

Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières
Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger
Band: 60 (1967)
Heft: 1

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: 25.12.2025

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

Zeitschrift für Krankenpflege

Herausgegeben vom
Schweizerischen Verband
diplomierter
Krankenschwestern und
Krankenpfleger

627

Revue suisse des infirmières

Edité par
l'Association suisse
des infirmières
et infirmiers diplômés

Solothurn / Soleure
Januar 1967
Janvier 1967

**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

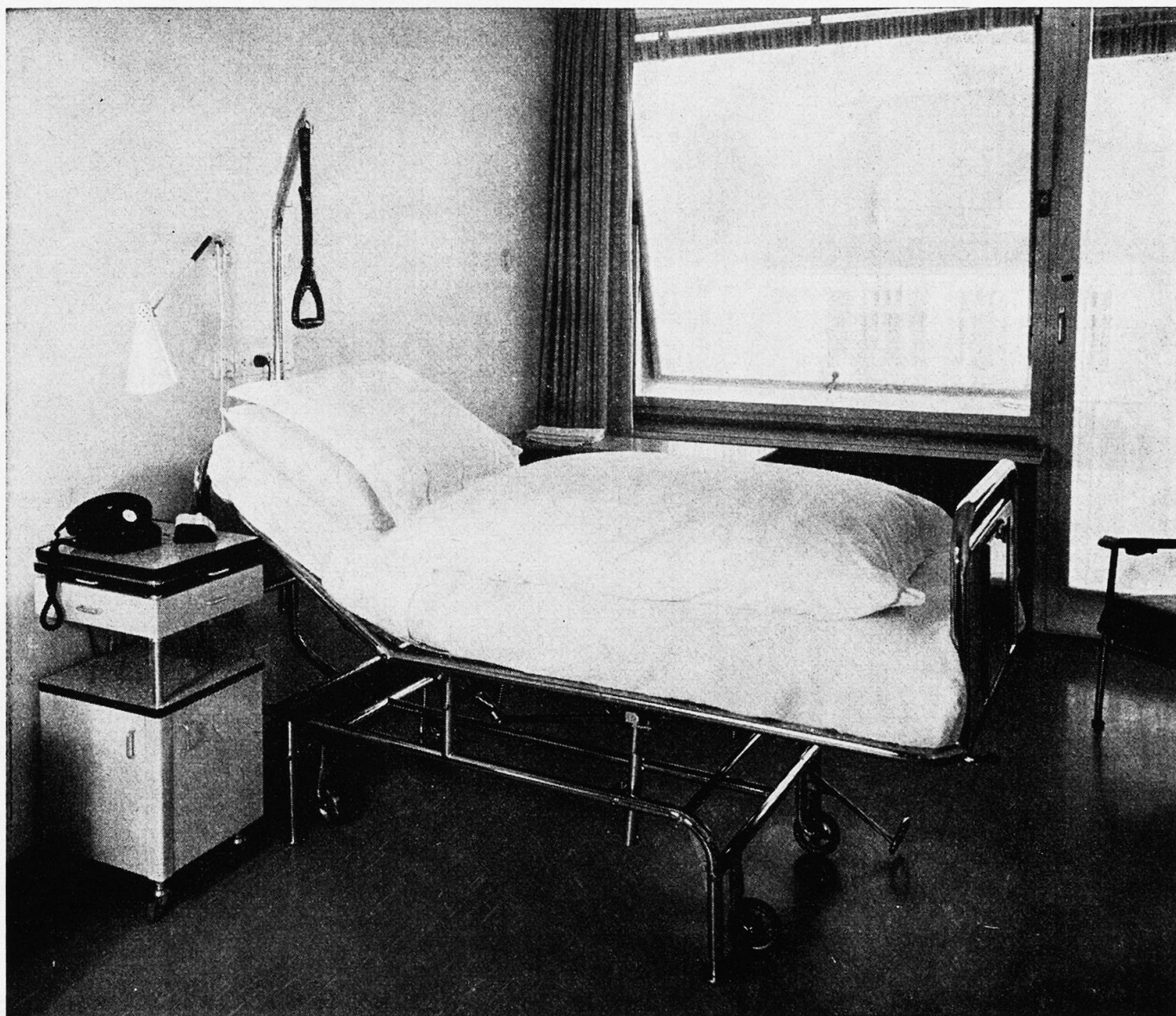
Die Sektionen - Les sections

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 Ticino	Schw. L. Giubellini, Paradiesstrasse 27, 9000 Sankt Gallen, Telefon 071 22 39 34 Signorina Angela Quadranti, Ospedale San Gio- vanni, 6500 Bellinzona, Telefon 092 5 17 21	Schw. Elsa Kunkel 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 Baldegg; 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



Krankenbett } **LHG** à la Maternité de Lausanne
Lit d'hôpital }

Korber & Fils S.A. 1530 Payerne

Meubles d'hôpitaux Spitalmöbel

Téléphone 037/6 12 85

Fissan hilft Ihnen helfen!

Bei Wundliegen

sind Fissan-Puder und Fissan-Paste mit Labilin® (aktiviertes Milcheiweiss) eine besonders wertvolle Hilfe. Sie beruhigen wundte Haut und heilen Reizungen rasch und sicher. Fissan-Paste wirkt ausserdem schmerzlindernd und heilend bei

Wunden, Schürfungen, Verbrennungen und Erfrierungen 1. Grades. Aber auch Dermatologen verwenden sie zur Pflege von Ulcera, Rhagaden und Ekzemen (sofern die Hautkrankheiten nicht fettfreier Behandlung bedürfen).



In der Säuglingspflege

werden durch die kombinierte Anwendung von Fissan-Puder (parfümiert oder unparfümiert) und Fissan-Paste die besten Resultate erzielt. Beide Produkte sind frei von Borsäure.

F. Uhlmann-Eyraud S.A., Genève-Zürich

B+C



Das **Kinderdorf Pestalozzi** sucht eine

dipl. Kranken- oder Kinderschwester

Es kann ein selbständiges Arbeitsgebiet und eine vielseitige, interessante Tätigkeit geboten werden. Sprachkundige Bewerberinnen, die gerne in der von zwölf Nationen (Europa, Asien, Nordafrika) gebildeten Kinderdorfgemeinschaft den Kranken- und Gesundheitsdienst versehen möchten, sind höflich ersucht, sich mit ausführlichen Unterlagen (Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Photo) zu melden. Dienstantritt Frühjahr 1967.

Leitung des Kinderdorfes Pestalozzi, 9043 Trogen, Telefon 071 94 14 31.

Kreuzschmerzen.

Wie vermeiden? — Wie heilen? Dr. J. Rippstein.
Der Separatdruck kann beim Zentralsekretariat, Choisystr. 1,
3000 Bern, zum Preis von 80 Rappen (+10 Rappen Porto)
bezogen werden.

Sie sind Sekretärin

reisen gerne und sind als Krankenschwester ausgebildet

Ein älterer Geschäftsmann, welcher oft Ueberseereisen unternehmen muss, bietet Ihnen eine nicht alltägliche Position an. Als Privatsekretärin sollen Sie fähig sein, die vielseitigen Sekretariatsaufgaben selbständig zu erledigen.

Die Stelle setzt absolute Diskretion, Beherrschung von Deutsch, Englisch und Französisch, Gewandtheit im Auftreten sowie tadellose Referenzen voraus.

Einer erfahrenen, 35- bis 40jährigen Bewerberin werden abwechslungsreiche, verantwortungsvolle Tätigkeit und den hohen Anforderungen entsprechende Salarierung geboten.

Wenn Sie sich von diesem aussergewöhnlich interessanten Posten angesprochen fühlen, senden Sie bitte Ihre Offerte mit den üblichen Unterlagen und handgeschriebenem Begleitbrief unter Kennziffer Z 305 an

Dr. H. Schwing, dipl. Ing. ETH
Konsulent für Organisation und Personalfragen
Auf der Mauer 17, 8001 Zürich, Telefon 051 47 73 47

Im Frühjahr 1967 verlassen uns fünf jüngere, tüchtige Schwestern, da sie sich im Ausland weiterbilden möchten.

Als Ersatz dafür suchen wir gutausgewiesene und qualifizierte,

diplomierte Schwestern

für unsere chirurgische Abteilung und Wachstation. Stellenantritt nach Uebereinkunft.

Zeitgemässe Arbeitsbedingungen: Fünftagewoche, Besoldung nach kantonalem Lohnregulativ.

Anmeldungen mit den üblichen Bewerbungsunterlagen an die Direktion des Kantons-
spitals 8596 Münsterlingen TG.

Die **Schule der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich** sucht auf Frühjahr 1967

Schuloberin und Schulschwester oder -pfleger

Anforderungen: Aufgeschlossene Persönlichkeit mit pädagogischem Geschick, Freude am Erteilen von Unterricht, Erfahrung im Pflegedienst. Diplom der Psychiatriekrankenpflege erwünscht, jedoch sind nicht beide Bedingung.

Bewerberinnen mit Ausweisen über den Besuch der Fortbildungskurse des Schweizerischen Roten Kreuzes erhalten den Vorzug.

Wir bieten: der Aufgabe entsprechende Besoldung und gute Sozialleistungen.
Anmeldungen mit den üblichen Bewerbungsunterlagen erbeten an die

Leitung der Schule für Psychiatriekrankenpflege, Lenggstrasse 31, 8008 Zürich, Telefon 051 53 10 10.



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.

Das neue Kreisspital Bülach-Zürich sucht

dipl. Krankenschwester

Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche.

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



seit Jahren spezialisiert in Aerzte- und Spitalbedarfsartikeln,
chirurgischen Instrumenten und medizinischen Apparaten

Eigene Werkstätten. Prompter Reparaturservice

Wullschleger & Schwarz

Telefon (061) 23 55 22

4001 Basel

Unterer Heuberg 2-4

Die **Universitäts-Frauenklinik Basel** sucht zum baldmöglichsten Eintritt oder nach Vereinbarung

2 oder 3 Instrumentierschwestern

für den Operationssaal.

Fünftagewoche, gut ausgebaute Fürsorgebestimmungen, Gehalt je nach beruflicher Ausbildung und Erfahrung.

Interessentinnen richten ihre Offerte unter Beilage von Lebenslauf, Diplom, Arbeitszeugnissen und Passphoto an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46.

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.

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)**.

Das **Bezirksspital Thun** (Neubau) sucht selbständigen, tüchtigen, diplomierten Pfleger (eventuell Krankenschwester) als

1. Operationspfleger(in)

in vielseitigen, lebhaften Operationsbetrieb (Extensionen, Gipsverband, Gehapparate, eventuell Röntgen). Zeitgemässe Anstellungsbedingungen.

Stellenantritt sofort oder nach Uebereinkunft.

Anmeldungen an den Verwalter.

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 seine Krankenpflegeschule

zwei Schulschwestern

für den Unterricht in praktischer und theoretischer Krankenpflege und zur Betreuung der Schülerinnen.

Spezielle Ausbildung ist erwünscht, aber nicht Bedingung. Sie kann bei Eignung nachgeholt werden.

Zeitgemässe Anstellungsbedingungen hinsichtlich Besoldung und Unterkunft, geregelte Freizeit, auf Wunsch Externat.

Eintritt: 1. Januar 1967 oder nach Vereinbarung.

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

Anmeldungen sind erbeten an das Kantonsspital Aarau, Verwaltungsdirektion.

Bezirksspital Thun

Für unsern Neubau suchen wir

1 Operationsschwester

Wir bieten modernes Schwesternhaus und zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen. Herrliche Lage für Sommer- und Wintersport.

Bewerbungen mit Unterlagen an den Verwalter.

Für die reformierte Kirchgemeinde St. Leonhard in Basel suchen wir auf den 1. Juli 1967, nach Vereinbarung auch jederzeit früher, 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 Krankenfürsorge, Frau A. Burckhardt, Kanonengasse 21, Basel, Telefon 061 24 11 84.

La Croix-Rouge suisse

offre un poste intéressant au service des infirmières de son Secrétariat général, Berne.

Infirmière diplômée

désirant travailler dans le domaine de l'enseignement sanitaire de la population (organisation de cours de soins au foyer, de cours de puériculture, de cours d'auxiliaires hospitalières volontaires).

Nous demandons: que la candidate soit en possession d'un diplôme d'infirmières en soins généraux, qu'elle parle le français et l'allemand, qu'elle ait du goût pour l'enseignement, de l'initiative et, si possible, une certaine connaissance des travaux de secrétariat.

Nous offrons: activité variée, possibilité de se préparer à ce poste, conditions d'engagement intéressantes.

Für kleine medizinische Abteilung suchen wir eine

Dauernachtwache

Die Stelle würde sich auch für ältere Schwester gut eignen.

Stellenantritt nach Uebereinkunft. Besoldung nach kantonalem Lohnregulativ.

Anmeldung mit Bewerbungsunterlagen an die Direktion des Kantonsspitals 8596 Münsterlingen TG.

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, Entlöhnung 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.

Die **Kantonale Psychiatrische Klinik 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.

Inhaltsverzeichnis/ Sommaire

Bonne et heureuse année — Nicole-F. Exchaquet	2
Wünsche für ein glückliches Jahr — Nicole F. Exchaquet	3
Die Verbrennungskrankheit — Dr. med. F. Enderlin	5
Die plastische Versorgung Verbrannter — Dr. med. S. Krupp	8
Le traitement post-opératoire du moignon d'amputation — Dr J. Rippstein	11
Qualification du personnel hospitalier — Marcel Haas	17
Grundregeln der Berufsethik für die Krankenpflege	24
Die Genfer Konventionen — Anny Pfirter	25
Travail de diplôme — Catherine Bamberger-Paillard	27
Les migraines: ce qu'on a trouvé depuis vingt ans	30
Die Krankenpflege an einer Wegkreuzung — Kasimira Regli	33
Möglichkeiten der Versicherung gegen die Folgen von Invalidität und Alter — Erika Eichenberger	38
Sektionen - Sections	42
Vorurteile — Maria Meyer	48
Hilfsgeräte, der verlängerte Arm der Behinderten — Lotte Rosenfeld	50

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, Telefon 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. 12.— (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

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

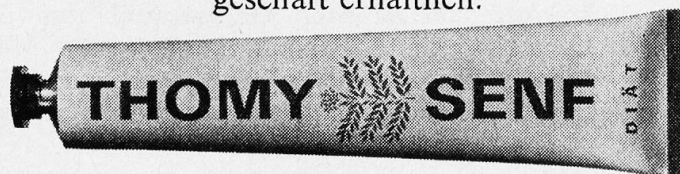
Schulschwester

neu 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 in Münsterlingen am Bodensee zu wenden.

Auch salzlos schmeckt's prima!



Thomy Diät-Senf macht es aus, dass der Patient seine Salzlos-Diät mit Appetit genießt. Denn Thomy Diät-Senf ist garantiert kochsalzfrei und doch fein rezent. Fleisch und Fisch, Gemüse, Rohkost und Salate werden, mit Thomy Diät-Senf bereichert, herrlich schmackhaft. Thomy Diät-Senf ist im Reformhaus und im Spezialgeschäft erhältlich.



1 Zeitschrift für Krankenpflege Revue suisse des infirmières

Januar 1967 60. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes
diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Janvier 1967 60^e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières
et infirmiers diplômés

L'Espérance est une petite fille de rien
du tout
Qui est venue au monde le jour de Noël de
l'année dernière.
Qui joue encore avec le bonhomme Janvier.
Avec ses petits sapins en bois d'Allemagne
couverts de givre peint.
Et avec son bœuf et son âne en bois d'Alle-
magne. Peints.
Et avec sa crèche pleine de paille que les
bêtes ne mangent pas.
Puisqu'elles sont en bois.
C'est cette petite fille pourtant qui traverse
les mondes.
Cette petite fille de rien du tout.
Elle seule, portant les autres, qui traversera
les mondes révolus.

Charles Péguy

Mit der Freude zieht der Schmerz
traulich durch die Zeiten,
schwere Stürme, wilde Weste,
bange Sorgen, frohe Feste
wandeln sich zur Seiten.
Gebe denn, der über uns
wägt mit rechter Waage,
jedem Sinn für seine Freuden,
jedem Mut für seine Leiden
in die neuen Tage.

J. P. Hebel

Bonne et heureuse année!

Chers membres de l'ASID,

Quand vous lirez ces lignes, 1967 sera déjà bien entamé et l'euphorie des fêtes de fin de l'an totalement dissipée.

C'est précisément à ce moment, où vous êtes de nouveau en plein travail, que mes vœux doivent vous atteindre. Ce ne sont pas des vœux de bonne chance, mais bien le souhait que vous puissiez vous-mêmes être les artisans de ce bonheur qui, je le désire, vous accompagnera sur votre route jusqu'au 31 décembre. Le bonheur dépend en grande partie du choix que nous faisons chaque jour et des décisions que nous prenons. Et certes dans le travail pesant et complexe qui est le vôtre, ce choix est souvent difficile à faire. N'êtes-vous pas tiraillés entre les trois secteurs de votre activité professionnelle, qui, selon les circonstances, vous attirent, vous fascinent ou vous rebutent:

- le secteur administratif qui, de par les fonctions qu'il implique, vous situe clairement dans la hiérarchie hospitalière;
- le domaine technique qui vous permet de participer de façon passionnante à la

« Le prochain nous est comme un miroir où nous trouvons la connaissance de nous-mêmes si nous l'aimons comme nous-mêmes. »
Simone Weil

recherche et au progrès scientifique de la médecine;

- et, bien entendu, les soins au malade, à ce malade qui est la raison d'être de l'hôpital et, n'est-il pas vrai, la raison aussi de notre entrée dans la profession?

L'article de Sœur Kasimira Regli, inclus dans ce numéro, situe ces trois pôles d'attraction de notre vie quotidienne et montre la difficulté où nous nous trouvons aujourd'hui d'établir un ordre de priorité parmi les activités relevant de ces divers domaines.

Pour que cette année vous soit vraiment bonne et heureuse, elle doit l'être aussi pour ceux qui vous sont proches, malades, membres et collègues de votre équipe de travail. Les rendre heureux n'est-ce-pas, par contre-coup, vous rendre heureux vous-mêmes? Que ce critère joue un rôle dans le choix clairvoyant que vous ferez, dans la juste décision que vous prendrez au jour le jour.

C'est bien là mon vœu en vous disant à tous: Bonne et heureuse année!

Nicole-F. Exchaquet, présidente

Etude des soins infirmiers en Suisse

L'« Etude de l'utilisation du personnel soignant » dans les services de malades va avoir lieu du 23 au 28 janvier 1967.

C'est l'aboutissement de près de treize mois de préparation intense à laquelle une trentaine d'établissements hospitaliers et un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers ont collaboré activement. Pour accomplir cette étude, environ 200 infirmières et élèves de troisième année seront libérées de leur activité quotidienne afin de participer tout d'abord à un cours de trois jours, les entraînant à leur tâche d'« observateurs » dans les services des divers établissements à étudier.

Les participants du cours de septembre à Zurich prendront la tête des opérations dans ces divers établissements.

Nous espérons recueillir de cette étude massive environ 150 000 données qui, reportées sur cartes perforées et mises en tableaux grâce à l'ordinateur électronique de l'OMS, nous permettront de découvrir de façon précise « qui fait quoi » aujourd'hui, parmi tout le personnel soignant, gravitant, à un titre ou à un autre, autour des malades de nos services hospitaliers.

Un prochain numéro de la Revue vous donnera des nouvelles sur le déroulement de cette vaste « Opération-Vérité » dans laquelle responsables des hôpitaux, des écoles d'infirmières et tant de membres de notre profession se sentent solidairement engagés.

Nicole-F. Exchaquet, directrice de l'Etude

Liebe SVDK-Mitglieder,

Wenn Sie diese Zeilen lesen, hat das Jahr 1967 schon begonnen und die Festtagstimmung ist verschwunden.

Doch gerade jetzt, da Sie wieder in voller Arbeit stehen, sollen meine Wünsche Sie erreichen. Es sind nicht allein Glückwünsche, sondern ich möchte Sie auffordern, selber an der Gestaltung Ihres Glücks, das Sie bis zum 31. Dezember begleiten möge, mitzuwirken. Aus Ihren täglichen Entscheidungen, aus der Wahl die Sie treffen erwächst Ihnen weitgehend Ihr Glück. Ohne Zweifel ist es oft schwierig, unter dem Druck der Arbeitslast die richtigen Entscheidungen zu treffen. Sind Sie denn nicht alle hin- und hergezogen zwischen den drei Bereichen Ihrer Berufstätigkeit, von welchen Sie sich den Umständen entsprechend angezogen, begeistert oder abgestossen fühlen:

- den organisatorischen Aufgaben, welche Ihnen auf Grund Ihrer Stellung in der Spitalhierarchie zufallen;
- dem medizinisch-technischen Bereich, der Sie in enge Beziehung zur wissenschaftlichen Forschung bringt und Sie

als Mitwirkende am Fortschritt begeistert,

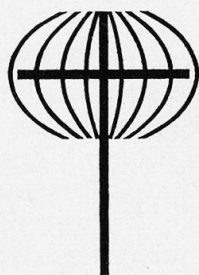
- und, selbstverständlich, dem Gebiet der Pflege, der Betreuung der Kranken, auf welchem ja der Zweck des Krankenhauses und die Wahl des Berufes, den Sie ergriffen haben, beruhen?

Der in dieser Nummer erscheinende Artikel von Schwester Kasimira Regli nennt ebenfalls diese drei Tätigkeitsbereiche und weist darauf hin, wie schwierig es heute oft ist, eine Dringlichkeitsrangliste aller Aufgaben aufzustellen.

Damit Ihnen dieses angefangene Jahr das ersehnte Glück bringt, muss es auch für Ihre Nächsten ein glückliches sein, für Ihre Kranken, für Ihre Kolleginnen und weiteren Glieder der Arbeitsequipe. Andere beglücken, nicht wahr, bedeutet selbst beglückt werden. Dieser Grundsatz möge sich auf alle Ihre täglichen Entscheidungen auswirken und Ihnen helfen, jeweils die richtige Wahl zu treffen.

Mit diesem Wunsch entbiete ich Ihnen ein herzliches: «Viel Glück zum neuen Jahr!»

Nicole F. Exchaquet, Präsidentin



Weltgebetstag der Frauen

Freitag, 10. Februar 1967

Thema: *Seines Königreichs wird kein Ende sein.* Lukas 1, 33.

«Allmächtiger und ewiger Gott, Tröster der Traurigen, Kraft der Leidenden, lass die Gebete derer, die aus irgendwelcher Trübsal heraus zu dir schreien, vor dich kommen; damit alle froh werden, weil sie erkennen, dass deine Barmherzigkeit in ihrer Bedrängnis mit ihnen ist; durch Jesus Christus unsern Herrn.»

(Gelasian, 5. Jahrhundert)

Alle näheren Auskünfte durch die Geschäftsstelle des Evangelischen Frauenbundes der Schweiz, Voltastrasse 27, Boldernhaus, Postfach, 8044 Zürich.

5. Präsidentinnenkonferenz

Am 3. Dezember 1966 fand in Bern die 5. Konferenz der Präsidentinnen und Sekretärinnen der elf SVDK-Sektionen statt. Es nahmen ebenfalls daran teil: die Mitglieder des Zentralvorstandes sowie die Zentralsekretärin, ihre Adjunktin und die Redaktorin der Zeitschrift. Mlle Nicole F. Exchaquet, Präsidentin des SVDK, leitete die Versammlung. Unter anderen Geschäften wurden folgende Fragen behandelt:

Stand der Verhandlungen hinsichtlich des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG).

Die *Arbeitsbewertung mit Anforderungsanalyse* für das Pflegepersonal, durchgeführt vom Betriebswissenschaftlichen Institut (BWI) der ETH, steht vor dem Abschluss.

Die *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz* (siehe nachfolgende Notiz).

Neues Reglement des SRK über die Anerkennung der Krankenpflegeschulen.

Die Mitgliedschaft des Zentralsekretariates und der Sektionen bei verschiedenen Organisationen, wie Bund schweizerischer Frauenvereine, Landeskonferenz für soziale Arbeit, Veska usw.

Das Versicherungsobligatorium für den Beitritt zum SVDK. Die Orientierungen und Umfragen, die in den Sektionen durchgeführt wurden, ergaben die mehrheitliche Ansicht, diese Bedingung sei abzuschaffen. Der definitive Beschluss wird an der Delegiertenversammlung gefasst.

Die *Delegiertenversammlung* findet dieses Jahr vom 26. bis 28. Mai in Genf statt. Das Programm ist noch nicht im Detail bekannt.

Die *Juniorenmitgliedschaft*: Der von der Kommission für öffentliche und internationale Beziehungen ausgearbeitete Reglementsentwurf (siehe Novembernummer, Seite 715) wird demnächst in den Sektionen studiert.

Ersatz der bisherigen *Mitgliedkarte* durch Coupon eines Einzahlungsscheins. Die Verhandlungen darüber sind noch nicht abgeschlossen.

Die Finanzkommission schlägt eine neue Einteilung der Beitragskategorien vor.

Die Versammlung zeigt sich befriedigt über den teilweise neu gestalteten Textteil des *SVDK-Kalenders*. Sie dankt der Kommission

für öffentliche und internationale Beziehungen für diese Neugestaltung.

Schwester Erika Eichenberger, Zentralsekretärin des SVDK, berichtet in kurzen Worten über ihre Studienreise von zwei Monaten, die sie durch die vier skandinavischen Länder führte. Sie hat dort eingehend allgemeine Fragen der Krankenpflege und im besonderen den Aufbau und die Organisation der Berufsverbände studiert.

Studie über das Pflegewesen in der Schweiz

Die «*Erhebung über die Tätigkeit des Pflegepersonals auf den Krankenabteilungen*» soll vom 23. bis 28. Januar 1967 durchgeführt werden. Ihr ging eine etwa 13monatige gründliche Vorbereitung voraus, an welcher rund 30 Krankenanstalten und eine grosse Anzahl Krankenschwestern und Krankenpfleger tatkräftig mitwirkten.

An der Durchführung dieser Erhebung werden etwa 200 Krankenschwestern sowie Schülerinnen des dritten Lehrjahres teilnehmen; sie werden vorgängig in einem dreitägigen Ausbildungskurs auf ihre Aufgabe als «Beobachter» in den dazu vorgesehenen Krankenanstalten vorbereitet. Für den reibungslosen Ablauf der Erhebung in den einzelnen Krankenhäusern sind die Teilnehmer des im September in Zürich durchgeführten Kurses verantwortlich.

Wir erwarten von dieser umfassenden Untersuchung ungefähr 150 000 Angaben, welche dann mit Hilfe des «Computers» der Weltgesundheitsorganisation auf Lochkarten und Tabellen übertragen werden. Die Auswertung dieser Daten soll uns dann aufzeigen, «wer was tut», das heisst, welche Tätigkeit das Pflegepersonal verschiedener Kategorien heute in unseren Krankenhäusern ausübt.

Eine der nächsten Nummern der Zeitschrift wird Sie über den weiteren Verlauf dieser ausgedehnten «Tatsachen-Erforschung» unterrichten, zu welcher sich Leitungen von Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen sowie weitere Angehörige unseres Berufes gemeinsam verpflichtet fühlen.

Nicole F. Exchaquet, Leiterin der Studie

Kein Trauma beeinträchtigt die Homöostase (Gleichgewicht aller körperlichen Funktionen und Regulationen) so stark und so nachhaltig wie die Verbrennung. Diese Erkenntnis — Verbrennungskrankheit anstelle bloss örtlicher Schädigung — brachte zwar wesentliche Therapieerfolge und dadurch eine Verminderung der Sterblichkeit, doch besteht kein Anlass, mit dem Erreichten zufrieden zu sein. Noch heute überleben an den meisten Kliniken nur jene Patienten, die nicht mehr als 50 bis 60 Prozent ihrer Körperoberfläche verbrannt haben. Sie alle sind während Monaten hospitalisiert, und manche müssen sich später noch plastisch-rekonstruktiven Eingriffen unterziehen. Schmerzreiche Krankenlager und bleibende Verstümmelungen bringen Persönlichkeitsveränderungen mit sich, Erwerbsunfähigkeit führt zu wirtschaftlichen Sorgen. Selbst in dieser Gruppe erliegt ein Teil der Verunfallten sekundären Verwicklungen. Sie überstehen wohl die erste Phase der gewaltigen Flüssigkeitsverschiebungen, gehen aber nach Wochen zugrunde an fortschreitender Sepsis, Lungenkomplikationen und Inanition durch Hyperkatabolismus. Das gleiche trifft zu für Verbrennungen von über zwei Dritteln der Haut; sie gehen fast immer tödlich aus.

In diesem Wandel der Todesursachen kommen Fortschritte der Therapie des Verbrennungsschocks ebenso zum Ausdruck wie noch nicht gemeisterte Probleme. Ihre Bewältigung — und dies gilt für jede «intensive Ueberwachung und Behandlung schwerer Fälle» — verlangt neben qualifiziertem Personal einen stets steigenden finanziellen und apparativen Aufwand. Der Tendenz gewisser Kreise (in denen Verwaltungsbeamte ungleich stärker vertreten sind als Angehörige

des Dienstes am Kranken), die hier notwendigen Mitteln aus falsch verstandenem Sparwillen zu bremsen, ist von Ärzten und Schwestern gemeinsam und entschieden entgegenzutreten. Sachlichkeit und Objektivität in der Argumentation sind dabei wirkungsvoller als gefühlsbetonte Vergleiche mit vergangenen Zeiten. Es ist zum Beispiel weit kostspieliger, einen mittelschwer Verbrannten wochenlang durch eine verhängnisvolle Kette lebensbedrohlicher Situationen durchzuschleppen und ihn am Schluss doch noch zu verlieren, als durch grosszügige Mittel die Grundlagen zu optimaler Betreuung und Therapie und damit zur Vermeidung von Komplikationen zu schaffen. Zu diesen Grundlagen gehört allerdings und als dringlich zu lösendes Problem auch die organisierte Fortbildung der Schwestern während ihrer Arbeitszeit. Nur damit werden sich Missverständnisse, Unsorgfältigkeit und passiver Widerstand gegen «unnötige, wissenschaftliche Untersuchungen» auf ein annehmbares Mass vermindern lassen. Für eine Schwester, die den heutigen Anforderungen zur Betreuung eines Schwerkranken genügt, ist das liebevolle Pflegen in des Wortes ursprünglicher Bedeutung eine Selbstverständlichkeit. Darüber hinaus aber vereinigt sie «Können» mit «Wissen» um die Bedeutung und Zweckmässigkeit ärztlicher Vorschriften. Eine erfahrene Schwester, die mehr weiss und kann als ein junger Assistent, gereicht weder dem Patienten noch dem Arzt zum Nachteil. Durch Klugheit und Taktgefühl auf beiden Seiten werden anfängliche Schwierigkeiten bald gegenstandslos.

Seit den vierziger Jahren wird die Therapie der Verbrennungskrankheit in *örtliche* und *allgemeine* Massnahmen unterteilt. Ihre im Prinzip gleichwertige Bedeutung kommt jedoch nicht immer zur Geltung. Oft steht, je nach Stadium der Krankheit, diese oder jene Vorkehrung im Vordergrund. Ausserdem ist für die Allge-

¹ Dr. med. F. Enderlin, Oberarzt, Chirurgische Universitätsklinik, Bürgerspital, Basel.

² Nach einem Vortrag am Fortbildungskurs für die Interessengruppe der Operationsschwestern des SVDK, in Basel, Juni 1966.

meinbehandlung eine grundsätzliche Ueber-
einstimmung erzielt, während zur Lokal-
therapie immer noch eine Unzahl von Me-
thoden angepriesen werden. Als jüngste
Entwicklung sind wieder nasse Verbände
mit 0,5prozentiger Silbernitratlösung emp-
fohlen. Sollten sich die guten Resultate auch
in anderen Händen bestätigen, so haben in
absehbarer Zeit auch Schwerstverbrannte
eine reale Chance zur Genesung. Ob aber
die geschlossene Behandlung einer Verbren-
nungswunde die derzeit an den meisten Or-
ten durchgeführte offene Therapie wieder
verdrängen kann, ist weitgehend auch von
der personellen Besetzung einer Klinik ab-
hängig.

1. Phase

Synopsis der Verbrennungskrankheit

Die drittgradig verbrannte Haut, eine rotbraune bis schwarze oder auch wachsweisse, trockene Nekrose, ist durchsichtig wie Pergament, ohne Empfindung, zeigt thrombosierte Gefässe und ändert ihren Aspekt in den nächsten Tagen kaum. Von praktischer Bedeutung ist hier vor allem die Unterscheidung zwischen oberflächlicher und tiefer Läsion. Eine tief zweitgradige Verbrennung lässt sich erst retrospektiv von einer solchen dritten Grades abgrenzen. Die Tiefengrade sind in der Klinik ein funktioneller Begriff. Eine drittgradige Verbrennung muss operativ gedeckt werden, eine Schädigung zweiten Grades heilt von selbst. Die Vitalfärbung mit *Disulfinsblau* bietet eine Differenzierungsmöglichkeit, von der wir beim Excidieren von Nekrosen gelegentlich Gebrauch machen. Total zerstörte Gebiete färben sich nicht mehr an, erhaltene Hautinseln imponieren durch Tüpfelung; die einige Tage anhaltende Färbung des ganzen Körpers ist für den Patienten schadlos.

2. Phase

Die zweite Phase ist gekennzeichnet durch eine grossflächige Wunde, deren Infektion zur lebensgefährlichen Sepsis führen kann. Die *katabole Stoffwechsellaage* beherrscht die Szene: negative Bilanzen, rascher Gewichtsverlust, Fieber und Tachycardie, zunehmende Anämie und Hypoproteinämie. Diese exzessiv gesteigerte, metabolische Aktivität ist ein Versuch des Körpers, den enormen Wärmeverlust durch die verbrannte Haut und das nicht gedeckte Granulationsgewebe auszugleichen und damit die Körpertemperatur aufrechtzuerhalten. Schon die gesunde Haut verliert Wasser durch Verdunstung zu Dampf (*Perspiratio insensibilis*). Die dazu benötigte Energie liefert der Körper durch Erhöhung seines Stoffwechsels. Auf diese Weise werden dem Körper pro 1 Gramm verdunstetes Wasser 0,58 Kalorien entzogen. Der Verbrannte verliert jedoch so viel Evaporationswasser, dass der Metabolismus, weil vollständig als Wärme verpufft, für die normalen chemischen Reaktionen (Eiweissynthese, Antikörperbildung usw.) nicht mehr zur Verfügung steht.

Der wichtigste chirurgische Schritt dieser Phase ist infolgedessen der *Wundschluss*. Ist eine Serie von Transplantationen nötig, kommt der Patient in regelmässigen Abständen von einigen Tagen zur Operation. Débridement und Thierschung werden gleichzeitig durchgeführt oder folgen sich in kurzen Abständen. Jede erfolgreiche Hautübertragung hat eine biologische Bedeutung: als wichtigste Einzelmassnahme zur Beendigung der Verletzungsperiode unterstützt sie den Verbrannten in seinem Kampf gegen Katabolismus und Infektion. Der ganze Therapieaufwand in dieser Phase hat nur das eine Ziel, die Bedingungen zum Angehen der Transplantate zu schaffen. Lokal heisst das: *Säubern der Wundfläche*. Messer, Schere, feuchte Umschläge, Bäder, Antibiotika, Fermentapplikation zum chemischen Débridement, alles hilft mit. Eine Operation wegen Fieber oder infizierten Granulationen zu verzögern, ist falsch. Allgemein heisst das: *Kalorienzufuhr* um jeden Preis und auf jede Art sowie Kampf gegen notorische Appetitlosigkeit, paralytischen Ileus und Unvollkommenheiten der Diätetik. Einen grossen Fortschritt in dieser Hinsicht brachte die intravenöse Fettverabreichung.

Für Arzt und Patient ist die zweite Periode eine deprimierende Zeit, reich an Zwischenfällen und stets überschattet von der Möglichkeit des Todes an septischen Komplikationen, Blutungen aus Stressulcera oder Herzstillstand bei der Intubation. Lässt sich jedoch die Infektion mit zunehmender Hautdeckung beherrschen, die Anämie und Eiweissverarmung korrigieren und die Moral des Kranken heben, so kommt er mehr und mehr in die

3. Phase:

die *Wendung zur Besserung*. Gewichtsstabilisierung, Appetitsteigerung und fortschreitende Erholung charakterisieren den Uebergang der katabolen in die anabole Stoffwechsellaage. Das Begonnene wird beharrlich fortgesetzt. Der Arzt säubert und transplantiert, der Patient isst und isst. In der Ueberschätzung des bereits Erreichten liegt die Hauptgefahr dieser Zeit. Die noch offe-

nen Stellen sind dann schwer zu decken; die lokale Restheilung hat für den Organismus keine Priorität. Eine neue, virulente Infektion ist jederzeit möglich, und die eben angegangenen Transplantate sind dünn und verwundbar. Mit der letzten, erfolgreichen Operation kommt nach Wochen die

4. Phase

der *Normalisierung* und *allgemeinen Rehabilitation*:

- a) des Körpers: Gewichtssteigerung noch während Monaten durch Zunahme von Muskeln und Fett,
- b) der Haut: Domäne der plastischen Chirurgie,
- c) des Menschen: Rückkehr nach Hause, Gewöhnung an den Alltag, unter Um-

ständen auch Berufswechsel oder gar Invalidität.

Diese Schilderung zeigt, dass Kenntnisse in der Pathophysiologie der Verbrennungskrankheit eine Voraussetzung sind für eine sinnvolle Steuerung der Therapie. Obendrein ist diese Krankheit ein Musterbeispiel für unsere Erfahrung, dass die ersten Massnahmen nicht nur über den Ablauf der Frühphase entscheiden, sondern in fataler oder günstiger Weise sich auch auf das Spätstadium auswirken. Was zu Beginn verpatzt wurde, lässt sich später nur schwer wieder gut machen. Darin liegt auch die hervorragende Bedeutung der ersten Hilfe an Unfallort und Klinik.

(Fortsetzung in der nächsten Nummer)

Dr. med. S. Krupp¹

Die plastische Versorgung von Verbrannten²

Die plastische Versorgung von schwerverbrannten Patienten erstrebt deren Körperoberfläche in funktioneller und ästhetischer Hinsicht wiederherzustellen.

Da tief zweitgradige nur unter erheblicher Narbenbildung, grossflächige, drittgradige Verbrennungen überhaupt nicht spontan ausheilen können, lässt sich nur durch Eigenhautverpflanzung eine befriedigende Bedeckung der verbrannten Körperabschnitte mit Haut erzielen.

Bei den Hauttransplantationen unterscheiden wir zwischen freien und gestielten Lappenplastiken. Erstere lassen folgende Untergruppen abgrenzen:

Epidermislappen, kurz «Thiersch» genannt, *Spalthautlappen* verschiedener Dicke, *Vollhautlappen*,

«*Composite grafts*» (freie Transplantate, die aus Haut, Subcutis, mit oder ohne Knorpel oder Knochen zusammengesetzt sind).

¹ Dr. med. S. Krupp, Oberarzt, Chirurgische Universitätsklinik, Bürgerspital, Basel.

² Nach einem Vortrag am Fortbildungskurs für die Interessengruppe der Operationsschwestern des SVDK, in Basel, Juni 1966.

Die Gruppe der **gestielten Transplantate** umfasst eine Vielzahl verschiedenster Verfahren, von denen der Rundstiellappen nach *Gillies-Filatov*, die Crossleg-, Crossfinger-, Mustardélappen, Verschiebelappen wie die Temporal- und Stirnlappen, die Island-Flaps wohl die bekanntesten sein dürften.

Der Anwendungsbereich der gestielten Transplantate umfasst meist die definitive Versorgung von Defektwunden, wie zum Beispiel im Bereiche der Lider, der Nase, oder die Lappenplastik wird im Sinne einer Ersatzplastik, zum Beispiel zur Wiederherstellung von verbrannten Nasen, Ohren und anderem mehr verwendet. Lappenplastiken werden auch bei schrumpfenden, funktionell hindernden Narbenbildungen im Bereiche von Gelenken, dann aber auch im Gesicht, am Hals, zum Ersatz instabiler Narben über infizierten, nicht konsolidierten Knochenbrüchen (Explosionsverletzungen), zur Wiederherstellung von verkrüppelten Händen und anderem mehr angelegt.

Da diese Gruppe von Transplantaten einer guten Blutversorgung bedarf, oft gleichzeitig auch Knorpel- oder Knochen überpflanzt werden, bedürfen diese Lappen

von ihrer Anlegung bis zur Einnähung am Ort der Ueberpflanzung meist mehrerer chirurgischer Eingriffe, die nur in grösseren Intervallen wegen der prekären Blutversorgung durchgeführt werden. Oft auch ist man gezwungen, diese Lappen von einem entfernten Körperabschnitt aus zu einem andern wandern zu lassen, wozu meist mehrere Stationen nötig sind. Damit steigt aber auch die Gefahr der Lappennekrose infolge Ischämie oder Infektion und vom Patienten müssen gelegentlich unbequeme Zwangshaltungen über längere Zeit erduldet werden.

Der Vorteil der **freien Transplantate** demgegenüber liegt darin, dass die überpflanzte Haut, sofern dünn entnommen und zum Beispiel zu briefmarkengrossen Stückchen zerschnitten, die nebeneinander aufgelegt werden, sogar auf einem infizierten Wundbett einwachsen kann. Die Hautentnahmestelle ist 2 bis 4 Wochen später, je nach der Dicke der entnommenen *Spalthautlappen*, wieder aufs neue entnahmefähig. Der Nachteil dieser Art Hautüberpflanzung liegt in ihrer geringen mechanischen Resistenz sowie der hochgradigen Schrumpfungseigung der Transplantate, die um so grösser ist, je dünner der Hautlappen gewählt wurde. *Vollhauttransplantate* schneiden demgegenüber wesentlich besser ab, bedürfen allerdings zum Einwachsen eines sauberen Wundbettes und die Entnahmestelle, sofern eine grössere Fläche umfassend, muss durch eine Plastik selbst gedeckt werden. Am meisten Ansprüche stellen die frei verpflanzten «*Composite grafts*», deren Anwendungsmöglichkeit andererseits ziemlich stark beschränkt ist, so unter anderem auf Defekte von Nasenflügeln, Ohrteile, Fingernagelverlust.

Wegen der oben beschriebenen Eigenschaften werden deshalb freie Epidermis- und Spalthautlappen zur primären Deckung von verbrannten Körperpartien verwendet, um eine schnelle Einheilung der Transplantate erwarten zu dürfen.

Dicke Spalthaut- oder Vollhauttransplantate, *Composite grafts* und Lappenplastiken demgegenüber werden bevorzugt, wenn Restfolgen von Verbrennungen (Narbenzüge, Schrumpfungsvorgänge, kosmetische

Entstellung) angegangen werden müssen, was meist erst einige Monate nach der endgültigen Wiederherstellung der Hautoberfläche erfolgt.

Spalthautlappen werden entweder von freier Hand mit dem Thiersch-Messer, dessen mechanischer Weiterentwicklung (Watson-Messer), elektrischen oder mechanischen Dermatomen entnommen. Eine grosse Hilfe bedeuten uns die Klebefolien (Sterigreff), da sie das ehemals zeitraubende Aufziehen der Transplantate auf vaselinierter Gaze ersparen.

Die Fixation der Transplantate am Orte der Verpflanzung erfolgt entweder durch Naht, Kompressionsverband und Ruhigstellung, sofern möglich, im Gipsverband, oder es werden die schon erwähnten Poststamps nebeneinander aufgereiht, entweder überhaupt nicht oder zum Beispiel mit «*Steristrips*» fixiert.

Ein maschinelles Verfahren zur Vergrösserung der Oberfläche der Transplantate besteht in deren Zerschneidung zu einem Netz, wodurch ein Flächenanteil von 15 bis 30 Prozent gewonnen wird.

Liegen grossflächige Wunden vor und steht zu deren Deckung nicht genügend Eigenhaut zur Verfügung, werden zunächst nur funktionell wichtige Körperabschnitte mit Eigenhaut gedeckt (Augenlider, Halsvorderseite, Finger, Hände und Handgelenke, Füsse und Fussgelenke, Ellbogen und Kniegelenke, Schultergelenke). Die übrigen Partien des Körpers werden bei Erwachsenen mit abwechselungsweise nebeneinandergelegten Streifen von Eigen- und *Fremdhaut* (Haut von lebenden Spendern oder frischen Leichen) gedeckt. Da Fremdhaut nie aus immun-biologischen Gründen einwächst, übt sie lediglich während 2 bis 4 Wochen, ihrer Ueberlebenszeit, die Funktion von physiologischen Verbänden aus, wird dann abgestossen und muss später durch Eigenhauttransplantate ersetzt werden. Weist die Fremdhaut aber nur geringe Ausdehnung auf (zum Beispiel bei der «*Poststamp*»-Technik, schmale Streifen) kann sie von den Eigenhauttransplantaten unterwachsen und somit langsam ersetzt werden, ohne dass ein weiterer chirurgischer Eingriff nötig wäre.

In den letzten Jahren sind von angelsächsischen Autoren gute Erfolge mit Uebertragungen von Schweinehaut auf den Menschen im Sinne der temporären Deckung von Granulationen bei Fehlen von Eigenhaut berichtet worden. Andere verwenden statt dessen Folien von Kunststoff (Ivalon) zur temporären Deckung der granulierenden Flächen oder *kollagenen Geelen*.

Der Zeitpunkt unseres Handelns, von Ausnahmen abgesehen, beginnt gewöhnlich 2 bis 3 Wochen nach dem Unfall, wenn die akute Phase der Verbrennungskrankheit beherrscht ist und die Demarkation zwischen abgestorbenem und überlebendem Gewebe eingesetzt hat. Die bestehenden Granulationen, die, sofern belassen, zu schwer-schädigenden Schrumpfungsprozessen führen und die trockenen, einengenden Nekrosen werden in Allgemeinnarkose chirurgisch abgetragen und die Defekte durch Hauttransplantate ersetzt. Somit kann der Eingriff in eine erste, septische, das *chirurgische Débridement*, und eine zweite, saubere Phase, die *plastische Deckung*, unterteilt werden. Die erste schliesst mit der Reinigung des Wundbettes, der Blutstillung, wozu sich uns H 202 bestens bewährt hat, und dem Instrumentenwechsel ab. Ist das Wundbett aufnahmebereit, schliesst sich die zweite Phase der Transplantation der ersten unmittelbar an. Bei ungünstigen Wundbettverhältnissen (vorgängige, länger dauernde, eitrige Sekretion, stärkere Blutung, Vorliegen von Restnekrosen) wird die Hautübertragung um 24 bis 48 Stunden aufgeschoben und während dieser Zeit das Wundbett mit feuchten, ableitenden, aseptischen Verbänden zur Hautübertragung vorbereitet. Bei grossflächigen Verbrennungen

muss dieses Prozedere oft wiederholt werden, da schwerverbrannte Patienten eine Narkose schlecht ertragen und deshalb der operative Akt sehr kurz gehalten werden muss.

Ist die gesamte Körperoberfläche wiederhergestellt, wobei von Anfang an auf aktive Bewegungstherapie sämtlicher Gelenke geachtet werden muss, kann der Patient ambulant weiterbehandelt werden.

Monate- bis jahrelang müssen nun Korrekturoperationen in grösseren und kleineren Abständen durchgeführt werden, die sowohl vom Patienten wie dem Pflegepersonal höchste Geduld erfordern und letzten Einsatz beider Parteien verlangen, da das Gelingen dieser oft heiklen Eingriffe (Nasenflügel- oder Nasenersatzoperationen, Wiederherstellung verbrannter Ohren, Lappenplastiken zur Verbesserung von Narbenschrumpfungen, Wiederherstellung von narbig bedingten Fehlstellungen von Gelenken und anderes mehr) von unscheinbaren Kleinigkeiten abhängt und oft nur an der Ungeduld von Patient, Arzt oder Pflegepersonal scheitert.

Immer ist auch zu bedenken, dass besonders gesichtsverbrannten Patienten durch kosmetische Wiederherstellungschirurgie wieder ein menschenwürdiges Aussehen verliehen werden kann, dass aber diese Patienten ihre ehemalige Individualität verloren haben, da auch die beste Wiederherstellungschirurgie ein verbranntes Gesicht niemals wieder in der ursprünglichen Art rekonstruieren kann. Ausserdem werden diese Patienten, meist unbewusst, von ihrer Umgebung zu Aussenseitern der Gesellschaft gestempelt.

Bander le moignon, définition

Le terme «bander le moignon» n'est pas employé dans le sens de faire un pansement mais d'appliquer une bande élastique autour du moignon de l'amputé, selon des règles très déterminées.

Pourquoi bander

Habituer le moignon à la pression de l'emboîtement

De nos jours, toutes les prothèses entourent d'une façon ou d'une autre le moignon avec leur partie supérieure que l'on nomme emboîtement. Il y a donc un contact intime entre la peau et les parois de l'emboîtement de la prothèse qui permettra de maintenir le moignon en place le mieux possible. Depuis des années, on essaie de supprimer l'emboîtement en cherchant un moyen de fixer la prothèse directement à l'os du moignon, ce qui éviterait tous les ennuis et problèmes de la peau, la fausse mobilité due au flottement du moignon, l'instabilité, l'eczéma, la dermatite, les douleurs cicatricielles, etc. Un médecin allemand, le Dr Dummer, a essayé en 1946 de fixer un clou de Küntscher dans le canal médullaire du fémur et de le laisser sortir au travers de la peau. La prothèse pouvait alors se fixer par un simple tour de vis. Le jeune amputé qui a été muni de cette nouvelle prothèse a pu marcher dès le début sans aucune douleur, sur plusieurs kilomètres. Cependant, comme on pouvait le prévoir, une infection a pénétré lentement de l'extérieur vers le canal médullaire et le clou a dû être enlevé. Personnellement,

¹ Dr Jules Rippstein, médecin adjoint, Hôpital Orthopédique, Lausanne.

² Je tiens à remercier le «US Department of Health, Education and Welfare» m'ayant autorisé de redessiner les illustrations de sa publication «Step into Action». Celles-ci ont été exécutées par M. Moratel, élève physiothérapeute, que je remercie encore une fois de son aimable collaboration. J. R.

je pense qu'il faut continuer les recherches dans cette direction et je suis certain qu'on aboutira un jour à d'excellents résultats. D'ailleurs, ce contact direct de l'os avec l'extérieur existe déjà de façon naturelle au niveau des dents. Je pense qu'il faut trouver un moyen biologique d'utiliser une espèce de flore microbienne dans une gelée ou une pommade spéciale à mettre entre la peau et le bout métallique sortant de l'os afin d'empêcher, par une barrière biologique, les germes pathogènes de pénétrer à l'intérieur du moignon.

La peau du moignon appelée à être noyée toute la journée dans un emboîtement et soumise à des forces de frottement énormes doit être habituée à son nouveau rôle avant que l'amputé mette sa prothèse. Un moignon n'ayant jamais été bandé a beaucoup de peine à supporter la prothèse définitive et la rééducation à la marche en est retardée.

Eviter l'œdème

a) *La circulation de retour*: par circulation de retour, on entend autant le système veineux que le système lymphatique. Cette circulation de retour pose de grands problèmes après chaque amputation puisqu'à un certain niveau, brutalement, tous les vaisseaux sont sectionnés et ligaturés. Cette interruption abrupte rend la formation d'œdème inévitable. Celui-ci se forme donc parce que la pression au niveau des capillaires augmente et laisse passer plus de sérum à travers leur paroi (plus de détails sur la formation de l'œdème sont publiés dans mon article: «L'œdème du moignon»). En bandant correctement le moignon, on pourra donc réduire la formation de cet œdème.

b) *La pompe musculaire*: la circulation de retour dans le système veineux est liée à l'intégrité de la fonction musculaire d'une part et des valvules veineuses d'autre part. Lors des contractions rythmiques de la musculature, les veines sont comprimées et le sang est chassé en direction du cœur parce que les valvules empêchent son retour vers

la périphérie. Donc, pour qu'un muscle puisse agir normalement, il doit être fixé aux deux bouts. Lors d'une amputation, le muscle est sectionné et privé de son insertion distale. S'il ne retrouve pas, d'une façon ou d'une autre, une amarre aux parties distales du moignon, il ne peut plus agir ni comme moteur pour le moignon, ni comme pompe musculaire. Il se rétracte et forme les bourrelets que l'on observe souvent à la partie interne d'un moignon de cuisse mal vascularisé, cyanosé et souvent douloureux. C'est pour cette raison que, lors d'une amputation, on tâche de réinsérer chaque muscle sectionné pour lui maintenir sa fonction normale, ce que l'on nomme *l'amputation myo-plastique*.

Former le moignon

En bandant le moignon, on veut obtenir plus rapidement sa forme définitive afin d'éviter de changer fréquemment l'emboîtement de la prothèse, ce qui est ennuyeux et coûteux. Chaque moignon subit une certaine atrophie inévitable des tissus mous. En le bandant, on désire obtenir le plus rapidement possible cette modification tissulaire. Cependant, il faut bien se rendre compte que la forme définitive du moignon est déjà déterminée lors de l'amputation et qu'il ne pourra pas être grandement modifié par le bandage. Un mauvais moignon qui présente des paquets de muscles non fixés à son bout, une cicatrice adhérente et douloureuse, ne pourra pas être transformé en un bon moignon, même par la meilleure technique de bandage. D'autre part, il faut aussi dire qu'une mauvaise technique de bandage peut transformer un bon moignon en un mauvais moignon en forme de massue. Ceci arrive lorsqu'on serre trop les tours de bande en dessous du genou et, pour un moignon de cuisse, lorsqu'on arrête le bandage en serrant de nombreux tours circulaires autour de la cuisse juste en dessous de la région inguinale.

Quand bander?

La période post-opératoire

Pour chaque amputation dont la plaie a pu être fermée sur la table d'opération, un premier bandage élastique est posé après l'opé-

ration. Pour un pansement post-opératoire, il est important de ne pas trop serrer et d'utiliser une bande élastique ayant une tension modérée, comme par exemple la bande française Nylexe.

Aujourd'hui, on va même encore plus loin. On ne pose pas seulement un bandage élastique, mais on entoure tout le moignon d'un plâtre auquel on fixe immédiatement une prothèse temporaire. Cette idée, qui vient du Professeur M. Weiss, de Pologne, s'est avérée extrêmement intéressante. En effet, comme nous avons pu le constater personnellement, ce plâtre a de grands avantages: l'amputé se lève le lendemain de l'opération pour reprendre progressivement la marche, il n'a plus besoin d'être rééduqué à la marche mais continue simplement à marcher; la perte de la force musculaire est beaucoup moins grande et déjà quelques semaines après l'opération, on peut lui fournir la prothèse définitive. D'autre part, la formation de l'œdème est mieux contrôlée.

Le temps d'hospitalisation est réduit à un minimum. Auparavant, on comptait environ deux à trois mois, parfois encore plus longtemps et maintenant les amputés quittent l'hôpital déjà deux à trois semaines après l'amputation.

La période de rééducation

Aussi longtemps que le patient n'a pas encore sa prothèse, il est indispensable que son moignon soit bandé. Il faut continuer à bander le moignon — particulièrement la journée — pendant un certain temps, même lorsque le patient a reçu sa prothèse. Autrement, il peut arriver qu'un œdème se forme et empêche totalement de remettre la prothèse. Il est également recommandable de bander le moignon lorsque la prothèse se trouve en réparation, afin d'éviter que des modifications du volume du moignon ne créent de grandes difficultés pour la remettre.

La fréquence

Chaque fois que la bande élastique s'est défectuée, il est indispensable de l'enlever et de rebander le moignon. Durant la période post-opératoire et pour les personnes âgées, cela est nécessaire une à deux fois par

jour. Durant la période de rééducation et pour les amputés jeunes, il faut renouveler le bandage au moins trois à quatre fois par jour. Lorsque le moignon, au réveil le matin, est plus gros que le soir après avoir enlevé la prothèse, il est nécessaire de le bander et de le surélever durant la nuit. Un excellent moyen pour faire disparaître rapidement l'œdème (par ex. avant de prendre un moulage) est d'utiliser un sac en plastique à double paroi gonflable. La pression de l'air se répartit d'une façon homogène sur tout le moignon et, à l'aide de quelques contractions musculaires rythmiques, l'œdème disparaît en peu de temps.

Qui doit bander?

Au début, c'est-à-dire durant la période post-opératoire, ce sera le personnel soignant qui devra bander le moignon, soit les infirmières, les physiothérapeutes et tous ceux qui connaissent la technique. Ensuite, ce sera l'amputé lui-même, lorsqu'il s'agit d'une amputation de jambe, ou alors quelqu'un de son entourage ayant reçu les instructions nécessaires.

Comment bander?

La bande élastique

On utilisera des bandes élastiques. Durant la période post-opératoire et pour les vieux, on choisira une tension pas trop forte. Pour les jeunes et durant la période de rééducation, cette tension pourra être plus puissante. La largeur de la bande doit avoir environ le diamètre du moignon. La longueur sera de 10 à 15 mètres environ. En général, il faut prendre deux bandes que l'on suture bout à bout de préférence au lieu de lesagrafer. L'amputé devra avoir une bande de rechange car on a observé des infections de la peau provoquées par une bande sale.

L'amputé doit être instruit sur la façon de laver ses bandes. Il utilisera de l'eau chaude mais non bouillante et une poudre de savon pour lainages de bébé. Ne pas suspendre la bande, ne pas la sécher au soleil ou sur un radiateur, mais l'étaler par terre en forme de zig-zag. En principe, laver la bande tous les trois à quatre jours environ.

Directions générales pour bander un moignon

Il est très important de bander correctement un moignon. Un moignon mal bandé a des conséquences plus graves qu'un moignon non bandé. Le principe est de bander un moignon de telle façon qu'une pression uniforme se répartisse sur l'entité du moignon en diminuant progressivement du bout du moignon vers le haut. Le bandage doit également exercer une pression sur le dôme du moignon, ce qui n'est pas facile mais très important. Il faut en tout cas éviter la strangulation par des tours de bande trop serrés.

Ne jamais terminer un bandage de moignon de jambe en dessous du genou.

Ne jamais terminer un bandage de moignon de cuisse dans la région inguinale.

Ne jamais superposer plusieurs tours circulaires de bande à la même place, ce qui augmente chaque fois la pression et aboutit à une strangulation.

Si possible, éviter les tours circulaires en les remplaçant par des tours en huit ou en diagonale.

Le bandage d'un moignon de cuisse

L'amputé est couché sur le dos. Plus tard, lorsqu'il saura marcher à l'aide de deux cannes anglaises et qu'il aura acquis suffisamment d'équilibre, il sera en station debout.

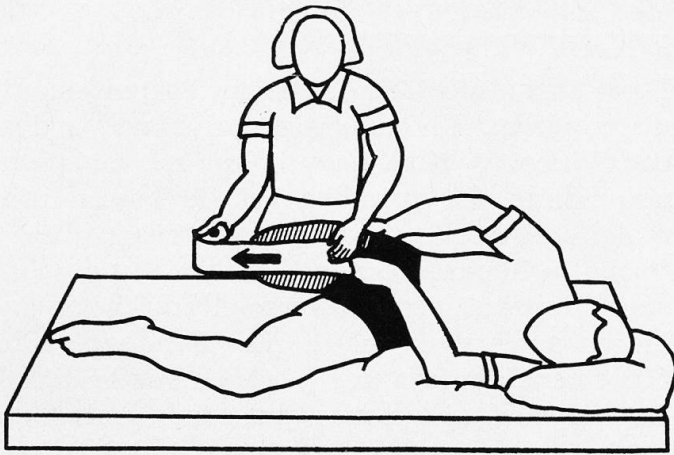
La position de départ

L'amputé est couché sur le côté sain, le genou légèrement plié, permettant de bien maintenir cette position, le moignon de cuisse étendu le plus possible (poussé en arrière). Éviter l'abduction (ne pas écarter le moignon).

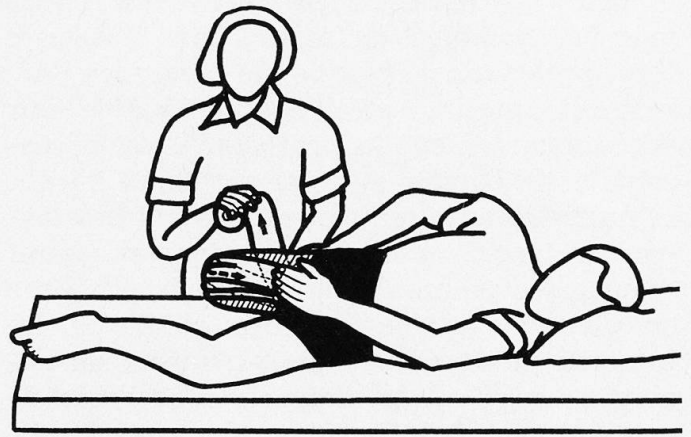
Fig. 1. *L'amputé*: Le bout de la bande placé en avant dans la région inguinale est maintenu par une main le pressant contre le moignon. L'aide commence à bander en dirigeant la bande vers le milieu du bout du moignon.

Fig. 2. *L'aide* amène la bande vers le bas de la fesse. L'amputé, de l'autre main, maintient la bande à l'arrière, tandis que l'aide

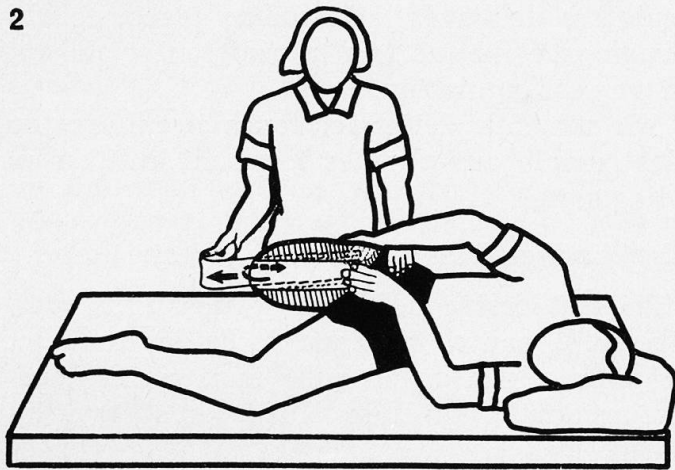
1



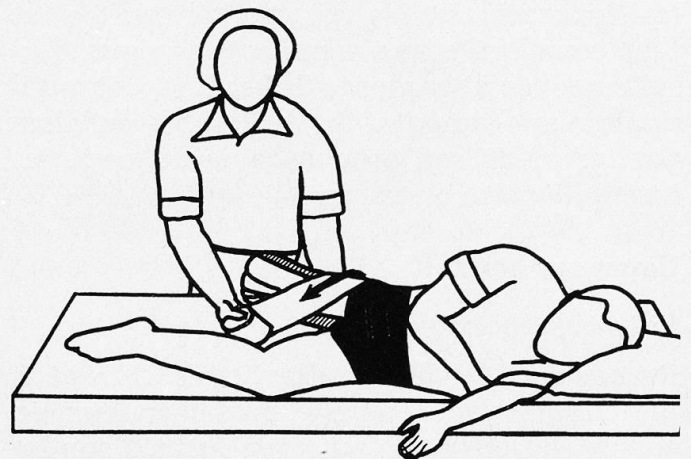
4



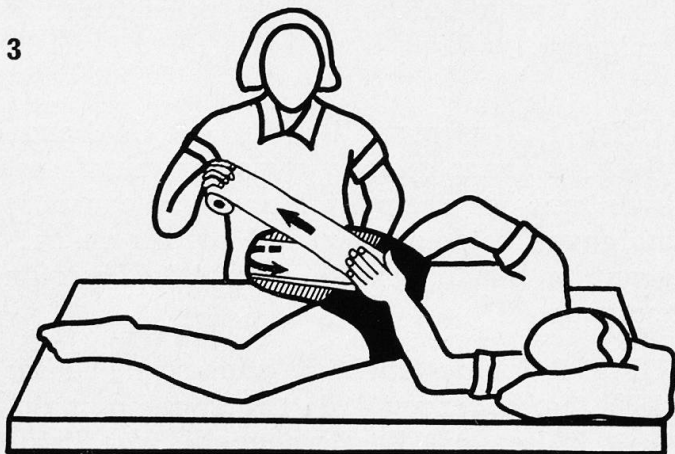
2



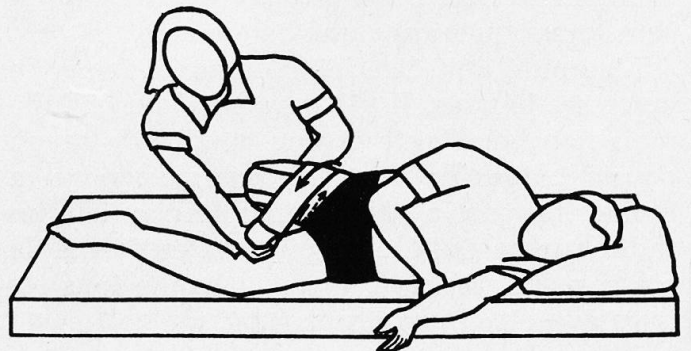
5



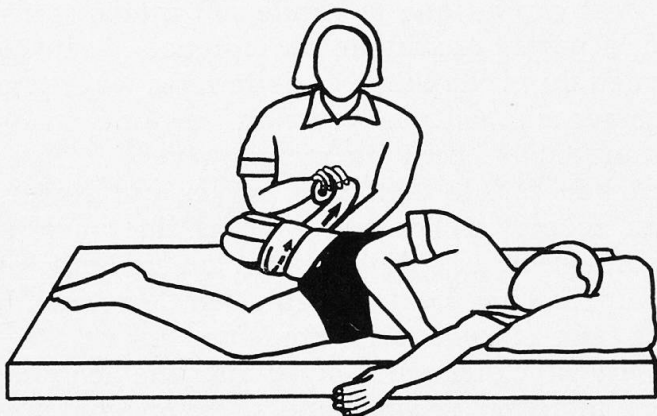
3



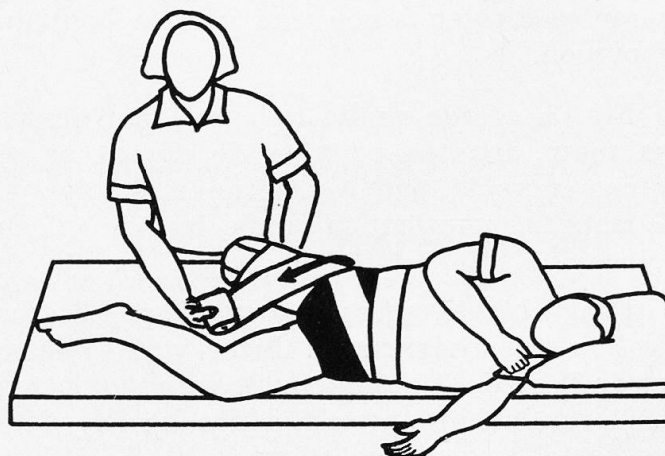
6



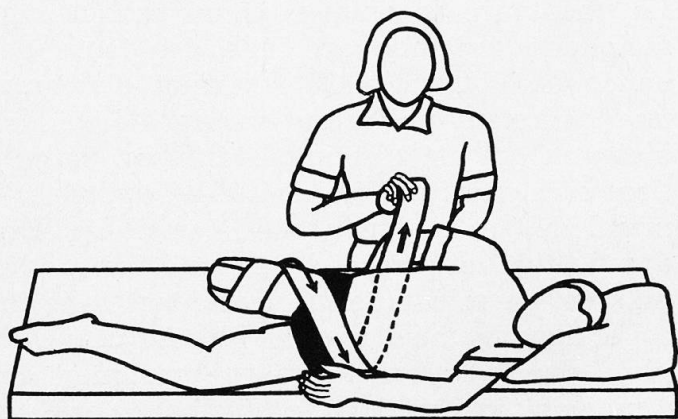
7



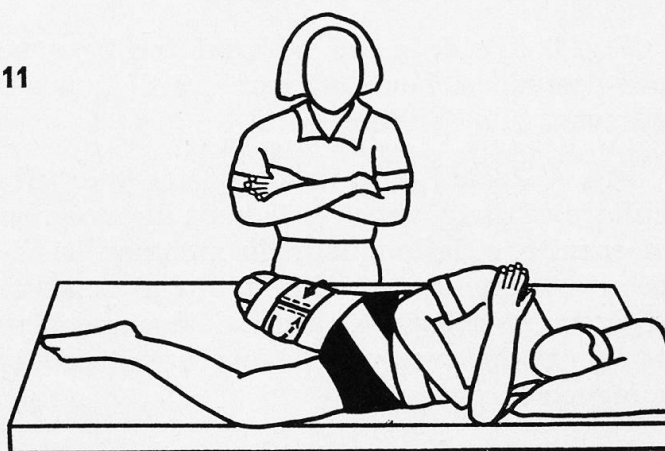
10



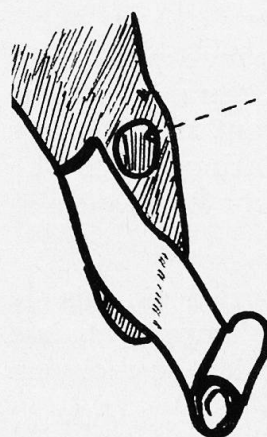
8



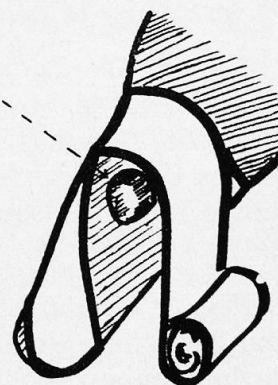
11



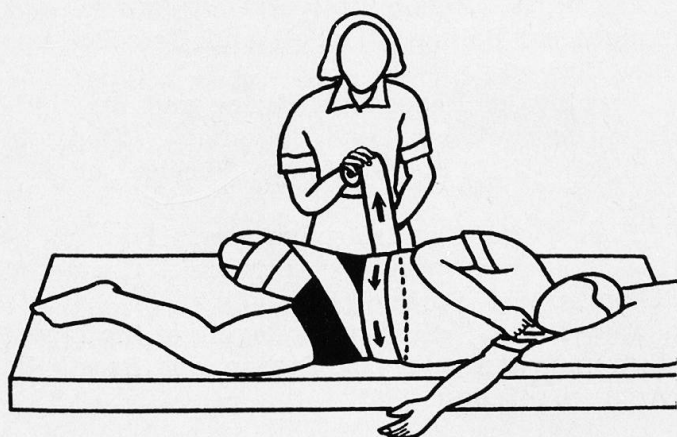
12



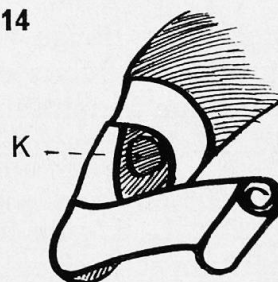
13



9



14



K = rotule

K

15

passer la bande élastique par-dessus la main pour se diriger à nouveau vers le bout du moignon.

Fig. 3. *L'aide* replie la bande par-dessus sa main dans la position de départ et se dirige vers la partie externe du moignon. *L'amputé* maintient la bande fermement en place.

Fig. 4. *L'aide*, après avoir passé par-dessus le bout du moignon, se dirige vers la fesse et de là revient obliquement vers l'avant en croisant le bout proximal des bandes déjà posées. *L'amputé* maintient la bande à l'arrière fermement en place pour permettre de faire le premier tour circulaire.

Fig. 5. *L'aide* passe la bande en écharpe par-dessus les bouts proximaux déjà posés à l'avant et à l'arrière.

Fig. 6. *L'aide* pose un deuxième tour circulaire se dirigeant vers le bout du moignon et ensuite, si la longueur du moignon le nécessite, forme un troisième tour qui est alors légèrement oblique et passe déjà par-dessus le bout du moignon. *L'amputé* tient le moignon bien étendu.

Fig. 7. *L'aide* ramène la bande de l'arrière du moignon pour commencer le tour de hanche. *L'amputé* se prépare à soulever la hanche et la taille.

Fig. 8. *L'aide* passe la bande par-dessus l'abdomen en se dirigeant vers la hanche opposée. *L'amputé*, s'appuyant sur la jambe et les deux bras, soulève la hanche. *L'aide* passe la bande sous la hanche et entoure la taille.

Fig. 9. *L'aide* fait passer deux fois la bande autour de la taille. *L'amputé* abaisse la hanche sur le lit et maintient le moignon bien en arrière.

Fig. 10. *L'aide*, en croisant le tour de taille, se dirige vers l'avant du moignon jusqu'en dessous du pli de l'aîne. *L'amputé* continue à maintenir le moignon étendu vers l'arrière et écarte ses mains pour ne pas gêner l'aide.

Fig. 11. *L'aide* termine le bandage en faisant un tour circulaire.

Remarques

Il est capital que la bande soit moins serrée à la partie proximale du moignon — au niveau du pli de l'aîne et de la fesse — et plus serrée au bout; la pression va donc en diminuant du bout du moignon vers le haut. Si l'on fait le contraire, ou, ce qui revient au même, si l'on pose moins de tours de bande au bout du moignon qu'au haut, on empêche une bonne circulation de retour de se faire et on favorise l'œdème.

Il est également important que le dôme du moignon reçoive une pression contenue bien répartie par la bande. Pour y parvenir plus aisément, on applique à la fin, non pas des tours circulaires, mais des tours obliques en huit passant par-dessus le dôme du moignon.

La pratique du bandage de moignon de jambe

La meilleure technique pour bander un moignon de jambe est celle des tours de bande en diagonale. Elle permet d'obtenir une pression uniforme sur le dôme du moignon qui est très importante car le patient sera ensuite déjà habitué à l'appui terminal de son moignon sur la prothèse. Un appui terminal permet à l'amputé, lors de la marche, de mieux sentir le contact avec le sol et d'avoir une démarche plus naturelle et plus sûre. Tout bandage de moignon de jambe doit se terminer le plus haut possible au-dessus du genou, c'est-à-dire dans la région inguinale.

Les figures 12 à 14 montrent le principe de ce bandage si ingénieux.

Bibliographie

Humm W. «Rehabilitation of the Lower Limb Amputee». Ballière, Tindall and Cassell, London 1965.

Institute of Physical Medicine and Rehabilitation of the New York University. «Step into Action!» U.S. Public Health Service, no 980, 1963.

Kerr Donald and Brunnstrom. «Training of the Lower Extremity Amputee». Charles-C. Thomas, 1956, Springfield.

May Bella J. «Stump Bandaging of the Lower Extremity Amputee». J. Orthop. and Prosthetic Appl., p. 145, June 1965.

Exposé de Monsieur M. Haas, directeur de l'Hôpital cantonal de Genève, devant le Congrès de l'Association belge des hôpitaux, à Anvers, du 12 au 15 septembre 1966. Thème général du congrès: « La rationalisation des établissements de soins ». Nous remercions l'auteur de nous avoir envoyé son exposé que nous nous réjouissons de publier dans notre revue. Des raisons de place nous obligent à présenter le travail sous une forme légèrement raccourcie.

Les hôpitaux sont, en quelque sorte,
la mesure de la civilisation d'un pays.
Tenon

Les hôpitaux jouent un rôle considérable, de nos jours, dans l'économie d'un pays. La santé publique est l'objet de la sollicitude des gouvernements des pays développés. L'augmentation du nombre des établissements hospitaliers va de pair avec la complexité croissante de leurs structures.

La cause en est d'une part l'évolution sociale de notre époque et d'autre part le progrès scientifique. A l'idée de charité et d'assistance, caractéristique des maladreries, des hôtels-Dieu et des hôpitaux jusqu'au XIX^e siècle, s'est substituée la notion de solidarité sociale et de conservation de la vie humaine en tant que valeur sociale.

Si les hôpitaux, autrefois, étaient surtout des lieux où venaient mourir les plus déshérités, c'est de plus en plus vers l'hôpital que se dirigent les malades, aujourd'hui, à quelque classe sociale qu'ils appartiennent. Les hôpitaux, qui se sont transformés sous l'influence des découvertes pastoriennes et de l'évolution sociale, ne sont plus un objet de terreur. La situation est même si complètement améliorée que la majorité des

gens estime que toute maladie tant soit peu sérieuse exige un traitement spécialisé qui ne peut être dispensé qu'à l'hôpital ou par son intermédiaire.

Trois facteurs ont influencé ce changement:

- la complexité croissante et la spécialisation de la médecine ainsi que les progrès de la chirurgie;
- la diminution du risque d'infection qui a rendu les soins hospitaliers beaucoup moins aléatoires tant par rapport aux soins à domicile qu'en valeur absolue;
- le coût de services spécialisés qui est devenu prohibitif pour une personne à domicile.

Il découle de cela que l'hôpital — et tout particulièrement l'hôpital universitaire — est le mieux à même de répondre aux trois impératifs de la médecine moderne:

- prévenir
- soigner
- réadapter.

Seul l'hôpital assure la permanence des soins et l'intervention du spécialiste médical vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Il permet aussi — dans le cadre universitaire — la formation des futurs médecins et l'avancement de la science médicale par la recherche pure ou appliquée. Offrant quasi toutes les garanties de la science et de la technique les plus avancées, le grand hôpital permet de résoudre le plus économiquement possible la plupart des graves problèmes médicaux:

- urgence
- réanimation
- présence permanente de spécialistes.

Le front de travail, au lit du malade, requiert donc de nombreuses forces spécialisées à teneur scientifique variable. Mais que dire de l'éventail des professions qui doivent assurer les arrières, puisque l'hôpital est à la fois:

¹ Monsieur Marcel Haas, directeur de l'Hôpital cantonal de Genève, licencié ès sciences mathématiques, professeur à l'Ecole d'études sociales de Genève.

- un établissement de soins
- une hôtellerie
- une blanchisserie
- une entreprise employant un nombreux personnel.

Une gamme importante de métiers (maçons, électriciens, peintres, plombiers, chauffeurs, etc.) permet l'entretien et la transformation des locaux et des équipements. Une vaste cohorte de manœuvres y assure les nettoyages, les transports et aident les travailleurs qualifiés.

Enfin, l'administration (direction, service du personnel, services techniques, comptabilité, économe, secrétariats) se développe au fur et à mesure que l'organisation devient prépondérante dans un tel complexe. Car parler de science, de technique, de spécialisation et d'ensemble présuppose une *organisation*. Toute organisation où la technicité atteint certaines proportions, tend à prendre une tournure industrielle. En fait, l'hôpital n'est qu'accessoirement un édifice, un bâtiment; il est avant tout un organisme, un instrument, une machine pour soigner les malades.

La matière brute entrant dans cette machine, matière noble s'il en est puisqu'il s'agit de l'homme, requiert au plus haut degré l'intervention humaine. L'hôpital, où 75 pour cent des dépenses ont trait aux salaires du personnel, est bien un établissement-type du secteur tertiaire — le secteur des services; de là, l'importance du facteur humain dans une telle entreprise. Ce facteur humain est d'autant plus prépondérant que l'éventail des métiers y est considérable et l'aspect psychologique des relations capital.

Du manœuvre au médecin, en passant par l'ouvrier qualifié, l'employé de bureau et l'infirmière, que de personnes gravitent autour du malade! Aucune ne peut oublier — que ce soit l'ouvrier réparant un robinet dans une chambre, le cuisinier préparant un repas ou le comptable établissant une facture — que le malade est le client-roi. Royauté d'autant plus justifiée qu'elle n'est pas décernée dans un but de profit, mais qu'elle découle d'une éthique librement acceptée fondée sur le service et sur la soli-

citude envers le prochain souffrant. Cette éthique colore toute l'atmosphère hospitalière et fait que le personnel doit avoir un sens très aigu du service pour s'intégrer dans un des nombreux groupes de travail. Ce *sens du service*, cet honneur de servir se retrouvent à tous les échelons, et souvent même chez ceux qui ne peuvent se prévaloir de leur haute technicité pour justifier de leur importance au sein de la maison. C'est l'une des qualités importantes qui sont demandées au personnel et un dénominateur commun de sa qualification.

Il est évident qu'avant d'aborder le problème de la qualification, c'est-à-dire des qualités requises pour exercer telle ou telle fonction, il faut d'abord reconnaître l'éventail des professions en milieu hospitalier, sa décomposition en diverses fonctions et la classification de ces dernières.

Chaque fonction faisant l'objet d'une analyse concrétisée par une charte fonctionnelle, l'on peut alors définir les qualités requises des titulaires. Il est alors possible de dessiner un panorama de la qualification que S. Vallée définit ainsi: « La qualification du travail s'efforce d'évaluer les exigences permanentes d'une fonction, c'est-à-dire de définir les niveaux de qualification. Le but principal de la qualification est de permettre une comparaison objective entre les différentes fonctions pour établir leur hiérarchie relative, cela, bien entendu, en se référant aux jugements de valeur généralement admis par le groupe des titulaires des fonctions. »

Eventail du personnel

On peut procéder de plusieurs manières à cet inventaire:

a) par ondes concentriques partant du malade:

- médecins — infirmières et personnel infirmier auxiliaire;
- techniciens de laboratoire, de radiologie, pharmaciens, secrétaires médicales, employés à la stérilisation, aux admissions, aux archives, femmes de chambre, hôtesse d'accueil;

- employés du service du personnel, de la comptabilité, du service technique, de l'économet, de la lingerie, de la buanderie, de la cuisine, ouvriers, nettoyeurs, transporteurs, téléphonistes et employées de bureau;

b) par catégories professionnelles:

- services médicaux
- services des soins infirmiers
- services paramédicaux (radiologie, physiothérapie, laboratoires, pharmacie, pathologie)
- services généraux (cuisine, magasin, buanderie, lingerie)
- services techniques (entretien, réparation, transport, nettoyage)
- services administratifs (administration centrale et secrétariats des cliniques).

La première présentation donne un ordre d'importance décroissant quant à l'intervention auprès du malade, sans plus, mais permet un jugement de valeur quant aux responsabilités encourues par le personnel. La seconde permet, par contre, l'établissement d'une échelle des valeurs à l'intérieur de groupes bien déterminés, de psychologie et de formation professionnelles sinon identiques, du moins semblables.

Classification du personnel

Pour dresser cette échelle des valeurs permettant l'établissement de normes de qualification, et par extension, la fixation des salaires, il faut constater que:

- les modalités du travail dans un hôpital sont exceptionnelles. Une institution qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre et ce, tous les jours de l'année, ne peut être comparée à une autre dont l'activité n'est que de huit heures;
- l'évaluation des salaires et leur comparaison avec ceux de l'économie privée, voire de l'Etat, doivent tenir compte du travail du samedi, du dimanche, du soir et de la nuit et du fait que l'horaire hebdomadaire est souvent dépassé. On ne lâche en effet pas un malade lorsque

l'heure vient de quitter le travail, en remettant tranquillement au lendemain ce qui n'a pu être fait le jour même!

- l'horaire du personnel médical et infirmier, le plus proche du malade et le plus influencé par l'impératif mentionné ci-dessus, n'est pas sans avoir des répercussions sur celui du reste du personnel.

On concevrait mal, par exemple, un décalage important entre le nombre d'heures de travail du personnel infirmier et celui des laborantines ou des employées du bureau qui ont déjà l'avantage, en général, de ne pas travailler durant le week-end. Il arrive souvent que l'hôpital, organisme « parastatal », soit trop apparenté aux dispositions en vigueur dans l'administration; or, les besoins de cette dernière sont différents; elle ne subit pas les contraintes de la vie hospitalière; on méconnaît par trop, en général, la spécificité hospitalière.

La classification du personnel hospitalier, rendue déjà difficile par sa composition hétérogène, est encore plus délicate à faire lorsqu'il faut tenir compte des comparaisons avec les métiers qui ne sont pas traditionnellement hospitaliers.

Exemple de classification des fonctions

Cet exemple est pris à l'Hôpital cantonal de Genève, établissement universitaire de deux mille lits et trois mille employés. Il présente, comme les hôpitaux suisses, certaines particularités inhérentes au fédéralisme helvétique. En Suisse, les cantons sont indépendants et poursuivent leur propre politique en matière de santé et d'instruction publiques. Cela ne va pas sans difficultés quant à l'uniformisation des méthodes et des principes. Les médecins reçoivent cependant une formation réglementée par un diplôme fédéral et la Croix-Rouge a reçu mission d'organiser la formation professionnelle des infirmières, dans ses écoles reconnues, sur tout le territoire de la Confédération.

Cette classification est obtenue en partant de la situation de l'infirmière diplômée pour les salaires féminins et de l'ouvrier qualifié pour les salaires masculins.

On entend par personnel qualifié celui qui est en possession d'un certificat fédéral de

capacité, d'un diplôme suisse reconnu ou d'un titre équivalent. Par exemple: ouvrier qualifié, celui qui a un certificat de fin d'apprentissage de mécanicien, de maçon, etc.; employé qualifié, celui qui a un certificat de fin d'apprentissage de commerce ou d'administration ou un diplôme, voire une maturité de l'Ecole de commerce.

Pour bien saisir la gradation des fonctions, nous indiquons les classes de salaire y afférentes sur la base des traitements annuels (voir schéma).

Hôpital cantonal de Genève

Traitements de base annuels Indice 210

Classe	Traitement		Augmentations annuelles montant
	minimum Fr.	maximum Fr.	
1	27 450	34 450	1 400
2	25 325	31 825	1 300
3	23 450	29 325	1 175
4	21 775	27 025	1 050
5	20 125	25 125	1 000
6	18 600	23 350	950
7	17 225	21 600	875
8	15 925	20 050	825
9	14 750	18 625	775
10	13 725	17 225	700
11	12 775	16 025	650
12	11 950	14 950	600
13	11 275	13 900	525
14	10 675	13 050	475
15	10 200	12 325	425
16	9 800	11 675	375
17	9 400	11 150	350
18	9 000	10 750	350
19	8 600	10 350	350

Remarques

Les traitements de base varient selon l'indice des prix et sont réévalués, si besoin est, au début de chaque année. En 1967, ils doivent être augmentés de 7,5 pour cent.

Chaque fonction doit au moins pouvoir couvrir trois échelons de la classification. Cela permet d'augmenter les salaires pendant huit années au minimum. (Ce principe

n'est plus valable pour les postes les plus élevés, à moins de créer des « hors classes ».)

Il est préférable de rémunérer les responsabilités momentanées non par un déclassement statutaire qui devient quasi irréversible, mais en ajoutant un supplément de salaire de fr. 30.— ou fr. 50.— par mois, selon leur importance.

Pour garder un certain minimum vital au personnel masculin subalterne, constitué en grande partie d'hommes mariés et ayant charges de famille, une différence de deux classes sépare, en général, les salaires féminins et masculins pour une fonction égale ou similaire.

Application

a) Soins infirmiers

Ce personnel constitue « l'épine dorsale » de l'hôpital. C'est là que la pénurie est la plus aiguë. Le tournus y est important, désarticulant les plans de travail, rompant le rythme des gardes et des soins, mettant à rude épreuve des cadres trop peu nombreux.

Echelle des fonctions	Classes
1° infirmières diplômées (3 ans d'étude)	} 14-13-12-11-10
2° infirmières diplômées formées en: salle de réveil salle de réanimation salle d'admission salle d'opération salle d'accouchement (sages femmes) infirmières-anesthésistes	
3° infirmières responsables de salle de malades salle de réveil salle de réanimation salle d'admission salle d'accouchement (sages-femmes) monitrices	} 14-13-12-11-10 + fr. 50.— par mois
4° deuxième infirmière-chef adjointe infirmière surveillante d'étage infirmière d'hygiène sociale en fonction	

<i>Echelle des fonctions</i>	<i>Classes</i>
5° monitrice ayant suivi un cours première infirmière-chef adjointe infirmière responsable de salle d'opération	11-10-9-8
6° infirmière-chef II infirmière-chef I	10-9-8 9-8-7

De cet échelonnement découle
tout naturellement le salaire
des:

aides-soignantes	15-14-13
aides-hospitalières	17-16-15
employées de maison (femmes de chambre)	19-18-17

Les *aides-soignantes* font un apprentis-
sage de dix-huit mois, avec certificat de
capacité reconnu par la Croix-Rouge suisse.
Elles sont formées pour s'occuper tout par-
ticulièrement des « chroniques » et des vieil-
lards.

Les *aides-hospitalières* collaborent avec
les infirmières pour les travaux ménagers
et certains soins de base; elles sont formées
à l'hôpital, en douze mois, et reçoivent un
certificat de capacité cantonal.

Les *employées de maison* sont celles qui
n'ont pas les capacités pour devenir aides-
soignantes ou aides-hospitalières, qui ne dé-
sirent pas travailler plus directement au-
près des malades ou le samedi après-midi,
le dimanche et les jours fériés. De toute
façon, ces dernières sont convenablement
payées, par rapport à ce qu'elles recevraient
ailleurs, comme femmes de chambre, dans
un hôtel ou auprès d'une maîtresse de
maison.

A la Maternité, les *sages-femmes* ayant
la qualification d'infirmière ont le même
salaire que ces dernières. Les autres, qui
n'ont effectué qu'un apprentissage de deux
ans, commencent avec une classe de retard.

Critère de classification des infirmières-chefs

Infirmières-chefs I:

a) services de plus de cent lits et plus de
cinquante personnes soignantes sous
leurs ordres;

b) services à spécialisation très poussée ou
techniques spéciales (réanimation, bloc
opératoire);

infirmières-chefs II:

responsables de services ne répondant pas
aux critères a) et b).

b) Services paramédicaux

L'apparement au grand groupe des infir-
mières, en fonction aussi bien des exigences
en matière de formation professionnelle que
de la durée de cette formation et des res-
ponsabilités, a permis de fixer, dans les
mêmes classes, le salaire des laborantines,
physiothérapeutes féminines, ergothéra-
peutes, logopédistes, techniciennes en radio-
logie et photographes féminines (classes 14-
13-12-11-10).

c) Services généraux

Personnel technique

C'est la classification des *ouvriers qualifiés*
qui a constitué la référence de base pour ce
groupe et en général pour la rémunération
des hommes qualifiés de l'hôpital, tout
comme les infirmières diplômées ont été la
base de référence du personnel féminin qua-
lifié de l'hôpital.

Le personnel technique jouit, par rapport
au personnel des soins, du « privilège » de
ne pas travailler le samedi, le dimanche et
les jours fériés; mais il peut être chargé
de tours de garde ou de piquet.

L'économie privée a l'habitude de rému-
nérer les ouvriers qualifiés d'une manière
quasi uniforme de la fin de l'apprentissage
jusqu'à celle de l'activité professionnelle.

La rémunération hospitalière, avec ses
augmentations annuelles, ne permet pas tou-
jours, au départ, d'attirer les jeunes quali-
fiés avec un salaire suffisant. Les jeunes
ouvriers s'intéressent peu au système « fon-
ctionnaire ». Peu leur chaut, avant quarante
ans, les avantages de la caisse de retraite
ou la sécurité de la nomination. Il faut
cependant essayer de garder les meilleurs
en leur offrant la possibilité d'obtenir un
salaire supérieur à celui qu'ils peuvent
atteindre ailleurs.

Leur salaire parcourt trois classes: 12-11-10.

Les contremaîtres, dont quelques-uns ont plus de responsabilités que d'autres (responsabilités techniques ou de personnel) sont subdivisés en deux catégories:

contremaîtres II	classes 10-9-8
contremaîtres I	classes 9-8-7

Critère de classification des contremaîtres

Contremaîtres I: ouvriers ou techniciens qualifiés ayant dix ans d'expérience au moins et ayant subi avec succès une épreuve de compétence professionnelle organisée à l'hôpital:

- a) responsables d'équipements importants ou vitaux pour l'hôpital (centrale thermique, sanitaires, égouts, distribution de l'énergie, etc.);
- b) responsables de plus de dix ouvriers qualifiés.

Contremaîtres II: mêmes critères, si ce n'est qu'ils ne sont pas responsables d'équipements vitaux et qu'ils ont sous leurs ordres moins de dix ouvriers qualifiés.

Quant aux ouvriers sans certificat d'apprentissage, engagés après examen technique, ils parcourent les trois classes: 14-13-12.

De cette détermination découle le salaire des magasiniers et des portiers: classes 14-13-12 et, par voie de conséquence, le salaire des manœuvres, nettoyeurs, transporteurs: classes 15-14-13.

Les *calandreuses-pliesuses*, à la buanderie, qui ne sont en fait que des employées de maison, ont été avantagées d'une classe: 18-17-16, au lieu de 19-18-17, car elles sont dépendantes des machines. Dans le processus industriel qui est celui de la buanderie, elles ne peuvent pas « se reprendre » à volonté comme une employée de maison ou une employée de lingerie, mais elles doivent suivre le rythme imposé par la machine. Il est équitable d'en tenir compte.

Les *cuisiniers* sont mis sur le même pied que les ouvriers qualifiés et les *diététiciennes* au niveau des infirmières.

Employées de maison (femmes de chambre) C'est dans le secteur des services généraux et infirmiers qu'il y a le plus de personnel « domestique », féminin en majorité.

Ce personnel: employées de cuisine, femmes de chambre, employées d'office et de réfectoire, etc. qui n'a pas de qualification particulière, fait cependant un travail important à l'hôpital. Il serait heureux de placer tout ce monde sous le même vocable et il semble bien que le terme d'*employée de maison* serait adéquat, puisque l'on ne veut plus entendre parler, aujourd'hui, de domestique! Ce terme n'a plus de raison d'être depuis que l'externat a été décrété dans les hôpitaux. Tout ce personnel, par ses conditions de travail, est à considérer comme les femmes de chambre, classes 19-18-17. Ces salaires soutiennent largement la comparaison avec ceux des hôtels ou du personnel de maison en général.

Le personnel féminin ayant des responsabilités, tel que les gouvernantes de maison et de cuisine, est à assimiler aux aides-soignantes: classes 15-14-13. Parmi ces personnes, celles qui sont attribuées à des services importants (avec infirmières-chefs I) obtiennent une classe de plus en étant *gouvernantes de maison I*: classes 14-13-12. La gouvernante du foyer, qui a la responsabilité matérielle et morale de cent trente stagiaires infirmières, est assimilée à une gouvernante de maison I.

La *gouvernante de lingerie* gravit les classes 10-9-8 et son adjointe 13-12-11. L'importance de la lingerie et le volume du matériel qui y est confectionné et entretenu imposent aux chefs des responsabilités dont il faut tenir compte.

Quant aux hommes « de métier » responsables, tels que chef-jardinier, chef-buan-dier, chef-magasinier, ils s'apparentent parfaitement aux contremaîtres II, soit par leurs responsabilités, soit par le niveau de leur formation professionnelle.

d) Services administratifs

C'est là que l'on trouve la plus grande diversité de fonctions et de salaires.

Les commis et les secrétaires sont des employés qualifiés (certificat de capacité d'employé de commerce ou d'administration, diplôme de l'Ecole de commerce, maturité plus six mois dans une école de secrétariat). Ils font des travaux importants. Les secrétaires sont en principe res-

ponsables d'un secrétariat administratif ou médical, ou chargées de tâches particulières. Toutes ces personnes sont classées: 12-11-10.

Le *commis principal* devrait pouvoir atteindre la classe 9 trois ans après le maximum de la classe 10, pour autant qu'il donne toute satisfaction.

Les *employées de bureau* peuvent posséder ou non un titre officiel de qualification, mais ne travaillent pas de manière indépendante. Les employées qualifiées, nommées, parcourent cependant les classes 14-13-12-11. Les non qualifiées ont une classe de décalage: 15-14-13.

Les *aides de bureau*, enfin, effectuent de petits travaux courants et sont dans les classes 18 à 15.

Les *portiers*, assimilés aux ouvriers sans certificat, parcourent les classes 14-13-12.

Le *portier principal*, eu égard à ses responsabilités, se trouve dans les classes 11-10. Le postier qui a des responsabilités de valeurs est à placer aussi dans les classes 11-10.

Le problème des portiers qui pose celui de l'accueil et de la connaissance des langues n'est pas complètement résolu, malgré l'heureuse innovation des *hôtesses*

d'accueil. Ces dernières, étant donné l'exigence de trois ou quatre langues étrangères, sont à placer dans les classes 13-12-11-10.

Les *assistantes sociales* parcourent les classes 13-12-11-10-9.

Les *infirmières d'hygiène sociale* sont d'abord infirmières qualifiées, puis passent, après six mois, leurs examens de spécialisation: classes 12-11-10-9.

Les *chefs de bureau* sont des employés qualifiés ayant des responsabilités de personnel. Ils se situent entre les commis principaux et les adjoints des cadres supérieurs, au même niveau que les contremaîtres I, classes 9-8-7.

Enfin, pour les cadres proches de la direction, responsables d'un nombreux personnel très qualifié, ou les personnes ayant des responsabilités d'argent, des tâches techniques de spécialistes, il est difficile de trouver des comparaisons, hormis des rapports de responsabilité ou d'importance de secteurs: *chef-économiste, chef-comptable, infirmière-chef générale*: classes 4-3-2; *chef du service du personnel*: 3-2. Les *sous-directeurs* devraient pouvoir passer hors cadres, selon le critère de l'administration, après avoir parcouru la classe I.

(A suivre)

Schweitzer demain. Par *Henri Monfrini*. 124 pages et 7 photographies de l'auteur hors texte. Fr. 8.—. Editions Payot, Lausanne 1966.

Schweitzer n'est plus, mais son œuvre doit continuer. C'est ce que nous expose, sous forme de tryptique, H. Monfrini, qui fut pendant deux ans Représentant résident du Bureau de l'assistance technique, puis du Programme des Nations-Unies pour le développement au Gabon.

Hier. L'hôpital tel que l'auteur l'a connu du vivant du docteur. Il a été conquis par l'homme, gagné par l'œuvre, frappé par la sérénité dominant partout.

Aujourd'hui. Il faut maintenir l'essentiel, l'esprit de Schweitzer. Mais aussi améliorer les installations techniques: électricité, distribution

d'eau, destruction des ordures, évacuation des eaux usées. (Certains de ces travaux sont en cours d'exécution.) Pour cela il faudra beaucoup de fonds. Il faut donc ranimer l'intérêt pour l'hôpital en partie détruit par une presse mal ou trop superficiellement informée. Dans ce but, on songe à créer dans le cadre de l'hôpital un *Centre international de recherches scientifiques*, puisque la science est devenue la mystique des temps modernes.

Demain. Faire de l'hôpital un des éléments de l'Assistance technique au Gabon.

Le livre de H. Monfrini est une réponse positive et objective aux détracteurs de l'œuvre de Schweitzer. Chacun aura intérêt et profit à le lire, spécialement ceux qui s'interrogent quant à sa raison d'être actuelle.

H. K.

Grundregeln der Berufsethik für die Krankenpflege

Diese Grundregeln der Berufsethik wurden angenommen anlässlich des 10. Kongresses des Weltbundes der Krankenschwestern, am 10. Juli 1953 in Sao Paulo, Brasilien. Am 13. Kongress, 1965 in Frankfurt, wurden sie revidiert und durch einen Zusatz ergänzt. Der Originaltext ist in englisch.

Die Krankenschwester * pflegt die Kranken und setzt sich ein für die Schaffung eines Milieus, das die Genesung in körperlicher, sozialer und geistig-seelischer Hinsicht günstig beeinflusst. Sie bemüht sich durch Wort und Beispiel um die Verhütung von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit. Sie steht im Dienste der Gesundheit des Einzelnen, der Familie und der Allgemeinheit und verbindet ihre Bemühungen mit dem Wirken anderer im Gesundheitsdienst stehender Berufe.

Dienst am Menschen ist die vornehmste Aufgabe der Krankenschwester, die Aufgabe, die ihrem Beruf Sinn und Existenzberechtigung gibt. Das Bedürfnis nach Pflege besteht allgemein. Der Dienst der Krankenschwester entspricht diesem menschlichen Bedürfnis und kann deshalb nicht eingeschränkt werden durch Rücksichten auf Nationalität, Rasse, Hautfarbe, Glaubensbekenntnis, politische Haltung oder soziale Stellung.

Der Glaube der Krankenschwester an die wesentlichen Freiheiten des Menschen und an den Wert der Erhaltung menschlichen Lebens ist grundlegende Voraussetzung der berufsethischen Regeln.

Es ist wichtig, dass alle Krankenschwestern die Grundsätze des Roten Kreuzes kennen und sich bewusst sind, welche Rechte und Pflichten ihnen aus den Genfer Konventionen von 1949 erwachsen.

Es wird vorausgeschickt, dass diese internationalen Grundregeln sich nicht mit allen

beruflichen Handlungen der Krankenschwestern Beziehungen einzeln befassen können, da das Verhalten der Krankenschwester durch ihre persönliche Weltanschauung und durch ihren Glauben mitbedingt ist.

1. Die Krankenschwester hat drei grundlegende Aufgaben: Leben zu erhalten, Leiden zu lindern und Gesundheit zu fördern.
2. In der Pflege und ihrem beruflichen Verhalten soll die Krankenschwester jederzeit höchste Anforderungen an sich stellen.
3. Die Krankenschwester soll für ihre Arbeit nicht nur gut ausgebildet sein, sie soll ihr Wissen und Können auch dauernd auf einem hohen Stand halten.
4. Die religiöse Ueberzeugung des Patienten soll geachtet werden.
5. Die Krankenschwester wahrt das Geheimnis dessen, der sich ihr anvertraut.
6. Eine Krankenschwester ist sich nicht nur ihrer Verantwortung, sondern auch der Grenzen ihrer beruflichen Zuständigkeit bewusst. Ohne ärztliche Verordnung wird sie eine Behandlung weder empfehlen noch selbst vornehmen, ausser in Notfällen; sie wird solche Massnahmen innerhalb kürzester Frist einem Arzt melden.
7. Die Krankenschwester ist verpflichtet, die Verordnungen des Arztes überlegt und loyal auszuführen und die Teilnahme an Handlungen, die gegen die Ethik verstossen, zu verweigern.
8. Die Krankenschwester erhält und bestärkt das Vertrauen in den Arzt und in weitere an der Pflege beteiligte Personen. Unfähigkeit von Mitarbeitern oder Verstösse gegen das Berufsethos sollten

* Krankenpfleger entsprechend für Krankenschwester im gesamten Wortlaut.

gemeldet werden, aber nur der zuständigen Stelle.

9. Die Krankenschwester hat Anspruch auf ein angemessenes Gehalt. Sie nimmt für ihre Dienste keinerlei Vergütung ausser der stillschweigend oder ausdrücklich vereinbarten an.
10. Die Krankenschwester erlaubt die Verwendung ihres Namens zur Reklame nicht, weder für fremde Erzeugnisse noch im eigenen Interesse.
11. Die Krankenschwester bemüht sich um gute Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe und mit ihren Mitschwestern.

12. Die Krankenschwester richtet sich nach ethischen Grundsätzen, die das Ansehen ihres Berufes stärken.

13. In ihrem persönlichen Verhalten soll die Krankenschwester nicht wissentlich den Sitten und Gebräuchen der Gemeinschaft, in der sie lebt und arbeitet, zuwiderhandeln.

14. Die Krankenschwester teilt die Verantwortung für die Förderung der Volksgesundheit auf lokalem, nationalem und internationalem Gebiet mit ihren Mitbürgern und den Angehörigen der im Dienste der Gesundheit stehenden Berufe.

Anny Pfirter ¹

Die Genfer Konventionen

Bemerkungen zum Zusatz der Präambel der «Grundregeln der Berufsethik»

Am XIII. Kongress des Weltbundes der Krankenschwestern 1965 in Frankfurt wurde einstimmig folgender Zusatz in die Präambel (Al. 4) der «Grundregeln der Berufsethik für die Krankenpflege» aufgenommen:

«Es ist wichtig, dass alle Krankenschwestern die Grundsätze des Roten Kreuzes kennen und sich bewusst sind, welche Rechte und Pflichten ihnen aus den Genfer Konventionen von 1949 erwachsen.»

Haben die Schwestern mit diesem Beschluss neue Aufgaben oder Verpflichtungen übernommen? Nein, denn diese Verpflichtungen bestanden bereits, treten sie doch unmittelbar in Kraft, wenn ein Staat die Genfer Konventionen ratifiziert.

¹ Schwester Anny Pfirter, Leiterin der Abteilung für Sanitätspersonal und der Abteilung für Kriegsinvalide des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, Genf, Avenue de la Paix 7.

² Ratifizierung durch die Schweizerische Eidgenossenschaft am 31. März 1950.

Mit der Ratifikation der Genfer Konventionen von 1949 durch einen Staat ² wird ihre Anwendung im Falle eines bewaffneten Konfliktes unter anderem auch für alle Angehörigen des Armeesaniättsdienstes sowie für das Personal der zivilen Krankenanstalten absolut verbindlich. Handelt jemand bewusst oder in Unkenntnis gegen diese Bestimmungen, so verstösst er als Zivilperson oder Angehöriger der Armee gleichzeitig gegen die Landesgesetzgebung und hat sich vor den zuständigen Behörden zu verantworten.

Besonders wichtig scheint es uns, dass Krankenschwestern und Krankenpfleger, die unter der Bezeichnung «Sanitätspersonal» in den Genfer Konventionen von 1949 in bezug auf ihre Rechte und Pflichten mehrmals ausdrücklich erwähnt werden, diese auf alle Fälle kennen sollten.

Wir werden versuchen, im folgenden auf die wichtigsten Punkte kurz hinzuweisen, in der Hoffnung, dass die Leser dadurch angeregt werden, sich eingehender mit diesem Thema zu befassen.

Zur allgemeinen Orientierung bringen wir auch eine Zusammenfassung der wichtigsten «Grundsätze des Roten Kreuzes».

Die Grundsätze des Roten Kreuzes

1. *Humanität.* Aus dem Wunsch heraus entstanden, die Verwundeten auf dem Schlachtfeld unterschiedslos zu betreuen, bemüht sich das Rote Kreuz, auf internationaler und nationaler Ebene menschliches Leiden unter allen Umständen zu verhüten und zu lindern. Es ist bestrebt, Leben und Gesundheit zu schützen sowie die Ehrfurcht vor dem Menschen hochzuhalten. Es fördert gegenseitiges Verständnis, Freundschaft, Zusammenarbeit und einen dauerhaften Frieden unter den Völkern.
2. *Unparteilichkeit.* Es macht keinerlei Unterschied zwischen Staatsangehörigkeit, Rasse, Religion, sozialer Stellung und politischer Zugehörigkeit. Es ist einzig bemüht, Leiden zu lindern, wobei es den dringendsten Fällen den Vorzug gibt.
3. *Neutralität.* Um sich das allgemeine Vertrauen zu erhalten, enthält sich das Rote Kreuz zu allen Zeiten der Teilnahme an Feindseligkeiten wie auch an politischen, rassistischen, religiösen und weltanschaulichen Auseinandersetzungen.
4. *Unabhängigkeit.* Das Rote Kreuz ist unabhängig. Obwohl die nationalen Gesellschaften den Behörden bei ihrer humanitären Tätigkeit zur Seite stehen und den jeweiligen Landesgesetzen unterstellt sind, müssen sie dennoch eine Selbständigkeit bewahren, die es ihnen gestattet, jederzeit nach den Grundsätzen des Roten Kreuzes zu handeln.
5. *Freiwilliger Dienst.* Das Rote Kreuz ist eine freiwillige und uneigennützige Hilfsorganisation.
6. *Einheitlichkeit.* Es kann im gleichen Land nur eine einzige Rotkreuzgesellschaft geben. Sie muss allen offenstehen und ihre humanitäre Tätigkeit über das gesamte Gebiet erstrecken.
7. *Universalität.* Das Rote Kreuz ist eine weltumfassende Institution, in deren

Schoss alle Gesellschaften gleiche Rechte haben und verpflichtet sind, einander zu helfen.

Die Genfer Konventionen

1. Was sie sind

Die Genfer Konventionen — auch Abkommen genannt — sind Vereinbarungen bzw. *diplomatische Verträge* zwischen souveränen Staaten.

Die bevollmächtigten Vertreter der vom Schweizerischen Bundesrat zu einer diplomatischen Konferenz eingeladenen Staaten prüfen und definieren den vom Internationalen Komitee vom Roten Kreuz vorbereiteten Text für ein neues bzw. für die Verbesserung und Ergänzung eines bereits bestehenden Abkommens zum Schutze der Kriegsopfer. Sie sind befugt, im Namen ihrer Regierung, den von der Konferenz beschlossenen Wortlaut einer Konvention *zu unterzeichnen*.

Eine Regierung bestätigt die Unterschrift ihres Vertreters, sobald sie von ihrem Parlament dazu bevollmächtigt ist. Mit dem Akt der *Ratifizierung* verpflichtet sich ein Staat zur Einhaltung der Konventionen. Er hat die Anwendungsbestimmungen zu erfüllen, seine eigene Gesetzgebung damit in Einklang zu bringen und sie der Truppe wie der Bevölkerung bekanntzugeben.

Ein Staat, der an der diplomatischen Konferenz, die eine Konvention kodifiziert oder revidiert hat, nicht vertreten war, kann nachträglich *beitreten*. Damit wird auch für ihn das Abkommen verpflichtend.

Mit 114 Signatar- bzw. Mitgliedstaaten der Genfer Konventionen von 1949 dürfen diese heute wohl als universell anerkannt und gültig bezeichnet werden. Diese Urkunden werden beim Schweizerischen Bundesrat hinterlegt, der die Mitgliedstaaten und das Internationale Komitee vom Roten Kreuz von jedem Neubeitritt in Kenntnis setzt.

Fortsetzung folgt

La traduction en français suivra.

Durant le second semestre de leur troisième année d'études les élèves de l'*Ecole genevoise d'infirmières Le Bon Secours* ont disposé cette année de deux mois, tout en continuant leurs stages et leurs cours, pour préparer leur travail de diplôme.

Cette année le thème de ce travail devait se rapporter au sujet général de « *l'admission ou la sortie de malades de l'hôpital* ». Les élèves étaient donc libres de choisir ce qui pouvait les intéresser dans ce domaine, mais devaient se conformer pour la structure de leur travail à un plan établi, qui comportait les points suivants:

Chapitre I	Le problème — définition — étendue et limitation — définitions de termes
Chapitre II	Revue de la littérature
Chapitre III	Méthodologie
Chapitre IV	Présentation des faits et analyse
Chapitre V	Conclusions Résumé Recommandations Bibliographies Appendices.

Il s'agissait d'une petite étude conduite de façon assez indépendante par chaque élève, puisque chacune avait choisi un sujet différent, dont voici quelques exemples:

« Les problèmes posés à l'infirmière par les circonstances qui entourent le décès d'un malade à l'hôpital. »

« Avec quel bagage d'information le diabétique quitte-t-il la Clinique médicale de l'Hôpital cantonal de Genève? »

« L'admission en urgence d'un grand brûlé et observation de deux malades durant les huit premières heures de leur hospitalisation. »

« Observation de quatre entrées chirurgicales d'urgence au Centre médico-chirurgical des entrées de l'Hôpital cantonal de Genève. »

Diverses *méthodes d'investigation* furent employées pour l'étude de ces problèmes: observations « mot-à-mot » (process recording) interviews, questionnaires, consultations de dossiers, de directives, etc...

Les élèves reçurent de l'aide trois fois durant l'élaboration de ce travail; une première fois pour la définition de leur sujet et le choix des méthodes d'investigation, une deuxième fois pour examiner les problèmes qu'elles rencontraient et une troisième fois avant la rédaction finale du travail.

A l'*examen de fin d'études*, les élèves disposèrent chacune de 15 minutes pour exposer leur travail et répondre aux questions qui leur étaient posées par l'examineur et le jury.

Ces travaux n'ont certes pas la prétention d'être complets, mais ont initié les élèves à la rigueur que demande toute étude qui se veut objective et exempte de préjugés.

Le texte qui suit est extrait du premier travail cité dans cette introduction, travail rédigé par *Madame Catherine Bamberger-Paillard*; il a sa place dans le chapitre consacré à la « Revue de la littérature ».

J. Demaurex, assistante directrice

Les problèmes posés à l'infirmière par les circonstances qui entourent le décès d'un malade à l'hôpital

Chapitre II: Revue de la littérature

Toutes les discussions philosophiques et théologiques nous mènent très loin, ce sont des discussions d'hommes vivants et bien portants. Mais lequel d'entre eux se trouve-t-il vraiment face à la mort? La littérature nous en donne des exemples poignants. Il ne s'agit plus de discussions sur le mot

« mort », mais de la description des pensées, des gestes, de toutes les contradictions qui assaillent un homme qui va mourir.

Je me permettrai donc de m'étendre un peu sur quelques livres qui nous donnent un tableau de la psychologie très complexe du mourant, ou du malade condamné, vu par sa famille, soit:

« La mort d'Ivan Ilitch » de Tolstoï

« Une mort très douce », de S. de Beauvoir

« Le temps d'un soupir », de A. Philipe.

Dans « *La mort d'Ivan Ilitch* », Tolstoï dresse le portrait d'un homme qui a une vie sociale réussie, un poste important: il est juge. Brusquement il est atteint d'un mal sourd, d'une douleur persistante, inexorable. Bien que cette histoire se soit passée au siècle dernier, elle garde tout son intérêt par la description de l'attitude des médecins, de la famille, de l'angoisse d'Ivan Ilitch, de sa course chez les charlatans, de ses espoirs suivis de découragements, de ses raisonnements fous.

« Ivan Ilitch voyait qu'il mourait et il était désespéré. Dans le fond de son âme, il savait bien qu'il mourait; mais non seulement il ne parvenait pas à s'habituer à cette pensée, il ne la comprenait même pas, il était incapable de la comprendre. » (12:66)

Il essaie d'oublier en dépit de son mal, mais la douleur le rappelle constamment à la réalité, et il fait l'expérience de la solitude devant la souffrance et la mort. Il se révolte contre les bien portants qui n'arrivent même pas à comprendre sa souffrance physique et morale.

« La mort. Oui c'est la mort. Et eux tous, ils ne le savent pas, ils ne veulent pas le savoir. Ils jouent (il entendait à travers la porte des éclats de voix et des chants), ça leur est égal, mais ils mourront aussi. »

(12:57)

Puis c'est le problème du mensonge, de ce jeu de cache-cache qu'on joue bien souvent avec les malades condamnés. La longue citation qui va suivre fait très bien ressortir l'ambivalence de toute cette question à la-

quelle nous nous heurtons, et que nous n'arrivons bien souvent pas à trancher.

« Le principal tourment d'Ivan Ilitch était le mensonge, ce mensonge admis on ne sait pourquoi par tous, qu'il n'était que malade et non pas mourant, et qu'il n'avait qu'à rester calme et se soigner pour que tout s'arrangeât. Tandis qu'il savait bien que, quoiqu'on fît, on n'aboutirait qu'à des souffrances encore plus terribles et à la mort. Et ce mensonge le tourmentait; il souffrait de ce qu'on ne voulût pas admettre ce que tous voyaient fort bien, ainsi que lui-même, de ce qu'on mentît en l'obligeant lui-même à prendre part à cette tromperie. Ce mensonge qu'on commettait à son sujet à la veille de sa mort, ce mensonge qui rabais-sait l'acte formidable et solennel de sa mort au niveau de leurs visites, de leurs rideaux, de leurs dîners, était atrocement pénible à Ivan Ilitch. Et chose étrange, il fut bien des fois sur le point de leur crier, tandis qu'ils arrangeaient autour de lui leurs petites histoires: « Assez de mensonges! Vous savez, et je sais moi-même que je meurs! Cessez donc de mentir au moins! » Mais il n'eut jamais le courage d'agir ainsi. L'acte atroce de son agonie était rabais-sée par son entourage, il le voyait bien, au niveau d'un simple désagrément, d'une inconvenance presque. » (12:67)

Grâce au style admirable de Tolstoï, nous suivons Ivan Ilitch par toutes les expériences pénibles qui devront se terminer par sa mort. Arrivé à ses derniers instants Ivan Ilitch revit toute sa vie passée, et se rend compte qu'elle n'a été que mensonge, ce même mensonge qu'il reproche maintenant aux siens, à ses amis, aux médecins. Et il meurt en se disant:

« Finie la mort! Elle n'est plus. » (12:92)

Paradoxe qui exprime cette idée, souvent citée, que la peur de la mort est pire que la mort elle-même.

La mère de Simone de Beauvoir dira à peu près la même chose dans le livre « *Une mort très douce* »:

« La mort elle-même ne m'effraie pas: j'ai peur du saut. » (1:20)

Ainsi Simone de Beauvoir raconte la mort de sa mère atteinte d'un cancer digestif qu'elle ignore, ses réactions et celles de son entourage. C'est l'histoire de la relation de Madame de Beauvoir avec ses filles, ses amies, le personnel médical, pendant sa longue agonie. C'est pendant ces durs moments que l'auteur découvre sa mère. Elle nous décrit une situation que nous vivons souvent à l'hôpital: les mensonges, les calmants qui essaient de soulager une mort que nous voulons « très douce ». La sœur de Simone de Beauvoir demande au médecin après l'opération palliative que vient de subir sa mère:

« Mais que dira-t-on à maman quand le mal reprendra ailleurs? — Ne vous inquiétez pas, on trouvera. On trouve toujours. Et le malade vous croit toujours. » (1:20)

Nous sommes prises entre deux feux, la médecine qui veut arriver, lutter jusqu'au bout, préserver la vie à tout prix, et l'euthanasie.

« On est pris dans un engrenage, impuissant devant le diagnostic des spécialistes, leurs prévisions, leurs décisions. Le malade est devenu leur propriété: allez donc le leur arracher. » (1:87)

C'est un dilemme horrible dans lequel Simone de Beauvoir n'arrive à voir clair qu'après le décès de sa mère: tout s'explique et s'est relativement bien « passé ». Elle est morte, entourée des siens, et sans trop souffrir, et l'auteur songe à ceux qui n'ont pas eu cette chance.

« Je pensais à tous ceux qui ne peuvent adresser cet appel à personne: quelle angoisse de se sentir une chose sans défense, toute entière à la merci des médecins indifférents et d'infirmières surmenées. Pas de main sur leur front quand la terreur les prend; pas de calmant dès que la douleur les tenaille; pas de babillage menteur pour combler le silence du néant. » (1:146-147)

« Le temps d'un soupir » d'Anne Philipe nous place du côté de la famille qui ne dira pas la vérité. C'est la femme de l'acteur Gérard Philipe, atteint d'un cancer de l'estomac, qui monologue d'abord pour se donner le courage de cacher la vérité, puis de surmonter sa douleur.

« Pourquoi, de quel droit te cacher ce qui te concernait, pourquoi t'emmener en traître là où tu aurais pu aller bravement. » (11:40)

Ce livre, qui sort du réel, nous emmènerait peut-être trop loin de mon sujet si je prenais le temps de l'étudier plus longuement ici.

Dans les trois livres que je viens de résumer, il y a plusieurs thèmes qui reviennent sans cesse, et que nous aurons encore le loisir d'étudier tout au long de ce travail: le mensonge lié à l'ambivalence de la peur de mourir et l'espoir fou de guérir, le problème de l'incompréhension et de la solitude devant la souffrance et la mort. Dans ces livres il ne s'agit plus de discussions métaphysiques, philosophiques ou religieuses, mais d'expérience d'hommes qui se rapproche beaucoup de ce que nous pouvons vivre. C'est pour cela que leur lecture m'a été d'une grande utilité...

Bibliographie

(De la liste bibliographique de ce travail nous ne citons que les titres se rapportant au chapitre ci-dessus. La réd.)

- 1° de Beauvoir Simone, « Une mort très douce », Paris, Gallimard, 1964, 164 pages.
- 2° Bihet M.-M. et Gounelle H., « Morale professionnelle », Paris, Edition Foucher (s. d.), 111 pages.
- 8° Favarger C., Gabus J., Erard M., Clerc F., Guyot Ch., Schaerer R., Menoud Ph.-H., « L'homme face à la mort », Neuchâtel, Delachaux et Niestlé S. A., 1952, 186 pages.
- 11° Philipe Anne, « Le temps d'un soupir », Paris, Julliard, 1963, 143 pages.
- 12° Tolstoï, « La mort d'Ivan Ilitch », suivi de « Maître et Serviteur », Lausanne, Edition Petite Ourse, 1956, 165 pages.

Catherine Bamberger-Paillard

Les migraines: ce qu'on a trouvé depuis vingt ans¹

La migraine n'est pas, loin de là, le prétexte mondain dont s'emparent les femmes qui n'ont pas envie d'aller à un dîner ou de recevoir: c'est un syndrome très douloureux, survenant par crises plus ou moins rapprochées, s'accompagnant — ou plutôt étant précédées — de troubles végétatifs et psychiques. Son authenticité est indiscutable, ce qui n'exclut d'ailleurs pas qu'on la simule ou qu'on l'exploite au besoin, mais n'est-ce pas le cas pour toutes les affections? Durant ces vingt dernières années, on lui a consacré de nombreuses recherches et les résultats de ces recherches ont mis à jour des données nouvelles... et laissé persister de nombreux points d'interrogation quant à ses causes et à ses mécanismes, et donc, hélas, quant à son traitement et à sa prévention. Néanmoins des progrès thérapeutiques certains ont permis de réduire très notablement le nombre des cas totalement résistants à toute thérapeutique.

Un médecin français vient récemment de faire le point des connaissances actuelles sur la question.

Pour cet auteur, on peut schématiquement résumer l'ensemble des connaissances actuelles de la manière suivante:

Chez des *prédisposés* génétiques ou névrotiques, à l'occasion de *facteurs déclenchants* externes ou internes: exposition au soleil, intoxication alimentaire, intolérance peut-être allergique, à certains médicaments, contrariété, tension d'esprit; ou bien mauvais fonctionnement hépatique, vésiculaire, intestinal, ovarien; se produisent des phénomènes intéressant le *système neurovégétatif périphérique ou central*; dont on verra qu'ils précèdent de quelques heures ou de quelques jours la « crise » douloureuse crânienne; avec *sécrétion de produits toxiques* pour les vaisseaux, ce qui détermine la paralysie spectaculaire et douloureuse de la migraine...

Un orage végétatif avant la céphalée

En ce qui concerne la traduction clinique de la migraine, on a bien établi que la migraine « commence loin de la tête » par des signes digestifs, une fatigue musculaire, des troubles psychiques (agitation, état dépressif, agressif)

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

puis des troubles neurovégétatifs variés (pâleur, sueurs, vagues malaises) qui annoncent la céphalée, atroce, hémicrânienne au moins au début; tant que dure celle-ci des troubles végétatifs persistent: pâleur encore, sueurs, état vertigineux, nausées; le psychisme du malade est modifié (il est désespéré, se sent incompris, dans un monde hostile). Les vomissements annoncent la fin de la crise après laquelle le malade s'endort, pour se réveiller « merveilleusement guéri »... jusqu'à la prochaine crise.

Il y a une variété de migraine dite *migraine ophtalmique* avec *scotome visuel*, où un signe prémonitoire de la céphalée est très caractéristique: le malade perçoit un « trou visuel » (un endroit aveugle du champ visuel) entouré d'un scotome scintillant, coloré, très lumineux.

Si on pratique un électro-encéphalogramme rapidement après la crise (on n'a jamais pu le faire pendant, pour des raisons matérielles), on constate que les éventuelles anomalies constatées (mais elles sont inconsistantes et, parfois, l'électro-encéphalogramme est normal) n'ont rien de caractéristique. Ce sur quoi l'auteur insiste, dans cette description clinique, c'est la précession de la douleur crânienne par tout un ensemble de signes, qu'il groupe sous le nom évocateur d'orage neurovégétatif. On va voir que cette chronologie est plus compatible que l'inverse avec ce qu'on suppose actuellement des causes, ou plutôt des mécanismes biologiques conduisant à la crise migraineuse.

L'état psychique du migraineux

Le contexte psychique sur lequel survient la migraine est des plus vagues: on a décrit un type mental du migraineux: hyperémotif, instable, anxieux, scrupuleux, méticuleux, psychorigide, ambitieux, travailleur assidu. L'auteur remarque que cette description convient à une bonne partie de l'humanité, qu'elle s'applique mal aux jeunes de douze à quinze ans qui sont pourtant à l'âge de prédilection du début des migraines, qu'on décrit, par ailleurs, depuis l'arrêté de Cappadoce, le migraineux, comme un bon vivant porté sur la bagatelle..., enfin qu'on doit tenir compte du fait que les répétitions de crises migraineuses peuvent, sinon aggraver définitivement, du moins modifier le caractère. Notons qu'on a invoqué, non parmi les causes mais parmi les circonstances d'apparition des migraines, l'hypothèse névrotique.

Les artères cérébrales des migraineux

Comme ce qui domine l'accès de migraine c'est une douleur hémicrânienne, il était bien naturel de chercher l'anomalie causée au niveau du cerveau.

Comme, d'autre part, les médicaments dont on a découvert empiriquement l'efficacité, sont des modificateurs du diamètre des vaisseaux, des vaso-dilatateurs ou des vaso-constricteurs, il était encore une fois bien naturel d'admettre que la migraine est due à un état anormal des vaisseaux méningés, encéphaliques ou extra-crâniens.

Le trouble vasculaire le plus communément admis est une vaso-dilatation de ces trois systèmes de vaisseaux. Mais cette interprétation se heurte à un certain nombre de difficultés, dont la moindre n'est pas l'absence de sensibilité douloureuse des vaisseaux encéphaliques: c'est ce qu'on constate durant des interventions neurochirurgicales faites à l'anesthésie locale. Pour neutraliser ces contradictions, on a ensuite invoqué des successions de spasmes et de dilations artérielles, des courts-circuits artério-veineux avec anoxie, un état spasmé, puis dilaté des sphincters artériolaires pré-capillaires, une onde de vasoconstriction voyageuse, etc.

La dernière théorie en vigueur semble plus que les autres en accord avec tous les phénomènes observés durant la migraine: selon elle, la paroi des vaisseaux serait le siège d'un gonflement d'un œdème qui déborderait en dedans, diminuant le calibre artériel, et en dehors, comprimant les tissus traversés par l'artère.

Mais quelle substance modifie l'état des vaisseaux crâniens?

a) Tant qu'on a pensé que ladite modification était une vaso-dilatation, on a évoqué des sécrétions anormales d'histamine et d'acétylcholine.

b) Puis, une énorme masse de travaux a tenté d'intégrer la sérotonine dans le cadre de la migraine. Ces tentatives reposaient sur divers phénomènes:

- l'action antimigraineuse nette d'antagonisme de la sérotonine: méthylsergide;
- l'action douloureuse de l'injection de sérotonine chez le migraineux dont l'artère temporale a été dilatée par une application chaude; pour qu'il y ait douleur, il faut qu'il s'agisse d'un migraineux et qu'il y ait eu dilatation;

- une augmentation de l'élimination urinaire des produits de dégradation de la sérotonine après les crises de migraine.

Mais malgré ces faits très convaincants, à première vue, on se heurte à des arguments... aussi convaincants, en particulier:

- dans des tumeurs qui s'accompagnent de production de quantités énormes de sérotonine, on n'observe pas la moindre migraine;
- les inhibiteurs de la mono amine oxydase, qui s'opposent à un destructeur de la sérotonine (et donc élèvent le taux cérébral de sérotonine), sont d'excellents antimigraineux.

c) Plus récemment, on a évoqué le rôle de substances qu'on a découvertes dans le liquide céphalo-rachidien des migraineux: des bradykinines, polypeptides qui auraient des propriétés vaso-dilatatrices, mais surtout, œdématisantes sur la paroi artérielle (on retrouve donc l'hypothèse la plus récente concernant l'état des artères du migraineux).

Cette explication serait compatible avec un fait clinique: la diminution progressive du caractère douloureux de la migraine à mesure que le patient vieillit: cela s'expliquerait par le vieillissement vasculaire, rendant les vaisseaux de moins en moins capables de s'œdématiser (par sclérose).

Le traitement: très empirique, mais très efficace

On comprend, durant cet exposé de ce qu'on « sait » des mécanismes amenant la crise migraineuse, qu'aussi bien pour le traitement de fond que pour le traitement de la crise elle-même, on en soit réduit à tâtonner parmi les médicaments existants et à retenir ceux qui font preuve d'efficacité. Ce qui n'empêche pas d'ailleurs les progrès thérapeutiques: on a découvert ainsi au cours de ces dernières années des médicaments qui ont transformé l'existence d'un grand nombre de migraineux et considérablement réduit celui de ceux qui résistent à tout traitement. Mais il faut noter que peu de thérapeutiques actives sont totalement efficaces: aucune ne guérit tous les migraineux.

On peut distinguer le traitement de fond, celui des prédispositions et des facteurs déclenchants; le traitement de la crise elle-même; enfin, la prévention des récurrences.

a) *Le traitement de fond*: on ne peut naturellement rien, dans l'état actuel des choses, sur le facteur génétique et peu de choses sur l'éventuelle névrose favorisante. Il est néces-

saire, mais bien aléatoire, sur le seul plan de la migraine, de soigner foie, vésicule, ovaires, s'ils présentent une affection.

b) *Le traitement de l'état migraineux* se heurte à une difficulté considérable: l'intolérance gastrique totale (vomissements) que présentent les migraineux, dès que la céphalée a commencé, ce qui empêche toute prise médicamenteuse. C'est donc au moment des signes prémonitoires — que le malade devra s'en-

traîner à reconnaître — qu'il faut prendre les médicaments inhibants: gynergène, caféine, hydergine, antalgiques.

c) *La prévention des crises*: il s'agit là des « antisérotonines » (sans préjuger de leur mode d'action) et des IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase), qui ont modifié la vie des migraineux. Ces médicaments s'ils sont administrés de façon très prolongée permettent d'éviter le retour des crises.

Recommandation du Conseil de l'Europe relative à l'enseignement en matière de transfusion sanguine

Comité d'experts en matière de santé publique (Extraits du supplément B du *Bulletin du Service fédéral de l'hygiène publique*, 17 septembre 1966. Les recommandations ci-dessous concernent la profession d'infirmières. Le texte du supplément B s'adresse en outre aux médecins des hôpitaux, aux spécialistes des transfusions sanguines et au personnel de laboratoire)

Considérant les lourdes responsabilités que les médecins ainsi que les infirmières, sages-femmes et techniciens de laboratoire assument en matière de transfusion sanguine, le *sous-comité des spécialistes de problèmes sanguins* recommande que chaque gouvernement envisage d'inclure un enseignement destiné:

- a) aux étudiants en médecine et au personnel médical non spécialisé utilisant la transfusion,
 - b) aux infirmières et sages-femmes,
 - c) aux techniciens de laboratoire,
- dans le cadre du système national de formation professionnelle de ces catégories de personnel, en incluant si possible dans les règlements statutaires régissant cette formation une clause prévoyant l'enseignement obligatoire de la transfusion sanguine.

Modèle d'un enseignement destiné aux élèves infirmières, aux élèves sages-femmes, aux infirmières et aux sages-femmes

La formation devrait porter sur les sujets suivants:

- 1° Connaissance fondamentale des groupes sanguins.

- 2° Connaissance élémentaire de la conservation du sang et de ses dérivés, ainsi que des critères d'utilisation.
- 3° La technique de la transfusion sanguine. Le rôle des infirmières dans la prévention des erreurs techniques et matérielles.
- 4° L'identification et le traitement immédiat des réactions à la transfusion.
- 5° Connaissance élémentaire de la maladie hémolytique du nouveau-né.
- 6° L'organisation du service de transfusion sanguine en ce qui concerne l'infirmière et la sage-femme.
- 7° *Consignation des observations*: Importance capitale de la consignation d'observations précises et d'une description générale des méthodes employées, en tenant particulièrement compte des procès-verbaux que seront appelées à rédiger des élèves infirmières, des élèves sages-femmes, des infirmières et des sages-femmes.

La *formation pratique* des infirmières, conformément aux points 1 à 7, sera organisée en tenant compte des responsabilités et des fonctions des intéressées.

Assemblée générale de la Veska

le 7 juin 1967 à Berne

Cours de perfectionnement de la Veska

du 24 au 26 octobre 1967 à Bâle

Dieser Artikel will Ueberlegungen und Schlussfolgerungen über die schweizerische Krankenpflege in Gegenwart und Zukunft festhalten, so wie sie sich im Zusammenhang mit der *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz* ergeben. Mit diesen höchst aktuellen Problemen, die im Verlauf der Studie aufgegriffen und diskutiert werden, sollte sich jede Krankenschwester auseinandersetzen, auch wenn sie mit der Studie nicht direkt in Berührung kommt. Damit kann verhütet werden, dass sich eine Einstellung der Krankenschwestern dem Beruf und dem Patienten gegenüber bildet, die statisch oder extrem ist, oder nicht mehr den heutigen Erfordernissen entspricht.

Die heutige Situation in den Spitälern

Die drei grossen «Elemente», von welchen eine Krankenschwester in ihrer Berufsausübung absorbiert wird, sind:
die Patienten, der Spitalbetrieb, die Medizin.

Die Patienten

Die Menschen sind durch den heutigen Lebensstil anders geprägt als noch vor einigen Jahren. Die Patienten in unseren Spitälern sind ein Teil dieser veränderten Menschheit. Die Menschen fühlen sich vermehrt haltlos, weil die Beeinflussung von aussen unaufhörlich auf sie einwirkt; sie haben es schwer, sich eine eigene Meinung zu bilden und einen festen Standpunkt, an dem sie sich orientieren, zu vertreten. Darum sind sie oft den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen und werden krank. Viele wissen dem Leben und besonders der Krankheit und dem Leiden keinen Sinn zu geben. Wenn etwas Aussergewöhnliches an sie herankommt, werden sie von einer Verwirrung und Angst ergriffen, die sie zur Verzweiflung bringen kann.

Den Beweis, dass es so ist, finden wir in der ständigen Zunahme der Kriminalität, besonders der Jugendkriminalität, weiter in der Vermehrung der sogenannten Psychisch-kranken, deren Kranksein in menschlichen Konflikten wurzelt, im erschreckenden Zuwachs der Patienten in den psychiatrischen Kliniken, deren Krankheitsursachen psychische Ueberbelastung, schlechte Familienverhältnisse, Misserfolg, Haltlosigkeit und Mangel an menschlichem Kontakt sind.

Erwartungen der Patienten von der Schwester: in erster Linie eine gute Pflege und Mithilfe bei der Behandlung.

Aber ebenso sehr erwarten sie Hilfe auf menschlicher Ebene. Sie wollen als Person anerkannt sein, nicht als «Fall». Sie erwarten von der Schwester Verständnis für ihre Situation und suchen dieses oft auf erstaunlichste Art zu erzwingen (Trotz, Abwehrhaltung, Aggressivität). Sie erwarten Mitgefühl, sie suchen bei ihr den Kontakt, den sie ausserhalb des Spitals entbehren, sie wollen informiert sein über die Krankheit, über die Behandlungsmethoden, sie wollen Ratschläge für ihre Probleme und vor allem, dass man ihnen Zeit widmet.

Der Spitalbetrieb

Die Spitäler sind heute riesige Verwaltungsapparate. Für alles, was im Pflegegebiet die Organisation, Administration und Koordination anbelangt, wird die Krankenschwester verantwortlich gemacht, allerdings nicht an jedem Posten in gleichem Mass:

für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Spital,
für Ordnung und Reinlichkeit auf den Abteilungen,
für den reibungslosen Ablauf der Verpflegung,
für die Buchführung über Medikamente und das Gebrauchsmaterial,
für die Personalführung.

Auf diesem Sektor ist die Schwester in Gefahr, aus persönlichem Interesse oder aus

¹ Schwester Kasimira Regli, Chirurgische Klinik, Kantonsspital St. Gallen.

Prestigegründen selbst zu viele Aufgaben übernehmen zu wollen, selbst wenn diese nicht immer unbedingt die Kompetenzen der Schwester erfordern und nicht zum Wesentlichen ihres Berufes gehören.

Die Medizin

Einerseits stellt die Forschung grosse Anforderungen an die Schwester:

Verständnis für die Forschung,
Bereitschaft zu Mehrarbeit,
psychische Mehrbelastung, da auch die Patienten von der Forschung betroffen werden.

Andererseits sieht der Arzt immer mehr, dass der Patient nicht allein durch die Organbehandlung geheilt werden kann, dass die menschliche Betreuung immer wichtiger wird im Heilungsprozess. Er hat zu wenig Zeit, sich intensiv mit dem Patienten zu beschäftigen, und überlässt vieles der Schwester. Sie soll ihn aufklären, ermuntern, seelisch heben.

Die Aerzte erwarten von einer guten Krankenschwester:

technische Fertigkeiten,
ein breites Fachwissen,
grosse menschliche Qualitäten.

Es sind dies beträchtliche Ansprüche, die an eine Krankenschwester gestellt werden. Sie kann auf die Dauer allen diesen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden. Entweder führt dies zu Konflikten, oder etwas muss zu kurz kommen.

Fragt man sich, welche von den oben genannten Gruppen, Patient, Spitalbetrieb oder Medizin, an erster Stelle steht, wird man natürlich ohne lange Ueberlegung antworten: der Patient. Wenn wir uns aber gewisse Situationen genau überlegen, können wir dann mit aller Gewissheit sagen, es sei in Wirklichkeit in jedem Falle so? Oder überreden wir uns selber, bis wir es glauben? Sind wir uns in aller Klarheit bewusst, was Krankenschwestersein bedeutet, an welchen Platz sie gehört? Wenn sie zwischen den Anforderungen von Betrieb und Patient in Konflikt gerät, welche soll sie abzugeben suchen?

Umschreibung des Krankenpflegeberufes

Es ist nicht leicht zu definieren, welches die Aufgaben der Krankenschwestern sind. Der *Weltbund der Krankenschwestern* (ICN) hat es auf folgende Weise versucht:

«Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistungen für den Einzelnen, ob krank oder gesund, in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen oder zu einem friedlichen Tod, *welche der Kranke selber ohne Unterstützung vornehmen würde*, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, dass der Kranke so rasch als möglich seine Unabhängigkeit wiedererlangt².»

Man kann das Wesentliche noch bildlich darstellen:

Der *gesunde Mensch* verfügt normalerweise über ein genügendes Mass an Kraft, Wissen und Willen, um den verschiedenen Situationen des Lebens zu begegnen.

Der *krank Mensch* hingegen ist in diesem Zustand in seinen Funktionen geschwächt. Dadurch, dass die Tätigkeit des kranken Organs ausfällt, hat er nicht genügend Kraft, um den Anforderungen des Lebens zu genügen.

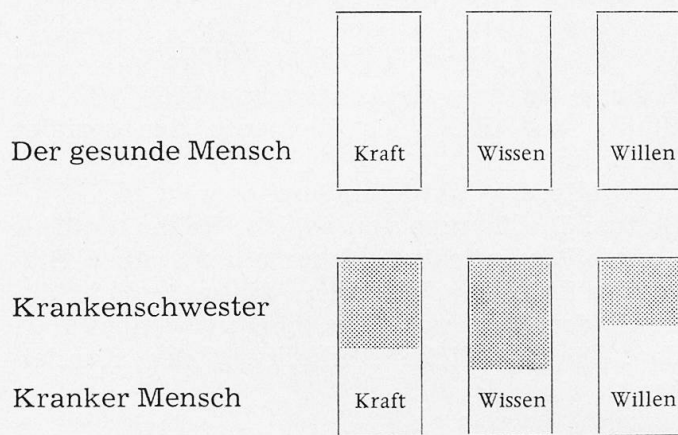
Er verfügt auch in seiner veränderten Situation nicht mehr über genügend Wissen, er weiss sich nicht zurechtzufinden in seiner neuen sozialen Umgebung, d. h. im Spital. Er weiss nichts oder nicht viel über seine Krankheit oder hat darüber ganz falsche Ansichten. Er weiss nicht, warum er krank wurde, wie er sich verhalten muss, wenn er aus dem Spital entlassen wird.

In seiner Schwäche und Ungewissheit fehlt ihm dann vielfach auch der Wille, gegen die Krankheit zu kämpfen, um wieder gesund zu werden.

Hier muss sich nun die Krankenschwester einschalten, hier ist ihr Platz. Sie muss dem Patienten das ersetzen, was er nicht mehr

² Virginia Henderson. Grundregeln der Krankenpflege. Weltbund der Krankenschwestern. S. 10.

selber tun kann; ihre Funktionen müssen seinen Funktionen Krücken sein. Wenn er wieder gesund ist, braucht er die Krücken nicht mehr, er kann wieder allein gehen.



Die Schwester führt aus, was er nicht tun kann, z. B. Essen eingeben, stützen, waschen, therapeutische Massnahmen vornehmen.

Sie erklärt ihm, belehrt ihn, und hilft ihm, sich in seiner neuen Situation zurechtzufinden, die Krankheit an ihren richtigen Platz in seinem Leben zu stellen.

Sie befriedigt seine Bedürfnisse nach Kontakt, Aussprache, Verständnis, Mitgefühl, um seinen Willen zur Gesundung und zum Leben zu fördern. Sie schafft eine Geborgenheit, eine Einheit, eine ganzheitliche Atmosphäre um den Patienten, da dieser sich infolge der heutigen Spezialisierung in seiner Persönlichkeit auseinandergerissen fühlt.

Im Hinblick auf diese Anforderungen werden von der Schwester neben technischer Tüchtigkeit und Berufswissen auch Kenntnisse in Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Theologie erwartet. Dadurch wird ihr der Beruf nicht leichter oder angenehmer gemacht, im Gegenteil. Wenn sie sich intensiver mit dem Patienten beschäftigt, sich persönlich für ihn engagiert, muss sie in menschlicher Hinsicht mehr leisten. An ihre Haltung, an ihren selbständigen Einsatz werden höhere Anforderungen gestellt

als für die korrekte Ausführung einer Injektion zum Beispiel. Sie kann in Situationen kommen, wo die Gefahr besteht, dass sie lieber Verbandstoff richten oder putzen ginge als bei einem Patienten auszuharren und auf seine vielleicht mühevollen Gespräche einzugehen.

Was die *Hilfspflegeberufe* betrifft, gibt es schon viele Berufskategorien, die sich mit der Pflege von Patienten beschäftigen. Es droht die Gefahr, dass noch weitere Berufsgruppen entstehen. In einigen Spitälern in Amerika besteht z. B. schon der Beruf einer Pflegespezialistin, welche die individuelle Pflege der Patienten überwacht, sich besonders ihrer menschlichen Bedürfnisse annimmt, und ihnen — neben der Krankenschwester — eine ganzheitliche Atmosphäre schafft.

Ist die Lösung, immer neue Pflegeberufe zu bilden, ideal? Wollen wir Krankenschwestern immer mehr von der Pflege aus der Hand geben und an Hilfsberufe abtreten, damit wir frei werden für Technik, Organisation und Betriebsführung? Entfernen wir uns so nicht immer mehr vom Wesentlichen unseres Berufes, aus der unmittelbaren Nähe des Patienten?

Im Hinblick auf die Zukunft bestehen zwei Möglichkeiten:

Die Schwester besinnt sich auf den Inhalt ihres Berufes und stellt sich an den Platz, den sie beansprucht,

oder sie gibt immer mehr von der eigentlichen Pflege aus der Hand und wird medizinische Technikerin, Betriebsleiterin oder «Mädchen für alles».

Verdient sie dann noch den Namen «Schwester»?

Jede Krankenschwester ist aufgerufen, sich diese Fragen zu überlegen, sich persönlich damit auseinanderzusetzen und dazu Stellung zu nehmen. Jede soll ihre eigene Berufsauffassung prüfen und als aktives Mitglied des Berufsverbandes mithelfen, unseren Standpunkt klarzustellen und für die Zukunft die Richtung zu weisen.

Soziologiekurs für Schulschwestern

Entstehung des Kurses

Die Schulschwesterngruppe «Ostschweiz» des SVDK ist in vier Gruppen unterteilt. Die ihnen zugeteilten Aufgaben sind:

Gruppe 1 und 2:

Ausarbeiten von Pflegeverrichtungen

Gruppe 3:

Weiterbildung der Schulschwestern an den Plenarsitzungen

Gruppe 4:

genannt «*Programm*», befasst sich mit Problemen der Schulschwestern und Schülerinnen in bezug auf Unterrichtsform und Kursinhalt.

Letztgenannte Gruppe erhielt den Auftrag zu versuchen, der Gesamtgruppe das neue, für uns unbekannte Gebiet der Soziologie näherzubringen. In diesem Rahmen wurde ein Vortrag von Fräulein P. Lotmar, Schulleiterin an der Schule für Soziale Arbeit in Zürich, organisiert. Auf Grund der Ausführungen der Referentin fassten wir den Entschluss, uns durch einen Kurs in das soziologische Denken einführen zu lassen. Da Fräulein Lotmar den Kurs leider nicht übernehmen konnte, wandten wir uns auf ihre Empfehlung an Herrn Dr. K. Lüscher, Dozent am Institut für Soziologie der Universität Bern, der sich freundlicherweise bereit erklärte, den Kurs zu leiten.

Aus organisatorischen Gründen sollte der Kurs in Bern stattfinden und durfte aus höchstens 40 Teilnehmern bestehen. Da sich aus der Gruppe «Ostschweiz» nicht genügend Interessenten anmeldeten, wurde beschlossen, noch andere Schulschwestern aus der deutschen Schweiz einzuladen.

Am Nachmittag des 6. Mai 1966 trafen sich die Teilnehmer des Soziologiekurses zum erstenmal. Die Rotkreuz-Pflegerinnenschule «Lindenhof» stellte uns freundlicherweise ihre geräumige Bibliothek im neuen Gebäude zur Verfügung.

Ziel des Kurses:

Die Teilnehmer mit den Elementen soziologischen Denkens vertraut zu machen.
Sie zu befähigen, die sozialen Verflechtungen zu erkennen, in denen sie bei der Ausführung ihrer beruflichen Tätigkeit stehen.
Die Teilnehmer auf Zusammenhänge zwischen Krankenpflege und Gesellschaft aufmerksam zu machen.

Sie anzuleiten, die aus der Analyse des eigenen Erfahrungsbereiches gewonnenen Einsichten in anderen Bereichen des sozialen Lebens anzuwenden.

Aufbau des Kurses

1. Teil: Die Analyse sozialen Handelns

Soziales Handeln als Ausgangspunkt
Status und Rolle als Elemente der sozialen Struktur

Die Rolle: Das aktuelle Geschehen

Status: Die Summe von Rollen. Rollenkonflikte
Soziale Persönlichkeit: Summe der Statuse. Statuskonflikte. (Anstelle von «Status» soll in Zukunft der Ausdruck «Position» verwendet werden. Nachträgliche Anmerkung der Kursleitung.)

II. Teil: Soziale Organisationen

Grundbegriffe: System, Gebilde, Organisation

Das Ziel bzw. die Ziele der Organisation

Zielhierarchie, Konflikt zwischen Zielen, Analogie zum Statuskonflikt

Die Struktur von Organisationen: (Funktionale) Arbeitsteilung

Manifeste und latente Strukturen.

III. Teil: Die Struktur der Gesellschaft

Der Begriff der Gesellschaft; Funktionale Voraussetzungen einer Gesellschaft

Gesellschaftsstrukturen: Arbeitsteilung

Gesellschaftsstrukturen: Prestige und soziale Schichtung

Gesamtgesellschaftliche Prozesse: Die Bevölkerungsentwicklung

Gesamtgesellschaftliche Prozesse: Entwicklung der Berufsstruktur.

IV. Teil: Gesellschaft und Kultur

Die Problematik der Erfassung konkreter Gesellschaften

Gesamtgesellschaftliche Werthaltung. Kultur. Ideologien.

V. Teil: Soziologische Aspekte der Krankenpflege

Krankenpflege als Resozialisationsprozess

Das Krankenhaus als «Totale Organisation».

Weitere Probleme im Zusammenhang mit der Gruppenarbeit.

Ablauf des Kurses

Herr Dr. K. Lüscher gab sich grosse Mühe, den Kurs unseren Bedürfnissen und unserer Auf-

nahmefähigkeit anzupassen. Er erklärte uns vieles anhand sehr einfach verständlicher Schemata, was uns das Erfassen des teilweise schwerverständlichen Stoffes wesentlich erleichterte.

Bei Gruppenarbeiten und vor allem bei deren Besprechung mit dem Dozenten kamen die Zusammenhänge und Möglichkeiten der Soziologie am klarsten zum Ausdruck. Anbei ein Beispiel eines Fragebogens für Gruppenarbeit:

1. Welches sind die Rollen einer diplomierten Schwester in einem «gewöhnlichen» Spital, und welches sind die Rollen einer diplomierten Schwester in einem Schulspital? Worin besteht der Unterschied? Welche Auswirkungen auf das Handeln lassen sich durch den Umstand des Schulspitals feststellen?
2. Welches sind «Probleme» in der Rollenbeziehung diplomierte Schwester und Patient? Wo treten Meinungsverschiedenheiten über gegenseitige Rechte und Pflichten auf? Welche Mittel stehen der Schwester zur Verfügung, um den neuen Patienten ihre Rollen zu zeigen?
3. Welches sind Situationen, in denen für die Krankenschwester ein Rollenkonflikt zwischen Arzt und Patient besteht? Gibt es bekannte Situationen? Welche Lösungen lassen sich beobachten?
4. Auf welche Art können Sie den beruflichen Status eines Patienten ermitteln, und zwar möglichst genau, also auch seine Stellung innerhalb eines Unternehmens, ohne ihn direkt zu fragen? Welche Hinweise entnehmen Sie seinem Handeln?
5. Erinnern Sie sich konkreter Konflikte, die sich in Ihrem Spital aus der Tatsache mehrfacher Organisationsziele ergeben haben? (Pflege, Ausbildung, religiöser Dienst, Forschung usw.)
Versuchen Sie, im Gespräch das Gemeinsame bzw. Unterschiedliche dieser Konflikte zu erarbeiten.
Welche Typen von Lösungen lassen sich feststellen?

Eindrücke

Die Soziologie verfügt über neue Begriffe, die komplexe Zusammenhänge vereinfachen. Es wurde uns klar, dass vieles, was wir bis jetzt mit Psychologie bezeichneten, eigentlich in das Gebiet der Soziologie gehört. Die neue Denkweise bereitete uns einige Schwierigkeiten. Dank der interessanten Gruppenarbeiten lern-

ten wir die Theorie mit der Praxis verbinden. Wir wurden angeregt, die in der Krankenpflege an uns herankommenden Probleme sachlich zu betrachten.

Dr. Lüscher verstand es gut, uns in das soziologische Denken einzuführen. Wir fühlen uns nun etwas heimischer in diesem neuen Gebiet und werden versuchen, die Verbindung von Theorie und Praxis anzustreben, sobald der Soziologieunterricht in unsere Schulprogramme eingebaut ist.

Bern hat bereits in einigen Schulen den Soziologieunterricht eingeführt und studiert nun die Auswirkung des soziologischen Denkens bei den Schülerinnen.

Die Kursteilnehmer der Gruppe «Ostschweiz» versuchen den neuen Stoff gemeinsam in Sitzungen zu vertiefen und aktuelle Probleme aus soziologischer Sicht zu beleuchten. Geplant ist ein späteres Zusammentreffen mit Dr. Lüscher, um nach einer gewissen «Nachwirkungszeit» Gedanken über den Kurs auszutauschen.

*

Aus dem reichhaltigen *Literaturverzeichnis*, das den Kursteilnehmerinnen ausgeteilt wurde, seien hier nur drei Beispiele angeführt:

- Bredemeier Harry C. and Stephenson Richard M., *The Analysis of Social Systems*, Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York 1962.
Bernhard J. and Thompson L., *Nurses and their Patients in a Modern Society*, The C. V. Mosby Company, St. Louis 1966.
Mac Gregor / Cooke Fr., *Social Science in Nursing*, Russel Sage Foundation, New York 1966.

Jacqueline Monnier

Veska-Generalversammlung

7. Juni 1967 in Bern

Veska-Fortbildungskurs

24. bis 26. Oktober 1967 in Basel

Versicherungen gehören zum täglichen Leben; wir haben uns damit zu befassen, ob wir wollen oder nicht. Jeder ist «für» etwas versichert, sei es durch Gesetz oder auf freiwilliger Basis: der Schüler wie der Autofahrer, der Benützer unserer Verkehrsbetriebe wie der Fussgänger, der Säugling wie der Greis.

Wir wollen uns heute auf die nachstehenden Kapitel beschränken:

- I. Der Zweck einer Versicherung
- II. Weshalb wurde das Versicherungsobligatorium in die SVDK-Statuten aufgenommen?
- III. Verschiedene Versicherungsmöglichkeiten
- IV. Vorteile und Nachteile der Veska-Personalfürsorgekasse.

I. Der Zweck einer Versicherung

Die Versicherung soll uns gegen die Folgen eines allfälligen Ereignisses, wie es zum Beispiel Krankheit, Unfall oder Alter darstellen, finanziellen Schutz bieten. Das Ereignis selber kennen wir nicht; wir wissen nicht im voraus, ob, wann und wo es eintritt, wir wissen nur mit Sicherheit, dass sein Eintritt uns Kosten verursachen wird.

Zur Deckung der unvorhergesehenen Auslagen schliessen wir eine Versicherung ab und zahlen dafür regelmässig einen Geldbetrag, die sogenannte Prämie.

II. Weshalb wurde das Versicherungsobligatorium in die SVDK-Statuten aufgenommen?

Früher (hie und da noch heute!) gipfelte die öffentliche Meinung in der Ansicht, dass die Krankenschwester, die ihre Tätigkeit ja aus Nächstenliebe und aus Berufung ausübe, dafür weder in üblicher Weise bezahlt wer-

¹ Schwester Erika Eichenberger, Zentralsekretärin des SVDK, Bern.

den müsse noch dürfe. Berufung und Gehalt schienen sich nicht zu vertragen. Die damaligen Löhne erlaubten kaum, Ersparnisse anzulegen, und — weil eine «barmherzige Schwester» zum Leben ja wenig benötigt — wurde sie nicht selten zusätzlich das Opfer ihrer Gutgläubigkeit. Oefters von Verwandten und Freunden um Unterstützung gebeten, musste sie im Alter erfahren, dass ihre Hilfe vergessen wurde oder die seinerzeit von ihr Unterstützten nicht die Mittel hatten, das geliehene Geld zurückzuzahlen. So blieb ihr dann nichts anderes übrig, als entweder weiter zu arbeiten oder, wenn Alter und Krankheit dies verboten, bei Verwandten, Bekannten oder bei Institutionen um Almosen zu bitten. Wohlverstanden, «Fälle» wie der eben geschilderte waren nicht allzu selten anzutreffen. Gerade sie veranlassten 1935 die Verantwortlichen des Berufsverbandes, den Abschluss einer Altersrentenversicherung für seine Mitglieder als obligatorisch zu erklären und damit einen gewissen Schutz vor den oben erwähnten Vorkommnissen zu schaffen (die AHV existiert erst seit 1948). Als nächster Schritt trat dank den Bemühungen des SVDK 1947 der erste «Normalarbeitsvertrag für das diplomierte Pflegepersonal» (NAV) in Kraft, laut welchem Arbeitgeber wie Arbeitnehmer verpflichtet sind, je 6 % vom Bruttolohn als Prämie an eine persönliche Altersvorsorge der Schwester zu leisten.

III. Verschiedene Versicherungsmöglichkeiten

Wir sprechen im folgenden ausschliesslich über die Versicherungen gegen die Konsequenzen von Invalidität (heisst: Arbeitsunfähigkeit!) und Alter. Es gibt sehr viele Varianten. Wir unterscheiden vor allem drei Hauptgruppen, deren Besonderheiten nachstehend kurz erläutert werden sollen:

a) Die Sparversicherung

Die Bezeichnung ist im Grunde genommen falsch, doch hat sie sich in der Fachsprache eingebürgert; es handelt sich hier nicht um eine Versicherung im eigentlichen Sinn, sondern um eine Sparkasse; der Akzent liegt beim Sparen. Bei dieser «Versicherung» wird regelmässig eine bestimmte Summe (z. B. laut NAV 12 % des Bruttogehaltes) auf das gesperrte Sparheft einer Bank gelegt. Ueber dieses, obwohl auf den Namen des Versicherten lautend, kann er nur im Einverständnis mit einer Drittperson, meist dem Arbeitgeber, verfügen.

Im Rücktrittsalter, oder unter besonderen Umständen schon früher, kann mit dem angesammelten Sparkapital eine bescheidene Rente gekauft werden. Ergibt sich für den Versicherten vor dem Rücktrittsalter die Möglichkeit, sich zum Beispiel der Pensionskasse des Arbeitgebers anzuschliessen, kann das bis zu diesem Zeitpunkt auf dem Sparheft angesammelte Kapital als Einkaufssumme dienen.

Es muss betont werden, dass das geschilderte System der Sparversicherung bei Invalidität (= Arbeitsunfähigkeit) keine Versicherungsleistungen gewährt. Im Krankheitsfall muss der Versicherte die bisherigen Einzahlungen entweder weiterhin leisten oder diese einstellen. Es ist klar, dass im letztern Fall das Kapital im Rücktrittsalter und damit die Rente kleiner sein werden, als bei Eröffnung des Sparheftes berechnet wurde.

b) Die Invaliden- und Altersrentenversicherung

Die Nachteile der oben zitierten Versicherungsart veranlassten die früheren Mitgliedverbände unserer Berufsorganisation (heute Sektionen) zum Abschluss von Gruppenversicherungsverträgen mit Versicherungsgesellschaften. Die Prämien für *Gruppenversicherungen* sind günstiger und die Aufnahmebedingungen weniger streng als bei Einzelversicherungen.

Die meisten Verträge lauteten auf Invaliden- und Altersrentenversicherungen. Das Hauptgewicht lag bei der Rente.

In einer Gruppen-Invaliden- und Altersrentenversicherung bestehen zwei prinzipielle Möglichkeiten. Entweder ist die *Prämie* für alle Versicherten *gleich hoch*, wobei die spätere Rente nach dem Eintrittsalter berechnet wird, oder aber es sind für alle die *gleich hohen Renten* versichert, und die Prämien variieren dann je nach Eintrittsalter.

Der Vorteil dieser Versicherung liegt darin, dass Invaliditätsleistungen im Falle von Krankheit, wenn diese länger als drei Monate dauert, meistens sofort nach Abschluss der Versicherung in Kraft treten, und zwar in Form der Prämienbefreiung (ohne Kürzung der spätern Rente) und einer Invalidenrente.

Ähnlich ist die Situation bei der sogenannten Kapitalversicherung, in Verbindung mit einer Invalidenrentenversicherung. Statt beim Abschluss eine bestimmte Altersrente festzusetzen, wird ein bestimmtes Kapital versichert, welches im Rücktrittsalter in eine Rente umgewandelt werden kann. Die Invalidenrentenversicherung gewährt wie oben Prämienbefreiung und Rente im Krankheitsfall. Eine Kapitalversicherung sollte nie ohne eine solche abgeschlossen werden.

Die Nachteile der Renten- und Kapitalversicherung in bezug auf das Alter sind folgende:

Die Altersrente oder das Kapital wird beim Abschluss der Versicherung festgesetzt und ist 30 und mehr Jahre später gleich hoch, ohne jedoch noch denselben Geldwert darzustellen.

Der Versicherte hat im günstigsten Fall die Möglichkeit, mit dem steigenden Gehalt regelmässig die Prämie zu erhöhen, um im Rücktrittsalter eine den damaligen Lebenskosten angepasste Rente zu erhalten. Solche Erweiterungen der Versicherung sind jedoch nur möglich, wenn nicht gesundheitliche Gründe dagegen sprechen. Zum Beispiel verhindern eine durchgemachte Tuberkulose, Hepatitis, eine operierte Diskushernie usw. meist die Erweiterung einer Versicherung dauernd oder für mehrere Jahre, oder ermöglichen eine solche nur unter Ausschluss der entsprechenden Krankheit und Krankheitsfolgen. Derartige Vorbehalte

sind gleich einem zweiseitigen Schwert, denn entweder bleibt der Versicherte gesund, oder, falls er erkrankt, handelt es sich meist um einen Rückfall in jene Krankheit, die unter Vorbehalt steht und die somit weder zu einer Prämienbefreiung noch zu einer Invalidenrente berechtigt.

c) Die Pensionskasse

Diese dritte Versicherungsart unterscheidet sich auf den ersten Blick nicht wesentlich von der zweiten. Unter einer Pensionskasse verstehen wir im allgemeinen eine Versicherungskasse, die vom Arbeitgeber zugunsten der Arbeitnehmer geführt wird. Beim Arbeitgeber kann es sich um Eidgenossenschaft, Kanton, Gemeinde oder um eine private Institution handeln.

Der Beitrag des Versicherten wird meist gleich bei der Gehaltsauszahlung in Abzug gebracht. Der Arbeitgeber leistet einen gleich hohen, sogar sehr oft einen viel höheren Beitrag. Beide Beträge zusammen ergeben die *Prämie*, mit welcher eine Invaliden- und Altersrente versichert sind.

Wenn nun im Laufe der Dienstjahre beim gleichen Arbeitgeber das Gehalt steigt, steigen ebenso die prozentualen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge und somit auch die Leistungen der Versicherung; mit andern Worten, die versicherten Invaliden- und Altersrenten werden *automatisch* den sich verändernden Lebenskosten angepasst. Das ist der grosse Vorteil einer solchen Pensionskasse.

Es gilt jedoch auch ihre Nachteile zu berücksichtigen:

Durch das System der Pensionskasse ist der Arbeitnehmer an den Arbeitgeber «gebunden». Wechselt der Versicherte den Arbeitgeber, ist dies meist gleichbedeutend mit einem Austritt aus der Kasse. In einem solchen Fall erhält der Versicherte als Austrittsgeld im allgemeinen nur seine eigenen Einzahlungen zurück, während diejenigen des Arbeitgebers in der Kasse bleiben. Die zurückbezahlte Summe reicht aber nicht aus, um sich in einer andern Pensionskasse zu den gleichen Leistungen wieder einzukaufen. Der «privilegierte Arbeitnehmer mit Pensionskasse» hat demnach das grösste Interesse, einen Wechsel des Arbeitgebers

zu vermeiden, um so mehr, wenn er zusätzliche familiäre Verpflichtungen hat. Er wird genau prüfen, ob der finanzielle Verlust mit dem damit verbundenen Risiko für sich und seine Familie einen Wechsel wirklich erlaubt. Sehr oft wird er diese Frage verneinen müssen. Er bleibt dann beim gleichen Arbeitgeber, in der gleichen Pensionskasse, gesichert gegen die Folgen von Krankheit und Alter, aber — er fühlt sich nicht mehr frei, wird unzufrieden, die tägliche Arbeit wird zum «Muss». Zweifellos ein Zustand mit bedauerlichen Konsequenzen, sowohl am Arbeitsort wie im Familienkreis selber; wir stehen vor einem sozialen Problem.

IV. Vorteile und Nachteile der Veska-Personalfürsorgekasse

Nach den obenstehenden Ausführungen müsste die ideale Versicherung alle Vorteile einer Pensionskasse in sich schliessen und zusätzlich die Möglichkeit bieten, bei einem Wechsel des Arbeitgebers in der Kasse verbleiben oder zu den gleichen Bedingungen und ohne finanziellen Verlust in eine andere Pensionskasse übertreten zu können. Wir wissen, dass in Versicherungskreisen der Frage der Freizügigkeit heute vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Nach Jahren reiflicher Ueberlegungen und vielen Bemühungen wurde auf Initiative des SVDK gemeinsam mit dem Verband schweizerischer Krankenanstalten (Veska) 1963 die «Veska-Personalfürsorgekasse» (Veska-Kasse) gegründet. Rechtlich ist die Veska-Kasse eine Stiftung, in deren Stiftungsrat von fünf Personen zwei SVDK-Mitglieder vertreten sind.

Es war naheliegend, dass wir als Berufsverband zur Gründung der Kasse mit dem Interessenverband unserer Hauptarbeitgeber, nämlich der Spitäler, zusammenarbeiteten. Der Name Veska-Kasse wurde deshalb gewählt, weil die Kasse allem Spitalpersonal offensteht und somit nicht nur eine einzige Berufsgruppe umfasst, was vom versicherungstechnischen Standpunkt aus sehr wünschenswert ist.

Nachstehend einige Angaben und Erläuterungen:

Die Veska-Kasse ist eine Pensionskasse. Die Freizügigkeit bei einem Wechsel des Arbeitgebers ist in der heute weitestmöglichen Form gewährleistet.

Die Prämien, welche entsprechend Artikel 19 des NAV 12 % des Bruttogehaltes des Versicherten betragen (je 6 % vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer) steigen automatisch mit der Erhöhung des Gehaltes und — folglich auch die Leistungen der Kasse, also die Renten.

Wie fast jede Pensionskasse kennt die Veska-Kasse eine sogenannte Karenzfrist, das heisst, der Versicherte kann sich nicht sofort der Pensionskasse anschliessen, sondern kommt zuerst in die Sparversicherung, welche keine Leistungen für den Invaliditätsfall versichert (vgl. auch Abs. III/a).

Weshalb ist eine *Karenzfrist* nötig?

Eine Versicherungskasse muss nach versicherungstechnischen Grundsätzen aufgebaut und verwaltet werden, um dem Versicherten den vereinbarten Schutz in vollem Umfang zu gewährleisten. Es wäre falsch, schöne Leistungen zu versprechen, die im gegebenen Fall nicht eingehalten werden könnten.

Der Versicherungsmathematiker muss bei seinen Berechnungen unter anderem den schlimmsten Fall berücksichtigen, wie z. B. dass alle Versicherten auf einmal arbeitsunfähig, also invalid werden und für lange Zeit Invaliditätsleistungen beanspruchen, was grosse Summen verschlingen würde.

Um derartige katastrophale Situationen zu verhindern, sehen die Pensionskassen eine Karenzfrist vor, die meist zwischen zwei bis fünf Jahren liegt. Während dieser Frist — sie beträgt in der Veska-Kasse fünf Jahre — zahlt der Versicherte Prämien, ohne Anspruch auf Invaliditätsleistungen zu besitzen. Heiratet ein versichertes Mitglied in dieser Karenzzeit und tritt aus der Versicherung aus, hat es Anspruch auf Rückerstattung seiner einbezahlten Beiträge mit Zinsen.

Die unter IIIb) beschriebenen und bei grossen Versicherungsgesellschaften abgeschlossenen Invaliden- und Altersrentenversicherungen kennen diese Karenzfrist im allgemeinen nicht, was die relativ hohen Prämien erklärt. Dies zur Orientierung.

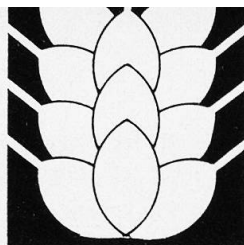
Um dem Nachteil der fünfjährigen Karenzzeit in der Veska-Kasse zu begegnen, schloss der SVDK für seine Mitglieder bei der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt eine reine *Invalidenrentenversicherung* ab. Es handelt sich dabei um eine Gruppenversicherung, für welche die Prämien bedeutend niedriger sind als für Einzelversicherungen. Als Aufnahmebedingung wird in der Regel nur volle Arbeitsfähigkeit verlangt. Wenn nach fünf Jahren das der Veska-Kasse angeschlossene Mitglied in die Pensionskasse übertritt, wird die zusätzlich abgeschlossene Invalidenrentenversicherung überflüssig und kann sofort aufgelöst werden.

Die fünf Sparversicherungsjahre werden bereits als fünf Dienstjahre angerechnet. Nach 35 Dienstjahren gewährt die Veska-Kasse eine Rente von 50 % des in jenem Zeitpunkt für die Versicherung massgebenden Gehaltes. Zusammen mit der AHV wird dies eine Rente von mindestens 60 bis 65 % des Gehaltes ergeben.

Die Verantwortlichen des SVDK sind glücklich, dass die Veska-Kasse im Oktober 1963 gegründet werden konnte und damit eine Pensionskasse geschaffen wurde, die den besondern Bedürfnissen unserer Mitglieder Rechnung trägt. Die Administration und Verwaltung der Kasse werden in verdankenswerter Weise durch das Veska-Sekretariat in Aarau besorgt.

Ich hoffe, dass der kurze Ueberblick, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, dazu dient, die heute im SVDK diskutierte Versicherungsfrage zu klären. Eines steht fest: ob die SVDK-Statuten für den Beitritt zum Verband den Abschluss einer Versicherung vorschreiben oder nicht, benötigen wir alle, zusätzlich zur AVH, eine Invaliditäts- und Altersvorsorge. Je früher wir uns darum bemühen, um so geringer ist das finanzielle Risiko im Krankheitsfall und je kleiner sind die jährlichen Einzahlungen bzw. Prämien. Auf Detailangaben musste im Rahmen dieser Orientierung verzichtet werden, jedoch sind die Sektionen und das Zentralsekretariat des SVDK jederzeit sehr gerne zur Auskunft bereit.

La traduction en français suivra



Sektionen - Sections

Sektion AARGAU/SOLOTHURN

Anmeldungen *: Die Schwestern Myrtha Elisabeth Beljean, 1942, Ligerz, Krankenpflegeschule Aarau; Cécile Dietrich-Novatti, 1929, Zürich, Krankenpflegeschule Aarau.

Aufnahmen: Die Schwestern Eliane Schneeberger, Lisbeth Bucher, Regula Roth.

Sektion BEIDER BASEL

Anmeldung *: Schwester Erna Fischer, 1928, Rehetobel, Pflegerinnenschule Diakonissenanstalt Riehen.

Wir bitten die Mitglieder der Sektion beider Basel, die keinen Schwesternkalender 1967 erhalten haben sollten, sich im Sekretariat, Leimenstrasse 52, Basel, zu melden.

Fortbildungsvorträge

Sektion beider Basel des SVDK, im grossen chirurgischen Hörsaal des Bürgerspitals Basel

Donnerstag, 26. Januar 1967, 20.15 Uhr

Diabetes mellitus (1. Teil); «Zuckerstoffwechsel mit praktischen Erläuterungen zur Diät», Dr. med. P. Studer.

Donnerstag, 2. Februar 1967, 20.15 Uhr

Diabetes mellitus (2. Teil); «Krankheitsbild, Schulung des Patienten in der Injektionstechnik», Dr. med. P. Studer.

Donnerstag, 9. Februar 1967, 20.15 Uhr

Arterielle Durchblutungsstörungen; «Diagnostik, Therapie, Prophylaxe und pflegerische Massnahmen», Dr. L. Widmer.

Eintritt für SVDK-Mitglieder und Schülerinnen frei; Nichtmitglieder Fr. 2.50 für alle drei Vorträge oder Fr. 1.— pro Vortrag.

Sektion BERN

Anmeldungen *: Die Schwestern Lotti Gertrud Batschelet, 1944, Hermrigen, Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel; Christine Gysi, 1941, Aarau, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof Bern; Annemarie Kesselring, 1942, Märstetten und Weinfelden, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof Bern.

Aufnahmen: Die Schwestern Käthi Berger, Thérèse Christen, Anneliese Eichhorn, Marie Müller, Franziska Mätzener.

Gestorben: Schwester Marie Schaer, geboren 1874, gestorben 21. November 1966.

Berichtigungen: Dezemberrnummer

Die Aufnahmeformalitäten für Schw. Therese Marti sind zurzeit noch nicht abgeschlossen. — Schw. Hanna Berta Huber-Weidmann hat nicht die Schwesternschule vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern absolviert, sondern die Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich.

Hauptversammlung

Die ordentliche Hauptversammlung findet im März oder anfangs April 1967 statt. — Die Traktandenliste wird in der Februarnummer erscheinen. Anträge an die Hauptversammlung sind dem Vorstand bis spätestens 22. Februar 1967 schriftlich einzureichen. Adresse: Choisystrasse 1, 3000 Bern.

Unsere Sprechstunden im Sekretariat, auch für die Stellenvermittlung, sind folgende: Dienstag 14 bis 16 Uhr, Mittwoch 9 bis 11 Uhr, Freitag 14 bis 16 Uhr. Besuche ausserhalb der Sprechstunde, wenn immer möglich nach vorheriger telefonischer Anmeldung (Telefon 25 57 20).

Abendvortrag: Dienstag, 31. Januar 1967, 20.15 Uhr, im Hörsaal der Chirurgischen Klinik des Inselpitals Bern. Dr. med. Bruno Tschirren, Chefarzt der Anästhesieabteilung des Inselpitals, spricht über das aktuelle Thema: *Reanimation — lebensrettende Sofortmassnahmen* (mit Dias). — Eintritt: Mitglieder Fr. 1.—, Nichtmitglieder Fr. 2.—.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird Dr. Tschirren als Fortsetzung dieses Abends über «*Reanimation — Intensivpflege*» sprechen.

4. Fortbildungskurs

im Bezirksspital Langenthal (Vortragssaal)

Dienstag, 24. Januar 1967, 20.15 Uhr

«*Pharmakologie der Herzglykoside*»

Referent: Dr. Martin Fey

Dienstag, 21. Februar 1967, 20.15 Uhr

Filmvorführung: «*Tierparadies in Ostafrika*»

Referent: Herr Martin Nencki

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

Gemeindeschwestern-Zusammenkunft Bern

Donnerstag, 26. Januar 1967, um 14.30 Uhr, treffen wir uns wieder wie gewohnt in der

Berchtoldstube Nydegg, Mattenenge/Läuferplatz 1. Zwei Teilnehmerinnen an der Israel-Reise erzählen uns von den interessanten Erlebnissen und zeigen Photos und Dias.

Gemeindeschwestern-Zusammenkunft Thun-Oberland

Wir treffen uns am Donnerstag, 26. Januar 1967, um 14 Uhr, im Unterweisungshaus auf dem Schlossberg, Thun. Schwester Anni vom Heimberg zeigt uns Dias aus ihrer Spitalzeit in England. — Ganz besonders laden wir auch solche Schwestern ein, die noch nie an unsern Zusammenkünften teilgenommen haben.

Section de FRIBOURG

Cours de perfectionnement

Nous avons le plaisir d'informer nos membres que le Dr Lapp, médecin-chef du Service de médecine interne à l'Hôpital cantonal, donnera une série de conférences:

- le 17 janvier 1967: «Thrombose et Fibrinolyse»
- le 24 janvier: «Le rôle des enzymes dans le diagnostic des affections médicales»
- le 14 février: «Acquisitions nouvelles dans le domaine du diabète».

Les conférences auront lieu à l'Ecole d'infirmières, à 20 h 30. Il sera perçu une finance d'entrée globale de fr. 3.— pour les membres. Les non-membres payeront 7 fr. 50. — Invitation cordiale et pressante à tous nos membres et aux infirmières et infirmiers qui s'y intéressent.

Section de GENEVE

Demandes d'admission *: Mesdemoiselles Martine Feller, 1941, de Thônex, La Source; Yvette Forster, 1944, de Hugelshofen et Lausanne, La Source; Hélène Gallay, 1922, de Genève, La Source; Anne-Marie Henchoz, 1942, de Rossinière, Ecole d'infirmières Hôpital cantonal Lausanne; Juliana Pleines, 1942, de Klosters, Bon Secours; Yvette Quinche, 1943, de Fiez et Neuchâtel, La Source; Anne-Françoise Werbel, 1942, de Fleurier, Bon Secours; Anne-Marie Gressot, 1924, de Porrentruy, Fribourg-Pérolles; Mme Madeleine Sinisterra-Bory, 1938, de Mies, Crans et Arnex, Bon Secours.

Admissions: Mesdemoiselles Bonvin, Lagarde, Layaz, Rey et Mme Monnerat.

Groupes d'intérêts communs

Nous rappelons la constitution du groupe d'intérêts communs des infirmières de la santé publique. Que toutes les infirmières, membres

de l'ASID qui travaillent dans le domaine médico-social, s'inscrivent sans tarder (formules d'inscription à disposition au secrétariat de la section, 4, place Claparède, Genève). C'est dans la mesure où les infirmières d'une même fonction se grouperont qu'il sera possible d'élaborer des bases de travail valables et des conditions d'emploi en accord avec leur spécialisation.

Assemblée générale annuelle 1967

Elle aura lieu le jeudi 16 mars 1967 à 20 h 30 à l'amphithéâtre de la Clinique de pédiatrie. — Ordre du jour statutaire — Organisation de l'Assemblée des délégués 1967. — Les propositions individuelles sont à envoyer jusqu'au 31 janvier 1967 au secrétariat de la section.

Sektion LUZERN / URKANTONE / ZUG

Anmeldungen *: Die Schwestern Margrit Koller, 1936, Meierskappel, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern, Luzern; Esther Leu, 1944, Hohenrain, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern, Luzern.

Fortbildungskurs

Der erste Fortbildungskurs des Jahres 1967 findet am 28. *Januar* im Vortragssaal der Frauenklinik, Kantonsspital Luzern, statt.

Programm:

- 8.15 Bezug der Kurskarten
- 9.00 «Wandlungen der menschlichen Persönlichkeit zwischen 40 und 60»
Referent: Dr. A. Beeli, Psychotherapeut, Luzern
- 10.30 «Die Wechseljahre bei Mann und Frau»
Referent: Dr. med. A. de Mestral, Oberarzt, Luzern
- 14.00 «Nuklearmedizin der Schilddrüse»
Referent: Dr. med. H. Etter, Chefarzt, Luzern
- 15.15 «Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie»
Referent: Dr. med. H. Schmid, Oberarzt, Luzern.

Kursgeld:	Mitglieder	Nichtmitglieder
Tageskarte . .	Fr. 3.50	Fr. 7.—
Einzelvortrag .	Fr. 1.—	Fr. 2.—

Mittagessen:

Für Ordensschwestern und Diakonissen im Kantonsspital Luzern: Fr. 3.50. — Für freie Schwestern und Pfleger im Café Meier, Spitalstrasse 21, oder Café Bammert, St.-Karli-Str. 37

(Tellerservice ohne Suppe Fr. 3.50; mit Suppe Fr. 4.—).

Anmeldungen für den Kurs und das Mittagessen sind erbeten bis spätestens 25. Januar 1967 an: Frau J. Vonlanthen, Langmattring 38, 6370 Stans, Telefon 041 84 28 88.

Der *zweite Fortbildungskurs* wird am 25. Februar 1967 stattfinden. — Datum der *Hauptversammlung* 1967: 18. März 1967.

Section de NEUCHÂTEL

Demande d'admission *: Mlle Siegrid Kaiser, 1931, de Berlin, diplôme allemand, reconnu par la CRS.

Demande de réadmission: Mme Alda Kuffer-Giuliano, 1924, de Boudry, Anet, Berne, La Source.

Admissions: Mme Sylvie Ducommun-Ducommun, Mlles Michèle Hirschi, Denise Bonhôte, Suzanne Bircher, Catherine Clottu; M. Simon Vallélian.

Sektion ST. GALLEN / THURGAU / APPENZELL / GRAUBÜNDEN

Aufnahmen: Die Schwestern Verena Feldmann, Heidi Gees, Margaretha Lenzin.

Gestorben: Am 14. November 1966 wurde Schwester Lina Senn von ihren Altersbeschwerden erlöst.

Lichtbildervortrag

Freitag, 27. Januar 1967, 20.15 Uhr, Vortragsaal Kantonsspital St. Gallen

Hüftgelenkchirurgie

Referent: Prof. Dr. med. M. Müller, Chefarzt, orthopädisch-traumatologische Abteilung, Kantonsspital St. Gallen.

Section VAUD / VALAIS

Demandes d'admission *: Mesdemoiselles Christiane Dutoit 1943, Moudon et Chavannes-sur-Moudon, Ecole d'infirmières et infirmiers de l'Hôpital cantonal de Lausanne; Jeannette Schlaepfer, 1943, Rehetobel, Ecole d'infirmières et infirmiers de l'Hôpital cantonal de Lausanne; Blurette Welti, 1938, Alliswil, Ecole d'infirmières et infirmiers de l'Hôpital cantonal de Lausanne; Marie-Madeleine Widmer, 1932, Sumiswald, St-Loup.

Admissions: Mesdemoiselles Antoinette Bea, Marie-Elise Bourgeois, Françoise Kolb, Françoise Michaud, Pernette Pasche, Janine Pidoux, Sylviane Pont, Mme Jeanne-Marie Quinche-Mousson.

Assemblée générale

Elle aura lieu le 4 mars 1967 à 14 h 30 à la Salle des Vignerons du Buffet de la Gare de Lausanne. L'ordre du jour détaillé parviendra personnellement à chacun des membres au début de février. — Les membres qui auraient des propositions à faire, sont priés de les envoyer au secrétariat (20, chemin de la Bruyère, 1012 Lausanne) d'ici au 28 janvier.

Groupe d'accueil: Prochaine rencontre du Groupe d'accueil le mardi 7 février dès 17 h à l'Hôtel Central-Bellevue, Lausanne.

Sektion ZÜRICH / GLARUS / SCHAFFHAUSEN

Anmeldungen *: Die Schwestern Anni Behr, 1941, Hofen, Rotkreuz Zürich-Fluntern; Elisabeth Graf, 1941, Zürich, Rotkreuz Zürich-Fluntern; Ursula Haefeli, 1942, Winterthur, Rotkreuz Zürich-Fluntern; Verena Siegrist, 1944, Menziken, Pflegerinnenschule Zürich; Gertrud Widmer, 1908, Heimiswil, Bundesexamen; Anni Wiedenmeier-Obrist, 1914, Riniken, Rotkreuz Zürich-Fluntern; Lotte Ziegler, 1927, Deutschland, Rotkreuz Zürich-Fluntern.

Aufnahmen: Die Schwestern Hedwig Derrer, Martha Gabathuler, Verena Kaiser, Margrit Kürsteiner, Elisabeth Meier, Marti Mühlemann, Esther Müller, Susanne Neitsch, Heidi Strasser.

Gestorben: Elise Lindenmann, geboren 1906, gestorben 24. November 1966.

Fortbildungskurs

für diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger, Donnerstag, 16. Februar 1967, im Kirchgemeindehaus Oberstrass, Winterthurerstrasse 25, 8033 Zürich, Tram Nr. 10 oder 9 bis Seilbahn Rigiviertel.

Thema: «Rheumakrankheiten und ihre Behandlung», mit Lichtbildern und Demonstrationen.

8.30 Ausgabe der Kurskarten

9.00 Beginn

17.00 Schluss der Tagung.

Kurskarten: Fr. 2.— für Mitglieder, Fr. 10.— für Nichtmitglieder.

Das detaillierte Programm erhalten Sie am Kurstag.

Veranstaltungen der Regionalgruppe Schaffhausen

Donnerstag, 19. Januar 1967, 14.15 Uhr

Betriebsbesichtigung der *Internationalen Verbandstoff-Fabrik Schaffhausen*. Bei genügender Beteiligung Bus ab Bahnhof um 14 Uhr. Anmeldungen bis 14. Januar 1967 an Schw.

M. Müller - Grundbacher, Riethaldenweg 20, 8200 Schaffhausen.

Mittwoch, 22. Februar 1967, 20.30 Uhr
im Souterrain des Kantonsspitals Schaffhausen.
Vortrag von Prof. Dr. med. Weber, Neurologische Universitätsklinik, Zürich, über *Lähmungen*.

Mittwoch, 15. März 1967, 20.30 Uhr
im Souterrain des Kantonsspitals Schaffhausen.
Vortrag von Dr. med. Aepli, Chefarzt der Frauenklinik des Kantonsspitals Schaffhausen.
Thema wird noch bekanntgegeben.

2. Oberschwestern-Zusammenkunft

Die neugegründete Interessengruppe der Oberschwestern vereinigte sich zum zweitenmal, und zwar am 8. November 1966, nachmittags, in der Dermatologischen Klinik des Kantonsspitals Zürich. Zur Diskussion stand das immer wieder aktuelle Thema «*Asepsis und Desinfektion*». Schwester Margrit Hochstrasser orientierte über entsprechende Massnahmen auf der Chirurgischen Klinik A des Kantonsspitals Zürich; Schwester Margrit Schellenberg über die verschiedenen Desinfektionsmittel, die heute gebräuchlich sind, über ihre Vor- und Nachteile und ihre Anwendungsgebiete. Nachdem wir uns noch einen amerikanischen Film über Hospitalismus angesehen hatten, der uns die Vielschichtigkeit des Problems wieder sehr eindrücklich vor Augen führte, wurde noch ausgiebig diskutiert. Es zeigte sich deutlich, dass alle Oberschwestern in dieser Hinsicht grosse Schwierigkeiten haben. Einerseits ist es fast unmöglich, von kompetenter Seite konkrete Weisungen zu erhalten, andererseits stösst man auf bauliche, organisatorische und menschliche Unzulänglichkeiten bei der Durchführung entsprechender Massnahmen. Wünschenswert wäre eine zentrale, schweizerische Stelle, wo man sich zuverlässige Auskunft einholen könnte. Die herrschenden Meinungsverschiedenheiten machen den Oberschwestern im praktischen Alltag sehr zu schaffen. Vielleicht konnte diese Besprechung aber doch einige Probleme klären und gewisse Anregungen vermitteln.

Wir freuen uns bereits auf die dritte Zusammenkunft. Auf eine freundliche Einladung hin planen wir die Besichtigung des neuen Spitals in Dielsdorf. Diese wird voraussichtlich anfangs April 1967 stattfinden.

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

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

Bitte an die SVDK-Mitglieder

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie den Jahresbeitrag für 1967 mit dem dafür bestimmten Einzahlungsschein bis Ende März auf das Postcheckkonto Ihrer Sektion einzahlen.

Name und Adresse, in Blockschrift geschrieben, erleichtern uns die Arbeit. Herzlichen Dank!

Stiftung Dr. Alexander Seiler zur Förderung des Krankenpflegeberufes

Die Stiftung ist im Laufe des Jahres 1966 errichtet worden. An seiner ersten Sitzung beschloss der Stiftungsrat, dass der bisher zur Verfügung stehende Zinsertrag der Sammlung vor allem dazu verwendet werden soll:

1. Kandidatinnen die Vorbereitung auf die Berufsausbildung zu erleichtern, zum Beispiel durch Ausrichtung von Stipendien zum Besuch von Vorkursen;
2. Bestrebungen zu unterstützen, die dahin gehen, ehemalige, vor allem verheiratete Krankenschwestern dem Beruf wieder zuzuführen.

Gesuche sind zu richten an das Sekretariat der Stiftung, Schweizerisches Rotes Kreuz, Abteilung Krankenpflege, Bern.

Vereinigung evangelischer Schwestern

3. Winterzusammenkunft in Bern

Sonntag, 22. Januar 1967, 14.30 Uhr, im Kirchgemeindehaus Heiligegeist, Gutenbergstrasse 4, 1. Stock

Vortrag: Schriftsteller Erwin Heimann, Heiligenschwendi, «*Der Mensch in Arbeit und Freizeit*».

Nachher Tee, Aussprache, gemütliches Zusammensein, Orientierung über unsere Pläne 1967. Alle evangelischen Schwestern sind eingeladen. Bringen Sie ihre Kolleginnen mit. Auch Gäste sind willkommen.

Voranzeige: Am 26. Februar zur gleichen Zeit, Bibelarbeit mit Schwester Lydia Locher (ohne neue Ankündigung).

Daten für 1967

10. bis 17. Juni: 1. Besinnungswoche im «Gott-hilft», Seewis GR.

14. bis 20. August: 2. Besinnungswoche im Schloss Münchenwiler bei Murten.

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

Conférence des présidentes

La cinquième conférence des présidentes et des secrétaires des onze sections de l'ASID, s'est réunie le 3 décembre à Berne. Les membres du Comité central, la secrétaire générale et son adjointe, ainsi que la rédactrice de la Revue, y participaient également. Mlle N. Exchaquet, présidente de l'ASID, dirigeait l'assemblée.

Voici quelques-uns des sujets traités:

Pourparlers régionaux en rapport avec l'application de la LAMA.

Le Bureau d'études industrielles de l'Ecole polytechnique fédérale termine l'« analyse de l'emploi et une définition des postes » du personnel soignant, et on en attend les conclusions.

Etude des soins infirmiers en Suisse (informations complémentaires page 2).

Changement du *mode de reconnaissance des écoles d'infirmières* par la Croix-Rouge suisse.

Affiliation du secrétariat central et des sections à diverses associations, comme l'Alliance suisse des sociétés féminines, la Veska, la Conférence nationale suisse de travail social, etc.

Suite donnée aux motions déposées à l'assemblée des délégués de 1966 concernant la suppression de l'obligation de contracter une assurance invalidité et vieillesse complémentaire pour faire partie de l'ASID (article 8 des statuts). Les sondages d'opinion faits dans les sections et les questionnaires envoyés sur ce sujet indiquent une majorité favorable à l'abolition de cette obligation. La décision définitive sera prise par l'assemblée des délégués de 1967.

Cette assemblée se réunira du 26 au 28 mai, à Genève. Le programme de ces journées n'est pas encore fixé dans les détails.

Membres juniors. La Commission des relations publiques et internationales étudie dans quelles conditions les élèves pourraient entrer comme membres juniors dans notre association (voir numéro 11, 1966, page 715). Le projet sera soumis à l'examen des sections.

Il est question de remplacer la *carte de membre ASID* par une carte annuelle, renouvelable par le paiement de la cotisation. Ce projet est à l'étude.

La *Commission des finances* étudie une nouvelle échelle des classes de cotisation (article 19 des statuts).

La Commission des relations publiques et internationales a remanié le texte accompagnant l'agenda 1967. L'assemblée lui adresse ses remerciements pour cette amélioration appréciée de notre agenda.

Mademoiselle Erika Eichenberger, secrétaire générale de l'ASID, résume dans un exposé

très intéressant son voyage de deux mois dans les quatre pays scandinaves où elle s'est intéressée spécialement à l'organisation des associations professionnelles.

Fondation Dr Alexander Seiler en faveur des professions soignantes

Cette fondation fut créée en 1966. Lors de sa première séance, le Conseil d'administration a décidé que les intérêts à disposition seraient utilisés en vue de

- 1° l'octroi de bourses d'études pour faciliter la fréquentation d'un cours préparatoire à des candidates aux écoles d'infirmières,
- 2° de soutenir les efforts tendant à faire reprendre une activité professionnelle par d'anciennes infirmières, par exemple des infirmières mariées.

Les demandes sont à adresser au secrétariat de la fondation, Croix-Rouge suisse, division des soins infirmiers, Berne.

Cours de « Principes d'administration »

L'Ecole genevoise d'infirmières Le Bon Secours a un groupe de travail permanent intitulé « *Groupe de travail pour le perfectionnement* », composé de la directrice et de la directrice-adjointe de l'école, de l'infirmière-chef générale de l'Hôpital cantonal de Genève, de la directrice du Centre d'hygiène sociale de la Croix-Rouge genevoise, de la secrétaire de la section de Genève de l'ASID, d'une infirmière du Service de santé de la jeunesse, de deux monitrices et de l'infirmière responsable des programmes de perfectionnement à l'école.

Ce groupe a pour but d'interpréter les besoins et les vœux en perfectionnement du personnel infirmier des principaux services de Genève et de prévoir des cours qui y répondent. Il se réunit cinq ou six fois l'an, en général avant le début et après la fin des cours, afin premièrement d'en élaborer le programme et finalement d'en évaluer le bien-fondé et la réussite.

Cet automne, à la demande de l'Hôpital cantonal, priorité a été donnée à un cours de « *Principes d'administration* », destiné à des infirmières occupant des postes administratifs et qui pour des raisons diverses n'ont pas pu suivre un cours de perfectionnement à l'Ecole supérieure d'infirmières de la Croix-Rouge suisse ou ailleurs.

21 infirmières se sont inscrites à ce cours, dont des infirmières-chef de services hospita-

liers, des infirmières-chefs adjointes, des surveillantes de soins et monitrices, et trois infirmières travaillant dans des services extra-hospitaliers.

Le schéma d'enseignement est établi sur neuf après-midi, de trois heures et demie de cours chacune. Chaque leçon comprend un exposé théorique assez important ayant trait aux différents sujets du programme. En outre les participantes sont priées de présenter des travaux: résumés de certains livres ou chapitres de livres (Louis Armand, « Plaidoyer pour l'avenir », William Whyte, « L'homme de l'organisation », Joseph Basile, « La formation culturelle des Cadres et Dirigeants », par exemple ¹), des schémas d'organisation de différentes institutions ou des plans ayant trait à l'administration du personnel, etc.

Certains sujets de travaux sont choisis par les participantes elles-mêmes selon leurs intérêts particuliers. Une large place est faite à la discussion et à l'échange des idées.

Le cours se terminera par la présentation « d'incidents », pour la solution desquels il s'agit d'utiliser certaines connaissances acquises ou principes d'administration et d'en justifier l'opportunité.

Outre l'enseignement très spécifiquement administratif donné dans ce cours, une large place est faite aux problèmes humains de l'organisation et à la considération du contexte où nous vivons, aux transformations vitales que nous subissons ou auxquelles nous assistons, afin de mieux comprendre qu'« on ne vit plus au siècle des fusées selon les règles de l'époque du cheval » (Louis Armand, « Plaidoyer pour l'avenir »).

J. Demaurex, assistante-directrice

Schéma du cours:

- 3 novembre: Introduction au cours — rappel historique — terminologie — bibliographie.
- 10 novembre: Principes d'organisation — organigrammes — la structure hospitalière.
- 17 novembre: Présentation d'organigrammes. — Le contexte social et culturel des soins aux malades: l'hôpital — les malades — le personnel.

¹ Pour la bibliographie complète s'adresser à l'Ecole Le Bon Secours, Genève.

24 novembre: Le contexte social et culturel des soins aux malades (suite): le rôle de l'infirmière.

1er décembre: Le chef: caractéristiques, fonctions et problèmes y relatifs.

8 décembre: La supervision du personnel.

16 février 1967: Problèmes d'administration du personnel: affectation — rotation — évaluation, etc.

2 mars: Présentation d'incidents.

9 mars: Présentation d'incidents.

16 mars (éventuel): Présentation d'incidents.

Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon

L'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur a ouvert ses portes en septembre 1965. Elle offre deux programmes en 1967/68.

1° Le programme d'administration de l'enseignement et des services infirmiers.

Ces études préparent des surveillantes générales (directrices de services infirmiers, directrices de cliniques, directrices d'écoles d'infirmières, directrices et monitrices d'écoles de cadres [d'écoles supérieures]), des conseillers et conseillères auprès d'organismes de santé, à assurer leurs fonctions.

2° Le programme d'administration de l'enseignement et des services infirmiers de santé publique.

Ces études préparent des infirmières à assurer l'enseignement de la partie santé publique des programmes infirmiers, ou l'administration de services infirmiers extra-hospitaliers, ou la fonction de conseillère auprès d'organismes de santé.

L'Ecole est ouverte aux infirmiers et infirmières ayant une formation de cadre et une expérience professionnelle suffisante dans des postes de responsabilité (monitrice, surveillante d'unité de soins, conseillère).

Pour de multiples raisons il est nécessaire de prendre ses inscriptions tôt dans l'année précédente, c'est-à-dire entre novembre 1966 et février 1967.

Pour toute information écrire à la Directrice de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur, 162, avenue Lacassagne, 69 Lyon (3e).

Der 10. Weltkongress der *Internationalen Gesellschaft für die Rehabilitation Behinderter (ISRD)* in Wiesbaden (11.—17. September 1966; gegen 2000 Teilnehmer aus 70 Ländern) behandelte als Hauptthema die «*Industrielle Gesellschaft und Rehabilitation*». Neben Aerzten, Physio- und Beschäftigungstherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen, Prothesenbauern, Technikern usw. nahmen daran auch eine grössere Zahl Krankenschwestern teil. Selbst sehr erfahrene Fachleute waren beeindruckt von der Fülle verschiedenster Referate sowie von all den Neuerungen, die eine mit dem Kongress verbundene Ausstellung zeigte. Dasselbe gilt vom Niveau der ununterbrochen in einem besondern Raum vorgeführten Filme.

Hier beschränken wir uns auf ein Thema, das während eines halben Tages von einer Arbeitsgruppe behandelt wurde: Vorurteile. Vorurteile, die das Leben Kranker und Behinderter unnötig belasten. Wieviel können gerade Schwestern durch Wort und Haltung zu deren Behebung beitragen!

Frau Prof. C. Safilios, vom Merrill-Palmer-Institut, Detroit (USA), stellte fest, dass die Vorurteile vor allem den verbreiteten Meinungen über die Entstehungsursachen der Krankheit (man denke an vermuteten Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten usw.) entstammen, dann mit den herrschenden Wertungen der verschiedenen körperlichen und geistigen Besonderheiten (wo Intellekt und Aesthetik das Höchste bedeuten, werden Schwachsinn und Verstümmelung sehr schwer ertragen) verbunden sind und schliesslich mit den durch Krankheit oder Behinderung bedingten Tatsachen zusammenhängen.

So ist es nicht gleichgültig, wie stark eine Krankheit oder Behinderung ins Auge fällt (Körperbehinderung, Ekzem), welcher Teil des Körpers betroffen ist (Gesichtsverstümmelung), ob das Leiden körperlich oder geistig ist und ob man annimmt, dass es den ganzen Menschen erfasst (Epilepsie, cerebrale Lähmung, Geisteskrankheit). Ferner spielt es bei den Vorurteilen eine Rolle, wie weit eine funktionelle Beeinträchtigung (Inkontinenz; Gehbehinderung; Schwerhörigkeit) vorliegt, oder ob eine Krankheit ansteckend ist.

Die Forschungsergebnisse über die Reaktion «gesunder» Menschen aller Altersstufen aus

verschiedenen sozialen und wirtschaftlichen Schichten und mit unterschiedlichem medizinischem Spezialwissen stimmen weitgehend überein, was die augenfälligen körperlichen Gebrechen anbelangt. Wer sieht sofort den individuellen Mitmenschen und nicht in erster Linie die Behinderung? Wer wüsste sich völlig frei von solchen Reaktionen?

Oder bei nicht sichtbaren, nur sehr schwer diagnostizierbaren Leiden hört man noch immer häufig «Sie ist wieder hysterisch!» Die genaue Abklärung jedoch deckt eventuell die Ursache grosser Schmerzen auf.

Die Vorurteile und Intoleranz gegenüber den Geisteskrankheiten und ähnlichen Leiden werden meistens durch Bekanntwerden der ärztlichen Diagnose hervorgerufen. Ein «eigenartiger Kauz», eine «verschrobene Jungfer» werden häufig geduldet, bis ein Aufenthalt in der Heilanstalt sie stempelt, sie vielerorts fast völlig aus der Gemeinschaft ausschliesst.

Der normale gesellschaftliche Kontakt mit den «Gesunden» wird nach Safilios übrigens nicht nur durch solche Absonderung und Benachteiligung, die auch andere Minderheitsgruppen ähnlich den Kranken und Behinderten erfahren, erschwert. Hinzu kommt noch die gesellschaftlich anerkannte Pflicht der «Gesunden», den Behinderten gegenüber stets takt- und verständnisvoll, hilfreich und mitfühlend zu sein. Doch nicht nur manche gesunde, auch einzelne behinderte Menschen sind oft schwer zu ertragen, können ungezogen, arrogant, immer fordernd, intrigierend, boshaft sein. Wer bleibt da immer «nett»?

Schliesslich kommen Vorurteile auch innerhalb der Behindertengruppen vor, deren Träger nicht mit der oder jener Behinderung verwechselt werden möchten.

Ueber die besonders verbreiteten Vorurteile gegenüber Epilepsiekranken berichtete Prof. Janz, Universitätsambulatorium für Anfallkranke, Heidelberg. Er forderte zu deren Ueberwindung eine die Anfälle in der Regel verhütende moderne Therapie, ferner die unermüdliche Aufklärung der Allgemeinheit mit allen neuzeitlichen Mitteln. Dabei ist mit besonderer Sorgfalt in solchen Kreisen vorzugehen, die den Vorurteilen am leichtesten zugänglich sind.

Der Kampf gegen die Vorurteile ist dem Kampf des heiligen Georgs mit dem Drachen zu vergleichen. Offenheit und Klarheit sind Grundbedingungen. Die Ueberwindung der Vorurteile ist nicht nur eine intellektuelle Aufgabe,

sondern sie hängt weitgehend zusammen mit Charakter und Reife der Persönlichkeit. Hier mitzuarbeiten, ist eine vornehme und dankbare Aufgabe aller Schwestern.

Dr. h. c. Maria Meyer

Kleines Ferienerlebnis

Vergangenen Sommer hatte ich das Glück, ein paar herrliche Sonnentage im Engadin zu erleben. Ich wanderte so recht aus Herzenslust, freute mich über das beständige Sommerwetter und über unsere einmalig schöne Bergwelt.

Voll Dankbarkeit setzte ich mich am Abend in St. Moritz in den Zug, und bereits in Samedan stieg eine Schulklasse in den selben Wagen ein. Drei Plätze waren frei neben mir, und bald hatte ich eine fröhliche Reisebegleitung. Zweitklass-Sekundarschüler seien sie, sagten mir die drei Mädchen. Ich war bald in angeregter Unterhaltung mit ihnen und vernahm, sie seien von Grabs (Rheintal).

Erst unterhielten wir uns über das Wie und Wo ihrer Schulreise, dann wurde gesungen, englisch, italienisch und französisch, was uns gerade in den Sinn kam. Wieso ich so viele Lieder könne und in andern Sprachen, wollten sie wissen. Eines der Mädchen interessierte sich, ob ich verheiratet sei. Alle waren eher erstaunt, als ich verneinte, und wollten daraufhin wissen, was ich denn für einen Beruf hätte. Nun, ich liess sie raten! Dolmetscherin, Sekretärin, Lehrerin, Schneiderin, ja sogar Kosmetikerin wurde geraten. Als ich ihnen zuletzt verriet, ich sei Krankenschwester, war ein allgemeines Erstaunen. Gleich fragten sie mich, ob sie nicht noch drei Kameradinnen holen dürften, damit ich ihnen von meinen Erlebnissen und Erfahrungen erzählen könnte. Die drei Mädchen hätten im Sinn, auch Schwestern zu werden. Bald hatte ich eine ganze Gruppe Zuhörer um mich herum, die alle mit Interesse mein eigenes Urteil über den Beruf hören wollten. Da ich heute, nach sehr vielen Jahren Schwesternleben, noch immer überzeugt bin, dass es einer der schönsten Frauenberufe sei, fiel es mir leicht, von meinen vielen schönen Erlebnissen zu erzählen. Im Nu verging die Zeit, und bevor wir in Chur waren, baten die «angehenden Schwestern» um meine Adresse, da sie mir alle einmal schreiben wollten.

Erfreut über den so spontanen Kontakt, lud ich die Mädchen ein, falls sie einmal nach Zürich kämen, mir zu berichten und mich zu besuchen.

Bald kam ein Brief, wir machten ein Rendezvous ab für den Bettag um 9 Uhr vor dem Landesmuseum.

Mit einem grossen Strauss Nelken und einem Mümpfeli «Buchser Spezialität» wurde ich empfangen. Wir fuhren zum Restaurant Waid, wo ich meinen neuen Freundinnen ein zweites «Z'Morge» offerieren wollte, aber das Restaurant war geschlossen. Da kam mir die Idee, bei meiner Freundin im Krankenhaus Käferberg anzufragen, ob wir vorbeikommen dürften. Mit Freuden wurden wir erwartet und durften gar noch einem über hundertjährigen Grossmütterchen «Grüezi» sagen.

Das sehr schöne, neue Spital beeindruckte meine Besucherinnen, und wir alle freuten uns über den kleinen Abstecher.

Dann ging's heim, wo ich ein einfaches Mittagessen herrichtete, während meine Gäste Klavier spielten und sangen. Für den Nachmittag hatte ich einen Besuch im Zoo geplant und fand auch damit Anklang. Es war eine fröhliche Gesellschaft und immer wieder kamen wir auf unser Hauptthema, den Schwesternberuf, zu sprechen. Ich freute mich, Gelegenheit zu haben, für den Beruf zu werben, ohne besondere Anpreisung dessen, was man heute vielleicht etwas zuviel in den Vordergrund stellt: gute Entlohnung, reichlich Freizeit, schöne Zimmer usw.

Ich erzählte von damals, wie wir ein ganz ansehnliches Kursgeld bezahlen mussten, sehr früh aufstehen und oft zum langen Tagdienst hinzu noch halbe Nächte wachen mussten, alle Putzarbeiten selber zu verrichten hatten, keine Einzelzimmer zur Verfügung standen usw. Doch alle diese Umstände hätten uns nicht von unserem Ziel abgebracht. Wir wollten doch einfach Krankenschwestern werden und nahmen alles auf uns, auch wenn es manchmal recht schwer war.

Berthi Bosshard

Hilfsgeräte, der verlängerte Arm der Behinderten

Wer körperlich behindert ist, möchte von andern möglichst unabhängig sein. Es ist dies ein gesundes Gefühl, das Aerzte und Pflegepersonal mit allen nur möglichen Mitteln zu fördern suchen, um die moralischen Kräfte des Patienten anzuspornen. Der oft zermürbende innere Kampf mit der Invalidität kann abgelöst werden, wenn Anforderungen von aussen an den Behinderten gestellt werden, und wenn er versucht, sich bestmöglich allein zu helfen.

Daher sind für ihn die *Hilfsgeräte* von grosser Bedeutung. Sie können Bewegungen, die infolge Unfall oder Krankheit ausfallen, ersetzen. Die Handhabung der Hilfsgeräte muss eingeübt werden und die Gewöhnung an sie braucht Zeit. Dann aber ist es meistens möglich, das Pflegepersonal zu entlasten. Unter Umständen braucht der Behinderte nicht hospitalisiert zu werden.

Die 6. *Internationale Fachmesse für Arzt- und Spitalbedarf (IFAS)*, die im Kongresshaus Zürich anfangs Oktober 1966 abgehalten wurde, bot auf diesem Gebiet manche Anregung.

Grosses Aufsehen erregte das *Stryker-Circlelectric-Bett* aus den USA. Mittels einer Spezialvorrichtung können Patienten mit schweren Verbrennungen vom Rücken auf den Bauch gelegt werden, ohne dass man sie berühren muss. Das Bett, das allerdings in seinem Metallring viel Platz beansprucht, eignet sich be-

sonders für Querschnittgelähmte. Wer halbwegs bewegungsfähig ist, kann sich ohne fremde Hilfe, mittels einer einfachen Kettenvorrichtung, vom Bett in den Rollstuhl und zurück «liften» (Abb. 1 und 2; Vertrieb: Hausmann AG, Zürich.)

Aus Schweden war ein neuer Apparat, genannt «*Helparm*», ausgestellt. Er dient der funktionellen Beschäftigungstherapie für Patienten mit Muskelschwund. Die äusserst fein gegliederte Aufhängevorrichtung für Ellbogen, Hand- und Fingergelenke vermittelte der Versuchsperson ein angenehmes Gefühl von Schwerelosigkeit in den Armen.

Dr. Blatter & Co., Zürich, bot für die Bedürfnisse des Behinderten alle nur möglichen Hilfsmittel. Von einer Auswahl von 117 Arten waren die neuesten Modelle von *Fahrstühlen* ausgestellt. Ein Fahrstuhl wurde besonders leicht geschaffen, damit er, zusammengeklappt, auf Reisen mitgenommen werden kann. Mit einem Tragtuch aus starkem Rucksackstoff, mit Leder abgesteppt, kann ein Patient sitzend kurze Strecken getragen werden. Bei Flugreisen ist beides für manche Invalide unentbehrlich. Der gute Verkäufer von Fahrstühlen wird eine gründliche Abklärung über Gebrechen, Zweck, Wohn- und Verkehrsverhältnisse vornehmen. Dank seiner reichen Erfahrung

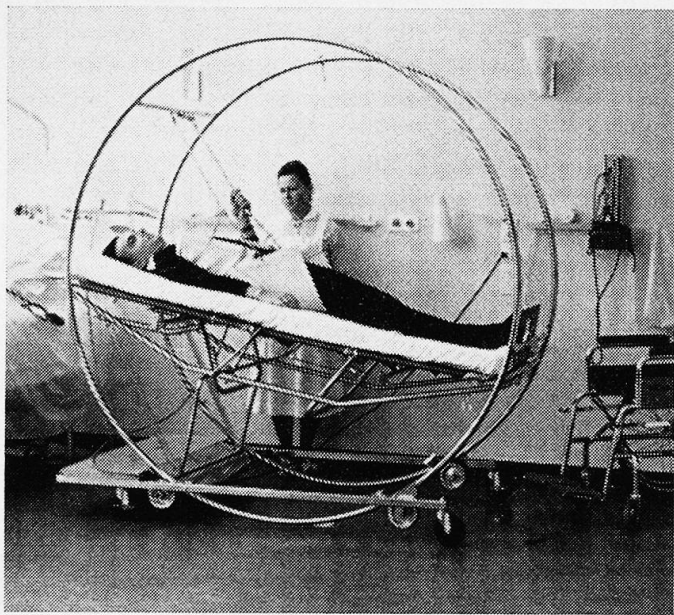


Abbildung 1

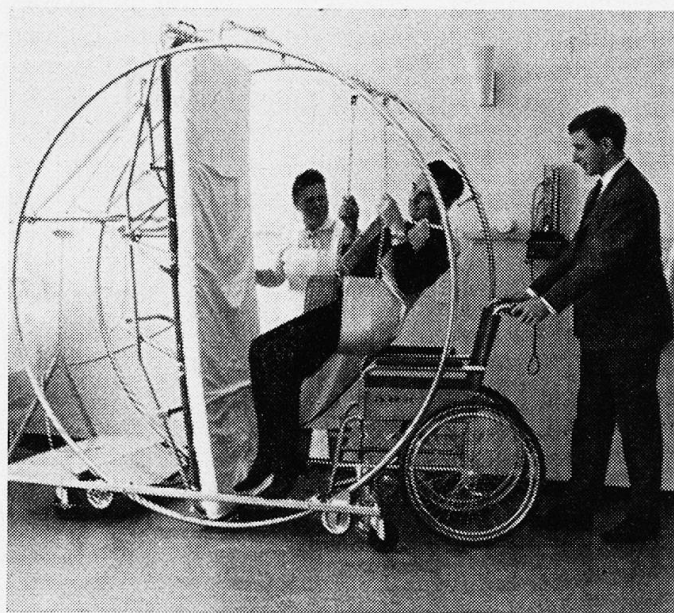


Abbildung 2

kann er dann ein dem Interessenten angepasstes Modell vorschlagen.

Für Coxarthrose-Patienten lassen sich beim «Sedicox» die Vorderklappen der Sitzfläche einzeln, getrennt einstellen und anpassen. Der Stuhl wird mit einem nicht rutschenden Schemel geliefert. Eine Neuheit ist der *Katapultsitz*, der auf eine flache Sitzgelegenheit passt und dem Patienten, je nach Körpergewicht, den nötigen Widerstand beim Niedersitzen und einen Auftrieb beim Aufstehen leistet. Zu erwähnen ist auch eine desinfizierbare *Toiletten-sitzerhöhung*, passend auf alle üblichen Klosette. Der *Mehrzweckhocker* mit Sattelsitz bietet Schwerbehinderten eine Halb-Sitz-, Halb-Stehgelegenheit. Die Auswahl an *Krücken und Gehhilfen* aus Leichtmetall ist gross: der verstellbare Gehstock, die Unterarm-Gehstütze «Federleicht», die dreifüssige Gehhilfe, die faltbare Alpha-Gehhilfe, der Gehmeister, die Reciprocal-Gehhilfe usw., alle mit gleitsicheren Gummikapseln in grauer Farbe.

Ein preiswerter *Badewannen-Gleitschutz* (Gummimatte mit Saugnäpfchen) bietet älteren Leuten mehr Sicherheit in der Wanne. Badewannengriffe und Badewannensitze sind für verschiedene Badewannentypen geschaffen worden. Das mühselige Waschen und Frisieren mancher Bewegungsbehinderter kann durch Schwämme und Bürsten, am geeigneten Stiel, wesentlich erleichtert werden. Allerlei Bürsten, auf Saugnäpfen montiert, ermöglichen dem Einhänder das Waschen von Händen und Geräten.

Für die Hand des Rheumatikers, die sich nicht mehr schliessen lässt, wurde besonderes *Besteck* an leichten Korkgriffen geschaffen. Um ihm das schmerzhaftes Bücken zu vermeiden, sind eine ganze Anzahl von *Greifzangen* zu seiner Verfügung. Beliebt ist die sogenannte Zick-Zack-Greifschere mit Magnet, zusammenlegbar. Hahnenöffner, Schlüsseldreher, Büchsenöffner, Flaschenöffner, dienen dem Rheumakranken zur Ueberwindung so vieler Hindernisse. Eine ganze Reihe Haushaltartikel ist für die rheumatische Hausfrau geschaffen worden, wie biegsamer Flaumer, Einwachser «Tip», Kehr- und Wischgarnitur, Wassermop, Wagen für Wäschezaine u. a. m. Um ohne fremde Hilfe Strümpfe und Hosen anziehen zu können, wurde für Patienten, die sich nicht bücken können, der *schwedische Strumpfanzieher* entworfen (Abb. 3).

Die genaue Anweisung zu dessen Gebrauch, wie eine Zusammenstellung von 60 solchen Hilfsgeräten für Rheumakranke finden sich in der soeben erschienenen Broschüre: «Hilfs-

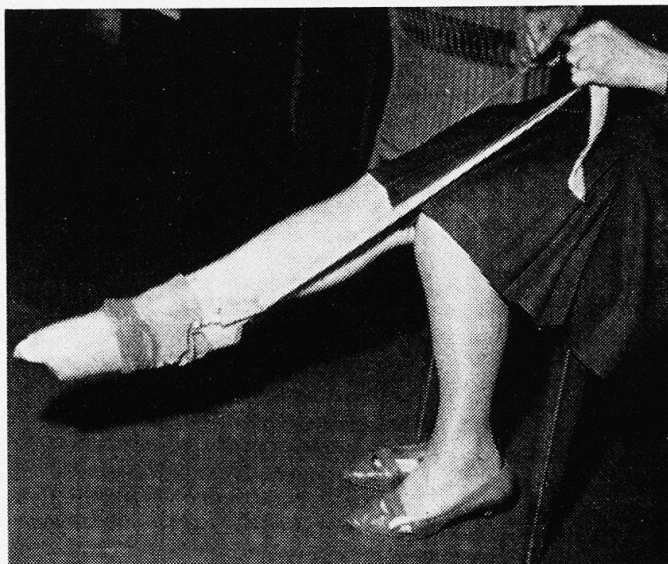


Abbildung 3

geräte für Rheumakranke», zweite verbesserte Auflage. Der Katalog enthält Photos, Anleitung, Angaben über Herstellfirmen, Preis und Bestellnummern und kann bei den kantonalen Rheumaligen oder bei der Schweizerischen Rheumaliga, 8002 Zürich, Seestrasse 120, für Fr. 1.— bezogen werden.

Hier soll einmal die Aufmerksamkeit der Krankenmobilen-Magazinerinnen auf die sorgfältig ausprobierten, bewährten Hilfsgeräte, die in manchem Haushalt willkommene Aufnahme finden, gelenkt werden.

Wer Behinderten mit Rat und Tat beisteht, tut gut daran, den sogenannten Aids-Katalog zu konsultieren (siehe unten).

Lotte Rosenfeld

Publikationen der Schweizerischen Rheumaliga

Rote Broschüre I, 1959: Rheuma volkswirtschaftlich betrachtet; Arbeitsmedizinische Probleme; Heilbäder und Volksheilbäder	1.—
Rote Broschüre III, 1963: Altersrheumatismus; «Aids», Rheumagesetz; Wohnungen für Behinderte	1.—
Rote Broschüre IV, 1965: Rheuma im täglichen Leben; Wirbelsäulenbeanspruchung; Neue Statistik; Stand der Rheumabekämpfung	1.—
Bewegungsübungen für Rheumakranke. Aerztliche Anleitung. 48 Seiten, 300 Zeichnungen	2.—
Exercices pour rhumatisants. 40 pages, 300 illustrations	2.—

Die häusliche Pflege des Rheumakranken. Anleitung zur Pflege und Selbsthilfe	2.—
Aidskatalog: Hilfsgeräte für Behinderte	1.—
Sammlung «Rheumatismus in Forschung und Praxis», Verlag Hans Huber, Bern	
Bd. I: Vorträge des 2. Aertzefortbildungskurses der SRL in Arosa 1961, 113 Seiten, 12 Abbildungen, 27 Tabellen . . .	22.—
Bd. II: Die Funktionsstörungen der Wirbelsäule, Vorträge des 3. Aertzefortbildungskurses der SRL in Arosa 1963, 156 Seiten, 86 Abbildungen, 14 Tabellen . . .	19.80
Bd. III: Ursachen rheumatischer Krankheiten, Vorträge des 4. Aertzefortbildungskurses der SRL in Arosa 1965, 144 Seiten	22.—

Herabsetzung des Eintrittsalters für die Krankenpflegeschulen auf 17 Jahre

Entgegnung zum Text in der

August-/September-Nummer, Seite 543

Sicher hat Herr Nationalrat Haller recht, wenn er feststellt, dass junge Leute unter Umständen allerhand ertragen können. Die Einsatzbereitschaft unserer Jugend ist ein Kapital, dem es Sorge zu tragen gilt. Wer mit jungen Leuten zu tun hat, wird von ihrer Begeisterungsfähigkeit nicht selten mitangesteckt; und der kranke junge Mensch, wie auch das Kind, ist tatsächlich viel leidensbereiter als der Erwachsene, der sich gegen das Schicksal auflehnt. Es wäre aber ein vollkommen falscher Schluss, wenn man aus diesen Gegebenheiten folgern sollte, *«die jungen Leute seien längst nicht so zart besaitet, wie man darzustellen suche»*.

Während seiner Entwicklung (die bekanntlich bis zum vollendeten 19. Jahr dauert — nicht umsonst wurden während der Rationierung bis zu diesem Alter Zusatzkarten ausgegeben!) ist der junge Mensch und vor allem das junge Mädchen äusserst labil. Dem Höhenflug der einen Stunde folgt nicht selten ein grenzenloses Tief, ein Zustand, der den Betroffenen selber oft unerklärlich ist. In dieser Phase kommen sie sich äusserst verlassen, total verkannt und von niemandem verstanden vor. Daher das geflügelte Wort: *«Himmelhochjauchzend zu Tode betrübt.»*

Wie sollen nun solche junge Menschen, die wohl *«unter Umständen allerhand ertragen können»*, jedoch niemals dem anhaltenden Stress geistiger, seelischer und körperlicher Art des modernen Krankenhausbetriebes gewachsen sind, den anvertrauten Kranken Stütze und Halt sein können?

Seit der Herabsetzung des Eintrittsalters kommt es nicht selten vor, dass trotz sorgfältiger Auslese der Kandidatinnen ein Kurs schon im ersten Jahr 10 bis 15 Prozent der Schülerinnen wieder verliert.

In England habe ich beobachtet, dass trotz stark herabgesetztem Eintrittsalter die Schülerinnen des dritten Jahres schon grösstenteils verlobt waren und nach beendiger Lehre den Beruf in kürzester Zeit verliessen.

Deshalb scheint es mir richtig, nach wie vor der seelischen Labilität des jungen Mädchens im Entwicklungsalter Rechnung zu tragen, um eine harmonische Ausreifung der Persönlichkeit zu erreichen. Andernfalls könnten sich bei zu früher Ueberbelastung Härte, Gefühlskälte und Intoleranz entwickeln; Qualitäten, die der Kranke nicht unbedingt von seiner Pflegerin erwartet.

Schwester Ruth Müller

Physikalische Therapie. Grundlagen und Wirkungsweisen. Von Prof. Dr. H. Gillmann. 202 Seiten, 84 Abbildungen. DM 7.80. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1966.

Der Autor unternimmt eine Standortbestimmung der modernen physikalischen Therapie. Der Begriff wird weit gefasst und schliesst auch neueste Formen der Strahlenbehandlungsmöglichkeiten mit ein (Laser, Maser, Thermographie). Gelegentlich geht der Versuch, physikalische Probleme zu vereinfachen und dadurch dem Leser verständlicher zu machen, vielleicht etwas auf Kosten der Genauigkeit. Mit Sorgfalt und interessant werden im allgemeinen Teil die Ausgangslage jeder therapeutischen Massnahme, die verschiedenen Behandlungsprinzipien und die technischen Möglichkeiten besprochen. Dass Fragen der psychischen Reaktion, des Verhältnisses Arzt-Patient, der Abgrenzung gegen die naturgemässen Heilmethoden im Sinne einer Entmystifizierung besprochen werden, ist sicher für den jungen Mediziner äusserst wertvoll.

Der spezielle Teil des handlichen Büchleins enthält zahlreiche Angaben über das Wesen der verschiedenen physikalisch-therapeutischen Möglichkeiten und eignet sich vor allem dafür, dem Arzt und Medizinstudenten einen Ueberblick über die moderne physikalische Therapie zu vermitteln. Voraussetzung für das Verständnis der sehr knapp gehaltenen Angaben ist allerdings ein gewisses Mass von naturwissenschaftlich geschultem Denken, so dass sich das Buch nicht vorbehaltlos für Pflegeberufe oder Schwesternschulen empfehlen lässt.

Dr. med. Ch. Bloch-Springer



Hess-Esstisch 965

Müheless können die beiden Füße aufgeklappt werden. Dank einer sinnreichen Konstruktion, einer bewährten Klappfussarretierung, hat der Tisch mit den aufgeklappten Füßen einen sicheren Halt und ist dauernd solid. Auch die eingeklappten Füße sind arretiert. Platte 65 × 40 cm, mit Kunststoff (Linette grau), Metallteile verchromt.

Altorfer AG

Abt. Metallmöbel Telefon 055 4 35 92

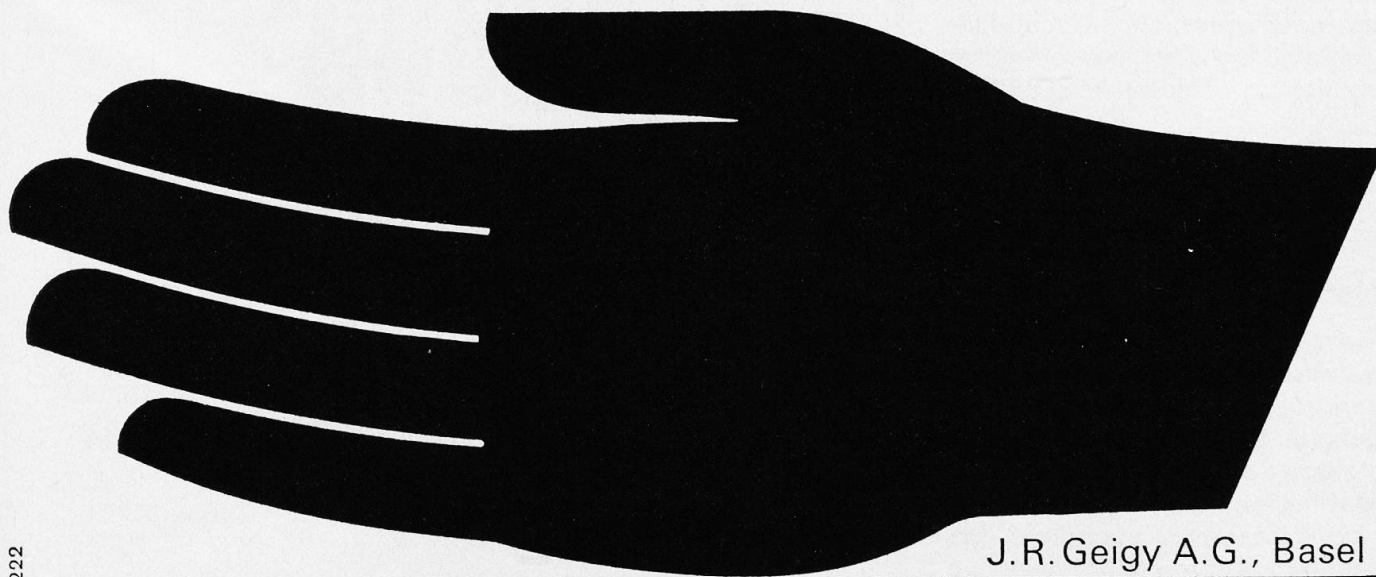
8636 Wald

wenn Desinfektion

Desogen[®]

Lösung
zur Händedesinfektion
Desinfektion von
Instrumenten
Krankenwäsche
und -utensilien

Tinktur
zur Desinfektion
von Wunden
und Operationsfeldern



J.R. Geigy A.G., Basel

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.

Krankenhaus 9053 Teufen AR

Wir suchen zu baldigem Eintritt oder nach Uebereinkunft

1 dipl. Krankenschwester

1 Laborantin

1 dipl. Krankenpfleger

der auch als Chauffeur Krankentransporte macht. Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen. Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester des Krankenhauses Teufen AR.

Im **Krankenhaus Davos** ist auf sofort oder später eine Stelle für eine

Krankenschwester

frei. Die Lohnverhältnisse sind kantonale geregelt. Anmeldungen sind an die Oberschwester zu richten, Telefon 083 3 57 44.

Bezirksspital Uster

Wir suchen zum Eintritt für sofort oder später

Narkoseschwester

für modern eingerichteten Operationsbetrieb. Gehalt, Ferien und übrige Anstellungsbedingungen gemäss kantonalem Anstaltsreglement. Offerten sind erbeten an den Chefarzt der chirurgischen Abteilung, Dr. med. R. Kübler, 8610 Uster.

Für Schwestern

sämtlicher Schulen und Verbände der Schweiz erhalten Sie in guter Qualität, fachgerecht nach Mass und konfektioniert

Mäntel Schürzen Schwesternstoffe
Kleider Hauben Kragen und Zubehör

R+H

Rüfenacht + Heuberger
Spitalgasse 17, 3000 Bern

SILENT GLISS die erste geräuschlose Vorhang- einrichtung



Mit SILENT GLISS lösen Sie jedes Vorhangeinrichtungsproblem — elegant — modern — bewährt. Wir beraten Sie gerne. Verlangen Sie ausführliche Unterlagen.



Keller + Co. Metallwarenfabrik 3250 Lyss Tel. 032 84 27 42/43

10a bq

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 pour entrée immédiate ou à convenir:

infirmières diplômées aides-soignantes aides-hôpitalières

Semaine de cinq jours.

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

Das Rätische Kantons- und Regionalspital Chur

sucht für seine neue radiotherapeutische Abteilung
(Telekobalt-, Halbtiefen- und Oberflächentherapie)

Röntgenassistentin oder Röntgenschwester

Krankenschwester, die auf Dauerstelle reflektiert, könnte zu Lasten des Spitals ausgebildet werden.

Wir bieten günstige Anstellungs- und Arbeitsbedingungen.

Interessentinnen melden sich unter Beilage eines kurzen Lebenslaufes und unter Angabe der Gehaltsansprüche bei der Verwaltungsdirektion des Rätischen Kantons- und Regionalspitals, Chur.

Spital St. Nikolaus, 7130 Ilanz
Wir suchen für sofort eine tüchtige

Instrumentierschwester und

dipl. Krankenpfleger

mit Fahrausweis. Unser Spital liegt in der Nähe von gutem Skigebiet. Wer wäre interessiert, zu uns zu kommen? Gute Entlohnung und Freizeit werden geboten. Offerten bitte an Schwester Oberin.

Wir suchen auf Frühjahr 1967

Praxischwester

in Landpraxis im mittleren Thurgau. Offerten bitte unter Chiffre 3824 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Gesucht auf Frühjahr 1967 nach
Dietikon ZH

dipl. Gemeinde- krankenschwester

reformiert, für selbständigen Wirkungskreis. Besoldung nach Reglement plus allfällige Teuerungszulage und Treueprämie. Pensionskasse, Autoentschädigung, Fünf Wochen Ferien, Wohnung vorhanden. Offerten erbeten an Krankenpflegeverein Dietikon, Frau Eggli, Quästorin, Telefon 051 88 86 61, wo auch weitere Auskunft erteilt wird.

Gesucht nach **Ebnat - Kappel**
auf anfangs April 1967

Gemeinde- krankenschwester

Zeitgemässe Anstellungsbedingungen nach den Richtlinien. Auto steht zur Verfügung. — Offerten sind erbeten an den Präsidenten des Krankenpflegevereins, Jakob Kündig, Sonnenrainstrasse 20, Ebnat-Kappel, Telefon 074 7 31 97.

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.

Gestern: Lebertran Heute: SANA-SOL



Er wartet auf
Sana-sol
um im Winter in Form
zu bleiben

SANA-SOL
enthält die Vitamine
A und D aus
konzentriertem
Lebertran,
das Vitamin C
aus konzentriertem
Saft sonnengereifter
Orangen und Zitronen.

SANA-SOL
ist vor allem
angezeigt bei:
- Ueberanstrengung
- Schulumüdigkeit
- Wachstumsstörungen
- Rekonvaleszenz

Flasche mit 300 ml Fr. 6.-
Flasche mit 750 ml Fr. 12.-



Nur in
Apotheken
erhältlich.

chervet

Wir suchen als Stationsschwester für unsere Privat-
abteilung eine gutausgewiesene

Schwester

die sich in der Betreuung von Betagten, teils pflege-
bedürftigen Leuten auskennt.

Anstellungsbedingungen nach kantonalem Reglement.

Offerten sind erbeten an das Kantonale Krankenhaus
Wäckerlingstiftung, 8707 Uetikon am Zürichsee, Telefon
051 74 14 33.

Ich suche für meine 86jährige Mutter mit Altersbeschwerden,
jedoch noch dankbaren, frohen Gemütes

Krankenschwester oder pflege- und diätkundige Frau

die sie in Zürich liebevoll betreuen würde. — Nähere Auskunft:
Frau Dr. H. Wyss-Tüscher, Hornweg 16, 8700 Küsnacht.

Bürgerspital Basel

sucht für eine Pflegestation des Altersheims

stellvertretende Oberschwester

Zum Aufgabenbereich gehört neben der Betreuung von
Kranken auch die praktische Ausbildung von Lern-
pflegerinnen.

Wer sich für diese menschlich ansprechende Aufgabe
interessiert, findet bei uns eine Dauerstelle zu ange-
nehmen Arbeitsbedingungen.

Handgeschriebene Offerten sind zu richten an die
Spitaldirektion, Hebelstrasse 2, 4000 Basel.

Die Gemeinde Hasliberg sucht
infolge Pensionierung der bis-
herigen Stelleninhaberin eine

Gemeinde- krankenschwester

(eventuell eine Schwester für
Chronischkranke). — Anmel-
dungen mit Lohnanspruch sind
erbeten an den Krankenpflege-
Verein 6082 Hasliberg BE, Prä-
sident Kaspar Nägeli, Bau-
geschäft, 6082 Reuti-Hasliberg.

Bezirksspital Locarno sucht

Operationssaal-Schwester

gewandt im Instrumentieren u.
geeignet, eventuell sofort oder
später, die Leitung des Opera-
tionssaalbetriebes zu überneh-
men. Im weiteren

1 Angestellte, eventuell Röntgenassistentin

zur Führung des Röntgenarchivs
sowie der Patientenkartothek,
mit Uebung im Maschinens-
schreiben. — Anmeldungen mit
den nötigen Unterlagen er-
beten an die Spitaldirektion.

Pour son nouveau bâtiment des
lits, de conception moderne
(comprenant, entre autres, deux
étages réservés aux malades
privés), ainsi que pour ses an-
nexes,

l'Hôpital cantonal de Genève
cherche:

des infirmières et infirmiers diplômés des aides-soignantes qualifiées

Travail à temps complet ou
partiel. Possibilités de loge-
ment pour les célibataires. Très
bonnes conditions de travail.
Veuillez adresser vos offres à
la Direction de l'Hôpital can-
tonal de Genève, 1211 Ge-
nève 4.

Gesucht wird

Gemeindeschwester

für ambulante Pflege. Angenehme Arbeitsbedingungen und schöne Wohnung vorhanden. Pauschalentschädigung f. Auto, Lohn und Freizeit nach Verbandsreglement. Eintritt baldmöglichst. — Nähere Auskunft erteilt der Präsident des Krankenpflegevereins Bichelsee TG, Franz Müntz, Loh, 8362 Balzerswil, Telefon 073 436 17.

Klinik Sonnenblick, Wettingen AG, sucht zu sofortigem Eintritt

dipl. Operationsschwester

Offerten mit Gehaltsansprüchen sind erbeten an: Dr. Werner Suter, Zwysigstrasse 29, 5430 Wettingen.

L'Hôpital de Château-d'Œx cherche, pour le printemps 1967,

2 infirmières

Faire offre à la Direction.

Der Krankenpflegeverein Unterstrass Zürich (Gemeindekrankenpflege, sucht für 1967

Ferien-Ablöserin

für die vier Gemeindeschwestern im Turnus für etwa vier Wochen im März/April und für rund drei Monate im Sommer, etwa ab Mitte Juni, oder

2 Ablöserinnen

für je etwa fünf bis sechs Wochen im Sommer. Gehalt nach Normalien des SVDK. Telefon- und Transportspesenvergütung. Ruhetage wie die vertretene Schwester. Anmeldungen mit Angabe der bisherigen Tätigkeit und womöglich Zeugniskopien an den Vorstand (eventuell telefonische Anfragen nur von 8 bis 9 Uhr an Telefon 051 26 01 77).

Krankenhaus Altstätten SG

Für unser neuzeitlich eingerichtetes Krankenhaus (moderner Neubau mit 120 Betten) suchen wir eine selbstständige

Oberschwester

Vorzügliche Arbeitsverhältnisse, Gehalt nach kantonaler Besoldungsordnung, moderne Wohnung steht zur Verfügung.

Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Krankenhauses 9450 Altstätten, Telefon 071 75 11 22.

Kantonsspital Liestal

Wir suchen

1 Operationsschwester sowie Operations-Lernschwestern

Dauer der Lehre: Zwei Jahre bei vollem Lohn einer diplomierten Schwester. Erfordernisse: Diplom als Krankenschwester.

Eintritt: Sofort oder nach Uebereinkunft.

Bewerberinnen, die in einem modernen, vielseitigen und anspruchsvollen chirurgischen und gynäkologischen Operationsbetrieb arbeiten oder sich weiterbilden möchten, wollen sich unter Beilage von Lebenslauf und Zeugnissen schriftlich an die Verwaltung des Kantonsspitals Liestal wenden.

Gesucht auf Frühjahr 1967 für unser neu beziehbares
Alters- und Pflegeheim Ruggacker

dipl. Krankenschwester diplomierte Chronischkranken-Pflegerin

Das Heim liegt an zentraler Wohnlage, nur zwölf Bahnminuten von Zürich entfernt. Wir legen Wert auf gute Zusammenarbeit und bieten neuzeitliche Anstellungsbedingungen. Besoldung nach kantonalem Reglement, Pensions- oder Sparversicherung.

Bewerbungen sind zu richten an die Heimleitung Ruggacker, Bremgartnerstrasse 39, 8953 Dietikon, Telefon 051 88 42 20.

Leukerbad VS – 1411 m ü. M. — Institut zur Behandlung von Poliomyelitisfolgen und anderer organisch bedingter Lähmungen des Zentralnervensystems sucht

dipl. Krankenschwester

eventuell Nachtwache

**2 ausgeb. Chronischkranken-Pflegerinnen
Schwesternhilfe**

Eintritt baldmöglichst oder nach Uebereinkunft. Offerten mit Angaben der bisherigen Tätigkeit und der Lohnansprüche sind zu richten an Lähmungsinstitut, 3954 Leukerbad VS, Telefon 027 6 42 71.

L'Hôpital de la ville de La Chaux-de-Fonds cherche pour ses nouvelles unités de soins, ainsi que pour les services spécialisés, des

**infirmières et infirmiers diplômés
infirmières instrumentistes
infirmières d'hygiène maternelle et infantile**

Entrée en fonction immédiate ou date à convenir. Conditions de salaire et de traitement intéressantes. Semaine de cinq jours. Prière d'adresser les offres détaillées avec curriculum vitae à la Direction de l'Hôpital, 20, rue de Chasseral, à La Chaux-de-Fonds.

Infolge Rücktrittes einer Schwester aus Altersgründen suchen wir so bald als möglich eine

Krankenschwester oder Alterspflegerin

Zeitgemässe Entlohnung. Altersheim der Gemeinnützigen Gesellschaft von Neumünster, Forchstrasse 81, 8032 Zürich.

Gesucht zur Ergänzung des Personalbestandes für sofort oder nach Uebereinkunft

**dipl. Krankenschwestern
Chronischkranken-Pflegerinnen**

Wir bieten angenehme und zeitgemässe Arbeitsbedingungen in einem modernen, schön gelegenen Landspital. Fünftagewoche. Entlohnung nach kantonalem Besoldungsreglement.

Anmeldungen unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage von Zeugniskopien sind erbeten an die Verwaltung des Kreisspitals, 8330 Pfäffikon ZH.

Nähere Auskunft erteilt die Oberschwester (Telefon 051 97 51 22).

Gesucht wird für sofort oder nach Uebereinkunft

Abteilungsschwester

Zeitgemässe Entlohnung, Fünftagewoche. Offerten sind zu richten an die Oberschwester des Bezirksspitals 3110 Münsingen, Telefon 031 68 12 48.

Im Januar 1967 wird der moderne Neubau unseres 100-Bett-Bezirksspitals eröffnet. — Wir suchen eine zusätzliche, gutausgebildete und selbständige

Narkoseschwester

zu möglichst baldigem Eintritt. Zeitgemässe Anstellungs- und Arbeitsbedingungen gemäss kantonalem Reglement. Fünftagewoche. Modernes Personalhaus. Auskunft erteilt Oberschwester Denise Wilhelm, Bezirksspital Dielsdorf, 8157 Dielsdorf ZH, Telefon 051 94 12 12.

Das Spital Bauma ZH sucht für sofort oder nach Vereinbarung

**Operationsschwester
Krankenschwester
Krankenpfleger**

Besoldung nach kantonalem Tarif. Geregelte Freizeit. Offerten unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage der üblichen Unterlagen erbeten an Chefarzt Dr. H. Helmig, Spital Bauma, 8494 Bauma.

Gesucht wird in Jahresbetrieb eine tüchtige

Krankenschwester

Eintritt nach Uebereinkunft. (Keine körperlich anstrengenden Arbeiten.) Offerten erbeten an Hochgebirgsaugenklinik Guardaval, 7260 Davos-Dorf.

Gesucht in private chirurgische Spezialklinik im Raume Zürich mit nur wenigen Betten

dipl. Operationsschwester

zur Assistenz bei Operationen und Pflege der wenigen Leichtkranken; tüchtige, pflichtbewusste

Schwesternhilfe

wenn möglich mit Operationssaalerfahrung oder auch zum Anlernen.

Nachtschwester

die äusserst selten in der Nacht beansprucht wird, daher keine Nachtwache. Schlafzimmer mit Television vorhanden. Geeignet für Pensionierte oder für ältere Person als Teilbeschäftigung. — Externe Stellen. Kein Notfalldienst, geregelte Arbeitszeit, sehr angenehmes Arbeitsklima, gute Besoldung. Stellenantritt nach Vereinbarung. — Offerten freundlicher Bewerberinnen erbeten an Chiffre 3825 ZK an die Annoncenabteilung Vogt - Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Der Stadtärztliche Dienst Zürich sucht für das **Krankenhaus Seeblick** in Stäfa eine

Krankenschwester

Stellenantritt nach Vereinbarung. — Besoldung: Nach den städtischen Reglementen. — Pensionsversicherung od. Spar- und Hilfskasse, geregelte Arbeits- und Freizeit. — Interessentinnen sind gebeten, sich telefonisch oder persönlich mit dem Stadtärztlichen Dienst, Walchestrasse 31, 8035 Zürich 6, Telefon 051 28 94 60, in Verbindung zu setzen.

Der Vorstand
des Gesundheits- und
Wirtschaftsamtes

Gesucht

dipl. Krankenschwester

in Privatklinik. Gute Arbeitsbedingungen. — Offerten sind zu richten an die Oberschwester der Klinik Beau-Site, 3000 Bern, Telefon 031 42 55 42.

Zürcher Hochgebirgsklinik Clavadel - Davos

Wir suchen eine selbständige

Operationsschwester

Zum Aufgabenkreis gehören neben dem Instrumentieren bei Lungen und anderen Operationen die Vorbereitung und Mithilfe bei Zystoskopien, Laparaskopien, Bronchoskopien, Punktionen und anderen kleineren Eingriffen.

Eintritt 1. Februar oder nach Vereinbarung.

Die Freizeit ist geregelt (Fünftagewoche). Die Besoldung erfolgt nach kantonal-zürcherischen Ansätzen.

Interessentinnen wollen sich bitte melden beim Chefarzt: Dr. med. P. Braun, Telefon 083 3 52 24.

Klinik Hirslanden Zürich

sucht für anfangs Februar und auf Frühjahr 1967

dipl. Krankenschwestern

in Dauerstelle oder nur für Ferienvertretung. Fremdsprachenkenntnisse erwünscht (Englisch und Französisch). Zeitgemässe Anstellungsbedingungen. Fünftagewoche.

Offerten mit Lebenslauf, Zeugniskopien und Photo erbeten an die Oberschwester der Klinik, Witellikerstrasse 40, 8008 Zürich, Telefon 051 53 32 00.

Kantonsspital Zürich

sucht für eine Kaderstellung im Pflegedienst eine Krankenschwester oder einen Krankenpfleger als

Oberschwester / Oberpfleger

der Notfallstation der Chirurgischen Kliniken.

Anforderungen: Gute Ausbildung, breitere Erfahrung in der Krankenpflege, Sinn für Organisation und Personalführung. Kenntnisse im Operationssaal wären von Vorteil.

Wir bieten eine ausserordentlich interessante, ausbaufähige Stelle, geregelte Freizeit sowie der Aufgabe entsprechende überdurchschnittliche Salarierung. Es bestehen Möglichkeiten zur Weiterbildung.

Unser Adjunkt für den Pflegedienst erteilt gerne weitere Auskünfte (Telefon 32 98 11, intern Nr. 3449).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an das Personalbüro II, Verwaltung Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8006 Zürich, zu richten.

Bezirksspital Unterengadin in Scuol / Schuls

Wir suchen

2 Abteilungsschwestern

für selbständige und vielseitige Tätigkeit in unserem Spital. FMH-Aerzte für Chirurgie und Medizin. Zeitgemässe Lohn- und Anstellungsbedingungen, geregelte Freizeit. — Scuol / Schuls ist weltbekannter Kurort und im Winter das Sportzentrum des Unterengadins.

Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung des Bezirksspitals Unterengadin in Scuol / Schuls, Telefon 084 9 11 62.

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

Das Kantonale Krankenhaus Grabs (Nähe Grenzbahnhof Buchs SG) sucht

dipl. Krankenschwestern

für vorwiegend chirurgische Abteilungen. Unser Haus ist gut eingerichtet. Im Winter bietet sich ideale Gelegenheit für den Skisport. Im Sommer locken die umliegenden Berge zu Ausflügen und Wanderungen. Fünftagewoche Gehalt nach kantonalem Reglement. Unterkunft in gut eingerichtetem Personalhaus. Interessentinnen wollen sich bitte an die Oberschwester wenden.

Dalerspital, Freiburg, sucht auf 1. März 1967 oder nach Ueber-einkunft

Operationsschwester

die unseren regen Operationsbetrieb leiten kann. Sowie

Narkoseschwester

mit guter Ausbildung (oder könnte eventuell auch angelernt werden). Fünftagewoche, gute Bezahlung. — Offerten an die Oberschwester des Dalerspitals, 1700 Freiburg.

Clinique Générale bord du Léman (14 lits) cherche pour le printemps

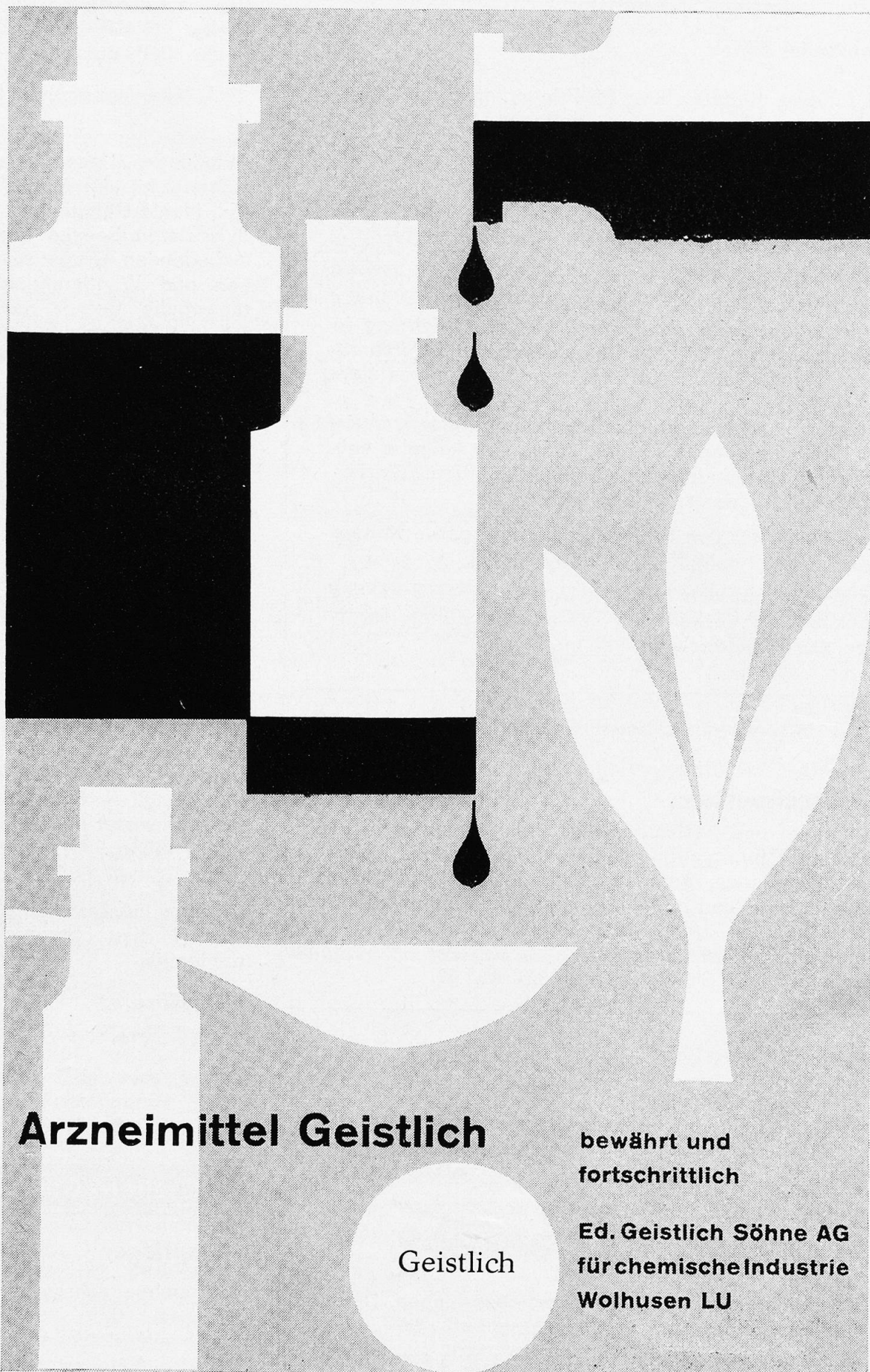
infirmière et aide-infirmière

Offres sous chiffre 3823 ZK, dépt. annonces, Vogt - Schild S. A., 4500 Soleure 2.

Stellen - Gesuche

Hilfspfleger

seit sieben Jahren im Operationssaal tätig, sucht neue Stelle auf gleichem Gebiet. — Offerten bitte an Jakob Buchser, Chutzenstr. 53, 3000 Bern.



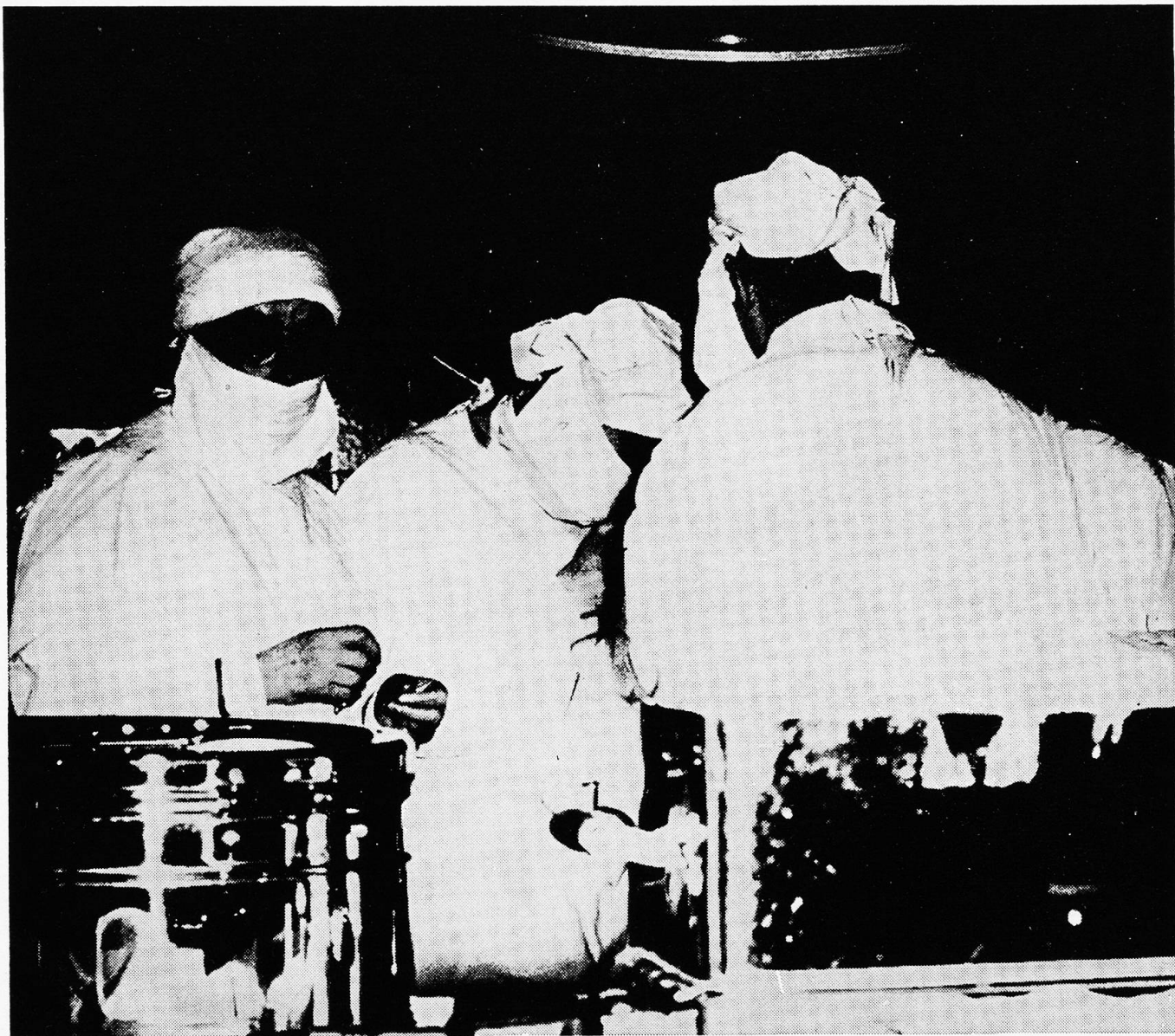
Arzneimittel Geistlich

Geistlich

bewährt und
fortschrittlich

Ed. Geistlich Söhne AG
für chemische Industrie
Wolhusen LU

**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.

AZ
4500 Solothurn 2

* 300/D
GR Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen
B e r n

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**