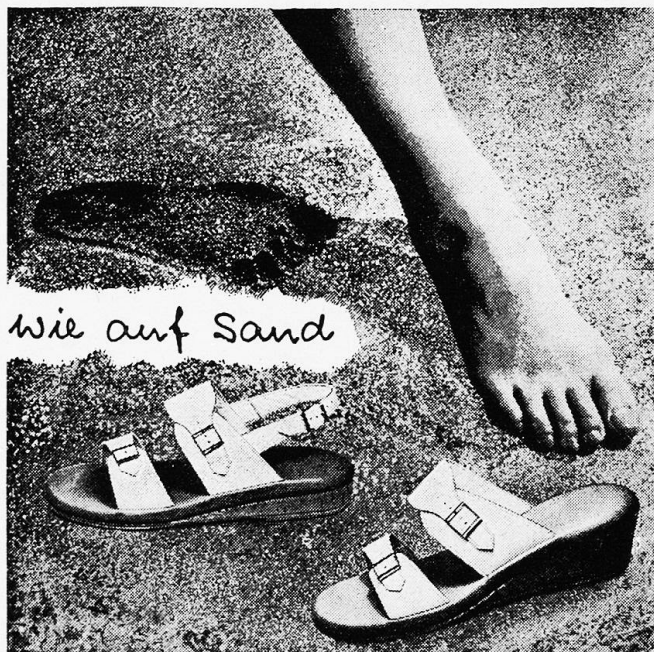
*
GR

300/D

Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen

B e r n

Wundervoll weich, beschwerdefrei



...ich bin begeistert... Nichts mehr von Müdigkeit... Kalte Füße kenne ich nicht mehr... Ich kann mich kaum mehr von den Schuhen trennen... Meinen Füßen ist noch nie so wohl gewesen...

so schreiben uns Kunden aus aller Welt. Viele Tausende tragen die patentierten Knellwolf-Sandaletten mit Begeisterung.

Die ideale Fussbekleidung für Krankenschwestern.

Modell G Fr. 39.80
Standardmodell . . . Fr. 69.80

Gratisprospekt, Auswahlsendungen nach auswärts. Samstags den ganzen Tag geschlossen.

hc — knellwolf

orthopädie Tel. 051 / 34 06 40
Haldenbachstr. 21, 8006 Zürich

Die patent. Knellwolf-Sandalette