Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières

Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Band: 62 (1969)

Heft: 11

Heft

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 07.07.2025

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

11

Solothurn / Soleure

November 1969
Novembre 1969

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: Margrethe Kruse
Generalsekretärin - Directrice exécutive: Sheila Quinn

Zentralvorstand - Comité central

Präsidentin - Présidente	Nicole-F. Exchaquet, 14D, route d'Oron, 1010 Lausanne
1. Vizepräsidentin - 1ère vice-présidente .	Martha Meier, Zürich
2. Vizepräsidentin - 2e vice-présidente .	Janine Ferrier, Genève
Mitglieder - Membres	Carla Bernasconi, Lugano; Monique Blumenstein, Lausanne; Walter Burkhardt, Chur; Antoinette de Coulon, Neuchâtel. Klara Fries, Kriens; Ruth Kunz, Basel; Magda Lauper, Bern; Christine Nussbaumer, Solothurn; Jeanne Rétornaz, Fribourg
Zugew. Mitglieder - Membres associés .	Diakonisse Anni Conzett, Ehrw. Schw. Hildegardis Durrer
Delegierte des SRK - Délégués de la CRS	Noch zu ernennen - encore à nommer
Zentralsekretärin - Secrétaire générale .	Erika Eichenberger
Adjunktin - Adjointe	Marguerite Schor
Geschäftsstelle - Secrétariat	Choisystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 25 64 28, Postcheckkonto 30-1480

Die Sektionen - Les sections

Sektion - Section	Geschäftsstelle - Secrétariat	Präsidentin - Présidente
Aargau, Solothurn	Frau Elisabeth Arthofer-Aeby, Auensteinerstr. 242, 5023 Biberstein bei Aarau, Telefon 064 22 78 87	Schw. O. Schmid
Basel, Baselland	Schw. Dora Wyss, Leimenstrasse 52, 4000 Basel, Telefon 061 23 64 05	Frau E. Jucker-Wannier
Bern	Schw. Sonja Regli, Choisystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 25 57 20	Schw. N. Vischer
Fribourg	Mlle Rosa Bregger, 145, Tilleul, 1700 Fribourg, téléphone 037 2 30 34	Mlle J. Rétornaz
Genève	Mlle Verena Wuthrich, 4, place Claparède, 1200 Genève, téléphone 022 46 49 12	Mlle E. Schwyter
Luzern, Urkantone, Zug	Frau Josy Vonlanthen, St. Josef 6, 6370 Stans, Telefon 041 84 28 88	Frau M. Th. Karrer-Belser
Neuchâtel	Mme Anne Béguin, 20, rue de Reynier, 2000 Neuchâtel, téléphone 038 5 14 35	Mlle M. Waldvogel
St. Gallen, Thurgau Appenzell, Graubünden	Schw. Laura Giubellini, Paradiesstrasse 27, 9000 St. Gallen, Telefon 071 22 35 77	Herr R. Härter
Ticino	Signorina Angela Conti, Scuola cantonale infermieri, 6500 Bellinzona, telefono 092 5 17 21	Signa. E. Simona
Vaud, Valais	Mme E. Garboli, 34, rue St-Martin, 1005 Lausanne, téléphone 021 23 73 34	Mlle L. Bergier
Zürich, Glarus, Schaffhausen	Schw. Verena Lüscher, Asylstr. 90, 8032 Zürich 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; Kloster St. Ursula, Brig; 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

Inhaltsverzeichnis/Sommaire

La réadaptation fonctionnelle des handicapés physiques — Dr B. de Montmollin 456
Viele Wege führen nach Rom — Christine Lanz . . . 461
Der gesunde und der kranke Mensch in Zukunft — Prof. Dr. H. Wagenführ 465
Les infirmières et l'exercice de leur profession — Renée de Roulet 474
Propos sur l'évolution technique des soins infirmiers . . 478
Propos sur l'évolution technologique et le droit . . . 479
Voyage d'étude en Amérique du Nord — Liliane Bergier . 481
Bureau suisse de placement pour le personnel infirmier étranger 482
L'homme sain et l'homme malade à l'avenir — H. Wagenführ 484
Les infirmières au service de nuit 486
Die Arbeit am Krankenbett — aus der Sicht des Patienten — R. Kull-Schlappner 489
Von Veranstaltungen ausserhalb der Kongresshalle . . 494
Aus der Sitzung des Zentralvorstandes 498
Echos de la séance du Comité central 499
Sektionen — sections 500
Buchbesprechungen 504

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 Abonnementen 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

COSMOS-Fahrzeuge

sind unentbehrlich im modernen Betrieb

— Servierwagen und Geschirrabräumwagen
— Instrumenten- und Verbandwagen
— Wäschewagen
— Putzdienstwagen
— Abfallsackwagen
— Patientenwagen
— Nachtfahrstühle
— heizbare Speisetransportwagen

Verlangen Sie Beratung, ausführliche Offerten oder sogar unverbindlich Probewagen bei

Für sämtliche Abteilungen haben wir geeignete Fahrzeuge, alle auf den bekannten COSMOS-Kugellagerrollen laufend.

COSMOS B. Schild & Co. AG
2501 Biel Telefon 032/2 83 34-35

produits diététiques falières

phosphatine

Sehr früh, oft schon am Ende des ersten Monats, reicht die Milchnahrung den Bedürfnissen des Säuglings nicht mehr aus und muss durch diätetische Kindermehle verstärkt werden.

---

vom 2. Monat an

1. Altersstufe

schnell gekocht

Leicht flüssig, läuft sie sehr gut durch den Sauger. Durch sein «Vorkoch-Verfahren» ist dieses Kindermehl vollkommen assimilierbar und erleichtert ausserdem die Verdauung der Milch.

Surprotéinée

schnell gekocht

Auf Basis von Soja, ist dieses Kindermehl ausgezeichnet für Kinder geeignet, die eine Nahrung ohne Gluten benötigen und diejenigen, welche keine Milch vertragen.

Vollkorn mit Bananen

anrührfertig

Der hohe Gehalt an Vitaminen der Banane, darunter das sehr wertvolle Vitamin C, hilft dem Säugling wirksam gegen Infektionen anzukämpfen.

Vollkorn mit Honig

anrührfertig

Für den Säugling steht der Honig als Zufuhr an natürlichem Zucker an erster Stelle. Er verhindert jegliche Darmgärung.

---

vom 4. Monat an

Surphosphatée

schnell gekocht

Eine Zusammensetzung reich an Phosphat und Kalzium, welche das Wachstum des Kleinkindes fördert.

---

vom 6. Monat an

2. Altersstufe

schnell gekocht

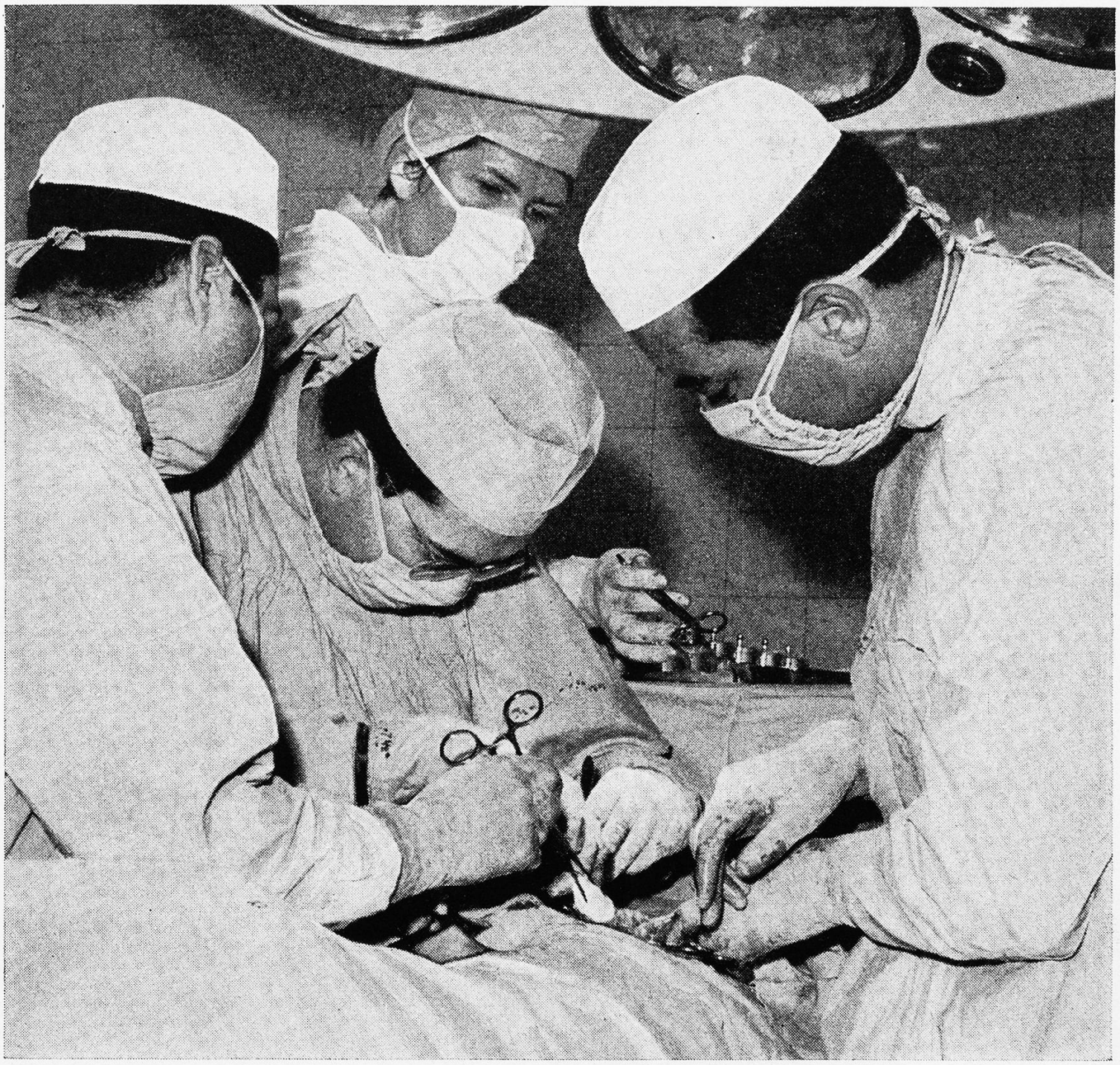
oder

Mit Schokoladenzusatz

anrührfertig

Sein köstlicher Geschmack erlaubt den Appetit des Kleinkindes anzuregen. Man bereitet schmackhafte Breie und gibt sie mit dem Löffelchen. Dieses Kindermehl, besonders reich an Kalorien, ist mit einem speziell behandelten Kakao angereichert.

FALI S.A. 1225 Chêne-Bourg/Genève



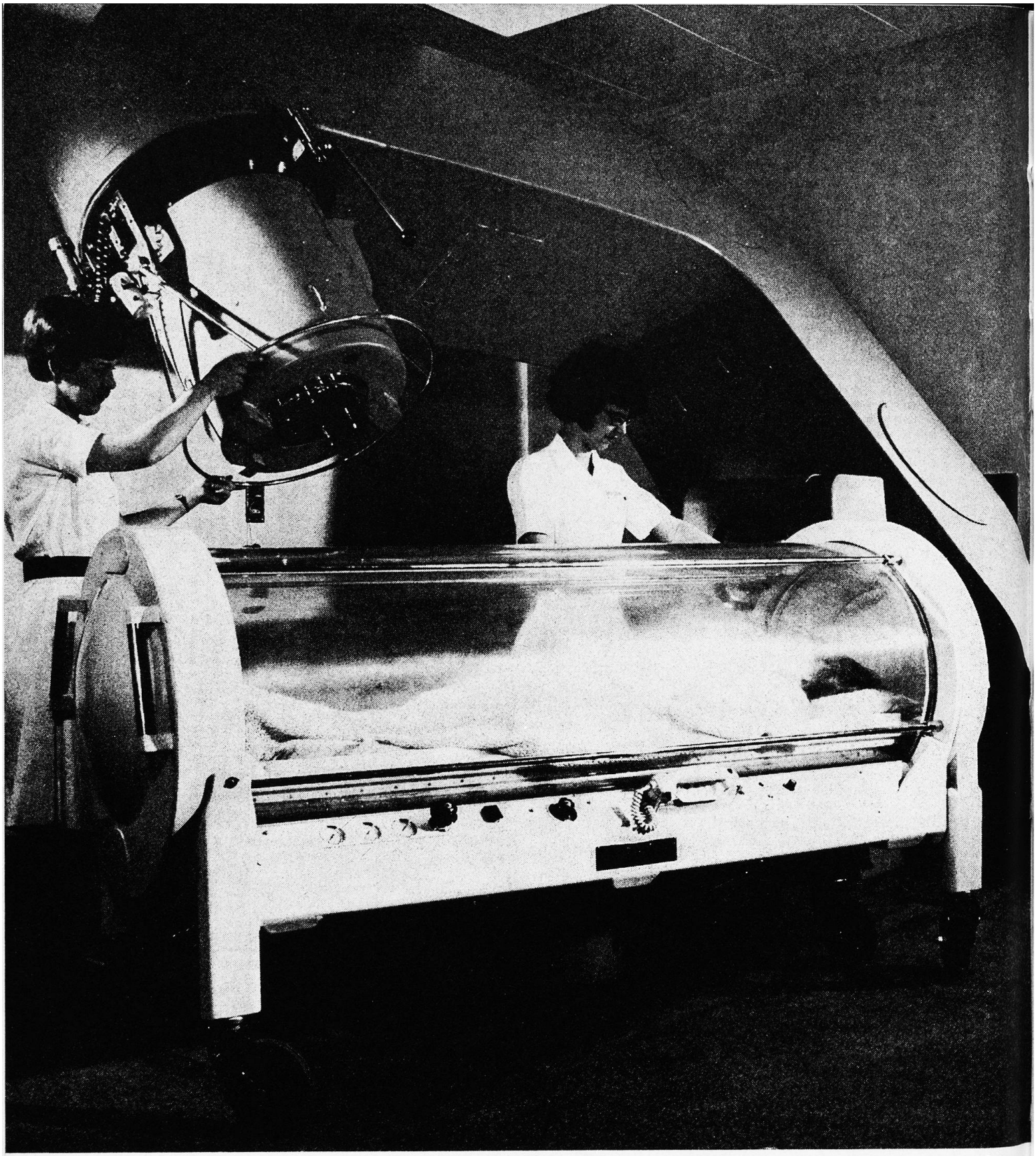
Vor jeder Injektion
Vor jeder Operation

Merfen®-Tinktur

gefärbt

Das Desinfiziens
mit bakterizider Wirkung auf
grampositive und gramnegative Keime.
Das Desinfiziens
mit aussergewöhnlich guter
Gewebsverträglichkeit.

Zyma AG Nyon



Radiotherapy Hyperbaric System (Code RHS)

HOSPITAL SUPPLY AG

8032 Zürich, Eidmattstrasse 14
Telefon 051 34 17 65

Wir haben unsere Gründe...

...weshalb wir für diese Aufgaben nur dipl. Pflegepersonal einsetzen wollen.

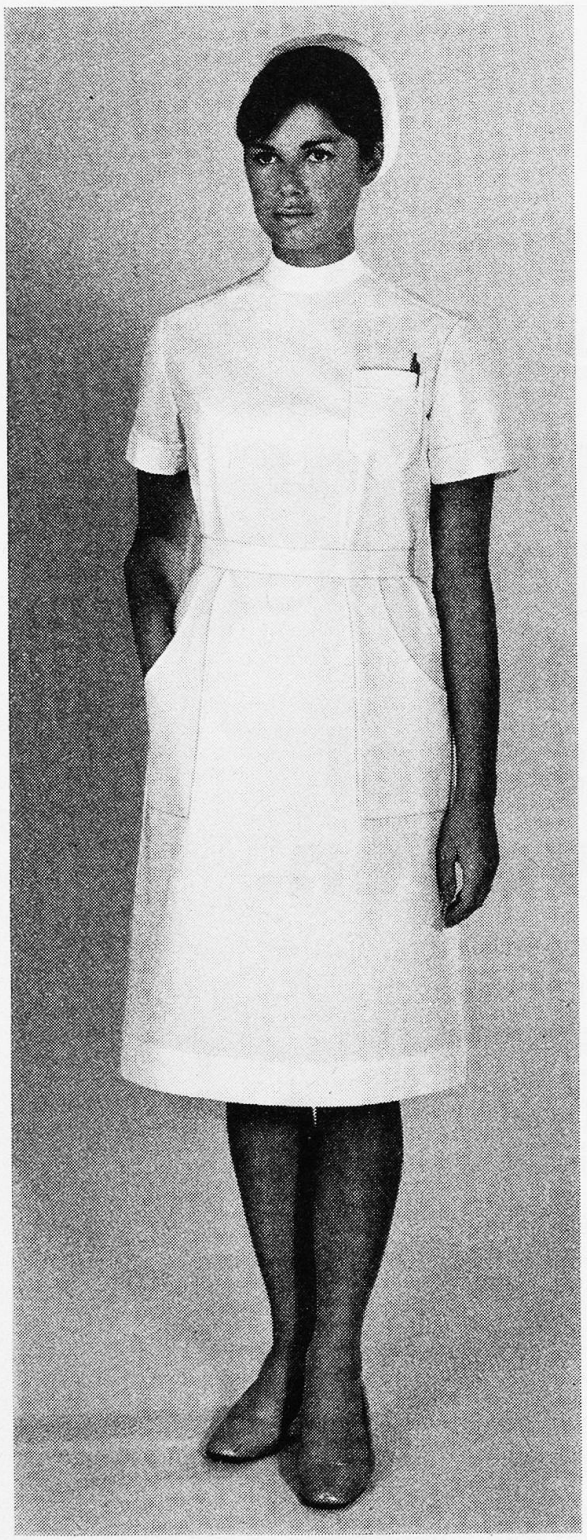
Denn es wartet viel Verantwortung auf Sie. Und Sie werden Ihre besonderen Aufgaben haben in unserem Krankenhaus mit 12 Ärzten und 420 Betten. Ausserdem benötigen Sie auch pädagogisches Geschick, wenn Sie Schülerinnen und Schüler auf den Abteilungen in praktischer Arbeit anleiten.

Was wir bieten? Gute Sozialleistungen, zeitgemässes Salär, geregelte Arbeits- und Freizeit*, 4 Wochen Ferien und Gelegenheit zur Weiterbildung.

**Apropos Freizeit: Unser Haus steht in einer herrlichen Landschaft mit Gelegenheit zum Wandern, nebst Reiten und Schwimmen im Dorf. Und Zürich ist nicht weit von hier...*

69.89.1.1d

Privates psychiatrisches Krankenhaus «Schlössli»
CH-8618 Oetwil am See/ZH, Tel. 051 74 41 66



Die gepflegte Aermelschürze von

Luchsinger + Trees AG Bern

welche von der Krankenschwester bevorzugt wird.

Sie ist angenehm zu tragen, weil sie aus bestem pegniertem Baumwoll-Croisé hergestellt ist.

Sie ist gediegen im Aussehen, weil sie im Schnitt und in der Verarbeitung den Bedürfnissen der Krankenschwester angepasst ist.

Das Gewebe ist sanforisiert und entspricht ebenfalls den Anforderungen der Bügelpresse.

Sie ist erhältlich in den Grössen 34 bis 48.

Sie kostet Fr. 23.— netto für Grössen 34 bis 44
Fr. 26.— netto für Grössen 46 bis 48

Auf Wunsch kann die Schürze ebenfalls nach Mass angefertigt werden.

Wir senden Ihnen die Schürze gerne zur Ansicht.

Sie erhalten ferner in unserer Krankenschwestern-Abteilung folgende Artikel:
Schwesterntrachten nach Mass, Jupes, Trägerschürzen, Aerztekittel und -hosen, Hauben, Kragen, Manchetten, Gabardinemäntel.

Luchsinger + Trees AG

Bern Theaterplatz 4 Telefon 031 22 76 14

Liebe Schwester!

Unsere vielen Inserate wurden **nicht** beachtet.

Wir haben zwei wirkliche Probleme:

1. Bald bekommt unser 400-Betten-Spital wieder einen neuen Krankenkassen-Pauschalvertrag. So werden wir günstigere Tarife haben; leere Betten werden sich füllen.

2. Wir sind unserer Schwesternschule verpflichtet, dass wir genügend erfahrene diplomierte Schwestern beschäftigen, damit unsere 70 Schülerinnen im praktischen Dienst die nötige Anleitung erhalten und nicht, wegen Schwesternmangel, allein verantwortlich sein sollen.

Trotz unseren grossen Personalsorgen sind wir **modern:** 5-Tage-Woche, neues Restaurant mit Wahlessen, schöne Zimmer mit Aussicht in ruhiger Lage. Biel liegt am Fusse des Jura, ist eine aufstrebende, zweisprachige Stadt, in der sich auch leben lässt.
Wollen Sie uns helfen, unsere Probleme zu meistern? Wir wären wirklich dankbar und froh, wenn Sie, liebe Schwester, aktiv eingreifen würden. In diesem Fall bitten wir Sie, untenstehenden Talon auszufüllen und an unser Personalbüro zu senden. Vielen Dank.

Talon

Name und Vorname: _____

Adresse: _____

Diplomjahr: _____ Schule: _____

Wünscht Kontakt zwecks Anstellung als **dipl. Krankenschwester** Medizin * Chirurgie * Frauenkrankheiten * Geburtshilfe * oder als **Instrumentierschwester * Narkoseschwester * Intensivpflege *.**

Kennt unser Spital *. Wünscht Dokumentation über Spital und Stadt Biel *.

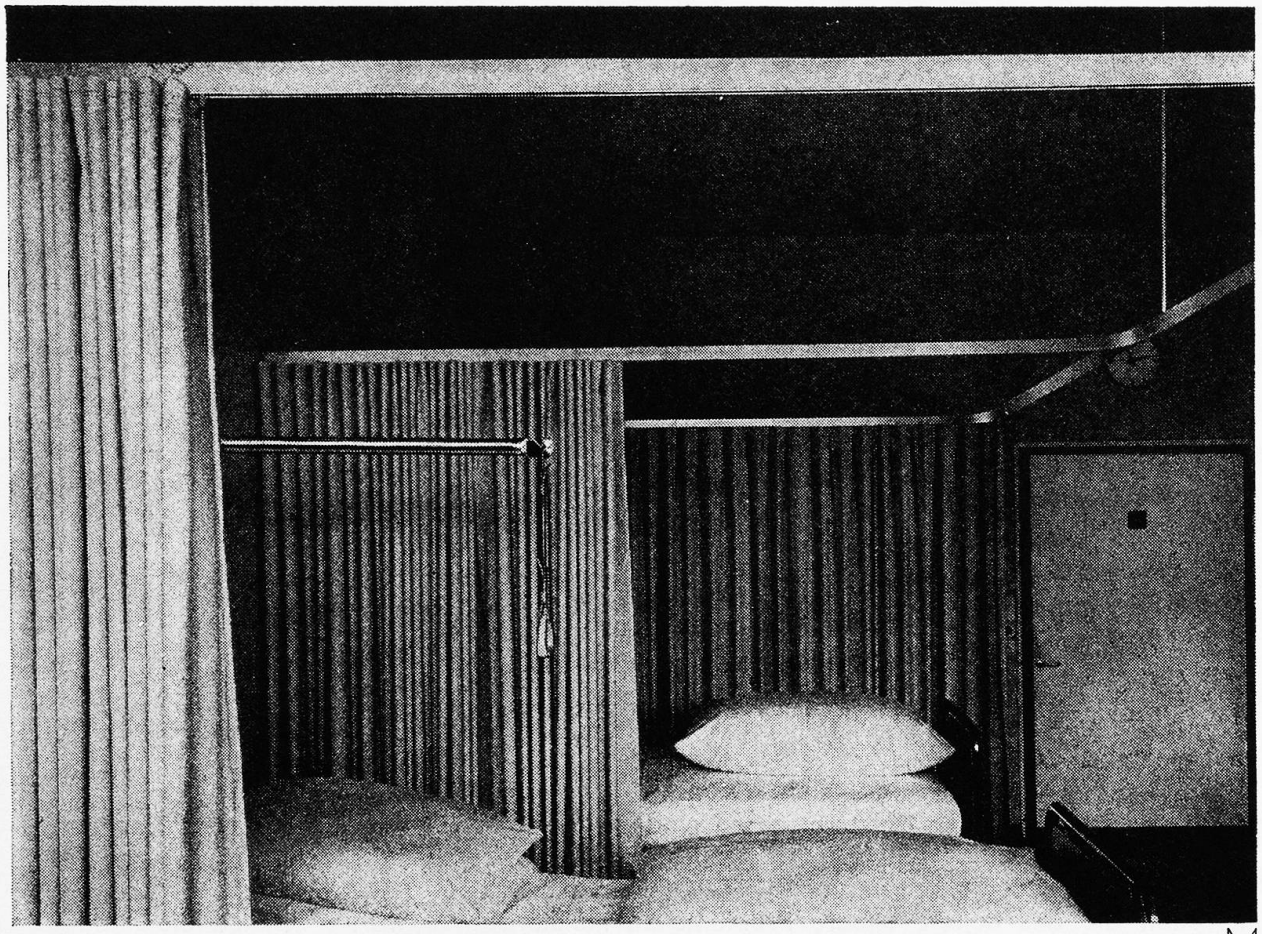
* Zutreffendes unterstreichen.

Ist bereit, am _____ nach Biel zu einer Besprechung zu kommen und erwartet

einen SBB-Gutschein von _____ nach Biel und retour.

Bezirksspital in Biel

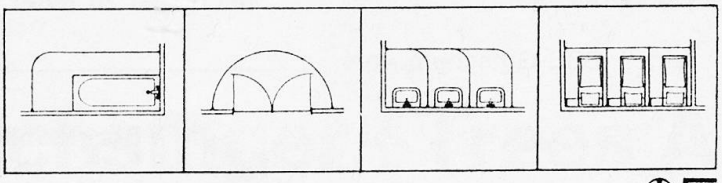
Im Vogelsang 2500 Biel Telefon 032 2 25 51



Mit SILENT GLISS-Cubicle jedem Patienten seine "vier Wände"

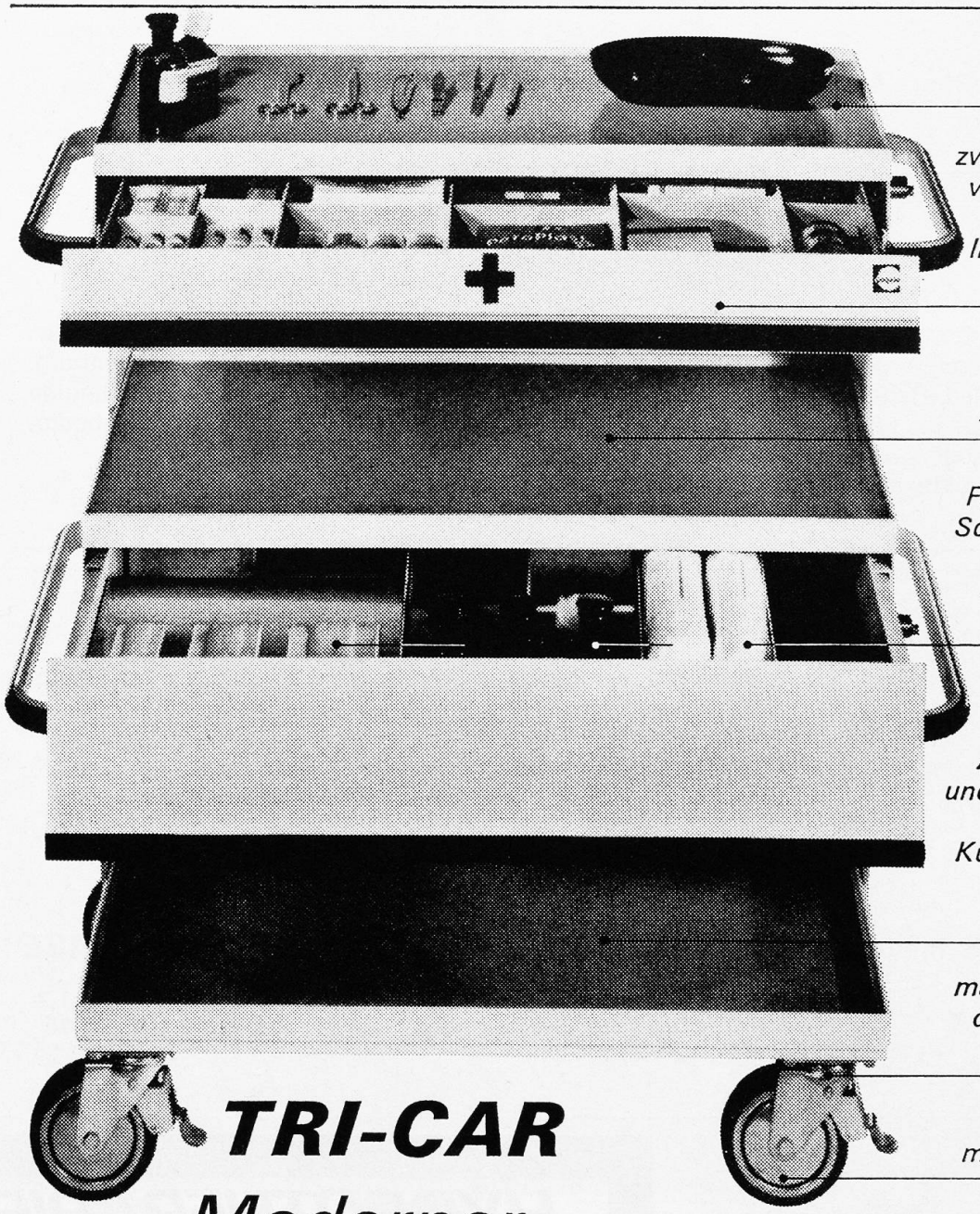
Trennvorhänge in Mehrbettzimmern werden von Patienten und Pflegepersonal gleichermassen geschätzt. Mit den freitragenden SILENT GLISS-Cubicle Vorhangeinrichtungen lassen sich Untersuchungs-, Behandlungs- und Krankenzimmer, Umkleide- und Baderäume zweckmässig unterteilen und individuell gestalten. Cubicle ist solid, beansprucht wenig Platz, ist leicht zu reinigen und korrosionsbeständig. Selbst schwere Vorhänge gleiten leicht und leise in den formschönen Cubicle-Garnituren.
Gerne beraten wir Sie unverbindlich und können Ihnen mit zahlreichen Referenzen von bereits installierten Cubicle-Vorhangeinrichtungen in Spitälern, Sanatorien, Krankenhäusern, Kliniken usw. dienen. Handmuster, Prospekte durch

Anwendungsbeispiele:



SILENT GLISS®

F. J. Keller & Co., Metallwarenfabrik, 3250 Lyss, 032/84 27 42-43



richtige Arbeitshöhe

zwei geräumige, verschliessbare Schubladen, Inneneinteilung variabel

Drei grosse Abstellflächen

Flaschenhalter, Schnellverband- und Watte-Dispenser aus Chromstahl

Abstellflächen und Schubladenböden dank Kunststoffbelag immer hygienisch

massive Bauart, dennoch leicht beweglich

Bremsrollen mit Doppelstop

TRI-CAR

Moderner Verbandwagen

Der TRI-CAR S ist vielseitig und verfügt über ungewöhnliche Eigenschaften

mobiler Behandlungstisch

Instrumententisch für den OPS

Stations-Apotheke

Narkosewagen

RINGELE AG
Metallwarenfabrik
4103 Bottmingen
Prospekt durch **Tel. 061-474444**

Das kantonale Krankenhaus in Grabs SG (1 km nach Buchs) sucht

1 dipl. Operationsschwester
1 dipl. Krankenschwester
zum Anlernen im Operationssaal

Unser Spital steht an ruhiger, landschaftlich sehr schöner Lage im St.-Galler Rheintal. Viele Ski-, Wander- und Kurgebiete erreichen Sie in wenigen Autominuten (Toggenburg, Pizolgebiet, Bad Ragaz mit Thermalbädern und Sportanlagen), und in nur fünf Minuten sind Sie mitten im Fürstentum Liechtenstein. Wir haben fortschrittliche Anstellungsbedingungen und stellen Zimmer in neuem Personalhaus zur Verfügung.
Anmeldungen bitte an die Spitalverwaltung, 9472 Grabs.

PREXA

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

Eigene Werkstätten. Prompter Reparaturservice

Arzt- und Spitalbedarf **Wullschleger & Schwarz, 4001 Basel**

Betrieb und Büro:
Unterer Heuberg 2–4
Telefon 061 23 55 22

Laden:
Petersgraben 15
Telefon 061 24 06 75

HYDROTHERAPIE

Planung und Ausführung mit 50-jähriger Fach-Erfahrung
Unsere Fabrikation und Installation umfasst sämtliche Apparate und Einrichtungen der Hydro-Therapie und der Hydro-Elektrotherapie.

BENZ + CIE. AG ZÜRICH
Universitätstr. 69 Tel. 051/26 17 62

WANDER

Adapta

adaptiert
instantisiert
sicher

leistet wertvolle Dienste
wenn die Muttermilch
versiegt,
oder in ungenügender Menge zur
Verfügung steht.

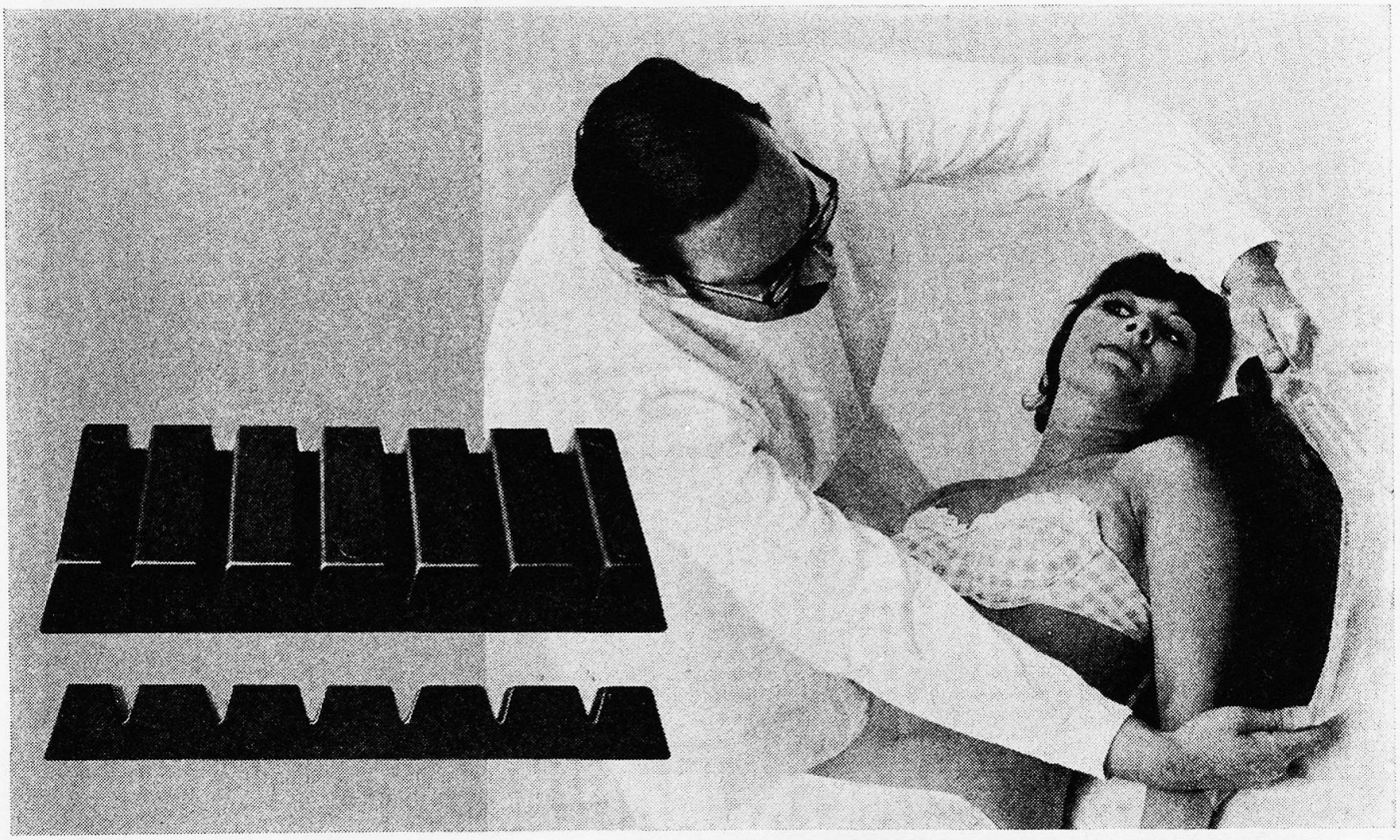
Dr. A. Wander AG Bern

Das wirksamste Wärmepackungsmaterial für Heimbehandlungen und den Spitalgebrauch. Die hervorragende und kostensparende Weiterentwicklung der herkömmlichen Nassfangopackungen und Fangokompressen.

Parafango Battaglia

Dank der bestechenden Sauberkeit können auch bettlägrige Patienten mühelos behandelt werden. Das Duschen nach der Packung fällt weg. Zubereitung in normaler Pfanne oder in thermostatisch gesteuerten Erwärmungsgeräten.

Die unübertroffene Wärmehaltung erzeugt eine starke Hyperaemie und Schweissbildung.



Fango Co

Fango Co GmbH
8640 Rapperswil
Telefon 055 2 24 57

Verlangen Sie unsere wissenschaftliche Dokumentation. Wir übernehmen kostenlos die Instruktion Ihres Personals.

Für Schulen und Kurse kann unser Film angefordert werden.

Wärmetherapie

am wirksamsten durch die natürliche Parafango-Therapie

Les travaux d'agrandissement de **l'Hôpital du district de Nyon** touchant à leur fin, la Direction de cet établissement engagerait de suite ou pour date à convenir

infirmières en soins généraux

— Horaire de travail agréable
(horaire normal: 7 h 00 à 12 h 00 / 15 h 00 à 18 h 30)
— Semaine de cinq jours en rotation.
— Salaire selon barème cantonal vaudois.
— Logement confortable à l'extérieur de l'hôpital.
— Repas facultatifs servis au self-service.

Les inscriptions sont prises par téléphone au 022 61 61 61, interne 502 ou 510. Prière de demander M. A. Rochat, directeur administratif, ou M. Ed. Bachelard, infirmier-chef, ou adressez votre lettre de candidature à la Direction de **l'Hôpital du district de Nyon, 1260 Nyon.**

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit im neueröffneten Spital Limmattal in Schlieren-Zürich

in folgenden Abteilungen:

Chirurgie, Medizin, Gynäkologie, Intensivpflegestation:
diplomierte Krankenschwestern
Spitalgehilfinnen

Operationsabteilungen:
Instrumentierschwestern
Krankenschwester für Notfallstation

Kinderabteilungen, Geburtshilfe:
Kinderkrankenschwestern
Säuglingspflegerinnen
Hebammen

Spezialabteilungen:
Laborantinnen
Physiotherapeutinnen
Röntgenassistentinnen

Bei uns finden Sie:

geregelte Arbeitszeit mit
46-Stunden-Woche (Gruppenpflege)
Entlastung des Pflegepersonals durch
Zentralsterilisation, Bettenzentrale,
Speiseverteilung im Tablettsystem,
zentralen Zu- und Abholdienst,
zeitgemässe Entlöhnung nach kantonal-zürcherischen Richtlinien,
preisgünstige, möblierte Einzelzimmer,
Personalhaus mit eigenem Schwimmbad und Turnhalle
Busverbindung ab Spital nach Zürich

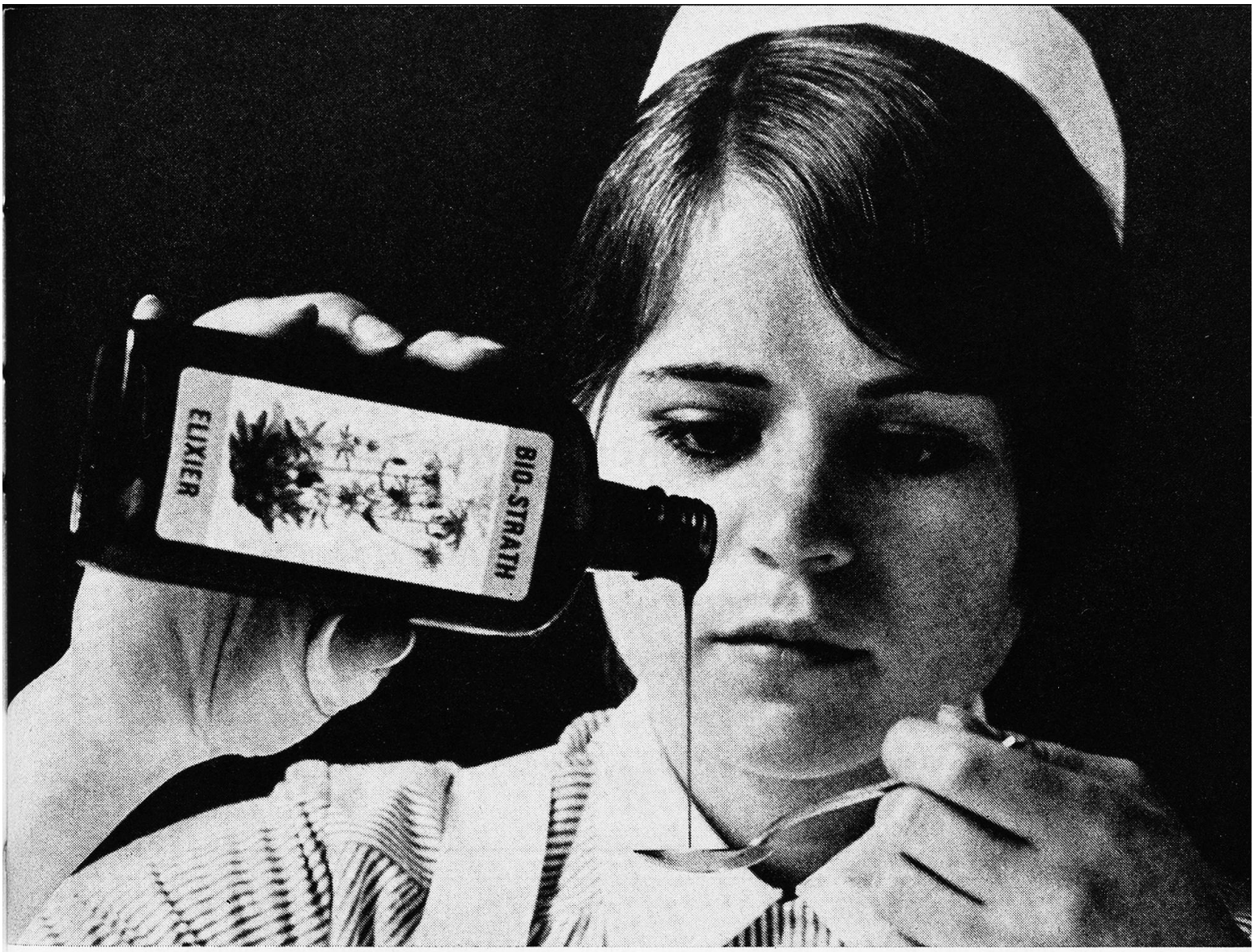
Dienstantritt ab

15. April 1970

oder nach Vereinbarung

Anmeldungen mit Lebenslauf, Foto und Zeugnissen an:
Verwaltung Spital Limmattal,
Urdorferstrasse, 8952 Schlieren

Auskünfte und Anmeldeformulare durch:
Spital-Oberschwester
Schwester Kasimira Regli
Telefon 051 98 94 38



Krankenpflege braucht Kraft und Energie.

Kranke Menschen sind auf Ihre Hilfe und Aufmunterung, auf Ihre fachkundige Pflege angewiesen, um wieder gesund zu werden.

Aber: wie steht es um Sie selbst? Wird die Arbeit und die aufopfernde Mühe nicht doch manchmal fast zuviel? Meistern Sie alle Anforderungen, die Tag und Nacht an Sie herantreten?

Als Krankenschwester wissen Sie, dass Ihre eigene Gesundheit und Widerstandskraft wichtigste Voraussetzung für Ihre Tätigkeit sind. Darum sollten Sie BIO-STRATH nehmen; das moderne Aufbaumittel wird Ihnen Kraft und Energie spenden. Kennen Sie BIO-STRATH?

BIO-STRATH ist ein reines Naturprodukt, ohne jeglichen Zusatz von chemischen Substanzen! Auf Basis von Hefe und Wildpflanzen produziert, enthält es eine Fülle natürlicher und lebenswichtiger Wirkstoffe, wie sie in der Natur vorkommen. So zum Beispiel Vitamine, Eiweiss- und Mineralstoffe, Spurenelemente. Durch ein äusserst schonendes, hygienisches und modernes Verfahren bleiben die wichtigen Bestandteile dem Präparat in der Herstellung vollumfänglich erhalten.

Nehmen auch Sie BIO-STRATH. Es schafft Abwehrkräfte, ist ein ausgezeichnetes Adjuvans bei Krankheiten aller Art und hilft in der Rekonvaleszenz dem geschwächten Körper; es dient zur Verbesserung des körperlichen und geistigen Befindens. BIO-STRATH leistet wertvolle Dienste bei anhaltender Müdigkeit und hilft ganz allgemein, erhöhte Anforderungen in Beruf und Sport zu bestehen. BIO-STRATH legt den Grundstein zum Aufbau einer natürlichen Gesundheit!

BIO-STRATH

Die Aufbaukräfte der Natur für den Menschen unserer Zeit

Strath-Labor AG 8032 Zürich

In unserem modernen Strath-Labor in Herrliberg am Zürichsee führen wir laufend Betriebsbesichtigungen durch. In einem interessanten Dokumentarfilm wird zudem die Wirkung der Strath-Präparate sowie die dazugehörende umfangreiche Forschungsarbeit an Universitäten gezeigt.

SVDK-Mitglieder, die sich für eine Besichtigung interessieren, wollen sich bitte an das Sekretariat ihrer Sektion wenden.

PS Haben Sie Ihren Gutschein für eine Flasche BIO-Strath bereits eingelöst? (Siehe «Zeitschrift für Krankenpflege», Oktober-Nummer 1968.)

Das Thurgauische Kantonsspital Münsterlingen sucht per sofort oder nach Uebereinkunft

1 Narkoseschwester
1 Instrumentierschwester
1 dipl. Krankenschwester

zur zweijährigen Ausbildung als Instrumentierschwester. (Es wird Gelegenheit geboten, den Theoriekurs für Operationsschwestern in St. Gallen zu besuchen.)

Wir bieten zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen. Schöne Lage am Bodensee.

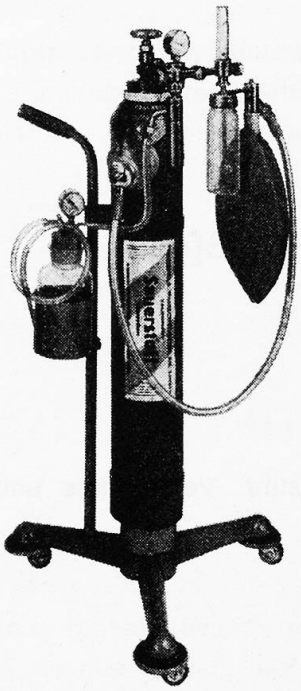
Anmeldungen mit Bewerbungsunterlagen sind an Herrn PD Dr. H. Roth, Direktor des Thurgauischen Kantonsspitals Münsterlingen, zu richten.

Für unsere neu erstellte, modern ausgerüstete **Chronischkrankenabteilung** suchen wir

Krankenschwestern
Krankenpfleger
Pflegerinnen für Betagte
und Chronischkranke

Sehr gute Anstellungsbedingungen, schöne Unterkunft, Bon-System bei der Verpflegung. Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung des

Kantonsspitals 4410 Liestal



Fahrbare Anlage M-3

Aus unserem Medizinal-Programm:

Trag- und fahrbare Inhalations- und Beatmungsgeräte

Reduzierventile mit Durchflussmengen-Messer und Befeuchter-Einrichtung

Gasstrahl-Pumpen zur Erzeugung von Vakuum

Medizinalgase und Gasgemische

Zentrale Gasversorgungs-Anlagen für Spitäler, Sanitätshilfsstellen, Notspitäler usw.

Sauerstoff- & Wasserstoff-Werke AG Luzern

9220 Bischofszell 8404 Winterthur 1800 Vevey 6002 Luzern Tel. 041 41 51 51

Schnell-Gipsbinden

die Binde ohne Gipsverlust und trotzdem schnellste Erhärtung. Falt- und schneidbar in trockenem Zustand, überragende Biege- und Zugfestigkeit, leicht zu modellieren und zu tragen.

fixona Schweizer Produkt

Rosa: Fixona I normal
Grün: Fixona II wasserfest

Verbandstoff-Fabrik Zürich AG
Seefeldstrasse 153
8034 Zürich, Tél. 051/32 50 25

Schweizerisches Paraplegiker-Zentrum Basel

Zur Erweiterung unseres Pflegeteams suchen wir

1-2 dipl. Krankenschwestern/-pfleger
2 Hilfspfleger

Voraussetzungen für diesen Aufgabenbereich sind: Verständnis und Freude an der Arbeit mit Querschnittgelähmten.

Bewerbungen und Anfragen sind zu richten an die Oberin des Pflegedienstes, Sr. Lilly Renold, Bürgerspital-Direktion, 4000 Basel.

Bezirksspital Schwarzenburg BE

Infolge Rückzug unserer bisherigen Schwestern durch das Diakonissenhaus Salem, Bern, sind wir gezwungen, unseren Pflegebetrieb zu reorganisieren und neu aufzubauen.

Wir suchen für sofort oder nach Vereinbarung (evtl. erst Frühjahr 1970)
evtl. mit Laborkenntnissen

Operationsschwester
Röntgenschwester, ev. m. Laborkenntnissen
Narkoseschwester
sowie Pflegeschwestern

Als Narkoseschwester käme evtl. auch gutausgebildete Schwester in Frage, die Interesse am Besuch eines Narkosekurses hätte.

Unser Operationsbetrieb ist abwechslungsreich, jedoch nicht aufreibend. Wir legen Wert auf initiative, an selbständiges Arbeiten gewohnte Mitarbeiterinnen. Wir bieten Besoldung nach kantonalem Regulativ sowie angenehmes Wohnen im neuen Schwesternhaus.

Interessentinnen wollen sich bitte melden bei Dr. med. Paul Dolf, Chefarzt, 3150 Schwarzenburg, Telefon 031 93 02 23, oder bei Verwalter Hans Blaser, 3150 Schwarzenburg, Telefon 031 93 03 51, die auch gerne weitere Auskünfte erteilen.

Ecole cantonale vaudoise d'infirmières-assistantes demande infirmières diplômées ayant un minimum de 2 ans de pratique dans les services hospitaliers, après l'obtention du diplôme, pour les postes de:

infirmière-monitrice

pour enseignement clinique

infirmière-monitrice

pour enseignement théorique

qui sont à repourvoir.

Tous renseignements complémentaires peuvent être demandés à la Direction de l'Ecole, 11, avenue Verdeil, 1005 Lausanne

Les offres de services manuscrites seront également adressées à la Direction mentionnée ci-dessus.

Krankenpflegeverein Affeltrangen-Märwil

Unsere bisherige, langjährige Krankenschwester tritt auf Ende November in den wohlverdienten Ruhestand. Um die Lücke zu schliessen, suchen wir eine

Gemeindeschwester

Sind Sie die jüngere, gut ausgebildete Krankenschwester?

Die verantwortungsvolle Arbeit in unseren beiden Gemeinden des Lauchetals erfordert eine leistungsfähige, ausgeglichene Persönlichkeit, die es schätzt, durch die Betreuung der Kranken in enger Zusammenarbeit mit dem seit einem Jahr ansässigen Arzt, die vielen Kenntnisse praktisch anwenden zu können.

Ihre Besoldung, die Pensionskasse sowie die Spesenentschädigungen sind zeitgemäss angesetzt. Der Eintritt kann auf 1. Dezember 1969 oder nach Uebereinkunft erfolgen.

Es freut uns, Ihre Anmeldung mit den üblichen Unterlagen an untenstehende Adresse zu erhalten.

Chr. Eggenberger, Präsident, 9556 Affeltrangen TG, Telefon 073 4 77 03

Das psychiatrische **Sanatorium Hohenegg, 8706 Meilen,** sucht

diplomierte Schwestern

für Einsatz in psychiatrischer Krankenpflege. Es kommen sowohl Schwestern der allgemeinen Krankenpflege wie der Psychiatrie in Frage. Es besteht auch die Möglichkeit zu zusätzlichen Ausbildung mit Diplomabschluss.

Auch für unsere **neueröffnete psychotherapeutische Behandlungsabteilung** für neurotisch und psychosomatisch Kranke suchen wir dipl. Schwestern, die an der Gestaltung einer therapeutischen Gemeinschaft und Beschäftigung der Patienten interessiert sind.

Wir bieten gutausgewiesenen Schwestern entsprechende Entfaltungsmöglichkeiten. Fünftagewoche, gute Anstellungsbedingungen. Schönste Lage. Gute Bahn-Schnellverbindungen mit Zürich.

Offerten mit den üblichen Unterlagen sind an die ärztliche Leitung zu richten, welche gerne nähere Auskunft erteilt.

En vue de l'ouverture, en juillet 1970, de la nouvelle alle et du bloc opératoire (4 salles) de **l'Hôpital Pourtalès, à Neuchâtel,** les postes suivants sont à pouvoir:

infirmières(ers) responsables d'unités de soins

(il sera accordé par l'hôpital des facilités de suivre les cours pour responsables d'unités de soins organisés par la Croix-Rouge suisse)

infirmières(ers) diplômées en soins généraux

(pour les services de médecine, chirurgie ou gynécologie)

infirmières(ers) instrumentistes
infirmières(ers) anesthésistes
aides-soignantes qualifiées
aides infirmières de salle d'opération

Des possibilités de logement sur place dans les bâtiments neufs sont offertes aux intéressées.

Tous renseignements peuvent être obtenus auprès de **l'administrateur de l'Hôpital Pourtalès, 45, rue de la Maladière, 2000 Neuchâtel.**

Der Krankenpflegeverein Nordquartier in Bern sucht per sofort oder nach Uebereinkunft eine tüchtige, evangelische

Gemeindekrankenschwester

Angenehmes Arbeitsklima, geregelte Freizeit, Salär nach den Richtlinien der Gemeinde Bern, wenn möglich Auto- oder Rollerfahrerin, Auto steht zur Verfügung, ebenfalls Motorrad.

Anmeldungen sind erbeten an den Präsidenten Herrn Pfr. W. Bütikofer, Scheibenrain 15, 3014 Bern, Telefon 031 41 82 64.

Kantonsspital Schaffhausen

Für unseren vielseitigen **chirurgischen Operationssaal** suchen wir

1 Operationsschwester

Anfängerin wird in unserem interessanten Operationsbetrieb angelernt und hat die Möglichkeit, einen theoretischen Kurs am Kantonsspital Zürich zu besuchen.

Für den gleichen Betriebszweig suchen wir ferner

2 diplomierte Pfleger

mit Interesse auch für das Gipszimmer. Eintritt sobald als möglich. Neuzeitliche Anstellungsbedingungen bei angenehmer Zusammenarbeit.

Angebote mit kurzem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Foto sind erbeten an die Verwaltungsdirektion, Kantonsspital, 8200 Schaffhausen, Telefon 053 8 12 22.

Kreisspital Oberengadin, 7503 Samedan bei St. Moritz

Gesucht für sofort oder nach Uebereinkunft

einige dipl. Krankenschwestern
1 Operationsschwester
1 Pfleger für den Operationssaal

Zeitgemässe Anstellungsbedingungen und schöne Unterkunft. Fünftagewoche.
Die schöne Umgebung bietet reichlich Gelegenheit für Sommer- und Wintersport.
Wir danken für Ihre Anmeldung an unsere Oberschwester. Telefon 082 6 52 12.

Sanitätsdirektion Basel-Landschaft

Auf dem Bruderholz (Gemeinden Binningen/Bottmingen) wird durch den Kanton Basel-Landschaft das zweite Kantonsspital (1. Bauetappe: 550 Betten) errichtet. Die Eröffnung ist auf 1972/73 vorgesehen.
Wir suchen für dieses Spital eine tüchtige

Oberschwester

Aufgaben: Mitarbeit bei der Einrichtung und Inbetriebnahme des im Bau begriffenen Spitals in allen den Pflegebereich betreffenden Fragen: Beratung bei der Planung und Einrichtung, Mitwirkung bei der Auswahl der Krankenmobilien und des Krankenpflegematerials, Organisation der Pflegeabteilungen, Vorbereitung der Inbetriebnahme der Pflegeabteilungen, Mithilfe bei der Personalbeschaffung.

Anforderungen: Praktische Tätigkeit als leitende Spitalschwester oder in ähnlicher Funktion, wenn möglich Absolventin des Oberschwesternkurses des Schweizerischen Roten Kreuzes. Freude an Organisations- und Planungsfragen, Fähigkeit zur Zusammenarbeit und zur Personalführung.

Wir bieten: Interessante, sehr vielseitige und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem modernen Spitalbetrieb. Fortschrittliche Arbeitsbedingungen. Gehalt gemäss dem Basellandschaftlichen Besoldungsgesetz.
Amtsantritt nach Uebereinkunft.

Nähere Auskunft über die Stelle erteilt der Spitalverwalter des Bruderholzspitals, zurzeit noch Bezirksspital Dorneck, 4143 Dornach, Telefon 061 72 32 32, intern 115.
Handschriftliche Anmeldung mit Angabe des Bildungsganges, der bisherigen Tätigkeit und Referenzen sowie mit Beilagen von Zeugniskopien und Photo sind erbeten bis 1. Dezember 1969 an die **Sanitätsdirektion Basel-Landschaft, 4410 Liestal.**

Die Diakonissenhaus-Klinik Salem in Bern

sucht eine gutausgebildete

Narkoseschwester

in regen Operationsbetrieb.
Wir bieten zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen.
Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester, Telefon 031 42 21 21.

Bezirksspital Huttwil, 80 Betten, modernes Schwesternhaus

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft

Abteilungsschwestern
1 Dauernachtwache

Wir bieten zeitgemässe Lohn- und Arbeitsbedingungen nach kantonalbernischer Besoldungsordnung (Inselspital).

Berwerbungen sind zu richten an: Direktion Bezirksspital Huttwil, Präsident Paul Anliker, Gemeindepräsident, 4918 Gondiswil.

Das **Kantonsspital Liestal** sucht

diplomierte Krankenschwestern

und

Krankenpfleger

für die **medizinische, chirurgische und gynäkologische Abteilung.**

Wir bieten sehr gute Anstellungs- und Arbeitsbedingungen, komfortable Unterkunft, Bon-System für die Verpflegung, Pensionskasse, Fünftagewoche. Stellenantritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung des Kantonsspitals, 4410 Liestal.

Milchschorf?

Die Therapie des Säuglingsekzems mit

Elacto

einfach
preiswert
erfolgreich

WANDER

Von 186
170 (= 91%)

Von 186 ekzematösen Säuglingen konnten nach 2–4 wöchiger Diät mit Elacto 170 (= 91%) geheilt oder gebessert werden, die übrigen reagierten nicht auf die Behandlung, 1 Fall verschlechterte sich.

Dieses Ergebnis, das im Hinblick auf den komplexen Entstehungsmechanismus des Säuglingsekzems als sensationell bezeichnet werden kann, rechtfertigt die Anwendung dieser einfachen und preiswerten Therapie bei jeder derartigen Erkrankung.

Zeitschrift für Krankenpflege
11 Revue suisse des infirmières

November 1969 62. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Novembre 1969 62e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

Dabeisein — und doch nicht mitmachen können. Pfadfinderinnen «Trotz allem» am Jubiläumslager des Bundes schweizerischer Pfadfinderinnen im Bleniotal. Siehe Bericht Seite 464.

Fotos: Hortense Petraglio, BSP, Bern

Eclaireuses «malgré tout» parmi les milliers de camarades bien portantes au camp organisé cet été au Tessin à l'occasion du Cinquantenaire de la Fédération des éclaireuses suisses. Malgré leur chaise roulante et leurs béquilles ces jeunes-filles font preuve de vitalité, d'enthousiasme et d'un intense désir de participer aux jeux et activités de leurs camarades.

La réadaptation fonctionnelle des handicapés physiques

Dr B. de Montmollin [1]

Réadaptation fonctionnelle signifie à la fois:

— récupération de fonctions motrices altérées par un traumatisme ou une maladie
— adaptation à une invalidité définitive.

Je me propose de passer en revue les moyens thérapeutiques utilisés pour réadapter les handicapés physiques et d'évoquer quelques problèmes d'organisation de la réadaptation fonctionnelle.

Les techniques utilisées en *réadaptation fonctionnelle* sont empruntées à la chirurgie, à l'appareillage et à la médecine physique, le plus souvent à ces trois disciplines à la fois, selon un plan qu'il importe de bien coordonner.

La perte de fonction motrice qui crée le handicap peut être due à une atteinte de l'un des trois éléments principaux qui constituent l'appareil moteur: le squelette, la musculature, les articulations.

Pour que le *squelette* soit responsable d'une infirmité motrice, il faut que l'os n'ait plus la rigidité nécessaire ou que sa forme ne s'adapte plus à sa fonction. C'est le cas lorsqu'un os fracturé ne se consolide pas ou qu'il consolide dans une forme qui ne permet pas le libre jeu des muscles et des articulations.

Lorsque c'est la *musculature* qui est responsable de la perte de fonction, on parle de paralysie, de parésie ou de faiblesse musculaire. L'atteinte directe du muscle par le traumatisme ou la maladie est relativement rare, c'est en général le système nerveux central ou périphérique qui est responsable de la détérioration de la fonction motrice.

Souvent ce sont les *articulations* qui, enraidies ou douloureuses, empêchent le mouvement. La raideur peut être due à la rétraction des éléments qui entourent l'articulation (capsule, ligaments, tendons) ou à un défaut de glissement des surfaces articulaires, que celles-ci soient déformées ou adhérentes l'une à l'autre.

La rigidité du *squelette* est essentielle pour que la contraction musculaire puisse se traduire par un geste. Lorsqu'un membre a été fracturé, il pend, inerte, et ne retrouvera sa force et sa fonction qu'au moment où la fracture sera consolidée. La consolidation des fractures est un phénomène naturel qui échoue parfois, donnant lieu à une *pseudarthrose;* cette non-consolidation doit être traitée pour restaurer la fonction motrice. Ce traitement est chirurgical, il est bien au point et l'on arrive pratiquement toujours à forcer la consolidation d'une fracture.

Les paralysies, les faiblesses musculaires, les raideurs musculaires posent des problèmes thérapeutiques beaucoup plus complexes. L'indication opératoire doit dans chaque cas être discutée par rapport aux autres moyens thérapeutiques et, le plus souvent, l'opération ne sera qu'un élément du plan thérapeutique.

Par une opération nous ne pouvons guérir une paralysie que si elle siège sur un nerf périphérique et que ce nerf puisse être suturé ou greffé dans des délais relativement courts. Dans tous les autres cas, la chirurgie va être palliative.

La *restauration de la fonction motrice* va emprunter un des trois artifices suivants: La transplantation tendineuse, l'arthrodèse, l'allongement du bras de levier.

Lorsque la paralysie d'un membre n'est pas complète et que certains groupes musculaires sont restés indemnes, on peut prélever sur les groupes musculaires intacts, un ou deux muscles dont on déroute les insertions pour remplacer un muscle paralysé.

Les possibilités de *transplantation tendineuse* sont nombreuses. Il s'agit d'une

[1] Dr B. de Montmollin, médecin directeur du Centre de réadaptation fonctionnelle neuchâtelois et jurassien, Neuchâtel.

solution élégante puisqu'on recrée le mouvement en mettant à la place du muscle paralysé, un nouvel élément moteur. Par la transplantation tendineuse, on peut restaurer les mouvements de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts. Aux membres supérieurs, le champ d'application des transplantations tendineuses est plus vaste qu'aux membres inférieurs par le fait que la contraction des muscles des membres supérieurs est soumise directement à la volonté et que ces muscles transplantés peuvent être rééduqués alors qu'aux membres inférieurs la contraction des muscles n'est, à la marche, plus soumise à la volonté.

On peut aussi parer à la perte d'une fonction motrice due à une paralysie par l'enraidissement chirurgical d'une articulation, par une *arthrodèse*. A première vue, il paraît paradoxal que l'on puisse recréer le mouvement par l'enraidissement d'une articulation et pourtant ce moyen est très employé. En effet, pour qu'un mouvement imprimé à la racine du membre se transmette jusqu'à son extrêmité, il faut que les articulations soient tenues par une musculature solide. Si celle-ci fait défaut, le mouvement s'épuise dans l'articulation paralysée et n'est plus transmis. En solidarisant chirurgicalement les pièces articulaires, on permet aux mouvements de se transmettre avec la même force au segment du membre suivant.

Le troisième artifice chirurgical consiste à *allonger le bras de levier d'un muscle;* c'est une transplantation tendineuse, mais dans laquelle on ne supprime pas la fonction originale du muscle transplanté mais on en augmente l'effet en augmentant son bras de levier. Cet artifice est utilisé pour récupérer la flexion active.

L'*appareillage* dans la plupart des cas peut remplacer l'opération, mais son poids, ses liaisons difficiles avec le squelette limitent considérablement son emploi lorsqu'il s'agit de recréer une fonction motrice.
La perte de fonction motrice peut être causée par la limitation de la mobilité d'une articulation ou par des douleurs articulaires qui inhibent la fonction motrice.

Le traitement de ces *raideurs* ou de ces *douleurs articulaires* est généralement conservateur et emprunte les techniques de médecine physique dont nous parlerons plus loin. Lorsque la raideur ou la douleur est le fait d'une détérioration des surfaces articulaires, comme on le voit après certaines fractures articulaires ou dans l'arthrose, les moyens thérapeutiques de médecine physique sont généralement impuissants et seule la chirurgie peut recréer des articulations souples et indolores.
Il s'agit parfois de modifier la statique articulaire de manière à faire porter le poids du corps par la partie saine de l'articulation, en mettant hors circuit la partie malade, ce qu'on obtient par les différentes *ostéotomies.*
Il s'agit souvent de refaire l'articulation, soit en la remodelant, soit en interposant des pièces prothétiques; on parle alors d'*arthroplastie.*
On interpose parfois une simple cupule qui assure le glissement des pièces articulaires l'une sur l'autre, le plus souvent, on remplace l'une des extrémités articulaires ou les deux, par de véritables prothèses, solidement ancrées dans le squelette, recréant ainsi l'articulation.
La réparation chirurgicale, aussi parfaite qu'elle soit, n'assure pas seule la restauration de la fonction motrice; il faut encore entraîner la musculature, assouplir les téguments, et c'est ce qu'on demande à la rééducation motrice, aux techniques de la *médecine physique.*

La rééducation motrice

Après avoir très schématiquement indiqué la part que prend la chirurgie réparatrice de l'appareil moteur et l'appareillage de la réadaptation fonctionnelle, le moment est venu de traiter plusieurs détails de la rééducation motrice, des techniques qu'elle emploie et de son organisation.

Le grand principe de la rééducation est de recréer la fonction par l'exercice de cette fonction.
On donne de la force au muscle en faisant contracter ce muscle.

On donne de la mobilité à une articulation en la faisant se mouvoir.

Les deux disciplines qui appliquent ces principes sont:
— la cinésithérapie, thérapeutique par le mouvement
— l'ergothérapie, thérapeutique par le travail.

Ce sont des mots relativement neufs qui recouvrent des thérapeutiques vieilles comme le monde.

La cinésithérapie a succédé à la mécanothérapie de nos pères. Il n'y a pas si longtemps, on rencontrait dans tous les instituts de physiothérapie, de grandes machines qui étaient combinées pour exercer les différents mouvements des différentes articulations. Ces machines ont été remplacées par la rééducation dans l'eau, par la pouliethérapie et par l'ergothérapie.
La vertu principale de l'*eau* est de permettre le mouvement en supprimant l'effet de le pesanteur et les frottements. La moindre contraction musculaire, si faible soit-elle, devient efficace dans l'eau et crée un mouvement, ce qui permet d'exercer des muscles dès qu'ils sont le siège d'une contraction quelconque.
L'eau permet aussi la marche en soulageant considérablement la charge supportée par les jambes. C'est ainsi qu'on peut faire marcher dans une piscine, sans risque, des blessés ayant eu une fracture de jambe et ceci, bien avant que la fracture soit consolidée. Cette *marche en piscine* permet d'entretenir la musculature des jambes et la mobilité des articulations, tout en dosant la charge supportée par le squelette.
Les systèmes de *poulie* ont remplacé les machines compliquées d'autrefois. En fait, il s'agit bien de la même chose: diriger et doser l'effort. L'avantage des poulies est de prendre moins de place et de permettre n'importe quelle combinaison en dosant exactement l'effort.
La rééducation utilise aussi la chaleur, l'électricité, les ultrasons et les rayons X. Mais ces moyens de physiothérapie ne sont jamais utilisés seuls en réadaptation fonctionnelle.

L'ergothérapie ou thérapeutique par le travail, n'est que le prolongement de la cinésithérapie; il s'agit en somme de la même thérapeutique par le mouvement mais rendue plus attrayante, moins fatigante, parce qu'elle s'accompagne d'une activité créatrice. L'esprit de l'handicapé est occupé par l'objet qu'il crée et c'est tout naturellement qu'il exécute les gestes utiles à sa réadaptation. Il s'agit de choisir un ouvrage qui mette à contribution le groupe musculaire ou l'articulation à rééduquer, en empêchant le handicapé de faire ce travail d'une autre manière. L'ergothérapeute connaît les travaux susceptibles d'exercer tous les groupes musculaires et toutes les articulations des membres. Il faut pour cela des *ateliers d'ergothérapie* avec des installations nombreuses et ce travail exige de l'ergothérapeute de grandes ressources d'imagination créatrice.

La réadaptation fonctionnelle ne serait pas complète si elle ne s'accompagnait d'une réadaptation que j'appellerais *sociale*. Il s'agit de cet effort que doit faire le handicapé pour retrouver son indépendance, pour arriver à se passer de l'aide d'autrui, se lever, se laver, s'habiller et manger. Il faut aussi que le handicapé qui a souvent passé de nombreux mois dans un lit d'hôpital s'entraîne à l'effort et à la discipline du travail pour pouvoir reprendre sa place dans sa famille ou au travail.

La mise en œuvre de ces différentes thérapeutiques qui constituent la réadaptation fonctionnelle, implique des installations et une organisation qui lui sont propres.
La *chirurgie réparatrice* de l'appareil moteur se fait dans un hôpital et ne nécessite ni installation, ni organisation particulière.
L'*appareillage* est confié dans notre pays à des techniciens orthopédistes, artisans, travaillant pour leur propre compte. Notre système, très libéral, n'est pas mauvais, car il existe de la sorte une certaine compétition entre ces techniciens.
Si la chirurgie de l'appareil moteur se fait dans des hôpitaux, si l'appareillage est confié à des ateliers autonomes, la *rééduca-*

tion a besoin d'installations et d'une organisation bien particulière.
Que ce soit après un accident, après une opération ou une maladie, la rééducation doit commencer très tôt, au lit du malade, de l'opéré ou de l'accidenté, donc à l'hôpital. Il arrive cependant un moment où le lit d'hôpital qui était une nécessité devient un handicap. A l'hôpital, il est plus facile de laver un infirme que de lui réapprendre à se laver, il est plus facile de le laisser au lit que de le faire se lever. Il faut donc pouvoir, à un moment donné, sortir ces handicapés de l'hôpital pour les mettre dans un établissement où, tout en continuant une rééducation toujours plus intense, on l'obligera à se débrouiller tout seul et à se mettre à un rythme de travail normal.
On peut, bien entendu, mener à bien une réadaptation fonctionnelle en milieu hospitalier, mais c'est difficile, car toute la vie de l'hôpital est organisée en fonction du repos qui fait partie de la thérapeutique habituelle et les handicapés physiques ont, au contraire, besoin d'être continuellement stimulés.
Pour cette raison, il est souhaitable de sortir des hôpitaux dès que possible les handicapés pour les mettre dans un établissement où ils puissent mener une vie active en poursuivant leur rééducation motrice, donc dans un *centre de réadaptation fonctionnelle.* Dans de pareils centres, on réhabitue le handicapé à un rythme de vie normale; il se lèvera, se lavera, s'habillera et mangera à table; il poursuivra sa réadaptation en passant du local de cinésithérapie aux ateliers d'ergothérapie, selon un effort croissant qui le mènera à 8 heures de travail par jour.

La réadaptation fonctionnelle vise à récupérer des fonctions motrices ou à les compenser en vue d'une vie aussi normale que possible. Il est clair que souvent la récupération est telle, que le handicapé peut reprendre entièrement la vie qu'il menait avant son accident ou sa maladie. Parfois cependant, il subsiste une invalidité définitive et la réadaptation fonctionnelle consistera alors à apprendre à l'infirme à se passer de son membre invalide, à se débrouiller. Dans ce cas, il ne pourra certainement pas reprendre son ancien métier et des problèmes de *réadaptation professionnelle* se poseront, qui pourront être résolus par l'aménagement de la place de travail, par l'organisation du transport de l'infirme de son domicile à son lieu de travail, ou par l'apprentissage d'un nouveau métier. La réadaptation professionnelle est, en droit et en fait, bien séparée de la réadaptation fonctionnelle. Il s'agit en somme de deux stades de la réhabilitation complète de l'invalide.

Il est cependant utile dans de nombreux cas, de prévoir la réadaptation professionnelle au cours de la réadaptation fonctionnelle. En effet, si nous nous rendons compte au début de la réadaptation fonctionnelle, qu'un handicapé ne pourra pas reprendre son ancien métier, il est nécessaire de mettre en route d'emblée le processus de réadaptation professionnelle, de faire sans tarder les examens psycho-techniques, de parler d'emblée au handicapé de ses futures possibilités professionnelles. De cette manière, on ne perdra pas de temps entre la réadaptation fonctionnelle et la réadaptation professionnelle et le handicapé entreprendra sa réadaptation fonctionnelle avec plus d'entrain, ayant déjà quelques certitudes quant à son avenir professionnel.

La réadaptation fonctionnelle est une discipline très moderne, non qu'elle utilise des techniques d'avant-garde, mais parce qu'elle est devenue indispensable dans notre monde industrialisé.
Un paysan qui rentre à sa ferme au sortir de l'hôpital, après une fracture grave, va trouver d'emblée beaucoup de petits travaux qui vont lui permettre de se réadapter et il sera tout naturellement incité à travailler toujours davantage. Il fera sa réadaptation fonctionnelle tout seul et souvent très bien. Il en est tout autrement d'un ouvrier d'usine habitant la ville. Celui-ci ne pourra reprendre un travail que lorsqu'il sera capable de se transporter de son lieu de domicile à son lieu de travail et de reprendre sa place à l'usine. Tant qu'il n'en est pas capable, il ne peut dans son logement

de ville, reprendre aucun travail et risque de rester invalide de ce fait. C'est l'industrialisation et la spécialisation du travail qui ont rendu la réadaptation fonctionnelle nécessaire. On ne peut plus compter avec une réadaptation fonctionnelle spontanée; il faut l'organiser. C'est dans cette optique que sont créés des centres spécialisés de réadaptation fonctionnelle, indépendants des hôpitaux où tout est mis en œuvre pour inciter le handicapé à participer activement à sa réadaptation fonctionnelle.

Changement de directrice au Service des soins infirmiers de l'OMS

Mlle **Lyle Creelman,** de 1954 à 1968 *chef du Service des soins infirmiers de l'Organisation mondiale de la santé,* a quitté son poste après 19 ans de service. Connue d'innombrables infirmières de tous les coins du monde, elle était pour elles une conseillère aussi bien qu'une hôtesse amicale lorsqu'elles passaient par Genève.

Née en Nouvelle-Ecosse, Canada, Mlle Creelman est diplômée de l'Hôpital général de Vancouver et de l'Université de Colombie britannique. Elle obtint un *«Masters degree»* en soins infirmiers de santé publique à l'Université Columbia, New York.

Après la Deuxième Guerre mondiale elle travailla comme infirmière-chef de l'UNRRA dans la zone d'occupation britannique en Allemagne. En 1948 elle collabora à une étude approfondie sur la santé publique au Canada et entra à l'OMS l'année suivante comme infirmière-conseil en hygiène maternelle et infantile.

Lyle Creelman assistait en qualité d'observateur à diverses réunions du *Conseil international des infirmières* (CII), toujours prête à donner un avis judicieux. A présent elle a quitté Genève, son domicile pendant près de vingt ans, pour retourner au Canada. Toutefois elle continue à faire bénéficier les infirmières de sa riche expérience, puisqu'elle vient d'être nommée présidente d'une des deux commissions permanentes du CII, la *Commission d'affiliation* qui s'occupe de l'admission au CII des nouvelles associations nationales.

Au nom des membres de l'ASID nous adressons à Lyle Creelman un chaleureux merci pour son activité infatigable au service de notre profession et en particulier pour l'aide précieuse qu'elle a donnée aussi à un grand nombre d'infirmières suisses, ainsi que nos vœux pour une heureuse retraite.

Mlle **Lily M. Turnbull** succède à Mlle Lyle Creelman au poste de chef du Service des soins infirmiers à l'OMS. Née à Wolseley, dans le Saskatchewan, Canada, elle a fait ses études à l'Ecole d'infirmières de l'Hôpital général de Regina, Saskatchewan, et à l'Université McGill, à Montréal. En 1968 l'Université Johns Hopkins lui a décerné le diplôme de *«Master of Public Health».* Miss Turnbull a fait carrière au Canada dans le domaine de l'éducation des infirmières et a servi en qualité d'infirmière militaire dans l'armée canadienne. En 1952 elle est entrée à l'OMS comme chef de l'équipe d'enseignement des soins infirmiers en Malaisie.

Viele Wege führen nach Rom

Christine Lanz [1]

Ob Ihnen, liebe Leser und Leserinnen, der Name Strampelli ein Begriff ist? Vor vielen Jahren schon hat Herr Professor *Benedetto Strampelli,* Ophthalmologe in Rom, angefangen, eine Operationsart zu erfinden, mit der er durch Unfall erblindete Patienten wieder sehend machen kann. Seit dem Jahre 1963 wird die von Professor Strampelli erarbeitete Operationstechnik von ihm erfolgreich durchgeführt. Vielen Patienten, aus der ganzen Welt kommend, hat der grosse Mann das Augenlicht wieder geschenkt.
Ende des letzten Jahres habe ich erstmals von Professor Strampelli und seiner «Wunderoperation», über die ich anschliessend berichten werde, gehört. Als junge Engeried-Schwester wurde ich von einer blinden Frau gefragt, ob ich sie im Februar 1969 nach Rom begleiten könne, um sie dort während ungefähr zwei Wochen zu betreuen. Sie habe sich entschlossen, eine Augenoperation machen zu lassen. Nach dreissig Jahren Blindheit glaube sie wieder sehend zu werden, wenn sie sich der geschickten Hand dieses Professors anvertraue.

Meine Patientin erblindete ganz plötzlich durch Kalkspritzer im Alter von einundzwanzig Jahren. Dem lebensfrohen Mädchen schien die Welt zusammenzubrechen. Am 3. Mai dieses Jahres waren es dreissig Jahre seit dem tragischen Unfall. Während dieser langen Zeit erlebte die Patientin viel Schweres. Fünf Hornhauttransplantationen wurden an ihr vorgenommen, jedoch alle erfolglos. Trotz dieser Tragik hat der junge, tiefgläubige Mensch nie versagt. Bis zum Kriegsende half das blinde Mädchen auf dem väterlichen Gut, bis es kurz darauf in die Schule für Heilgymnastinnen im Insel-Spital in Bern eintreten konnte. Der grosse Wille und die Freude am Beruf halfen der jungen Tochter durch die harte Lehrzeit. Frau G. war die erste Blinde der Schweiz, die diese Schule, zusammen mit Sehenden, absolvierte. Bald danach eröffnete sie eine eigene Praxis und verheiratete sich wenige Jahre später.
Am 24. Februar dieses Jahres traten wir unsere erste Romreise an. Wie wird wohl die Konsultation beim Professor ausfallen?, war die bange Frage von uns beiden. Die Patientin wie ich waren sehr auf diesen entscheidenden Moment gespannt. Beide waren überglücklich, als der Professor meldete: «Ich kann operieren, Sie werden wieder sehen!» Nach wenigen Tagen der Abklärung wurde die Voroperation zum Haupteingriff, der drei Monate später folgen sollte, vorgenommen. Die oberste Schicht der verletzten alten Hornhaut des Auges wurde abgetragen und diese mit Mundschleimhaut überdeckt. Am zehnten postoperativen Tag entliess der Professor die Patientin aus der Klinik, und zwei Tage später fuhr uns der bequeme Nachtzug nordwärts unserer Heimat entgegen.
Hoch begeistert vom Erlebten und Gesehenen trat ich meinen Dienst im Engeried wieder an. Erhalte ich wohl die Erlaubnis, die Blinde nach drei Monaten nochmals nach Rom begleiten und dort pflegen zu dürfen? Ich nahm meine Jahresferien zuhilfe. Wieder fuhren wir dem Süden zu.
Nun soll die Hauptoperation durchgeführt werden, nach der meiner Patientin das Augenlicht wieder geschenkt werden sollte. Tönt das nicht wunderbar? Um Ihnen, liebe Leser und Leserinnen, das grosse Wunder verständlicher zu machen, werde ich kurz auf die Operationstechnik eingehen.

Die Voroperation

Die oberste Schicht der verletzten Hornhaut wird abgetragen. Ein gleichgrosses Stück

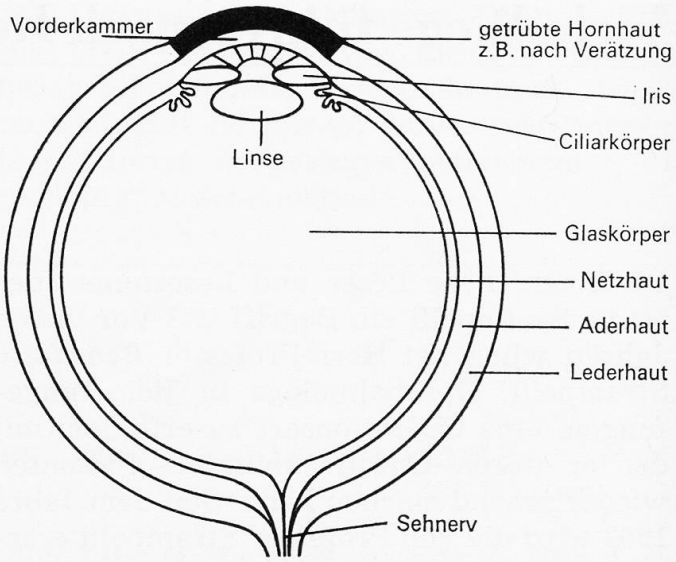
[1] Schwester Christine Lanz, Engeried-Spital, Bern.

Mundschleimhaut, wie das abgetragene, wird auf das Auge genäht. Nachdem dieses mit der Cornea verwachsen ist, erfolgt drei Monate später

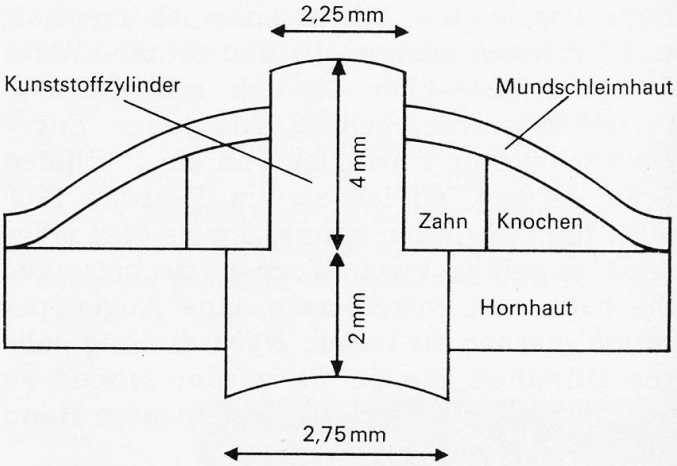
Die Hauptoperation

Diese ist ein sehr grosser Eingriff und fordert vom Patienten viel Mithilfe und Willen. Praeoperativ hatte die Kranke unzählige Untersuchungen über sich ergehen zu lassen. Die Operation erfolgt unter Vollnarkose. Zwischen der vor drei Monaten aufgetragenen Mundschleimhaut und der Cornea konstruiert der Chirurge eine Art Tasche, d. h. er unterhöhlt die Mucosa buccalis. Darauf wird dem Patienten ein gesunder Zahn samt dem umliegenden Alveolenknochen ausgesägt. Aus diesem Fragment schneidet man ein dünnes Scheibchen aus, d. h. man macht einen *Querschnitt.* Aussen am Scheibchen liegt also Knochengewebe der Zahnalveole, und in der Mitte sitzt Zahnsubstanz. Warum ausgerechnet Zahnmaterial? Das Dentin des Zahns ist die einzige körpereigene Substanz, in die eine Kunststofflinse eingesetzt werden kann, ohne vom Körper sofort abgestossen zu werden. Der umliegende Knochen soll lebendig bleiben und das Zahnstück in der oben beschriebenen Tasche gut auf der Hornhaut verankern, indem er dort einwächst. Die Kunststofflinse ist ein Zylinder von 2—3 mm Durchmesser. Man macht in die Horn- und in die Mundschleimhaut je ein Loch, durch welches der Zylinder einerseits in die Vorderkammer und anderseits in die Aussenwelt ragt. Das tönt recht einfach, doch ist der Eingriff sehr schwierig und eine chirurgische Meisterleistung.
Unterdessen wurde übrigens die Technik nochmals verbessert; das Prinzip bleibt aber das gleiche (siehe Abbildung).

In einer dritten Sitzung wird eine schalenförmige Prothese, welche aussieht wie ein normales Auge, angepasst, mit einem Loch in der Mitte für den Teil des Kunststoffzylinders, der in die Aussenwelt ragt. Durch dieses runde Fensterchen im Auge kann der Patient wieder sehen.



Querschnitt durch das Auge vor der Operation mit getrübter Hornhaut



Schematischer Querschnitt durch das operierte Auge

Auf die Frage, ob der Patient das neu geschenkte Augenlicht wieder verlieren könne, antwortet der Professor: «In meiner fünfjährigen Operationspraxis habe ich das noch nicht einmal erlebt.»

Postoperative Zeit in einer römischen Privatklinik

Nach viereinhalbstündigem Aufenthalt im Operationssaal und Ueberwachungsraum kam am Samstagabend, 7. Juni, um 19.00 Uhr, die Patientin wieder ins Krankenzimmer. Mit leicht erhöhtem Oberkörper und je

einem harten Kissen rechts und links und mit einer Eisblase auf dem Kopf musste die Frau während sechs Tagen ganz still auf dem Rücken liegen. Die kleinste Bewegung des Kopfes in irgendeiner Richtung war strengstens untersagt. Verschiedene Antibiotika, hochdosiert, wurden der Kranken parenteral und intragluteal verabreicht, denn die Infektionsgefahr ist gross bei dieser Operation. Anfangs hatte die Patientin qualvolle Zeiten durchzustehen. Die Hitze war für uns Schweizer schon im Monat Juni beinahe unerträglich. Dazu kam der enorme Strassenverkehrslärm. Während zweiundzwanzig Stunden täglich rasten Autos ununterbrochen dicht an der Klinik vorbei.

Der Höhepunkt eines jeden Tages für die Patientin war der Besuch von Professor Strampelli. Bereits zwölf Stunden nach der Operation, am Sonntagvormittag des 8. Juni, wurde der erste Verbandwechsel vorgenommen. Behutsam löste der Chirurg den grossen, dicken Verband. Das frischoperierte Auge war zugenäht. Mit ruhiger Hand durchschnitt und entfernte er einen Faden nach dem andern und säuberte das Auge. Eigentümlich ward mir zumute. Nun muss ja der Moment kommen, der grosse Moment, wo sich herausstellt, ob die Operation gelungen, ob der Patientin wirklich das Augenlicht wieder geschenkt ist. Wenn es nicht der Fall sein sollte . . .? Indem der Professor drei Finger aufhob, fragte er die Patientin: «Können Sie sehen? Was sehen Sie?» — «Eine Hand! — Finger!» schrie Frau G. ganz ausser sich. Der Augenblick war ergreifend. Aerzte und Schwestern des ganzen Spitals teilten die Freude mit der Patientin und dem grossen Chirurgen. Welch ein Wunder ist geschehen; nach dreissig Jahren Blindheit wieder sehen zu können! Für mich junge Schwester, die ich nie zuvor in meinem Beruf einen so eindrücklichen Moment miterleben durfte, bedeutete der erste Verbandwechsel meiner Patientin etwas, das ich nicht ausdrücken kann, ein Geschenk Gottes.

Von nun an wurde täglich der Verband erneuert. Jedes Mal konnten erstaunliche Fortschritte beobachtet werden. Vom siebenten postoperativen Tag an trug die Patientin nur noch das «Augengitterli» und durfte durch die Löcher schauen. Nun ging es eifrig ans Lernen, wie damals vor vierzig Jahren in der Schule. Der Buchstaben erinnerte sich Frau G. kaum mehr, dagegen waren ihr die Zahlen noch ganz gegenwärtig. Mit Hilfe grossgemalter Buchstaben, welche sie immer und immer wieder anschaute, lernte sie von neuem lesen und schreiben. Am elften Tag nach der Operation kamen das erste Aufsitzen und «Betträndle», worauf am folgenden Vormittag die Patientin kurz in einem Sessel sitzen durfte. Das Schlimmste hatte die Neusehende nun hinter sich.

Bis zum Entlassungstag aus der Klinik, drei Wochen nach der Operation, machte sie grosse Fortschritte. Welche Freude an jenem Morgen beim Waschen, als sie ihre Hände und Füsse sehen konnte! Einige Tage darauf sass sie im Sessel, mit beiden Händen eine Karte haltend, die sie angestrengt und überglücklich betrachtete. Ihr Gatte hatte ihr ein postkartengrosses Bild von ihm geschickt. Zum ersten Mal, nach beinahe achtzehn Ehejahren, konnte die Patientin ihren Mann sehen! Andauernd machte sie nun neue Entdeckungen. Einmal durchsuchte sie ihre Handtasche, dann betrachtete sie sämtliche Kleidungsstücke und ganz besonders freute sie sich über Blumen und Früchte. Erst viel später gestand mir die Kranke, dass sie sich selber im Spiegel gesehen habe. Die ersten kurzen Spaziergänge in der Nähe der Klinik waren für sie wie für mich sehr beeindruckend. Nach dreissig Jahren wieder einen Hund zu sehen, war ein Fest! Zum ersten Mal den Lichtwechsel der Verkehrsampeln zu beobachten, ein Erlebnis! Vor drei Jahrzehnten hatte es in der Schweiz noch keine solchen Verkehrsregler gegeben. Es folgten viele, viele Fragen.

Am späten Abend des 2. Juli verliessen wir die Vatikanstadt. Der Höhepunkt der Reise war das Treffen des Gatten der Patientin in Brig. Zum *ersten Mal* durfte sie ihren Mann *sehen*. «Ich habe Dich gleich erkannt», sagte sie im Zug von Brig nach Bern zu ihrem Ehepartner, und: «der gestrige Tag erschien mir wie derjenige vor unserer Hochzeit. Heute dürfen wir zum zweiten Mal Hochzeit feiern!»

Einige Wochen nach unserer Heimkehr erzählte mir Frau G., wie sie täglich neue Entdeckungen mache, wie glücklich und dankbar sie sei, nun wieder sehen zu können. Obwohl sich während der letzten dreissig Jahre sehr vieles geändert habe, wäre sie von nichts enttäuscht. Diese Feststellung ist meiner Ansicht nach sehr wichtig. Wie gewaltig müssen die unzähligen neuen Eindrücke auf die hagere Frau einwirken! Es ist keine Selbstverständlichkeit für einen über fünfzigjährigen Menschen, nach so langer Zeit der Blindheit, das Viele, Moderne plötzlich mühelos in sich verarbeiten zu können. Aus diesem Grund wünsche ich meiner tapferen und geduldigen Patientin eine gute Erholungszeit und viel, viel Freude, die sie nun sehend erleben darf.

J.W. GOETHE

Wie man sagt,
Dass einer nicht wieder froh wird,
Der ein Gespenst gesehen hat,
So möchte ich sagen, dass einer,
Der Italien, besonders Rom,
Recht gesehen hat,
Nie ganz in seinem Gemüte
Unglücklich werden kann.

Auch Invalide dürfen sich an Lagerfreuden vergnügen!

Siehe Photos Seite 455

In diesem Sommer fand im romantischen Bleniotal das *Jubiläumslager des Bundes Schweizerischer Pfadfinderinnen* statt (50 Jahre BSP). Tausende von jungen Mädchen hatten ihre Zeltdörfer talauf und -ab aufgebaut und freuten sich, in freier Natur und schöner Kameradschaft viel Neues (Botanik, Kartenlesen, Batikarbeiten, Weben, Schnitzen, ja sogar Schönheitspflege!) lernen zu dürfen. Wenn wir an dieser Stelle auf das Nationallager 1969 zurückkommen, so darum, weil in Olivone die *Pfadfinderinnen «Trotz allem»,* also Invalide, teilnehmen konnten. Von gesunden Kameradinnen betreut, durften auch sie Lagerfreuden geniessen. Schon früh haben ja die Pfadfinderinnen und Pfadfinder nach Möglichkeiten gesucht, um ihre behinderten Altersgefährten in ihre Gemeinschaft einzuschliessen und in ihnen all jene Kräfte, über die sie noch verfügen, zu fördern. Sie verwirklichten also eine Art Beschäftigungstherapie und versuchten schon lange, den Kindern das Gefühl einer Mitverantwortung zu geben. Dabei kommen die Pfadi auf raffinierte Ideen: Wer z. B. seine Hände gebrauchen kann, vermag vielleicht auf eine besondere Weise Erbsen auszumachen oder Schnüre aufzurollen. Ein Gehbehinderter kann einem Blinden den Weg weisen oder ihm eine Blume erklären, während letzterer mit ihm rhythmische Uebungen ausführt. Auch die Natur schenkt zahlreiche Möglichkeiten, die Invaliden zu beschäftigen und gibt ihnen Anregungen auf verschiedensten Gebieten. Selbst der Sport kommt zu seinem Recht. Wir sahen bei unserem Besuch sogar einen Reigen: *im Rollstuhl!*

Es ist selbstverständlich, dass ein solch grosses Lager auch einen bedeutenden technischen Dienst erheischte. So war — in Acquarossa — ein Spital mit 100 Betten eingerichtet, und der Rotkreuzchefarzt hatte verdankenswerterweise eine ganze Rotkreuzkolonne zur Verfügung gestellt. So war für alle Eventualitäten bestens vorgesorgt. Liebenswürdig stellten sich auch Krankenschwestern — ehemalige Pfadi — zur Verfügung und halfen überall, wo es Unpässlichkeiten oder Verletzungen gab.

Durch das Zusammenspannen so vieler guter Kräfte wurde das Lager zu einem einmaligen Erlebnis. KS

Der gesunde und der kranke Mensch in Zukunft[1]

Prof. Dr. H. Wagenführ[2]

Rangfolge der Lebensgüter nach gegenwärtiger und zukünftiger Vorstellung

Die alten Aegypter hatten einen schönen Gruss. Wenn sie einander begegneten, sagten sie: «Freude», und die alten Griechen dachten und sagten Aehnliches. Freude und Wohlbehagen wurde im Leben zahlreicher alter Kulturen gross geschrieben — ganz im Gegensatz zu unserem Zeitalter, wo die Hochzivilisierten fast stets in einem perennierenden Stadium der Freudlosigkeit, des Unbehagens und der Unlust zu leben pflegen, wenn man das — unter Menschen — noch «leben» nennen kann. Was oft fehlt, sind *oberste Lebenswerte,* die ausverkauft zu sein scheinen. Aus diesem Grund besitzen wir auch keine gesellschaftlichen *Leitbilder.* Doch beginnt man, in weiteren Kreisen, sich dieser Situation schon bewusst zu werden, und das allein schon bedeutet den Anfang einer Wende.

Einer *Wende* — wozu und wohin? Dass man beginnt, sich zu besinnen, bevor man krank ist oder wird, solange man also noch gesund ist (mögen sich Fachleute auch um den schwierigen Begriff der *«Gesundheit»* streiten. Man ist nämlich so weit gekommen, dass man eigentlich gar nicht mehr weiss, was das exakt, definitionsgemäss, ist). Und doch haben wir alle ein Gefühl davon, was Gesundheit, Vitalität und Sympathie ist. Und wir beginnen, Lebenswerte wieder rechtzeitig abzuschätzen, bevor es zu spät ist, d. h. lang vorher, ehe wir auf dem Totenbett liegen. Mit alten Worten gesagt: Die zivilisierte Menschheit bemüht sich wieder zu einer *«locatio»* d. h. einer *Wertung der Lebensgüter* zu kommen. Wie eine solche Rangfolge aussieht oder lautet? *Alt-Hellas* mag ein Beispiel geben:
Gesundheit stand an erster Stelle, gefolgt von Freude, Ehre und Kalogagathia (d. h. gut und schön). Das waren keine (übrigens schwer zu übertragende) Worte, sondern selbstverständliche Einsichten, um die man Hellas beneiden könnte. Wir kehren gewiss nicht zu Altgriechenland zurück, leider — doch kann es uns immer noch in manchem Stütze, Anregung oder Halt geben. Heutzutage wird die «locatio» allerdings nicht mehr von einem frommen Glauben getragen, sondern durch mehr oder minder rationale Einsicht geformt. Man stellt z. B. durch Meinungsbefragungen fest, was als oberster Lebenswert gilt. Die Antwort lautet eindeutig: *«Gesundheit.»* Das ist erfreulich und heisst uns hoffen.
Oekonomisch schlägt sich nun dieser Trend zum obersten Wert in einer erhöhten *Ausgabebereitschaft* des Durchschnitts der Bevölkerung *für Gesundheit, Krankheitsverhütung* und *Hygiene* nieder, ohne dass man sich selbstverständlich darüber Gedanken macht, was eigentlich Gesundheit ist. Verbunden ist diese Bereitschaft mit einem sichtlich höheren *Aufwärtstrend* für Körperpflege und Kosmetik (beiderlei Geschlechter). Alle Anzeichen sprechen dafür, dass dieser Trend anhalten wird. Dies heisst: Man ist geneigt, im Durchschnitt für den Körper und seine Gesundheit steigend mehr auszugeben. Mit vollem Recht. Dann folgt daraus aber auch, dass man geneigt sein muss, für alle Dienste, die einer Wiedergesundung gewidmet sind, entsprechende Mittel aufzuwenden. Konkret: Dank dieser Orientierung muss es möglich sein — im Zusammenwirken mit andern Faktoren — in Zukunft die Besoldung von Krankenschwestern und -pflegern wesentlich zu erhöhen. Objektiv betrachtet, liegen ihre Saläre in allen Ländern zu niedrig und haben mit den *Lohn- und Gehaltsaufwärts-*

[1] Vortrag gehalten am SVDK-Kongress, 31. Mai 1969, in Winterthur

[2] Prof. Dr. H. Wagenführ, Institut für wirtschaftliche Zukunftsforschung, Tübingen

bewegungen in gar keiner Weise Schritt gehalten. Eine wesentliche materielle Besserstellung dieses Berufes, verbunden mit der Schaffung eines neuen Berufsimages, vermag am ehesten und besten über mangelndes Angebot hinwegzuhelfen.
Hinzu kommt, dass die zukünftige längere *berufliche Freizeit* in den hochzivilisierten Ländern ebenfalls wesentlich mit dazu beitragen wird, dem *Körper* zu geben was des Körpers ist und die körperlich-seelische Gesundheit als eines der obersten Güter auf dieser Erdenwelt zu betrachten. Was folgt daraus für *den* Beruf, den Sie ausüben, in Zukunft? Unter anderem auch dieses, dass es später nicht nur einen Krankenpfleger, sondern auch einen *Gesundheitspfleger* geben sollte! Man nehme diese Idee durchaus ernst, sie folgt wie von selbst aus dem Gesagten, vor allem aus der «locatio». Und man vergesse nicht dabei, dass der Allgemeinheit ein Positivum im Namen stets besser gefällt als ein Negativum — insofern ist der Gesundheitspfleger gegenüber dem Krankenpfleger vorrangig.
Da wir einmal beim *Ethos* sind, gestatten Sie noch eine kleine Abweichung vom streng Thematischen: Allerlei Anzeichen sprechen in unserer Gegenwart dafür, dass die *Caritas* in unserem Leben sich immer mehr wegstiehlt und ihr Gegenpol, der *Sexus,* breiter und aufdringlicher hervortritt. Ich glaube nicht, dass dies zum Wohle unserer Gesellschaft, d. h. zugunsten ihres inneren Gleichgewichts, geschieht. Wir brauchen auch, und gerade in den Hochzivilisationsländern, Leute beiderlei Geschlechts, die wissen, wo Not jeder Art herrscht und wer pflege- oder hilfsbedürftig ist. Niemand sollte in Zukunft Theologie, Philosophie oder Soziologie studieren oder die Laufbahn eines Politikers beschreiten können, der nicht durch Pflegeschulen der Gesellschaft gegangen ist, d. h. die Wirklichkeit der Armut und der Bedrängnis kennengelernt hat.

Zukünftige Aufwendungen des Durchschnittshaushaltes für Gesundheitspflege (Kosmetik und Freizeit)

Die GFK hat 1966 festgestellt: Ueber die Hälfte (53 %) der von ihr befragten Personen sagten aus, sie würden für ihre Gesundheit «alles» tun; das soll heissen, präventiv, um gesund zu bleiben, und kurativ, um wieder gesund zu werden. Nach einer Umfrage der Zeitschrift «Quick» (23. Januar 1966) antworteten 26 % der Befragten (Infratest) auf die Frage: «Wenn Sie einen Wunsch hätten — was würden Sie sich wünschen?» — «Gesundheit.» Erst mit 11 % folgen Geld und Reichtum an zweiter Stelle. Einem andern Befrager, Hubert Troost, zufolge («Der statistische Mitmensch») glauben 60 % der erwachsenen Bevölkerung «früher» (d. h. vor ihrem Wohlstand) gesünder gelebt zu haben als heutzutage. «*Gesundheit*» im weitesten Sinn des Wortes — anknüpfend an alte Harmonievorstellungen der Kräfte des Körpers, des Geistes und der Seele — wird erst recht in Zukunft nicht nur ein Wirtschaftsfaktor allerersten Ranges sein, sondern wird auch im Verhalten der Verbraucher eine vordringliche Rolle spielen.

Für etwa das Jahr 1990 hat der französische Futurologe Jean Fourastié die *Verbrauchspräferenzen* eines typischen westeuropäischen Industrielandes abgeschätzt und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen: Zuwachsraten (gegenüber 1966): Nahrungsmittel 1,8 %, Kleidung 2,5 %, Haushaltwaren 3,5 %, Freizeit 4,5 %, Gesundheit, Hygiene 4,8 %.

Wir fügten dem in unserem Report 1975 («Deutschlands Wirtschaft zwischen Wunsch und Wirklichkeit») hinzu: «Die Gesundheitswelle wird für die nächste Zukunft nicht nur anhalten, sondern sich verstärken.» Man wird in Zukunft auch mehr Zeit, Gelegenheit und Musse haben, sich mit dem Status der Gesundheit als Individuum und im Kreise der Familie zu beschäftigen, denn die berufliche Freizeit wird sich in den kommenden Jahrzehnten auf 3 bis 4 Tage je Woche erstrecken. Der Durchschnittsbürger der Zukunft wird über seinen relativen Zustand bedeutend besser Bescheid wissen als heutzutage. Dies gibt uns auch die Hoffnung, den rasch um sich greifenden Zivilisationskrankheiten einen Wall entgegenzusetzen.
Nicht zu übersehen, dass das frei verfügbare

Einkommen (discretionary income), das gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) bei 29 % des Durchschnittseinkommens liegt, 1970 auf 32 % steigen und 1975 wahrscheinlich etwa 36 % betragen wird. Aehnliches gilt selbstverständlich auch für die Schweiz. Dies heisst: Für Gesundheit und Krankheit stehen potentiell genügend Geldmittel zur Verfügung — es gilt nur, sie dafür auch mobil zu machen.

Verstärkte Rolle der vorbeugenden Medizin und ihrer Pharmazeutika

Der Verbrauch von Medikamenten hängt im übrigen — nach ökonomischer Erfahrung — weniger vom Einkommen der Kranken und ihrer Lage als Sozialversicherte ab, als man glaubt; ist also bis zu einem gewissen Grad wirtschafts- oder konjunkturinvariant oder unabhängig. Das gleiche dürfte für die Ausgaben für Gesundheit und Krankheit gelten. Das *psychische Verhalten,* die Einstellung der verschiedenen Bevölkerungskreise zu den Problemen der Gesundheit und Krankheit ist wichtiger als das Einkommen, dessen Höhe oder Schichtung, vor allem in einem Wohlstandsland, wie es die BRD oder die Schweiz ist. Als neuer Faktor zur Beurteilung der künftigen Lage ist nun hinzugekommen, dass der *Trend zur präventiven Medizin* im Vergleich zur kurativen nach oben gerichtet ist. Man ist bestrebt — zu verhindern, überhaupt krank zu werden. Man darf damit rechnen, dass die *Ausgaben für Gesundheit* pro Jahr um 8 bis 10 % wachsen. Die Medikamente heutzutage dienen zwar überwiegend noch der kurativen Medizin, doch wird sich dies bald ändern — Präparate der präventiven Medizin werden die Oberhand gewinnen. Nach einer Umfrage aus den Jahren 1963/64 verbrauchen 61 % der bundesdeutschen Bevölkerung Medikamente bzw. Stärkungsmittel — eine Trennung nach kurativen und präventiven Mitteln ist in der Statistik nicht möglich.

Um noch etwas zur Prävention zu sagen: In Asien gab oder gibt es bekanntlich Länder, in denen der Arzt nur honoriert wird, wenn sein Kunde gesund bleibt; falls der Kunde zum Patienten wird, hört die Zahlung auf. Im Ernst: Die präventive Medizin ist auf dem Vormarsch. Die Krankenpflege kann das nur begrüssen, denn an Kranken oder Hilfsbedürftigen wird es auch in Zukunft mehr als genug geben.

Krankheiten der kommenden Generation (Strukturwandel gegenüber heute?)

Die Anfälligkeit des modernen Menschen für Krankheiten der verschiedensten Art wird auch zukünftig nicht abnehmen, sondern eher steigen. Belastung, Gefährdung und Anforderung nehmen zu. Wieviel Menschen pflegen in einem Zivilisationsland krank zu sein? Genaue Statistiken darüber gibt es nicht. Man darf aber wohl Durchschnittssätze von 4 bis 6 % der Bevölkerung annehmen, wovon etwa ein Drittel an tatsächlich unvermeidbaren, ein weiteres Drittel an funktionellen Störungen oder Schwierigkeiten leidet, während der Rest, das letzte Drittel, zum Heer der eingebildeten Kranken gehören dürfte, das es zu allen Zeiten gegeben hat. (Uebrigens liegen die Zahlen der Krankheitsfälle bei den Freiberuflichen im Schnitt bei nur 2 %.)

Gegenwärtig pflegt der Durchschnittsmensch im Verlaufe seines durchschnittlich langen Lebens von etwa 1200 *Gesundheitsstörungen* befallen zu werden. Davon sind etwa 800 leichterer und rasch zu behebender Art. Von den restlichen 400 sind 300 derart, dass sie vom Patienten und seinen Angehörigen mit Hausmitteln selbst behandelt werden können. Nur etwa 100 benötigen ärztliche Hilfe, und von diesen können 92 vom praktischen Arzt behandelt werden, nur 8 benötigen den Facharzt oder das Krankenhaus (nach einer Statistik der *Weltgesundheitsorganisation* 1966). Und wie wird es in Zukunft sein? Niemand weiss es genau. Doch nehmen wir einmal an, dass die Anfälligkeit für Krankheiten infolge sogenannter unnatürlicher Zivilisationslebeweise eher zunimnt als absinkt — anderseits aber mit weiteren grossen Fortschritten der Medizin und der Pharmazeutik gerechnet werden kann und man allgemein für präventive Medizin und für die Erhaltung sowie Förderung der Gesundheit mehr ausgeben wird als bisher —, dann dürften

sich die beiden entgegengesetzten Tendenzen wohl ungefähr die Waage halten, und wir werden vorerst mit etwa den gleichen Sätzen der Erkrankungen wie bisher zu rechnen haben.

Gestatten Sie noch einige Zahlenzitate aus der BRD:
Nach der letzten statistischen Jahresberechnung wurden 8,57 Mio Patienten stationär behandelt. Das bedeutet, dass jeder siebente Bundesbürger einmal in diesem Jahr zur Behandlung im Krankenhaus war.
Es gibt in der Bundesrepublik insgesamt 3609 Krankenhäuser mit 649 590 Betten.
Davon sind: 54 % öffentliche Krankenhäuser, 37 % freigemeinnützige Häuser (zum Beispiel Deutsches Rotes Kreuz) und 9 % Privatkrankenhäuser.
Für 10 000 Einwohner sind in der Bundesrepublik 108,4 Krankenhausbetten vorhanden, und jeweils 17,5 Betten werden von einem Arzt betreut.
Insgesamt sind an den deutschen Krankenhäusern 37 200 Aerzte und Aerztinnen beschäftigt sowie rund 150 000 Männer und Frauen als Pflegepersonal.
Bei Krankenhausneubauten rechnet man als Durchschnittskosten etwa 80 000 Mark pro Bett. Das kann sich bei Universitätskliniken mit kompletter technischer Ausstattung bis auf 140 000 Mark pro Bett steigern.
Ein öffentliches 350-Betten-Krankenhaus enthält normalerweise höchstens fünf Zimmer der ersten Klasse. Es wird nach Angabe der «Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft» mit 12,5 bis 15 Prozent Privatpatienten belegt — der ersten und zweiten Klasse sowie Selbstzahlern der dritten Klasse.
Als bundesdurchschnittlichen Pflegesatz der dritten Klasse (er ist regional unterschiedlich) rechnet man pro Tag zurzeit 41 Mark. Pflichtversicherte können sich und ihre Familie für etwa 50 Mark Monatsbeitrag bei einer Privatgesellschaft gegen die Kosten in der zweiten oder gar ersten Klasse eines Krankenhauses absichern.
Allgemein gesagt: Man wird zukünftig mit einer *Erhöhung der Kosten für den Krankheitsfall* zu rechnen haben. In der BRD rechnet man mit einem steigenden Kostensatz für Krankenbehandlung und -pflege von jährlich 12 bis 15 %, so dass sich die Kosten des Krankwerdens, Krankseins und Wiedergesundwerdens in etwa 10 Jahren verdoppeln oder verdreifachen.

Was die *Krankheiten* angeht, so kennen wir gegenwärtig etwa 30 000 Krankheiten bzw. Syndrome sowie Zehntausende von *Arzneimitteln.*
Welche Aspekte ergeben sich für die nähere Zukunft? Das Gewicht der *Zivilisationskrankheiten* wird in den Wohlstandsländern vorerst noch zunehmen, mindestens während eines Jahrfünfts. Das Leben wird ein noch schnelleres Tempo einschlagen, die Bedingungen der Existenz werden noch künstlicher und an den Einsatz des einzelnen im Beruf und Verkehr werden noch höhere Anforderungen als bisher gestellt. Diesen Preis für die steigende Zivilisation wird man zunächst nicht herabdrücken können.
Damit ist schon gesagt, dass z. B. die Herzleiden und -schäden zunächst noch zunehmen werden. Das gleiche gilt für Magen-Darm-Krankheiten, einschliesslich Krebs. Von den 56,2 Mio der Bundesrepublik werden im Durchschnittsalter von 54 Jahren noch mindestens 12 Mio dem Krebstod erliegen (Prof. K. H. Bauer, Heidelberg)!
Die *Arbeitsbedingungen* moderner Berufe sind bislang nicht danach angetan, die Krankheitsverhältnisse zu verbessern, eher, vorerst, noch im Gegenteil. Beispiel: Eine fast notwendige Folge der Automation wird eine Zunahme von Diabetes sein, denn die Erfahrung hat gelehrt, dass Diabetes am häufigsten bei Menschen mit sitzender Beschäftigung aufzutreten pflegt. Hinzu kommt noch im Berufsleben verstärkend die Last der Verantwortung. Man muss dem am Automationsstand Arbeitenden klarmachen, dass er bei seiner zwar eintönigen, kontrollierenden und gelegentlich steuernden Sitzarbeit doch Millionenwerte zu betreuen hat.
Es ist auch nicht damit zu rechnen, dass die Anfälligkeit für *psychische Erkrankungen* in Kürze zurückgehen wird. Eher ist das Gegenteil der Fall.
Sicherlich kann man aber sagen, dass ein erheblicher Teil der nachfolgend angeführ-

ten Krankheiten zum Komplex der Zivilisationskrankheiten gehören und auch vorläufig weiterhin vorherrschend sein werden.

Krankheiten in der Bundesrepublik (Schätzung)

Herzleiden, (fast 50 % aller Männer der westlichen Welt droht die Gefahr eines Herzinfarktes, Dr. Eppstein)	Schäden ungefähr	3 Mio
Leberkranke . . .	»	1,5 »
Rheumakranke . . .	»	1,5 »
Zuckerkranke . . .	»	1,4 »
Psychisch Kranke . .	»	1,0 »
Krebskranke . . . (vom Krebs ist jeder fünfte in der Bundesrepublik bedroht)	»	0,5 »
Gefässkranke . . .	»	0,5 »

Unbekannt ist die hohe Zahl der an essentieller Hypertonie Leidenden, auf die in den Vereinigten Staaten ein Drittel aller Todesfälle kommen.

Von andern Krankheiten, die in ihrer Bedeutung ebenfalls an vorderer Stelle stehen, wie z. B. Magen- und Darmkrankheiten, liegen uns keine Schätzungen vor.

Eine besondere Stellung nehmen die *Erkrankungen des Geistes und der Seele* (Gemütskrankheiten) ein. In der Bundesrepublik gibt es eine halbe bis eine Million psychisch Kranke, je nachdem welchen Masstab man anlegt. Etwa 200 000 Bundesbürger sind jährlich so starken nervlichen Belastungen ausgesetzt, dass sie sich in einer Nervenklinik behandeln lassen müssen.

Etwa eine Million Deutsche leiden an endogener Depression, sind also gemütskrank. Die endogene Depression ist keine Geisteskrankheit wie die Schizophrenie. Die Kranken machen für ihre Lage meist ein Motiv ausfindig, wie enttäuschte Liebe, Schwierigkeiten im Beruf, Verlust eines Menschen usw. So stellen alle diese Dinge nur den Vordergrund krankhaften Geschehens dar.

Man nimmt an, dass auf der Erde etwa 15 bis 30 % der Menschen gegenwärtig an Geistesstörungen leiden (Dr. Alexander Leighton der Cornell-Universität).

Am meisten verbreitet ist die Persönlichkeitszerrüttung, die sich in chronischer Beklemmung, Niedergeschlagenheit, Teilnahmslosigkeit, Argwohn und Gefühlslabilität äussert.

Ein erheblicher Teil von Krankheiten vorwiegend psychischer und somatischer Art sind dank den Fortschritten der Medizin und Pharmazie auf dem Rückzug begriffen, darunter vor allem die Infektionskrankheiten. Dieser Trend wird auch in Zukunft anhalten.

Hauptgeissel sind gegenwärtig bekanntlich noch die *Krebserkrankungen.* Jedes Jahr sterben in der Bundesrepublik etwa 100 000 Menschen an Krebs, das sind ein Viertel der Erkrankten. Drei Viertel werden geheilt oder leben jahrelang weiter. Dieses Verhältnis wird sich zweifellos in einem Jahrfünft zugunsten der Kranken wesentlich gebessert haben.

Die Zukunft wird erst recht im Wirtschafts- und Sozialleben durch einen hohen Grad von *Mobilität* gekennzeichnet sein, die sich z. B. in einem häufigen Berufs-, Arbeitsplatz- und Wohnwechsel äussert. Auch der raschere soziale Auf- und Abstieg spricht mit. Dies heisst grundsätzlich, dass die *Zivilisationskrankheiten* vorläufig jedenfalls noch zunehmen werden.

Jedenfalls ist die Technik uns davongeeilt. «Dem Wandel im Krankheitsbild der Industriegesellschaft sind wir nicht rasch genug gefolgt» (H. H. Flöter, J. J. Rohde).

Und die übrige Welt? Betrachten wir mit einem Wort nur die *Entwicklungsländer!* Sie stehen unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsvorkommen epidemiologisch auf dem Niveau, das die Industrie- und Wohlfahrtsländer der Gegenwart um 1900 erreicht hatten. Gesundheitspolitisch bzw. medizinisch tut sich also zwischen diesen Ländergruppen ein Rückstand von mindestens sechs Jahrzehnten auf. Es ist an uns, diese Lücke sobald wie möglich im Interesse der Menschlichkeit und damit auch der Oekonomie zu schliessen.

Und noch etwas anderes:
Man weiss heute, dass die meisten Krankheiten in ihrem Auftreten und in ihrem Verlauf nach Kultur, geographischen Gebieten und innerhalb dieser wiederum nach Bevölkerungsschichten verteilt sind und unter Umständen auch in differenzierter Art und Ausprägung verlaufen. Die meisten dieser Verhältnisse, die zweifellos auch Gesetzmässigkeiten unterliegen, sind wissenschaftlich noch nicht geklärt, und es wird in Zukunft eine neue Wissenschaft entstehen, die man *Geomedizin* taufen könnte. Sie hat für die pharmazeutische Industrie der ferneren Zukunft eine ausschlaggebende Bedeutung. Es ist denkbar, dass auf zahlreichen Medikamenten ein Vermerk stehen wird, wo und auch wann sie optimal, d. h. zum höchsten Nutzen der Patienten, zu verwenden sind. Die Geomedizin wird in Zukunft auch darüber Aufschluss geben, warum es z. B. in China und Japan so gut wie keine Arteriosklerose gibt. Und noch etwas anderes: In gemässigten Zonen existieren mehr Krebsfälle als in heissen. In Mittelmeergebieten kommen jedoch die Krebskrankheiten relativ wenig vor — warum? Niemand weiss es.
Dieselben Krankheiten, z. B. die sogenannte Gelbsucht, verlaufen beim gleichen Individuum bekanntlich sehr verschiedenartig und sind auch von unterschiedlicher Schwere, je nachdem, wo sie auftreten, ob Gelbsucht in Afrika oder in Mitteleuropa vorkommt.

Um auf das Wirtschaftliche zurückzukommen:
Aehnlich wie die Bildung ist Gesundsein oder -werden bzw. Kranksein oder -werden auch ein wesentliches *ökonomisches Problem,* und so wie es heute, in den Ansätzen, eine Bildungsökonomie gibt, wird sich auch eine *Gesundheits-* bzw. *Krankheitsökonomie* entwickeln. Die Krankenpflege wird davon nur profitieren können.

Gesichtspunkte für den Beruf der Krankenpflege in Zukunft

Im Mittelpunkt künftigen Lebens wird die Technik stehen, die ihre grosse Entfaltungsperiode erst noch vor sich hat. Die Fortschritte der Elektronik werden auch am Beruf der Krankenpflege nicht spurlos vorübergehen. Es ist zweckmässig, sich jetzt schon anbahnende Entwicklungen im voraus durchzudenken. Das *Krankenhaus* oder die *Klinik* der Zukunft wird *technisch perfektioniert* sein. Die Tübinger Anlage gibt einen Vorgeschmack davon. Doch glaube man ja nicht, dass deshalb der sorgende, pflegende und helfende Mensch ausgeschaltet wird oder werden darf — im Gegenteil: Er wird verstärkt *ein*geschaltet. Es verhält sich ähnlich wie beim programmierten Lernen der Zukunft. Die Apparate sind wunderbare Diener und Helfer, nicht mehr und nicht weniger. Weil sie funktionieren, haben Lehrer und Aerzte und ihre Kräfte, Assistenten, Pfleger und Schwestern, als Menschen mehr Zeit für ihre Schüler bzw. Patienten, auch als Menschen genommen. Apparative Hilfen können eine humanere Zeit einleiten. Die Technik darf im Gesundheits- und Krankenwesen dem Menschen nicht davonlaufen. Nur eine dem Wesen des Menschen angepasste Technik sollte das Ziel prospektiven Denkens sein. Wenn irgendwo, so gilt im Gesundheits- und Krankenwesen der Satz und die Forderung: Im Mittelpunkt steht der Mensch. Der Beruf der Krankenschwester oder des Krankenpflegers ist gegenwärtig und in naher Zukunft so wichtig, weil er den Hiatus, die Kluft, den Abstand, den «gap», zwischen dem Kranken einerseits und den behandelnden Aerzten anderseits mindern oder schliessen kann, wenn die gesamtmenschliche Pflicht erfüllt wird. Niemand ist dazu auch besser in der Lage als Krankenschwester und Krankenpfleger. Es muss alles daran gesetzt werden, um zu erreichen, dass das *Verhältnis zwischen Krankenschwestern und Aerzten* in Zukunft keine «gespannte Formalhierarchie» (Tobias Brocher) mehr darstellt, die sich auch nur negativ auf den Patienten und seine Krankheit auswirkt, sondern einem an der gemeinsamen Aufgabe ausgerichteten Verhältnis des Menschlichen weicht.

Die Stationsschwester der Zukunft wird in *computergesteuerten* Kliniken keine Visi-

tenbücher mehr zu führen haben, denn der Computer macht sie durch Markierungsbelege überflüssig. Auch ihre Arbeit wird vorbereitet: Ein Markierungsleser liest die Verordnungen für das System, und für jede Markierung bereitet der Computer die Probenentnahme auf der Station und die Analyse der noch gar nicht entnommenen Proben in den Laboratorien vor. Für die Stationsschwester druckt er eine Hinweisliste, die ihr sagt, welche Proben — beispielsweise Blut oder Urin — sie von welchem Patienten für welche Untersuchungen in die Laboratorien zu senden hat. Zur Kennzeichnung der Probengläschen liefert er die beschrifteten Klebeetiketten gleich mit.
Seine Wirkung erhält das System dadurch, dass der Rechner gleichzeitig völlig verschiedene Funktionen ausführt und dabei mit allen angeschlossenen Geräten in Verbindung bleibt. Das alte Visitenbuch ist tot. Der behandelnde Arzt diktiert der Schwester in der Pflegestation nicht mehr ins Stenogramm. Um aus 600 möglichen Untersuchungen die gewünschte anzufordern, genügt ein Markierungsstrich auf dem Verordnungsbogen. Der Markierungsbeleg wird anschliessend von einem Markierungsleser gelesen. Der Prozessrechner veranlasst dann alles Weitere.
Täglich druckt der Computer für den behandelnden Arzt in der Station seine Berichte. Sie enthalten nicht nur die letzten Testergebnisse, sondern auch die der vorausgegangenen Tage, so dass der Tagesbericht des letzten Tages zugleich den Wochenbericht bildet. Auf diese Weise kann der Arzt nicht nur die neusten Ergebnisse, sondern auch die Entwicklung in den vorausgegangenen Tagen verfolgen. Die Tagesberichte werden auf der Station in die «Fieberkurve» eingeheftet, deren dokumentarischer Wert damit über den ursprünglichen Sinn der Bezeichnung hinausgeht.
Dieses System ist keine Utopie, sondern ist bereits aufgebaut und z. B. in Tübingen in der Verwirklichung begriffen. Der Computer ist der ständige Begleiter des Patienten, der Aerzte und der Schwestern.
Mit Vorsicht wurde vor Jahren in Tübingen umschrieben, worauf man zielte: «Massnahmen, um die Arbeit des Labors und der Stationen durch den Einsatz von elektronischen Datenerfassungs- und Datenverarbeitungssystemen zu vereinfachen.»

Erreicht wurde durch den Computereinsatz nicht nur Vereinfachung, und es blieb auch nicht bei einzelnen Massnahmen. Was als Ergebnis mehrjähriger Anstrengungen entstanden ist, bezeichnet man in Tübingen heute als *«Diagnostik-Informations-System»*.

Von der Stunde an, in der ein Patient in die Klinik eingeliefert wird, bis zu der Stunde, in der er sie verlässt, ist alles Wesentliche, was um ihn und mit ihm geschieht, durch dieses System vorbereitet, über dieses System vermittelt, in diesem System dokumentiert.
Von allen andern Hilfsmitteln, Massnahmen und Techniken unterscheidet sich dieses System dadurch, dass es nicht nur Einzelfunktionen vermittelt, sondern das in sich geschlossene Modell der Realvorgänge darstellt.
Die *medizinisch-technische Assistentin* trägt heute keine Untersuchungen mehr in ein Arbeitsbuch ein. Sie wertet die Messdaten nicht aus, sie dokumentiert die Ergebnisse nicht mehr. Alles Nötige besorgt der Computer, an den die Laborgeräte nun direkt angeschlossen sind. Wenn die Proben aus den Stationen eingehen, liegt ihr die Arbeitsliste des Computers bereits vor. Das System hat den Ablauf im Labor vorgeplant. Es hat auch selbst dafür gesorgt, dass es die eingehenden Testergebnisse richtig erkennt: Aus vorgestanzten Lochkarten, die entweder schon in der Station an die Probengläschen angehängt werden oder die man im Labor in Kartenleser einlegt, liest es vor jeder Analyse Patientennummer, Testnummer und Daten. Wenn der Computer die Messwerte von den Testgeräten erhält, «weiss» er bereits, zu welchem Patienten sie gehören.
Der *Arzt* ist lückenlos informiert. Der Stationsarzt erhält täglich die Ergebnisse aller Laboruntersuchungen vom Computer ausgedruckt; und er gibt seine Verordnungen, indem er auf einem von der Anlage vorbereiteten Markierungsbeleg die gewünschten Untersuchungen anstreicht.

Im Mittelpunkt des Diagnostik-Informationssystems der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen steht eine Prozessrechenanlage IBM 1800. Testgeräte aus sieben Labors sind direkt an den Computer angeschlossen. Sie übertragen ihre Messwerte direkt in den Rechner, der sie überprüft, auswertet und die Ergebnisse den behandelnden Stationsärzten in Tages- und Wochenberichten zur Verfügung stellt.

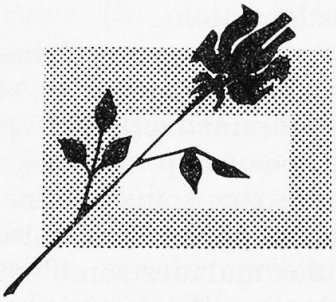
Es besteht kein Zweifel darüber, dass in Zukunft die *ärztliche Betreuung* und zum Teil auch die *Krankenpflege* weitgehend von selbsttätig arbeitenden, nach Programmierung gesteuerten Apparaten oder Datenverarbeitungsanlagen geleistet wird. In Los Angeles und Huntsville (Vereinigte Staaten) sowie in Moskau gibt es gegenwärtig bereits Diagnose-Roboter, die erhebliche Betriebskosten einsparen und vor allem ein unglaubliches Wissen und unbegrenzt Erfahrungen zu speichern vermögen. Allein der sowjetrussische Computer vermag Zehntausende verschiedener Symptome von Herzkrankheiten zu speichern. Aehnliches gilt für Nervenleiden. Manche Apparate können Krankheitserreger in 30 Sekunden identifizieren.
Es wird in naher Zukunft automatisierte *Vorsorgeuntersuchungen* im Dienste der präventiven Medizin mittels Computer geben, wie sie in Wien schon gegenwärtig praktiziert werden. Die Computer werden auch in der *Pharmazie* unzählige von einem einzelnen Wissenschafter nicht mehr übersehbare Erfahrungen speichern und auf Abruf zur Verfügung halten können. Wahrscheinlich sind Computer in eng umgrenzten Fällen auch für *diagnostische Aussagen* verwendbar. Stets bleibt der Apparat jedoch ein Instrument in der Hand des Arztes, dem ebenso wie in Zukunft dem Pharmakologen durch Computer viel Routinearbeit erspart wird, so dass er wieder für die individuellere Behandlung des Patienten mehr Zeit aufwenden könnte.

Aus dem allem folgt bereits:
Es ist notwendig, ein neuartiges *Berufsbild* des Krankenpflegers bzw. der -pflegerin für die Zukunft zu entwerfen, nicht nur, um der auf uns zukommenden, zum Teil neuen Fragen Herr zu werden, sondern auch um durch eine neue Bildschattierung einen verstärkten Anreiz für die *Berufsnachfolge* zu schaffen. Hier kann ich nur einige skizzenhafte Umrisse zeichnen. Der Gesundheits- und Krankenpfleger mit seinen verschiedenen Abarten wird in Zukunft zu den wichtigsten *Sozialberufen* gehören, die für das äussere und innere Gleichgewicht der Menschen mit andern zusammen zu sorgen haben.
An *Abarten* dieses wichtigen Berufes der Zukunft möchte ich nennen: erstens, wie schon erwähnt, den sogenannten *Gesundheitspfleger,* zweitens wird es den *Entwicklungspfleger* geben, dessen Kollege heute schon der Entwicklungshelfer ist, Berufe, die auf ihre Fahne: «Hilfe für andere Menschen» geschrieben haben und unter sehr schwierigen Bedingungen arbeiten müssen. Oeffentliche Informationsarbeit sollte dafür Sorge tragen, dass diese Berufe in der sozialen Geltungshierarchie einen hohen Rang einnehmen müssen. Drittens eine Abart des Pflegers von heute wird der *Altersfürsorger* oder *-pfleger* sein. Wir haben uns bisher vor lauter Wirtschaftserfolgen zu wenig um die Alten gekümmert, bis wir selbst alt geworden sind. In naher Zukunft wird die Zahl der älteren Menschen rascher zunehmen als die der jüngeren. Eine gewisse Hypothek der Alten wird auf der Arbeit der Erwerbstätigen lasten. Dies heisst, da ältere Leute im Durchschnitt krankheitsanfälliger und pflegebedürftiger sind als jüngere, dass schon aus diesem Grund die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrfünften absolut und relativ ansteigen wird — zumal die «erwachsenen» Kinder jetzt und künftig das heimatliche Haus schon frühzeitig zu verlassen pflegen.

Um zusammenzufassen:
Gesundbleiben wird in Zukunft individuelle Pflicht sein. Manche sagen auch eine Pflicht voraus, die von der Gemeinschaft diktiert ist.
Die subjektive Belastung der Sinne und der Nerven wird immer noch stärker werden, die meisten Menschen werden unter Stress

stehen — was jedoch nicht heisst, dass Belastung oder Anstrengung körperlicher, geistiger und seelischer Art den Menschen überhaupt genommen werden könnten oder sollten. Es steht objektiv nicht fest, wann Stress vorliegt. Der auslösende Schlüssel liegt beim Subjekt. Man wird sich aber wohl in Zukunft den Satz zu eigen machen: *«Nicht Schonung oder Verwöhnung, sondern Anschirrung des Bios führt zur wahren Menschengesundheit»* (Herbert Fritsche).

Als Schlusswort möchten wir ein altes Wort von Hippokrates setzen, das vor etwa 2360 Jahren gesprochen wurde und das heute noch wahr ist: *«Gesundheit erflehen die Menschen von den Göttern, dass sie aber selbst die Macht darüber in sich tragen, das wissen sie nicht.»*



Wir gratulieren Frau Juliana Brem zu ihrem 90. Geburtstag

Im vergangenen September beging im Mutterhaus Ingenbohl Frau Juliana Brem in geistiger Frische ihren 90. Geburtstag. Sie kann auf eine lange Laufbahn im Dienste der Krankenpflege, an deren Entwicklung sie massgebend mitwirkte, zurückblicken. 1912 erwarb sie sich in Ingenbohl das Krankenpflegediplom. Von 1920 bis 1927 war sie Oberin am Viktoriaspital in Bern und wurde sodann zur Generalrätin des Ordens gewählt. Bis 1960 wirkte sie als Oberin im Claraspital Basel, wohin auf ihre Anregung 1952 die Krankenpflegeschule verlegt wurde. Frau Juliana gehörte zu den ersten Mitgliedern der 1945 gegründeten Kommission für Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes, welcher sie bis 1956 angehörte. Ihr ist es mit zu verdanken, dass in unserem Land die Schulen der Ordensschwestern, der Diakonissen und der freien Krankenschwestern in so gutem Einvernehmen zusammenarbeiten.

An der Gründung des SVDK, vor 25 Jahren, war sie ebenfalls massgebend beteiligt; sie setzte sich damals speziell dafür ein, dass Ordensschwestern zugewandte Mitglieder werden konnten.

So hat der Krankenpflegeberuf in unserem Land Frau Juliana, ihrer Weitsicht und ihrer Führernatur, sehr viel zu verdanken. Im Namen aller Leser der Zeitschrift entbieten wir ihr unsere besten Wünsche für weitere frohe Jahre, in guter Gesundheit, im neuen Lebensjahrzehnt.

Les infirmières et l'exercice de leur profession [1]

Le service infirmier à l'hôpital

Renée de Roulet [2]

Point de vue sur l'aspect service infirmier à *l'hôpital, à propos du Ve rapport du Comité d'experts des soins infirmiers de l'Organisation mondiale de la Santé* [3]

Introduction

Le rapport, dans son premier chapitre, parle de *l'avenir de la profession d'infirmière* et son contexte.
Il semble bien que l'action à entreprendre en vue de préparer le *futur* ne peut que rencontrer l'approbation générale du monde infirmier. Mais en attendant, il faut *vivre le moment présent* dans les services infirmiers, *utiliser les ressources à disposition.* D'ailleurs, les membres du Comité, avec beaucoup de sagesse, dans l'introduction et à plusieurs reprises, signalent avec réalisme *qu'il faut étudier les moyens à mettre en œuvre pour former des services infirmiers de qualité* et en *quantité suffisante* en fonction des situations qui se présentent, sans perdre de vue la nécessité de s'adapter à l'évolution. Il s'agit donc de vivre perpétuellement en période transitoire, avec un idéal que l'on salue de loin!

Situation présente

Je voudrais vous parler d'une situation sans doute connue qui se présente dans certains pays où le niveau de vie est bon. Les distances sont courtes, les moyens de communication nombreux et rapides: c'est en milieu hospitalier que les services infirmiers atteignent leur densité maximum, bien que les soins à domicile soient en augmentation, car on cherche à éviter ou à raccourcir une hospitalisation qui devient de plus en plus coûteuse.
Les problèmes sont donc au niveau du stade «clinique», que l'on ne peut séparer, à mon avis, de celui de la «réadaptation».
Les infirmières se sont vu confier des tâches qui étaient, il y a peu, celles des médecins, et de nombreuses *tâches administratives.* Ces dernières consomment beaucoup de temps qui devrait être consacré aux soins proprement dits. Elles sont aussi parfois une fuite lorsque les problèmes des malades semblent trop pesants et qu'il n'y a pas les ressources nécessaires pour les résoudre.
Dans de nombreuses institutions hospitalières les infirmières, grâce à leurs activités, ont été rendues responsables de la bonne marche des services, c'est-à-dire de l'utilisation du temps, du personnel, du matériel et des locaux à disposition. C'est une charge, mais aussi une chance, parce qu'idéalement l'infirmière, si elle était indépendante, pourrait organiser la journée en fonction des besoins des malades.

Mais pour organiser sa journée, elle est tributaire des *autres services* dont les horaires plus restreints et réguliers ne tiennent pas compte des besoins physiologiques des malades. Si l'horaire de ces autres services pouvait correspondre à celui du personnel soignant, il n'y aurait plus alors pour les malades de réveil avant l'aube, ni pour l'infirmière de jonglages avec le puzzle des événements. Au contraire, la charge de l'infirmière devient de plus en plus lourde, en particulier dans les services universitaires où le degré d'intensité des soins au

[1] Exposé fait à l'occasion d'une des «séances d'étude» au Congrès du CII à Montréal, en juin 1969. Les exposés présentés au cours de ce congrès paraîtront ultérieurement dans une publication du CII. C'est un privilège pour notre Revue d'avoir obtenu de la part des responsables du CII l'autorisation de publier ce texte aujourd'hui déjà et nous les en remercions vivement.

[2] Mlle Renée de Roulet, infirmière-chef générale, Hôpital cantonal, Genève.

[3] Voir le numéro d'octobre 1968 de la Revue, page 405.

malade est toujours plus important — observations, examens, traitements — dans un laps de temps de plus en plus court; cela finit par être harcelant, aussi bien pour l'infirmière que pour les malades.
Un *conflit* s'établit alors entre ce que l'infirmière a appris en théorie, ce qu'elle aimerait manifester, c'est-à-dire la disponibilité et la sensibilisation aux besoins des malades, et ce qu'elle peut réellement accomplir. Les facteurs essentiels de ce conflit sont soit le manque de temps (il faut qu'elle s'occupe de plusieurs malades à la fois), soit le manque de moyens financiers ou la dépendance d'autres secteurs qui, pour une raison ou une autre, ne parviennent pas à fournir les prestations nécessaires.
De surcroît, que d'imprévus viennent bousculer les plans établis: les problèmes de relations humaines posés par les difficultés avec le personnel à diriger, les professions avec lesquelles il faut collaborer, les erreurs dites humaines, tout ce qui ne marche pas comme il le faudrait!
Et l'on voudrait que l'infirmière soit disponible, sereine, créatrice d'harmonie? Qu'en advient-il? Elle ressent alors une mauvaise conscience permanente et les différends qui surgissent peuvent être graves pour son équilibre; ou alors, acceptant les circonstances telles qu'elles se présentent, elle se fait une philosophie et tend à glisser dans une certaine apathie. Que devient l'infirmière modèle, celle qui sait soigner, qui a des gestes habiles et réconfortants?

Quelques suggestions

En attendant que les infirmières et les auxiliaires soient formées selon les recommandations du «Ve rapport» et surtout que nous ayons des cadres qui sachent les utiliser, afin d'éviter désillusions et découragement, voici quelques *réflexions à l'intention d'une responsable des services infirmiers dans une institution.*
Son plan d'action doit être précédé d'une observation aussi approfondie que possible, non seulement des faits mais du comportement humain dans les différents secteurs dont elle est responsable et également dans les secteurs avec lesquels elle doit collaborer, car s'il est exact qu'il est important pour elle de définir les buts qu'elle poursuit

— fixer les objectifs à atteindre
— faire des plans
— structurer et organiser son service

il faut encore qu'elle sache utiliser les personnes comme elles se présentent, en découvrir les talents et les encourager.
Les plus récents travaux dans le domaine du «management» font mention du facteur humain comme étant primordial.

Pour être à même de dominer les problèmes humains, la responsable doit cultiver ses qualités de *leader:* avoir de l'enthousiasme, de la suite dans les idées, être sincère, courtoise, chaleureuse, pratiquer le respect d'autrui et de ses opinions, faire confiance. Il faut aussi qu'elle applique les principes d'administration. Je m'arrêterai sur deux de ces principes dont l'un en particulier est cité dans le Ve rapport. Une *bonne structure du personnel infirmier* prévoit «... une direction des services infirmiers, chargée d'orienter le développement d'ensemble, tout en ménageant la possibilité de déléguer à un personnel formé à moindre frais les fonctions qui peuvent lui être confiées. La fragmentation des services et les flottements dans la succession des contrôles devraient être réduits au minimum». (Ve rapport 3.3. p. 11.)

Il y a là deux remarques à faire:
a) Une bonne structure du personnel infirmier, bien hiérarchisée, indique à chacun les tâches qui lui sont attribuées, assure la circulation et la diffusion de l'*information* dans les deux sens. Plus une institution est grande, plus l'information est importante. Cette ligne hiérarchique doit être aussi simple que possible. Chaque personne saura clairement qui est son chef immédiat.

b) Outre la ligne hiérarchique, de supérieur à subordonné, il est souhaitable de créer des postes d'*infirmières-conseils* ou d'«assistantes» auxquelles une tâche particulière pourrait être confiée ou qui pourraient éventuellement procéder à des études et se consacrer à la recherche.

Une délégation de *responsabilité* s'accompagne d'une délégation *d'autorité:* responsabilité et autorité vont de pair. Par exemple, une infirmière responsable d'unité de soins a l'autorité d'organiser le travail dans son unité, pour confier les malades à chaque membre de son personnel. Les membres de son équipe pourront l'aider à établir les plans d'horaires et de congés et se sentiront ainsi responsables avec elle d'assurer les présences nécessaires pour que les soins aux malades soient régulièrement donnés. Un travail en équipe, bien dirigé et bien compris, avec une «complémentarité entre ses membres» permet d'élever la qualité des soins et d'utiliser les infirmières-modèles comme surveillantes de soins, sources de référence.

Quant à la *participation* que réclament, à juste titre, de jeunes infirmières, il est possible de l'organiser. Outre la participation à l'organisation du travail dans l'unité, la création de groupes de travail interservices offre à de bonnes infirmières soignantes l'occasion de participer à l'étude d'un problème lié aux soins par exemple, de faire valoir leur opinion, d'apporter leur expérience, ou leurs notions, de diffuser ensuite les conclusions des participantes du groupe, puis de concrétiser leur pensée. Cela permet ensuite de diffuser par voie hiérarchique les bonnes idées, les méthodes nouvelles ou de donner de l'importance à un aspect des soins infirmiers.

La directrice des services infirmiers doit veiller à la coordination des travaux de ces groupes et à l'application de leurs conclusions. Cette méthode met en valeur des infirmières bien préparées ou expérimentées, dites infirmières-modèles, dans le Ve rapport, *sans les retirer des soins directs aux malades,* ce qu'on a fait parfois en leur offrant un poste de cadre, promotion qui devait les valoriser mais ne les a pas toujours rendues heureuses et a privé les malades de leurs soins compétents.

Ce sont ces personnes qui forment *«le noyau d'infirmières capables»* dont parle le rapport lorsqu'il mentionne les pays à ressources extrêmement limitées; nous sommes tous, par moment et à différents niveaux, dans un pays à ressources limitées.

Une assez grande indépendance des cadres infirmiers permet d'organiser un *perfectionnement continu en cours d'emploi,* de stimuler les services dans ce sens et de les encourager. C'est le rôle des cadres supérieurs qu'il s'agit également de former et de perfectionner.

Dans le domaine du perfectionnement, il faut s'ingénier à inciter certaines *prises de conscience,* en tout premier lieu:

— prise de conscience du rôle que l'infirmière doit jouer. Il faut l'aider à repenser à sa motivation première, souvent plus sociale que scientifique. Son rôle primordial, auquel elle ne devrait jamais faillir, est celui *d'interprête* et de *coordinatrice* entre le malade et les personnes d'autres professions;
— prise de conscience du développement des sciences sociales qui pourrait l'aider à comprendre les réactions du malade dans le milieu où il vit et de pouvoir mieux l'aider;
— prise de conscience de toutes les tâches qu'elle a acceptées, autres que les soins — gestionnaire et secrétaire; à cela, certains hôpitaux aux USA et au Canada cherchent un remède et des expérimentations sont en cours pour utiliser non seulement des secrétaires d'unité, mais des gestionnaires chargées de toutes les tâches administratives au niveau de l'unité.

Quant au *personnel infirmier auxiliaire,* le rapport insiste sur la contribution que ce personnel peut apporter et qui doit être précisée au sein des équipes soignantes. Là encore, il faut éviter de créer une mauvaise conscience chez les infirmières qui confient des soins à un personnel auxiliaire parce qu'il n'y a pas moyen de faire autrement. Le rapport insiste bien à ce sujet (p. 15) en disant qu'il ne faut pas utiliser cette solution comme temporaire, ni continuer à penser que les tâches confiées à ce personnel auxiliaire sont une fonction dont l'infirmière pourrait s'acquitter si elle en avait le temps.

En considérant le personnel à disposition, il s'agit de procéder à une sélection adéquate

permettant de faire accéder aux soins aux malades toutes les personnes capables et intéressées, chacune dans la catégorie correspondant à ses capacités, sans toutefois multiplier les catégories d'auxiliaires.
Il est nécessaire d'organiser des cours en cours d'emploi à tous les niveaux, ainsi qu'un perfectionnement continu pour éviter une détérioration du climat autour des malades et pour que le personnel puisse travailler avec satisfaction.

En conclusion, l'importance relative des différents aspects des services de soins variera suivant les besoins et les ressources du pays. Mais les besoins ne dépassent-ils pas toujours les ressources? Notre idéal infirmier doit nous entraîner toujours à chercher des solutions meilleures, en utilisant la situation présente, mais sans désespoir et humblement, lorsqu'il est humainement impossible d'accomplir cette perfection recherchée.

Unité

Chaque présidente sortante du CII, lors de la séance de clôture du congrès, donne un *mot d'ordre* pour la nouvelle période quadriennale. Celui-ci est toujours attendu avec impatience par l'assemblée, chacun se demandant quel sera l'appel qui viendra s'ajouter à la liste déjà longue de 13 mots d'ordre donnés.
«Ténacité» a été celui de la période qui vient de se terminer, *«Unité»* est le mot d'ordre que Mlle *Alice Girard* propose en disant:

«Pendant que le nombre des associations membres tend à croître rapidement et que nous avons des ramifications aux quatre coins du monde, tandis que nous multiplions et consolidons nos groupes régionaux, il paraît essentiel à la survie de notre association de préserver notre *unité*.

Dans mon esprit, l'unité n'est pas un symbole qui impose des limites. Elle n'est pas non plus simple soumission, mais plutôt recherche constante de la vérité dans nos objectifs doublée de l'union dans la foi en nos méthodes.
L'unité exige plus qu'un désir sincère de notre part de formuler des objectifs dans lesquels nous avons foi, et si nous ne réussissons pas à atteindre pleinement nos aspirations, nous ne devons pas pour autant conclure que nous avons perdu confiance les unes dans les autres ou que nous n'avons plus foi dans nos méthodes; des obstacles que nous rencontrerons inévitablement sortira une meilleure compréhension. Rappelons-nous que le compromis intelligent est souvent la preuve de la sagesse courageuse. Nous souhaitons trouver au sein de notre association la bonne volonté, le respect, la confiance réciproque, la collaboration désintéressée. Si, grâce au génie scientifique de la présente génération, nous avons réussi à rapprocher les peuples, pourquoi ne pourrions-nous pas, grâce à un sens aigu de l'unité, faire de cette terre un lieu de *fraternité*? Chacun sait, en effet, que sans unité, nos efforts resteront sans valeur.»

Propos sur l'évolution technique des soins infirmiers

Extraits de quatre conférences présentées au Congrès du CII à Montréal

... Si votre profession tombe en désuétude, vous n'aurez qu'à dire *Mea Culpa.*
Jusqu'ici, *médecins et infirmières* n'ont pas cru bon de s'intéresser de trop près aux «boîtes noires», comme ils ont baptisé les nouveaux outils technologiques. Il faut blâmer leur formation, traditionnellement basée sur l'art de la profession, plutôt que sa science.
Ces deux professions font très peu pour préparer les nouvelles recrues à vivre à l'aise avec la technologie, pourtant appelée à faire un progrès spectaculaire au cours des vingt prochaines années. Dans différentes spécialités, les infirmières sont petit à petit remplacées par des *techniciens,* dont la formation n'est pas aussi satisfaisante que le serait celle d'une infirmière bien préparée technologiquement.
Il faut attirer et retenir, dans les rangs de la profession infirmière, grâce à un excellent statut et des avantages économiques *des femmes de carrière, très compétentes, dont l'intérêt se portera vers les malades plutôt que vers l'administration et l'enseignement.*

Dr John-D. Wallace, directeur exécutif de l'Hôpital général de Toronto

*

... Les infirmières acceptent l'avènement de la technologie, mais ne se sentent pas directement visées; une erreur qui amènera la disparition de notre profession si elle n'est pas corrigée.
Je ne veux pas dire que chacune de nous doit se spécialiser dans une unité de thérapie intensive. Non, car ce côté clinique des soins n'est pas la seule responsabilité de la pratique infirmière. Mais il n'est pas non plus valable de refuser de l'engager dans les tâches soumises aux progrès constants de la technique sous le prétexte que les autres aspects des soins vont finir par être délaissés. Il s'agit là d'une fausse conception; c'est vis-à-vis de l'ensemble des soins infirmiers qu'il faut établir sans tarder une politique nette et concertée.

Les infirmières devraient réagir sur deux fronts. *En tant qu'individus, elles doivent bannir toute crainte de l'aspect scientifique de la technologie. Collectivement, elles doivent exercer une forte pression sur les autorités de leurs pays respectifs, afin de recevoir la formation nécessaire à tous les niveaux.* Alors, avec le temps, selon ses propres besoins, chaque pays établira l'équilibre entre la technique et les soins infirmiers.

Mlle Nelida-K. Lamond, infirmière, professeur en sociologie des soins infirmiers à l'Université du Natal, à Durban, Afrique du Sud

*

... La technologie est un couteau à deux tranchants, car il existe une technologie sociale et une technologie materielle; et la conférencière déplore de voir cette dernière prendre la préséance sur la première, surtout en ce qui concerne les transformations technologiques dans le *domaine administratif.*
La direction a le devoir de créer un milieu où l'homme peut cohabiter sans dommage avec la machine.
Maniée avec clairvoyance, la technologie aboutit à une meilleure ambiance de travail. C'est là le seul but à viser. Le rôle du personnel doit préoccuper l'administration au même titre que l'installation des nouveaux outils, puisqu'ils affectent la consistance et la portée de chaque tâche. Il est indispensable d'instituer des programmes adéquats, pour recycler le personnel, évaluer les salaires, fixer les échelles de paie, redéfinir les tâches, et étudier attentivement les méthodes d'évaluation du rendement de la main-d'œuvre.

Les transformations technologiques peuvent être bénéfiques à l'administration, mais *c'est l'élément humain, et lui seul, qui permettra à la technologie d'être pleinement efficace.*

Mlle Lucie-D. Germain, adjointe au directeur de l'Hôpital Pennsylvania, Philadelphie, USA

*

La complexité toujours grandissante de l'équipement modifie la relation patients-infirmières et transforme le contexte des institutions de santé. Dans certains cas, les patients deviennent des numéros de série, des codes perforés sur une carte d'ordinateur; dans d'autres cas, ils prennent une nouvelle importance parce que la médecine confie à la machine les plus humbles routines. Le même problème se retrouve au niveau infirmier. *Certaines infirmières déplorent la perte du traditionnel contact avec les malades; d'autres, au contraire, accueillent la machine comme la libératrice qui leur donnera enfin le temps d'avoir des contacts humains avec les patients.*

En pleine connaissance des buts poursuivis et de ce qu'on attend de lui, l'individu peut s'adapter à une multitude de nouvelles fonctions, sans perdre intérêt et motivation. *Leadership dans les services de santé:* Endosser les responsabilités du chef est une fonction cruciale et qui, sinon les membres de la profession d'infirmière, peuvent pleinement l'assumer dans le domaine de la santé? On ne peut pas diriger «à moitié», il faut le faire à fond, et seule pourra le faire la personne qui a totalement assimilé la signification technologique et sociale de l'évolution. *S'attaquer à ces problèmes, les comprendre, les résoudre, et partant de là, y adapter leurs méthodes de travail, voilà, à mon avis, le plus beau défi que le siècle offre aux infirmières.*

M. Léo Dorais, premier recteur de la nouvelle Université du Québec

Propos sur l'évolution technologique et le droit

Extraits d'une conférence présentée au Congrès du CII

...Les changements technologiques récents ont bouleversé nos façons de voir et de vivre et il n'est pas étonnant d'en trouver les répercussions au niveau du droit qui se veut, par définition, l'ensemble des règles régissant les activités humaines.

Jusqu'à notre époque, l'homme s'était épanoui sous le signe de l'individualisme et son génie a engendré des entreprises et des réalisations qui dépassent l'individu et sont d'une dimension telle que seules les équipes et les collectivités peuvent dorénavant les animer. La technologie a rapetissé notre planète, a réduit, sinon supprimé, les frontières entre les nations et a rendu les hommes interdépendants.

Cette évolution technologique de l'homme perfectionnant ses outils, transforme nécessairement la société dans laquelle il vit et les règles qui l'avaient régie jusqu'ici. Voici comment se traduisent, dans le droit, ces modifications sociales: législation d'assistance sociale, sous forme d'allocations aux

familles, aux vieillards, aux chômeurs, aux invalides, aux mères nécessiteuses, etc. Législation accordant des octrois à l'éducation, à la santé; législations règlementant des domaines nouveaux issus directement de la technologie: aéronautique, pollution de l'eau et de l'air, etc.; législation nouvelle gouvernant la vie collective, les groupes (villes, compagnies, syndicats, coopératives). Devant ce droit nouveau des collectivités, on peut observer, en guise de saine réaction, une préoccupation accrue de l'individu, souvent sans défense face à ces groupes qui ont tendance à l'étouffer. La *charte des droits de l'homme* et la création d'un poste de défenseur du citoyen face à l'Etat sont des manifestations de cette préoccupation.

L'établissement hospitalier qui avait été de tout temps une institution de charité, est devenue une véritable entreprise de soins fondée sur le rendement. Si les médecins et les hôpitaux ont bénéficié pendant des siècles de ce qu'on pourrait appeler l'*immunité judiciaire,* il n'en est plus de même aujourd'hui. Les médecins étant devenus des hommes de science et les hôpitaux des entreprises de soins, les tribunaux ont été amenés à élaborer une théorie nouvelle, celle du *contrat de soins* qui intervient entre le patient et son médecin, entre le patient et l'hôpital. La reconnaissance de ce contrat a entraîné avec elle des responsabilités civiques beaucoup plus lourdes pour le médecin et l'hôpital.
A l'heure actuelle, l'un des problèmes hospitaliers est justement le partage des tâches et des responsabilités entre médecins et infirmières. Si l'on délègue facilement à l'infirmière la responsabilité de certaines tâches, on se retranche par ailleurs derrière les textes de loi quand il s'agit de distinguer les prérogatives du médecin de celles de l'infirmière. Et on invoque l'exclusivité de l'acte médical en faveur du médecin. Du point de vue juridique, la question demeure sans réponse. Il est à prévoir qu'une situation de fait devra s'établir pendant un certain temps, avant que la loi ne soit modifiée. C'est probablement par le mécanisme des *conventions collectives* qu'une solution s'amorcera.

Me Claude Tellier, avocat, Montréal

Kofoworola A. Pratt, 3e vice-présidente du CII de la période écoulée, infirmière-chef du Ministère de la Santé en Nigéria, présidente de l'association d'infirmières de ce pays, membre du Comité d'experts de l'OMS sur les soins infirmiers.

Télévision

La section de Genève de l'ASID sera présentée par la TV dimanche, 30 novembre, à 14 h 15, au cours de l'émission «Le saviez-vous?»

Voyage d'étude en Amérique du Nord

Liliane Bergier [1]

A l'occasion du Congrès du Conseil international des infirmières à Montréal, deux monitrices de l'Ecole supérieure d'infirmières de la Croix-Rouge suisse, Mademoiselle *Martha Meier* de Zurich et la soussignée, ont obtenu un congé de huit semaines pour faire un voyage d'étude en Amérique du Nord: trois semaines au Canada et cinq semaines aux Etats-Unis.
Si nous avons pu profiter au maximum de ce séjour, c'est grâce à l'esprit d'organisation de nos collègues d'outre-Atlantique, plus particulièrement à l'initiative de l'Association des infirmières diplômées de l'Ontario *(Registered Nurses Association of Ontario,* RNAO) et de l'Association américaine des infirmières *(Americain Nurses Association,* ANA), qui ont préparé et mis à disposition des associations membres du CII des programmes de visites pour les congressistes de Montréal.
C'est ainsi qu'au **Canada,** nous avons pu participer avant le Congrès à une conférence de trois jours à l'*Ecole d'infirmières de l'Université de Toronto,* consacrée à l'évolution dans les programmes d'enseignement infirmier au Canada et à une visite de deux jours à Hamilton où nous avons fait connaissance avec diverses écoles d'infirmières: celle de l'Université Mac Master et celles de divers hôpitaux qui offrent une formation en deux ans.
Après la semaine du Congrès à Montréal, au cours de laquelle le temps nous a manqué pour faire des visites professionnelles, et un bref arrêt à Ottawa, la capitale fédérale, nous sommes retournées à Toronto où, après une journée d'orientation au siège de la RNAO, nous avons durant une semaine visité de nombreux hôpitaux, anciens ou modernes, et discuté avec des responsables de services infirmiers les divers aspects qui nous intéressaient. Durant ces deux semaines, nous avons rencontré quelque 200 infirmières de tous pays, parmi lesquelles une élève-infirmière australienne qui faisait le tour du monde pour son compte!
Nous avons été reçues de façon charmante partout: réception par les anciennes élèves de l'Université de Toronto, soirée familière avec les membres de la section de Hamilton de l'Association, lunch offert par le Ministère de la Santé de l'Ontario, garden-party chez un médecin d'un des hôpitaux visités, promenades en auto aux chutes du Niagara, etc.
Vraiment nos collègues ontariennes n'ont pas économisé leur peine et leur temps pour rendre notre séjour dans leur province mémorable, et c'est à regret que nous avons quitté le Canada, cet immense pays dont nous n'avons vu qu'une infime partie mais dont nous avons pu apprécier le dynamisme et l'hospitalité.

C'est cependant pleines de curiosité pour ce que nous allions y trouver que nous avons gagné les **Etats-Unis,** en commençant par New York.
Un mot s'impose ici pour expliquer comment l'ANA a procédé pour l'organisation des visites. Prévoyant que des milliers d'infirmières du monde entier «envahiraient» les Etats-Unis avant ou après le Congrès de Montréal, l'ANA a demandé aux infirmières des villes les plus fréquemment visitées par les touristes étrangers de constituer des *«commissions volontaires de coordination»* chargées de prendre contact avec les institutions et d'établir un programme de visites possibles, se répétant de semaine en semaine, du début juin à fin juillet ou début août. Ces programmes comportaient pour chaque jour de la semaine la liste des institutions disposées à recevoir des visites, ce que chacune avait de particulièrement intéressant à présenter, les heures auxquelles les visiteurs étaient attendus, le nom de la personne chargée de les recevoir et, souvent, le moyen le plus rapide de se rendre du centre de la ville à l'institution. Il suffisait de s'annoncer un peu à l'avance et de préciser la date choisie.

Nous avons pu ainsi choisir un itinéraire touristique *(Discover America)* et nous arrêter une semaine dans les villes offrant un de ces programmes: New York, Détroit, San Francisco, Washington et Boston (Chicago et Houston étaient aussi prêts à nous recevoir, mais nous n'avons pu aller partout).
Durant ces cinq semaines, nous avons été reçues dans quatorze hôpitaux, dix écoles d'infirmières, deux services fédéraux de la Santé, au Siège de l'Association des infirmières de Californie, de l'ANA et de la Ligue pour le Nursing (NLN)

[1] Mlle Liliane Bergier, monitrice, Ecole supérieure d'infirmières, Lausanne

ainsi qu'au bureau d'enregistrement de l'Etat du Massachussets. Partout notre qualité de membre du CII nous a ouvert toutes les portes et nous a valu une réception chaleureuse de la part de nos collègues américaines.
J'espère pouvoir, dans un prochain article, vous transmettre quelques-unes des impressions si nombreuses que j'ai ressenties, des réflexions que nous avons pu faire, mais je tiens pour le moment à souligner l'énorme avantage que nous avons retiré de notre appartenance à notre association suisse des infirmières sans laquelle ce merveilleux voyage n'aurait pu avoir lieu dans des conditions aussi favorables.

Bureau suisse de placement pour le personnel infirmier étranger [1]

«Dix ans d'anniversaire»
Nous constatons avec plaisir que notre organisation est bien connue par de nombreux employeurs, employés, consulats et diverses associations proches ou lointaines, si bien que nous n'avons guère besoin de propagande.
En jetant un regard sur notre activité des dix années écoulées, nous constatons avec reconnaissance que par notre intermédiaire plus de 6700 collaborateurs qualifiés des services de soins, radiologie et laboratoire ont été placés. Cela confirme bien la nécessité de notre organisation et l'idée bienvenue de créer il y a dix ans un bureau de placement tel que le nôtre, idée due aux responsables de l'*ASID*, de l'*Association des infirmières HMP* et de l'*Association suisse d'établissements pour malades*, en collaboration avec l'*Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail.*

Service de placement
Seul un enregistrement sur bande magnétique pourrait reproduire l'ambiance intéressante et variée des journées passées à notre bureau de la Wiesenstrasse 2, Zurich, sans oublier la correspondance très diverse et polyglotte.
Il ne s'agit pas seulement de renseignements donnés sur les différentes possibilités de travail et les conditions d'engagement; la protection de l'employé par l'assurance maladie et accidents joue également un rôle important.
Au cours de cette année nous avons pu, en collaboration avec l'Office du travail de Belgrade, négocier l'engagement de 21 infirmières yougoslaves en janvier et 18 en juillet. 12 infirmières coréennes ont pu être engagées par l'intermédiaire de leur association professionnelle et ont atterri à Kloten après de longues démarches pour l'obtention du permis de quitter leur pays et l'autorisation de séjour en Suisse.
Des 674 (en 1967: 519) personnes engagées, 43 sont des infirmières HMP, 18 infirmiers et 23 auxiliaires (avec un à deux ans de formation), 44 infirmières ont été placées par l'intermédiaire des associations nationales d'infirmières. Un nombre important d'infirmières se sont annoncées directement aux hôpitaux universitaires de Bâle, Berne et Zurich et également auprès d'autres hôpitaux. Ces candidatures nous ont été transmises et après vérification des certificats, nous avons entrepris les démarches nécessaires en vue de l'obtention du permis de séjour et de l'autorisation de pratiquer. A cela s'ajoutent les 116 demandes de changement de place pour du personnel travaillant déjà en Suisse et qui désirait connaître une autre partie de la Suisse.

Appréciation des diplômes
Par l'intermédiaire de l'Office fédéral de l'industrie et des arts et métiers, il était recommandé aux offices de travail cantonaux de nous soumettre pour préavis toutes les demandes d'autorisation de pratiquer qui ne provenaient pas de notre bureau avant d'émettre le permis de travail. Pendant l'année écoulée nous avons pu vérifier 156 demandes (en 1967: 130) qui nous ont été envoyées par Bâle, Berne, Bienne, Coire, St-Gall et par le Service de la santé publique du canton de Vaud. C'est avec étonnement que nous devons à nouveau constater que quelques cantons émettent des autorisations de pratiquer

[1] Extraits du rapport annuel 1968. Le rapport complet a été publié dans la Revue Veska, juillet 1969, page 339

sans nous consulter et sans se soucier de la validité de la formation professionnelle des candidates. C'est lors de changements de place dans un autre canton qui nous soumet ces diplômes, que nous devons constater que malgré un magnifique document la candidate n'a pas subi la formation professionnelle correspondante.
Il nous paraît donc désirable et voire même indispensable — dans l'intérêt de nos malades — que l'on ne permette pas d'exercer une profession paramédicale sans l'autorisation de la direction cantonale de la santé publique.

Service des renseignements et des conseils
L'entrevue personnelle est très importante pour celui qui cherche un renseignement, un conseil ou un emploi; nous avons pu en faire l'expérience après le 21 août. C'est en effet le dialogue qui nous a permis de trouver plus facilement une solution au problème des infirmières qui nous arrivaient de Tchécoslovaquie et qui étaient pour la plupart mariées. La tâche nous est pourtant bien plus difficile du fait de la concentration sur la ville de Zurich des personnes cherchant une place.
Un nombre de plus en plus croissant d'infirmières mariées nous obligera de trouver une meilleure possibilité de *travail partiel*. Nous nous réjouissons de constater quelque progrès dans ce domaine.
Nous apprécions, la collaboration active avec les infirmières et infirmiers-chef ainsi qu'avec les directions des hôpitaux et nous aimerions ici les en remercier tout spécialement.

Nina Bänziger

Action de Noël 1969

Le numéro 11 de la Revue nous rappelle chaque année qu'il y a parmi nous des collègues isolés par l'âge ou la maladie. Bien sûr, ils ne sont pas tombés dans l'oubli puisque les secrétaires et plusieurs membres de nos sections vont les trouver régulièrement tout au long des mois. Mais à Noël nous aimerions leur témoigner de la part de vous tous qu'ils appartiennent toujours à la grande famille de l'ASID.
En décembre 1968 le cadeau choisi, 316 coussins de couleur rouge, soigneusement emballés et munis d'un message — les élèves-infirmières sont riches en idées originales — a été unanimement apprécié. Par-ci, par-là nous avons pu aider encore en envoyant une somme d'argent plus ou moins grande, de sorte que les dépenses totales du «Fonds Action de Noël» se sont élevées à près de 9000 fr. De nombreuses lettres de remerciements nous sont parvenues et font que nous regretterions de nous voir dans l'impossibilité de continuer cette vieille coutume.
L'envie ne nous manque pas de vous dire quelle sera la surprise de cette année, mais nous devons encore garder le secret. Cependant sans votre aide nous ne pouvons rien faire, le capital restant du «Fonds Action de Noël» n'est plus que de 2564 fr. 95. Nous faisons donc appel à votre esprit de solidarité, persuadées que nous sommes de votre générosité habituelle.

Veuillez adresser vos dons au compte de chèques postaux de l'ASID 30 - 1480 avec la mention «*Action de Noël*». Merci d'avance!
Commission du Fonds de secours de l'ASID

World Federation of Mental Health
Congrès de la Fédération mondiale pour la santé mentale, à Jérusalem, Israël, 10 au 12 août 1970.

Thème: «*Mental Health in Rapid Social Change.*» Langues: français et anglais.
Pour tout renseignement s'adresser à: Israel Association for Mental Health, c/o Mental Health Services, Ministry of Health, 20 King David Street, Jerusalem.

L'homme sain et l'homme malade à l'avenir

Traduction résumée de la conférence donnée par M. H. Wagenführ, Tubingue, lors du Congrès ASID 1969 à Winterthour [1]

Ordre d'importance des biens à l'heure actuelle et à l'avenir

Dans l'Antiquité, en Egypte et en Grèce, on se saluait par le mot «Joie». La joie et le bien-être étaient les biens les plus cotés. Il n'en est plus de même aujourd'hui; nous n'avons guère de plaisir à vivre — si on peut encore appeler «vie» l'existence que nous menons. Ce qui nous manque surtout, c'est la notion du sens de notre vie.

Nous commençons pourtant à comprendre la valeur de la santé, de la vitalité, de la sympathie, à prendre la peine de recréer un ordre de valeurs.

La Grèce nous en donne un exemple: elle met la santé à la place d'honneur, puis la fait suivre de la joie, de l'honneur, de la connaissance du bien et du beau. Nous n'allons hélas pas revenir à la Grèce antique, mais nous pourrions nous en inspirer, même si nous ne construisons pas sur une croyance, mais sur un raisonnement logique. Il ressort d'enquêtes récentes, que la santé est considérée comme le bien le plus précieux. Sur le plan de l'économie, ce point de vue conduit à une augmentation des dépenses en faveur de l'hygiène et de la santé. Il faut prévoir une augmentation substantielle des salaires du personnel soignant, qui n'ont — et de loin — pas suivi l'ascension des salaires survenue dans d'autres secteurs. Jointe à une amélioration du statut social des infirmières et des possibilités accrues de perfectionnement, cette augmentation sera capable d'améliorer le recrutement. L'augmentation des loisirs conduira l'homme à rechercher une bonne hygiène physique et mentale. Quelles conséquences cette évolution aura-t-elle sur notre profession? Celle-ci d'abord: l'agent de santé prendra le pas sur la personne qui soigne les malades. Permettez-moi une courte parenthèse: la charité a tendance à disparaître de notre société; il faudrait que toute personne désirant se vouer à la théologie, à la philosophie ou la sociologie, de même que tout futur politicien, passe par une école sociale où il lui serait possible d'affronter le monde de l'angoisse et de la pauvreté.

Répartition future des dépenses en fonction de la santé

Lors d'une enquête effectuée en 1966, plus de la moitié des personnes interrogées se déclarait prête à tout entreprendre pour sauvegarder sa santé. Au cours d'une autre enquête, visant à connaître l'importance relative accordée à différents biens, 26 % des personnes consultées ont accordé la première place à la santé, alors que 11 % seulement lui préféraient les biens matériels. Comprise au sens de bien-être physique et psychique, la santé jouera à l'avenir un rôle énorme sur le plan économique comme sur celui du comportement.

Le «futurologue» français Jean Fourastié a dressé la liste de l'augmentation des dépenses pour 1990:

Nourriture:	1,8 %
Vêtement:	2,5 %
Articles de ménage:	3,5 %
Loisirs:	4,5 %
Hygiène et santé:	4,8 %

A l'avenir, on aura le temps de s'occuper davantage de son physique et on sera mieux au courant de son état de santé. La diminution des heures de travail permettra également de lutter contre les maladies de la civilisation. La partie du revenu disponible, une fois les besoins vitaux couverts, ira elle aussi en augmentant. (On compte qu'elle atteint aujourd'hui en moyenne 29 % du revenu et qu'elle atteindra 36 % du revenu

[1] Traduction et résumé par Mlle Hedwige Wyler, Ecole d'infirmières La Source, Lausanne. Voir texte complet en allemand page 465.

en 1975.) Ces chiffres proviennent d'Allemagne, mais les conditions de vie sont à peu près les mêmes en Suisse.

Accroissement de l'importance de la médecine préventive

A l'heure actuelle, les médicaments sont curatifs pour la plupart; à l'avenir, les médicaments préventifs les supplanteront. Dans certains pays d'Asie, le médecin est payé tant que son client reste en bonne santé; vient-il à tomber malade, il ne lui doit plus rien. Blague à part, la médecine préventive est en plein essor; le personnel soignant salue cette progression; il restera toujours assez de malades et d'infirmes à soigner.

Les maladies de l'avenir

Le taux de morbidité ne baissera pas encore ces prochaines années; il augmentera encore, au contraire, en raison de l'accroissement des responsabilités, des exigences et des risques auxquels les hommes seront soumis. On estime actuellement qu'un être humain tombe malade environ 1200 fois durant son existence, 800 atteintes sont très bénignes, 300 affections peuvent être soignées par le malade lui-même ou son entourage, 92 par le médecin praticien et 8 seulement nécessitent le secours du spécialiste ou un traitement en milieu hospitalier. Qu'en sera-t-il dans un avenir plus lointain? On n'en sait rien encore, mais on peut penser que l'augmentation des maladies de civilisation sera compensée par la diminution des autres maladies, plus particulièrement des maladies infectieuses.
Tout ce qui a été dit jusqu'ici concerne les pays hautement industrialisés; la situation est évidemment différente dans les pays en voie de développement. Ces considérations nous amènent à prévoir une nouvelle forme de médecine, que nous appellerions la *«géomédecine»;* elle étudierait l'influence des conditions géographiques et sociales sur la morbidité.

Aspect futur des soins infirmiers

L'hôpital et la clinique de l'avenir auront un aspect beaucoup plus technique que l'hôpital actuel, du fait de l'introduction de cerveaux électroniques, qui effectueront une très grande partie des recherches et des travaux de secrétariat. L'infirmière devra centrer son activité sur le côté humain de sa profession, sur sa relation avec le malade. Sa relation avec le médecin va prendre la forme d'une collaboration de plus en plus étroite. L'hôpital de Tübingen est déjà équipé d'installations électroniques; nous ne vivons donc pas dans l'utopie, mais dans la réalité. Sur le plan technique, la surveillance du malade sera effectuée par des appareils dans un avenir très proche. La médecine préventive fera également appel à des appareils pour toutes sortes d'analyses, ces examens «automatiques» permettant de réaliser de substantielles économies.

Conclusions à tirer de cette évolution: nous devons transformer notre conception de la profession, non seulement afin de l'adapter aux conditions dans lesquelles elle sera exercée, mais aussi afin d'assurer un recrutement suffisant. A l'avenir, la profession d'infirmière comptera au nombre des professions sociales les plus importantes.
Je voudrais évoquer aussi de nouvelles possibilités de spécialisation: l'agent de santé et l'assistant social ou l'infirmier pour les vieillards. Il faudra tenir compte du vieillissement de la population et de l'importance des besoins en soins infirmiers des personnes âgées.
En résumé: à l'avenir, l'individu sera responsable de sa santé. Mais déjà des voix s'élèvent, disant qu'il faut confier cette responsabilité à la collectivité.
Je voudrais conclure mon exposé en vous citant une sentence d'Hippocrate, encore valable aujourd'hui: Les hommes demandent la santé aux dieux, car ils ne savent pas qu'elle est entre leurs mains.

Les infirmières du service de nuit

Résumé d'un article de Mlle M. Clavé, infirmière D. E., paru dans la «Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale» Paris, juillet-septembre 1969
Dans le cadre d'une série de reportages sur les différents aspects de la profession d'infirmière, la RIAS aborde cette fois le travail des infirmières de nuit.

Qui sont ces infirmières appelées un peu péjorativement «les veilleuses», que l'on retrouve au petit matin, pâles, frileuses, fatiguées; quels sont leurs problèmes; que pensent-elles?

Pourquoi les infirmières choisissent-elles le service de nuit?

Précisons que ce service est *imposé* à beaucoup d'entre elles. C'est le cas notamment dans les grands hôpitaux parisiens où souvent les jeunes diplômées sont tenues d'effectuer un an de veille après le diplôme d'Etat; d'autres infirmières sont priées d'assurer le service de nuit en attendant une promotion ou une mutation.
Mais il y a beaucoup d'infirmières qui optent volontairement pour ce service, les horaires pouvant constituer un facteur préférentiel.
Tel est le cas des *infirmières ayant des charges de famille:* enfants en bas âge dont elles s'occupent pendant la journée, parents âgés à charge, ou encore un mari malade. Encore faut-il que ces infirmières aient la possibilité de prendre suffisamment de repos, ce qui n'est pas toujours le cas; aussi fournissent-elles cet effort au préjudice de leur santé et cet état de fait entraîne un problème d'absentéisme et de productivité que constatent les infirmières-chefs conscientes de ces difficultés.
Il y a une catégorie d'infirmières choisissant le travail de nuit parce qu'il *leur permet de préparer un diplôme de spécialisation* tout en assurant leur subsistance; ceci demande beaucoup de courage et de résistance physique.
Il y a aussi les infirmières attirées par *le rythme et les horaires du travail de nuit.* Au début, elles pensent bénéficier de plus de liberté en jouant sur le sommeil, mais elle comprennent vite qu'il faut respecter le temps de repos pour «tenir». Cependant elles peuvent mieux profiter de la vie diurne (magasins, musées, expositions) et ont l'avantage d'avoir, entre les périodes de travail, trois, quatre et parfois même cinq jours de repos consécutifs.
Enfin, beaucoup d'infirmières *aiment le travail de nuit en lui-même.* Elles apprécient l'indépendance dont elles jouissent, les responsabilités qu'elles doivent prendre, la tranquillité et le silence de la nuit; elles se sentent plus proches des malades. La plupart estiment qu'elles travaillent dans une atmosphère professionnelle plus amicale et solidaire que ne l'est celle de jour. La nuit on s'entraide, on échange des conseils. Il n'y a pas de rivalités entre services comme il en existe parfois le jour.

Les problèmes que pose le travail de nuit

Le travail de nuit, qu'il soit choisi ou imposé, pose en lui-même des problèmes certains qu'on ne peut ignorer.
Un problème physique: il faut une solide résistance physique pour travailler la nuit. En général, les infirmières supportent assez bien cette vie à «contre-sens» pendant les deux premières années; puis elles accumulent une fatigue dont elles n'arrivent plus à se défaire. Il faut beaucoup de discipline personnelle pour conserver un équilibre, tant dans le domaine du sommeil que dans celui de l'alimentation.
L'habitude survenant, les infirmières assurant un service de nuit régulier depuis 6 ou

7 ans disent s'être finalement bien adaptées à cette vie anachronique.

Les problèmes psychologiques: Le plus grave de ceux-ci est le sentiment de *solitude et d'inquiétude* ressenti par beaucoup d'infirmières, surtout si elles sont débutantes: solitude devant la souffrance, inquiétude devant les responsabilités. La solution?: choisir des infirmières très équilibrées (la nuit, les problèmes prennent une importance disproportionnée) et très expérimentée... et c'est en général le contraire qui se produit. Par manque de personnel, on «parachute» de nuit de jeunes infirmières traumatisables, déroutées, connaissant mal le service. Un autre problème psychologique est le *sentiment d'être déconsidérée professionnellement.* L'importance du travail de nuit est très souvent méconnu et isole les infirmières de nuit du reste de l'équipe hospitalière... et ceci nous amène au chapitre suivant:

Les problèmes professionnels... dont le principal est un *problème de relation.* Dans la majorité des établissements visités, il y a absence de solidarité et d'esprit d'équipe entre les services de jour et de nuit. Il semblerait que le personnel de jour manifeste un léger mépris et une certaine méfiance à l'égard de l'équipe qui prend la relève le soir. Les infirmières de nuit expliquent cette attitude par l'idée — fausse, bien entendu — que les infirmières de jour se font du travail de nuit: les médecins étant absents, l'activité est réduite et on s'imagine que la veilleuse ne fait pas grand-chose, donc qu'elle ne *sait* pas faire grand-chose! Or, de plus en plus, les traitements se poursuivent pendant 24 heures. Donc la surveillance demande une attention et une compétence accrues et il semble évident que le travail de nuit devrait être confié à une très bonne infirmière, alors qu'une infirmière moyenne est mieux encadrée pendant la journée.
Les infirmières de jour sont excusables de leur attitude. En effet, dans la majorité des services (à l'exception des services de soins intensifs) les infirmières compétentes disponibles sont placées dans les services de jour, et les services de nuit sont organisés «à la petite semaine» en utilisant souvent du personnel non diplômé pour combler les vides.

Beaucoup d'infirmières de nuit se plaignent de ne disposer des médicaments et du linge nécessaires à leur travail qu'en fonction de ce que le personnel de jour juge bon de leur sortir, les réserves de pharmacie et de linge étant sous clef. Elles jugent que les premiers lésés sont les malades, et cet état de choses est fort déprimant pour les veilleuses.
Toutefois, certaines surveillantes, ouvertes à ce problème, ont fait du service de nuit un service autonome, disposant de réserves en pharmacie et matériel, dont l'infirmière de nuit est responsable. Il faut également citer des établissements où la coordination existe entre les deux services qui, alors, forment une seule et même équipe. Mais c'est rare, environ le 15 % selon les observations de ce reportage.

Un autre problème souvent mal résolu est celui de la *transmission de service.* Si certaines infirmières interrogées jugent le cahier de transmission bien conçu et consciencieusement rempli, la plupart d'entre elles trouvent ce cahier incomplet et trop rapidement rédigé.
Souvent l'infirmière de nuit n'est pas tenue au courant de l'évolution de l'état du malade; beaucoup se plaignent de ne pas être suffisamment informées après les trois nuits de repos hebdomadaire.
Enfin, les infirmières de nuit souffrent d'un *isolement professionnel* qu'il faut souligner. L'une d'elles s'exprime ainsi: «Sauf dans les services de soins intensifs, on n'apprend rien la nuit, sinon la patience et ce que c'est que d'être seule en face de ses responsabilités, en face de la maladie et de la souffrance.»
Il existe bien des cours, dans beaucoup d'hôpitaux, en vue du perfectionnement du personnel infirmier, mais leurs horaires ne sont guère compatibles avec celui de la veilleuse; c'est le cas également pour les cours de l'extérieur.
Quant à des cours organisés spécialement pour le personnel de nuit, selon de nombreux avis exprimés, ils attireraient peu d'infirmières, le travail de nuit isolant

tellement celles-ci, qu'elles ne se sentent plus concernées par les problèmes généraux de la profession!

A la fin de ce chapitre des problèmes que pose le travail de nuit, une question: *quel remède apporter à cet état de fait?*
Voici la réponse citée dans le rapport: «Celles qui l'ont expérimenté n'en voient qu'un seul: organiser dans la mesure où c'est accepté et où il n'y a pas d'obstacle familier majeur, un service de roulement comportant un mois de service de nuit tous les quatre mois, par exemple. A défaut, une mutation de service d'un mois par an entre les infirmières serait souhaitable; elle apporterait une solution au problème de relation entre le personnel de jour et celui de nuit et, surtout, un sentiment de revalorisation aux infirmières de nuit, réintégrées ainsi dans l'équipe hospitalière.»

Une infirmière doit-elle concevoir le travail de nuit de la même façon que le travail de jour?

Dans l'essentiel, oui; mais il y a des facteurs particuliers au travail de nuit. Le premier devoir est de *donner confiance au malade,* et pour cela ce dernier ne doit pas sentir de rupture entre service de jour et service de nuit.
Une solide *expérience hospitalière* est nécessaire, ainsi que des *réflexes rapides* et un *don d'observation aiguisé.* Il faut, la nuit, une *honnêteté* et une *conscience* professionnelle encore plus rigoureuses que le jour, car on est seule et sans contrôle.
La nuit est pénible pour les malades qui ne dorment pas; ils sont angoissés, inquiets. L'infirmière doit savoir écouter avec patience ce que le personnel de jour n'a pas toujours le temps d'entendre.
Mais cet aspect du travail de l'infirmière de nuit peut être épuisant, car, si de jour il y a d'autres infirmières et des médecins pour s'occuper du malade, la nuit on est seule et on le prend en charge à part entière. Ce côté du travail nocturne peut être trop lourd pour certaines infirmières et explique le réflexe de fuite qui les empêche d'assumer leur rôle dans son intégralité.

Un autre point important: *savoir respecter le repos du malade.* Il n'est pas toujours possible d'éviter de le réveiller pour la surveillance et la poursuite des traitements, mais une bonne veilleuse sait concilier repos et soins dans la mesure du possible.
L'infirmière de nuit doit aussi organiser son travail de façon à se ménager, elle. Le personnel est réduit et la veilleuse a souvent sous sa surveillance un nombre important de malades, répartis sur plusieurs services, parfois même plusieurs étages.

Les conditions du travail de nuit

Horaires et rémunérations

Ce chapitre, très complet dans le rapport, sera résumé brièvement; il s'agit des conditions de travail dans des établissements français dépendant, soit d'administrations différentes, soit du secteur privé.
Il y a des hôpitaux pratiquant le roulement de 8 heures (de nuit: 23 h à 7 h). Mais dans la plupart des établissements, la durée de veille est de 12 heures, soit 20 h à 8 h.
Lorsque *le service est de 8 heures,* les infirmières travaillent 5 nuits, suivies de deux repos, soit 40 h par semaine.
Pour celles travaillant 12 heures, le rythme peut être très variable. Si le travail hebdomadaire est limité au nombre d'heures légal, il s'établit ainsi: 2 nuits — 3 repos — 2 nuits — 2 repos — 3 nuits — 2 repos... ou 4 nuits — 3 repos — 3 nuits — 4 repos; avec un repos supplémentaire toutes les 6 semaines.
Les heures supplémentaires donnent droit à une indemnité de 25 % à 50 % en plus du salaire horaire normal.
Le personnel travaillant *de nuit* touche une *prime* qui peut augmenter le salaire de 120 à 200 fr. par mois.

Il est intéressant qu'une enquête ait été consacrée aux conditions de travail de l'infirmière de nuit. Ce reportage concerne des établissements publics et privés du secteur parisien, surtout. Qu'en pensent les «veilleuses» de Suisse? Ont-elles les mêmes difficultés, rencontrent-elles les mêmes problèmes?

Résumé: Antoinette de Coulon

Die Arbeit am Krankenbett – aus der Sicht des Patienten

R. Kull-Schlappner [1]

Nach längerer Krankheit bin ich von der Redaktion aufgefordert worden, Eindrücke vom Krankenhaus und von Krankenschwestern aus der Sicht des Patienten in einem Artikel zusammenzufassen.

Um jedes Missverständnis auszuschliessen, möchte ich gleich zu Beginn festhalten, dass sich diese Erfahrungen nicht auf ein einziges Spital stützen, vielmehr hat mich eine «Pechsträhne» in verschiedene Krankenhäuser geführt; nicht zuletzt habe ich auch manches sehen und beobachten können bei Eingriffen an meinen Kindern und auch bei Unpässlichkeiten von Bekannten und Freunden. Und ebenso nachdrücklich möchte ich unterstreichen: Wenn da und dort Negatives gesagt wird oder gesagt werden muss, lassen sich diese Erlebnisse nicht in allem verallgemeinern, und ich möchte auch dankbar feststellen, wie viel ich an Gutem erleben und erfahren durfte durch Aerzte und Schwestern, deren Wirken hohe Anerkennung gezollt werden muss. Es lässt sich wohl auch nicht umgehen, dass manches subjektiv oder egozentrisch tönen mag, wie alles, wenn von Selbsterlebtem und Selbsterfahrenem gesprochen wird. Auch können nur einzelne Aspekte an einigen praktischen Beispielen beleuchtet werden. Wenn ich manches anführe, was mich bewegt, so nicht im Sinne einer bösartigen Kritik oder aus Ressentiments, die Ausführungen sollen vielmehr dazu dienen, dieses oder jenes Problem, das Schwestern und Pfleger in guten Treuen manchmal nicht beachten, zu bedenken. Zudem berühren mich Spitalprobleme nicht nur als Menschen, als potentiellen Patienten, sondern auch als Glied der Gesellschaft und ihrer sozialen Struktur.

[1] Frau Rosmarie Kull-Schlappner, Journalistin, Derendingen SO, Mitarbeiterin bei der «Zeitschrift für Krankenpflege».

Die besondere Situation des Patienten

In Krankheitstagen hat der Patient Zeit zum Beobachten, auch zum Nachdenken und zum Kombinieren. Er empfindet vieles anders als der Gesunde, was oft zu wenig Berücksichtigung erfährt. Er ist zuweilen wie ein «ungeschältes Ei», und was für Aerzte und Schwestern sozusagen selbstverständlich und Routine ist, vermag ihn zu beunruhigen und zu erschrecken. Was für sie Alltag und immer wiederkehrende Arbeit ausmacht, bedeutet in vielen Fällen für den Patienten etwas Einmaliges. Er ist in seiner Krankheit, in seiner Angewiesenheit auf andere den Betreuern mehr oder weniger hilflos ausgeliefert. Er wird gleichsam auf sich selbst zurückgeworfen, er ist geplagt von Aengsten, nicht einmal nur um seine eigene Person, sondern er trägt auch Sorgen um seine Nächsten, die durch sein Leiden miteinbezogen und mitbetroffen werden.

Ueberdies gehen einem Spitaleintritt oder einer Operation meist längere Beschwerden und aufreibende Untersuchungen voraus, die den Patienten in körperlicher und seelischer Hinsicht reduzieren, was auch bedacht werden muss.

Es ist nicht immer Egoismus, wenn Kranke ungeduldig werden, und wenn sie nach dem Daheim verlangen, entspringt dieses Bedürfnis auch nicht einer Undankbarkeit gegenüber Aerzten und Schwestern, die sich um ihn mühen, sondern ihrem wirklichen Leiden. Wer sich in ein Spital begeben muss, dem mögen neben eigentlichen Schmerzen und Krankheit noch andere Umstände zu schaffen machen. Die Umgebung mit komplizierten Einrichtungen und Apparaten, die manchmal furchteinflössend wirken, ja eine «fremde Welt» mit ihrer eigenen Gesetzlichkeit, in der man manchmal das Gefühl hat, administrative und technische Dienste seien wichtiger als menschliche Kontakte, verstärkt im Patienten zuweilen das Empfinden

des Ausgeliefertseins und die innere Einsamkeit. Aerzte und Schwestern sehen zudem den Kranken niemals so, wie er wirklich ist. Er ist vor ihnen «klein» und «schwach», und darum werden jene, die sich um ihn mühen, «gross» und «stark». Vielleicht unbewusst lassen sie diese Superiorität den Kranken spüren. Dieser sollte, um besser verstanden zu werden, mehr von seinem «Lebensmuster» erzählen können, aber dazu fehlt meistens von seiten des Personals die Zeit, vielleicht auch das Interesse.
Es ist für einen Patienten schmerzlich und zudem wenig tröstlich, wenn ihm gesagt wird, wie «gut» er es habe, wie es andern schlechter gehe (was ja ein vernünftiger Mensch nicht bezweifelt) oder wenn ihm angedeutet wird, er kenne das Leid nicht; dabei kann es sich um einen Menschen handeln, der schon einige Lebensjahre und Erfahrungen hinter sich hat. Man halte doch einen Kranken in mittleren Jahren mit einiger Intelligenz nicht für derart naiv, dass man glaubt, ihn aufrichten zu müssen mit dem Argument, «andere hätten auch etwas». Das ist anzunehmen, denn das Leben verteilt seine Freuden und Kümmernisse wohl auf alle. Sicherlich kann der Blick auf noch Schwereres, das andere zu tragen haben, dankbar stimmen, aber in gewissen Augenblicken ist ein Patient in seinem Leiden nur ganz er selber, ohne dass er darum egoistisch und uneinsichtig wäre.

Noch etwas sei bedacht: Zahlreiche Menschen gehen ihren Weg mehr oder weniger bewusst. Manche stellen über die Dinge des Lebens keine tiefgründigen Reflexionen an und nehmen sie, wie sie kommen.
Andere hingegen leben bewusster und besitzen Vorstellungskraft. Sie wissen, dass, um es überspitzt zu sagen, in der Geschichte, in der Politik, im menschlichen Leben überhaupt (und somit auch in der Medizin und im Spital) es «nichts gibt, was es nicht gibt» und dass auch das Unmögliche, im Guten wie im Bösen, möglich ist. Dadurch haben sie es in etlichen Belangen schwerer, sie erleben alles intensiver und machen es — das sei zugegeben — Aerzten und Schwestern auch schwerer. Doch, das zeigt die Erfahrung, sind Mediziner und Schwestern, wenn sie selber erkranken, gerade weil sie alle Möglichkeiten kennen und abzuschätzen wissen, nicht immer die «einfachsten» Patienten. Der Mutige ist nicht derjenige, der die Gefahr nicht sieht und die Angst nicht kennt, sondern der, welcher die Gefährdung ins Auge fasst und die Angst auszuhalten versucht.

Die Einstellung zu Leid und Verantwortung

Viele Schwestern vermeinen, nur weil sie sich der kranken Menschen annehmen — sicherlich verdienstvoll— sie allein würden das menschliche Leid kennen. Auch Aerzte reagieren oft derart! Gewiss, die Gesundheit ist ein hohes Gut, aber es gibt noch anderes, was das Leben wertvoll gestaltet oder es anderseits verdüstert. Die leibliche Gesundheit zu überschätzen, ist letztlich auch eine Art Materialismus. Eine Heilkunde, die im Materiellen verhaftet ist, kann niemals berufen sein, die Not des Menschen in ihrer Ganzheit zu begreifen. Wie oft wird aber, vorab im chirurgischen Bereich, nur gerade das Organ, das krank ist, in Betracht gezogen und gepflegt!
Darf ich aus persönlicher Erfahrung sprechen? Früher hatte ich beruflich in der Gemeindefürsorge mit «anderem» Leid, nicht körperlichem allein, zu tun, das für meine Schützlinge schwerwiegende Probleme aufwarf und mich selber stark beschäftigte, auch über die eigentliche Arbeitszeit hinaus. Und ich sehe noch meinen Vater vor mir, der als Jurist und Richter schwere Verantwortung zu tragen hatte. Wenn er eine weitreichende politische Entscheidung treffen musste, wenn er einen Menschen ins Zuchthaus schicken, über die bürgerliche Ehre eines Angeklagten zu befinden oder eine Lebensgemeinschaft zu trennen hatte, auch das war eine harte menschliche Pflicht, die Einblicke in Leid gewährte und auch Leid aufbürdete. Hätte ich von all dem der Schwester, die mir einmal an einem einschneidenden Wendepunkt, sicher gut gemeint, aber mit allzu vereinfachenden Argumenten zusprechen wollte, erzählen sollen? Auch der «Trost», dass man noch lebt, während andere sterben müssen (wir

müssen dies ja alle und haben mit diesem Gedanken zu leben), vermag einen empfindsamen Patienten zu bedrücken. Nicht, weil er das Geschenk des Lebens nicht zu würdigen wüsste und undankbar, ja einsichtslos wäre, doch in gewissen Augenblicken der eigenen Not sind solche Sprüche sinnlos, und zudem ist Leben unter bestimmten Umständen schwerer als ein «Ende mit Schrekken».

Kleinigkeiten, die sich summieren, die nicht lebensbedrohlich, jedoch lebensbeeinträchtigend sind, sie werden manchmal zu einer schwereren Last, als ein einziger, unerbittlicher Schlag. Das mag Ansichts- und Temperamentssache des einzelnen Kranken sein! Schwestern übrigens, die schon selber durch Krankheiten und mit ihnen verbundene Probleme gegangen sind, haben oft eine ganz andere Einstellung zu ihren Patienten, weil die Erfahrung immer noch der beste Lehrmeister ist. Sehr oft erweist sich nämlich die Theorie in der Praxis auch in dieser Hinsicht als etwas anderes, als man selber bis anhin glaubte.

Darf ich an dieser Stelle noch einige Gedanken äussern in bezug auf den Begriff der *Hoffnung,* der gerade im Krankenhause immer wieder zur Sprache kommt und der sich für den Patienten in einem besondern Lichte zeigt. Der Franzose ist klarer, wenn er unterscheidet zwischen *«espoir»,* der Hoffnung also, und *«espérances»,* den Hoffnungen. Nun können Hoffnungen, Erwartungen im Spital wohl dahinschwinden und enttäuscht werden (selbstverständlich auch sonst im Leben, doch der Kranke sieht sich in dieser Beziehung wieder in einer besondern Situation). Die Enttäuschung der Hoffnungen — kann das Uebel gefunden werden? Ist es zu heilen? Muss man sich mit unabänderlichen Tatsachen endgültig abfinden? — stellt sich immer wieder ein, und dazu müssen sowohl Aerzte, Krankenschwestern und Patienten Stellung nehmen. Diese Enttäuschung aber, die vielfach auch einer Einsicht in die Selbsttäuschung, in die Illusion gleichkommt, sie kann zu einer Befreiung der innern Existenz werden und darum zur Chance für die *Hoffnung,* deren ontologisches Merkmal die Sicherheit ist. Während Hoffnungen zerstört werden können, ist die Hoffnung unenttäuschbar, weil Dasein schon Hoffnung ist. Man könnte es vielleicht auch so ausdrücken: Die Hoffnung stirbt nicht, auch wenn der Hoffende selbst, als Einzelner, stirbt! Für ihn kann das Leben nach dem Tode die einzige Zukunft sein, die bereits begonnen hat. Die *Verzweiflung,* die einen Kranken oft überfällt, ist eine Vorwegnahme der Enttäuschung, und die Demut erwächst da, wo der erste Schock überwunden ist. Ich glaube, man hat im Spital vorsichtig zu sein mit dem Reden um Hoffnungen und Hoffnung. Steht ein Patient vor einer bestimmten Tatsache, ist ihm, um sich damit abzufinden, Zeit zu lassen.
Positive Haltung und Ermutigung durch Arzt und Schwester sind wichtig und bedeutungsvoll. Doch glaube ich, gilt es sparsam zu sein mit dem Erwecken von Hoffnungen und mit gutgemeinten Versprechen, weil sie sich oft nicht erfüllen lassen oder nicht eingehalten werden können, denn es ergeben sich in bezug auf den Zustand des Patienten und auch auf das Programm eines Spitals immer wieder Entwicklungen, die anders verlaufen, als man glaubt. Dem Kranken bleibt ja immer noch Zeit, wenn alles gut geht, sich dankbar zu freuen, jedoch Enttäuschungen, wenn er etwas erwartet, was dann doch nicht Verwirklichung findet, setzen ihm zu.

Hier sei noch ein Wort erlaubt zur religiösen Einstellung der Schwester, die sich auf den Patienten auswirken kann. Es braucht Fingerspitzengefühl, um zu spüren, wieviel und was in diesem sehr subtilen Bereich, das an Innerstes rührt, gesagt werden darf. Ist der Patient in dieser Beziehung überhaupt ansprechbar, verlangt er danach? Es ist eine erschütternde Wahrheit, dass auch ein gläubiger Kranker in einer schwierigen Lage sich in einer «Gottesferne» ohnegleichen befinden kann und in der Anfechtung steht. Es geht dabei um tiefgreifende, ja unfassbare Dinge, die nicht einfach mit Gemeinplätzen religiöser Art oder Bibelsprüchen allein abgetan werden können. Und es darf auch nicht erwartet werden, mit ihnen sei dem

Patienten geholfen! Ich glaube, dass ein Mensch in der Trübsal, in entscheidenden Augenblicken von der religiösen Substanz, die er hat (oder nicht hat) her lebt, und dass er anderseits auch getragen und durchgetragen wird von eben dieser religiösen Substanz oder menschlich-ethischen Haltung von Arzt und Schwester. Es erübrigen sich darum viele und grosse Worte, weil sich letztlich alles auf das reduziert, was ich im weitesten Sinne als Liebe bezeichnen möchte.
Vergessen wir auch nicht, dass es Menschen gibt, die ihr Leiden mit andern starken Kräften als christlichen tapfer tragen (nicht nur Christen sind a priori gläubige Menschen, was oft missachtet wird) und mit ihrer Philosophie, aus welchen Quellen auch immer, mit Würde und Gelassenheit zu sterben verstehen, etwas, was eine Schwester, wenn sie selber in ihrem christlichen Glauben verwurzelt ist, zu akzeptieren und zu respektieren hat.

Noch einen Punkt möchte ich erwähnen, weil er manchen Patienten zu schaffen gibt. Wohl kann es ihm objektiv gut gehen, selbstredend im Rahmen seiner Krankheit (z. B. Blutdruck ist wieder besser, die Narben heilen gut usw.), aber er fühlt sich subjektiv noch schlecht. Die Grenzen der Tragfähigkeit sind ja differenziert und nicht zu allen Zeiten gleich und dürfen für Arzt und Schwester nicht zu einem Wertkriterium werden. Wenn er nun aber in seinem Unbehagen immer wieder hören muss, wie «gut» es ihm gehe, was an sich erfreulich ist, so fühlt er sich, weil er sich doch noch schlecht fühlt, irgendwie schuldig. Auch wenn er sich zusammennimmt, und oft sehen Arzt und Schwester gar nicht, welche Kraft ihn das kostet, kann er zuweilen schwach und entmutigt sein. Ein Wort: «Tun Sie nicht dumm», etwa beim Aufstehen, wenn sich die ganze Welt vor den Augen dreht, oder: «Sie sind labil», wenn vielleicht einmal eine stille Träne fliesst, kann darum zutiefst schmerzen. Auch Routinefragen vermögen zu verletzen, weil ihnen anzuspüren ist, dass sie der Unüberlegtheit, die die Persönlichkeit des Kranken gar nicht erfasst, entspringen. Eine liebe, ledige Bekannte, die sich einer gynäkologischen Notoperation zu unterziehen hatte, klagte mir, sie sei, als sie auf der Bahre vor dem Operationsraum lag, von einer Schwester routinemässig-geschäftig gefragt worden: «Ist ihr Gatte benachrichtigt?» In bestimmten Situationen kann eine bestimmte Ausdrucksweise treffen! Ein Blick auf die Personalientabelle, die ja immer «mitgeht», hätte die Schwester ja rasch belehren können, wer vor ihr lag. Ich selber wurde auf dem Wege zum Operationssaal — ich sollte mich wieder einmal einem Eingriff unterziehen — nach meiner Konfession gefragt. In diesem Augenblicke nicht gerade ermutigend! Nun ist es an sich begrüssenswert, wenn daran gedacht wird, sollte es nötig werden, einen Patienten nicht ohne Trost der Kirche, welcher auch immer, in ein anderes Leben hinübergehen zu lassen. Selber hatte ich auch schon, als es mir schlecht ging, gebeten, daran zu denken. Doch, wenn sich die Schwester noch einmal rückversichern wollte, denn es kann ja auch während einer Operation Schwerwiegendes eintreten, so waren sicherlich Ort und Zeit für diese Frage fehl am Platze.

Psychologie — wo bleibst du?

Es wäre noch ein Wort anzubringen zum Zustand, den wir als «Krankenhausstress», als «Spitaltrauma» bezeichnen können, und auch zur Lage des Patienten nach Eingriffen, die gefolgt werden von postoperativen Depressionen, welche übrigens noch lange anhalten können, wenn der Patient schon entlassen ist. Wir kennen ja auch den «Heuler» der Wöchnerinnen, die durchaus glücklich sind. Dass es diese Erscheinungen gibt, ist wohl unbestritten, dass der Patient darunter schrecklich leiden kann, ist eine Erfahrungstatsache, die aber — und das ist das Ueberraschende und Bedrückende — gerade von jenen, die es wissen sollten, zu wenig beachtet wird. «Das ist nun einmal so», heisst es etwa, wenn für den Kranken die Welt ins Dunkel versinkt. (Tragen vielleicht nicht auch Narkosen und Medikamente dazu bei?) Und wenn man vielleicht noch weiss, dass ein Kranker ohnehin das Leben nicht auf die leichte Schulter nimmt und sich

manchmal seine Stimmung trübt, so sind Aerzte und Schwestern entschuldigt, wenn ihm etwas zu schaffen macht, denn «er ist nun eben so veranlagt». Psychischer Druck, aus welchen Gründen auch immer, ist aber oft schwerer zu ertragen als physische Schmerzen, welchen noch gesteuert werden kann.

Leib und Seele hängen ja eng zusammen, doch das scheint noch nicht in das Bewusstsein vieler Schwestern gelangt zu sein, die oft noch glauben, der Patient mache sich damit wichtig und wolle sich eine Depression «leisten», was andere nicht können! Man redet heute wohl viel von Psychosomatik, aber merkwürdigerweise ist der Mensch, der seelische Schwierigkeiten hat, gleichsam «gezeichnet», selbst bei Medizinalpersonen, die ihn unwillkürlich in seiner dunklen Stimmung anders einstufen als er wirklich ist, oder ihn nicht ganz ernst nehmen. Manchmal, so scheint mir, wird der psychosomatischen Betrachtungsweise allzuwenig Rechnung getragen. Einerseits werden Symptome, die auf den ersten Anhieb nicht erklärbar sind, rasch als «psychisch» bezeichnet, anderseits vernachlässigt man das «heilende Wort» (schliesslich redet man ja von der Sprechstunde des Arztes) in Situationen, die an sich somatisch begründet sind. Es gilt jedoch, ein Gleichgewicht zu finden zwischen nur somatischer und nur psychischer Betrachtungsweise. Diese Forderung stellt sich um so mehr, als sich die Medizin immer mehr spezialisiert und professionalisiert, was Technisierung und Mechanisierung nach sich zieht. Einfühlung wie Verständnis für die jeweilige Lage des Patienten müssen darum mit dieser Entwicklung Schritt halten. Neben den körperlichen Bedürfnissen im Akutspital sollten auch die seelischen in angemessener Weise berücksichtigt werden. Zuwendung und menschliche Wärme sind Faktoren, die viel zur Heilung beizutragen vermögen, doch, so glaube ich, braucht es heute noch mehr, nämlich ein bestimmtes Mass an psychologischem Wissen von der unterschiedlichen Situation der Patienten. Leichtkranke und Schwerleidende reagieren anders, auch der «chirurgische» Patient unterscheidet sich vom «internen» oder «gynäkologischen». Vermehrt sollte die Psychologie der Operationsvorbereitung gelehrt werden.

Kurz gesagt: die mitmenschlichen Beziehungen zwischen Arzt, Schwester und Kranken wirken sich auf Diagnostik, Therapie und Pflege aus. Es ist eine besondere Gabe, kranke Menschen nicht nur zu pflegen, sondern in ihrem innern Geschehen zu begleiten, eine Aufgabe, die zweifellos nicht leicht ist, aber in der man sich üben sollte. Auch da möchte ich aus meiner journalistischen Tätigkeit etwas beifügen: Ich werde öfters gebeten, an Examina von Schwestern teilzunehmen, und so führt mich mein beruflicher Weg oft in Schulspitäler und psychiatrische Kliniken. Da ist mir aufgefallen, dass Psychiatrieschwestern neben ihren spezifischen Berufskenntnissen noch etliches auszusagen haben über Körperkrankenpflege, während Schülerinnen in allgemeiner Krankenpflege noch kaum — oder es müsste ein Zufall sein? — über psychische Zusammenhänge geprüft werden, es sei denn über banale Fragen. Und doch wäre gerade das so sehr nötig, wenn sie wüssten, wie sehr ein Patient an einer Depression im Akutkrankenhaus leiden kann und wie ihm zu helfen ist, sei es durch die modernen Psychopharmaka oder durch das richtige Mass des Zuspruches. Man weiss sozusagen Bescheid über eine Herzmassage, aber man weiss nicht, wie es dem Patienten «ums Herz ist». Wie ich nun allerdings kürzlich vernahm, sind einige Krankenpflegeschulen darauf übergegangen, ihren Schülerinnen für einige Wochen ein Praktikum in einer psychiatrischen Klinik zu ermöglichen, was zu begrüssen ist. Eine ehemalige «Vorschülerin», die in meinem Haushalt weilte, sagte mir bei einem Besuche, ihr sei damit eine Welt unbekannter Not aufgegangen.

Fortsetzung folgt

Von Veranstaltungen ausserhalb der Kongresshalle

ICN-Kongress in Montreal

Der ICN-Kongress in Montreal glich einem Labyrinth. Allein schon das Kongressgebäude mit seinen vielen Eingängen, seinen verschiedenen Treppen, die zur Kongresshalle führten, seinen Gängen und Rolltreppen, Geschäften und Einkaufszentren, war von verwirrender Unübersichtlichkeit. Aehnlich verloren mochte sich mancher Kongressteilnehmer gefühlt haben, wenn er sich ein Bild von den Veranstaltungen machen wollte. Wohl konnte er aus dem dicken Band des ICN-Programms in vier Sprachen viel Wissenswertes erfahren, vor allem über die offiziellen Veranstaltungen und die Plenarsitzungen. Doch damit wusste er etwa gleichviel, wie von einem Eisberg über dem Wasserspiegel sichtbar ist. Alles andere musste mit Ausdauer und unter reichlichem Zeitaufwand erforscht und auskundschaftet werden. Ein wenig kam uns dabei das täglich erscheindende *ICN-Bulletin* zu Hilfe, doch auch dieses konnte nicht alle Neugier befriedigen.
Recht spannend und amüsant war es jeweils, eine Weile vor dem grossen *Anschlagbrett* stehen zu bleiben. So weit die Arme reichen (in die Höhe!) steckten da Botschaften, Grüsse und Mitteilungen aller Art, mit Nadeln auf das Brett gespiesst. Einzelne Kongressteilnehmer versuchten auf diese Weise eine bestimmte Kollegin aus der Schar der 9000 Tagungsteilnehmer zu erreichen, Grüpplein von Ehemaligen einer Schule oder eines Kurses gaben ein Treffen bekannt, man erfuhr von geplanten Ausflügen oder beruflichen Besichtigungen, verlorene und gefundene Gegenstände wurden angezeigt usw.

In der Zeit, die nicht durch das Kongressprogramm beansprucht war, sah man die Teilnehmer scharenweise auf Entdeckungsreisen ausziehen, um die Grosstadt Montreal, ihre Sehenswürdigkeiten und verlockenden Gaststätten kennenzulernen. Andere wieder machten sich auf den Weg zu einem der zahlreichen *Empfänge und geselligen Veranstaltungen.* Niemand kennt wohl die Zahl der Gruppen und Grüpplein, die sich so zusammenfanden, mittags oder abends. Nationale Verbände versammelten ihre Mitglieder und luden Gäste aus anderen Ländern ein, wie dies der SVDK tat. Zu den etwas über 70 *SVDK-Kongressteilnehmerinnen* stiessen noch Schweizer Krankenschwestern, die in Montreal wohnen oder vorübergehend dort arbeiten. Weiter zählten zu den Gästen leitende Persönlichkeiten des ICN und des kanadischen Schwesternverbandes sowie der Schweizer Vizekonsul von Montreal, Herr H. R. Aebischer und seine Frau, alles zusammen etwa 100 Personen. Es war ein fröhliches Gedränge in dem kerzenerleuchteten Saal, ein Sich-Begrüssen, Sich-Kennenlernen und Sich-Unterhalten. Wer Glück hatte, konnte sich ein Gläschen Fruchtsaft oder Sherry oder ein belegtes Brötchen erkämpfen und vielleicht sogar sich zwei Minuten auf einen der ganz wenigen Stühle setzen.

Andernorts trafen sich Gruppen aller Art von Leuten gleichen Fachs, um in ungezwungener Weise, ohne Protokoll und Formalität, mit Kolleginnen aus aller Welt Gedanken auszutauschen. Ein Beispiel dafür: das gemeinsame Mittagessen der Redaktorinnen der Fachzeitschriften, in einem kleinen, winkligen französischen Restaurant mit roten Plüschsesseln. Man sass eng, Stuhl an Stuhl; das Stimmengewirr und die verschiedenen Sprachen erschwerten ein richtiges Gespräch. Trotzdem kamen Kontakte zustande, begegnete man Menschen, die man bisher nur dem gedruckten Namen nach gekannt hatte.
Andere Empfänge wieder waren formellerer Art, mit offiziellen Gästen aus den Rängen

der Behörden, mit Abendkleid und den üblichen Höflichkeits- und Dankesansprachen.
In guter Erinnerung bleibt mir ein Abendessen mit einer Kanadierin, in ihrem Hotelzimmer, wo die ganze Mahlzeit auf einem Tischchen zur Tür hereingerollt kam, wie auch das angeregte Gespräch im gemütlichen Gaststübchen bei bretonischen «Crêpes» mit zwei Schweizer Kolleginnen, die zurzeit in Kanada und in den USA arbeiten, wobei eine von ihnen direkt nach dem Essen zur Nachtwache in ein Spital von Montreal eilen musste.

Ein in beruflicher Hinsicht sehr bedeutendes Stück Eisberg, das leider für viele Kongressteilnehmer unsichtbar blieb, waren die *Gruppengespräche («Special Sessions»)* über bestimmte Themen. Zwar konnte sich jeder Kongressteilnehmer gleichzeitig mit seiner Anmeldung für eine solche Gruppe einschreiben. Doch waren diese Programme bei Kongressbeginn ganz ungenügend angezeigt. Kaum jemand wusste über Ort und Zeit derselben Bescheid. Dazu kam, dass diese Gespräche gleichzeitig mit den Plenarvorträgen stattfanden. In 30 solchen Gruppengesprächen wurden 15 Themen behandelt, je in englischer und französischer Sprache, wobei die Hörsäle über die ganze Stadt verstreut waren, in Universitäten und Spitälern, was für den Weg viel Zeit in Anspruch nahm. Das Thema wurde jeweils zuerst am «runden Tisch» von verschiedenen Referenten dargelegt, worauf die Diskussion folgte. Da die Teilnehmergruppen relativ klein waren, entwickelte sich sogleich ein spontanes Gespräch, und es entstand eine direkte Beziehung zwischen den Referenten und den Zuhörern, was bei den Plenarsitzungen in der Kongresshalle selten der Fall war.
In der August-Nummer der Zeitschrift, Seite 341, wurden einige Beispiele von Diskussionsthemen genannt, im weiteren wurden behandelt: Vorgesetztenprobleme, Forschungsfragen, gesetzliche Bestimmungen im Krankenpflegeberuf, Fachzeitschriften und Bibliotheken, dann im klinischen Bereich die Pflege des Patienten nach Nierentransplantationen, nach Herzoperationen, seine Betreuung nach Spitalaustritt, in abgelegenen Gebieten, die Gesundheitsüberwachung im Betrieb und anderes mehr.
Diese Gespräche waren nicht allein vom fachlichen Standpunkt aus fruchtbar, sondern ganz besonders in menschlicher Hinsicht. Krankenschwestern aus aller Welt ergriffen das Wort, und es kam oft zu recht hitzigen Aussprachen. In der Sitzung zum Thema *«Aufbau und Entwicklung des Berufsverbandes»* beklagte sich z. B. eine junge französische Krankenschwester recht bitter über die ungenügende Information über den Berufsverband in ihrem Land, was zur Folge habe, dass sie selbst und viele ihrer Kolleginnen erst lange nach Lehrabschluss, oft nur durch Zufall, in nähere Beziehung zu ihm traten. Eine Anregung aus dem Zuhörerkreis, der Beitritt zum Berufsverband sollte für alle Krankenschwestern obligatorisch erklärt werden — denn, so war die Begründung, von seinen Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen würden ja doch alle profitieren — führte ebenfalls zu einer lebhaften Diskussion.
In der Gruppe, die über die *Fachzeitschriften* diskutierte, entstand plötzlich eine Auseinandersetzung zwischen einem Berufsjournalisten und Vertreterinnen der kanadischen Fachzeitschrift, als ersterer den Standpunkt vertrat, die Krankenschwestern sollten vermehrt öffentlich Stellung nehmen zu unerfreulichen Verhältnissen und Vorkommnissen im Gesundheitswesen. Die Schwestern sollten sich aktiver an der öffentlichen Meinungsbildung beteiligen, sollten selbst Berichterstattungen übernehmen, wenn besondere Probleme auftauchen. Als Beispiel wurde ein Fall von ungenügender pflegerischer Betreuung in einem Heim für Chronischkranke genannt, der damals die Oeffentlichkeit in der Provinz Quebec beschäftigte.
Viel zu rasch verging die Zeit bei der Diskussion über *Forschung in der Krankenpflege,* allzu vielseitig waren die aufgeworfenen Fragen. Als unbestrittene Ansicht kam zum Ausdruck, dass jedes Land eine seiner Grösse angepasste Anzahl gut geschulter Krankenschwestern brauche, die wissen, wie Studien und Erhebungen im Berufsbereich durchzuführen sind, die in in-

terdisziplinären Forschungsgruppen mitwirken können, die sich als Experten, Beraterinnen und Unterrichtende betätigen. Neben diesen relativ nur wenig zahlreichen spezialisierten Schwestern ist es aber unerlässlich, dass sich Schwestern und Krankenpfleger in grosser Zahl, wo immer sie auch eingesetzt sind und unabhängig von ihrer Stellung in der Personalhierarchie, für Forschungsfragen interessieren. Es gilt immer wieder die eigene Arbeitsweise und die Arbeitssituation, in der man steht, kritisch in Frage zu stellen und nach besseren Lösungen zu suchen.

Die Forschung im Pflegeberuf, so hiess es auch, hat sich bisher allzu sehr auf Organisations- und Ausbildungsprobleme festgelegt; zu kurz kommen dabei die eigentlichen pflegerischen Handlungen, die noch nach überlieferten und nicht immer rationellen Methoden ausgeführt werden.

Eindrücklich war, in der Gruppe über *allgemeine Personalfragen,* von der wachsenden Bedeutung der *innerbetrieblichen Weiterbildung* zu hören. Es ist heute nicht mehr möglich, in der Grund-Berufsausbildung sämtliche Kenntnisse zu vermitteln, die eine Krankenschwester braucht, um allen ihren Aufgaben gerecht zu werden. Zusätzliches spezialisiertes fachliches Wissen ist unentbehrlich, je nach dem pflegerischen Gebiet, dem sie sich zuwendet. Die Spezialisierung muss an eine umfassende, auf breiter Basis aufgebaute Grundausbildung anschliessen. Wie, wo und durch wen das erforderliche zusätzliche Wissen vermittelt werden soll, ist eine Frage, die weitherum immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Haben solche internationale Kongresse einen Sinn, ist der Aufwand gerechtfertigt? Diese Frage hört man immer wieder, und bestimmt haben alle Kongressteilnehmer sie sich selber gestellt. Die Antwort darauf wird sehr verschieden ausfallen, hängt sie doch von den persönlichen Erlebnissen und Erwartungen der einzelnen Teilnehmer ab. Die bedeutendsten und nachhaltigsten Eindrücke gewann man vielleicht auf zufälligen Nebenpfaden, und es wäre nicht ausgeschlossen, dass die wesentlichsten Aussagen über unseren Beruf in bescheidenen, nüchternen Hörsälen der Stadt und nicht in der überdimensionierten Kongresshalle gemacht worden sind.

A. M. Paur

Belehrung über Sterilität an einem Stand der IFAS

(IFAS = Internationale Fachmesse für Arzt- und Spitalbedarf in Zürich, 3. bis 7. September 1969)

Seit einiger Zeit ist ein steriles Spezialpflaster im Handel, mit welchem Rissquetschwunden zugeklebt werden können, so dass nicht genäht werden muss. Diese Pflaster sind zu 3, 6 oder mehr Stück pro sterile Verpackung erhältlich. Nachsterilisieren lassen sie sich einmal.

Da ein Arzt mit Praxis in Spitalnähe meist nur kleinere Wunden zu behandeln hat, wäre es praktisch, wenn diese Pflaster einzeln verpackt wären, damit der Rest wirklich steril bleibt. Auf meine diesbezügliche Anregung hin wurde mir aber am Stand erklärt, dass meist nur grössere Verpackungen gewünscht werden. «Man» stopfe den Rest wieder zurück ins Couvert und schliesse mit einer Büroklammer. *Die Streifen brauchten ja nicht steril zu sein, die Wunden heilten trotzdem!* Ist das allerneueste Medizin?

E. E.-W., Solothurn

Der 1. Kurs für Gesundheitsschwestern beginnt in Bern

Pressebericht

Ganz im stillen, ohne viel Glanz und Publizität, fand am 6. Oktober 1969 in Bern ein für die Krankenpflege in der Schweiz bedeutendes Ereignis statt. In der *Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof* begann der erste, sechs Monate dauernde Kurs für Gesundheitsschwestern. In der welschen Schweiz werden solche Kurse schon seit 40 Jahren durchgeführt. Auch im deutschsprachigen Landesteil besteht ein wachsendes Bedürfnis an einer systematischen Einführung der Gemeindeschwester in ihre Aufgaben, nur fehlte bis jetzt der verantwortliche Träger eines solchen Lehrgangs. Es war schliesslich der *Schweizerische Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger* (SVDK), der die Initiative zur Vorbereitung eines Ausbildungskurses ergriff, nachdem ihm die Leitung der Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof ihre Unterstützung zugesagt hatte. Was bezweckt dieser Kurs? Er will diplomierte Krankenschwestern auf ihre Aufgaben ausserhalb des Spitaldienstes vorbereiten. Durch die Zunahme der Betagten und Chronischkranken in der Gemeinde, die frühzeitige Entlassung der Patienten aus der Spitalpflege und die wachsenden Aufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitskontrollen und -beratung in Schulen, Betrieben usw.) entstanden die Arbeitsbereiche, in welchen die Gesundheitsschwester eingesetzt wird. Der in den Ohren noch etwas fremd klingende Name weist darauf hin, dass *Gesundheit fördern und wieder der Gesundheit zuführen* im Mittelpunkt der Tätigkeit stehen. Im Kursprogramm nehmen daher Fächer aus der Sozial- und Präventivmedizin, der Hygiene sowie die chronischen Erkrankungen den ersten Platz ein.

Der Kurs teilt sich auf in theoretischen Unterricht und in verschiedene Praktika und folgt damit weitgehend dem Vorbild der im Laufe der Jahre ausgebauten Lehrgänge von Lausanne und Genf. Die elf Krankenschwestern, die diesen Kurs besuchen, sind zum Teil schon in der Gemeindepflege tätig, andere dagegen benützen diese Gelegenheit zur Weiterbildung, sei es um sich diesem Berufszweig zuzuwenden, sei es, um als Schulschwestern in den Krankenpflegeschulen die Schülerinnen in die Gesundheitspflege einzuführen.

An der Eröffnung des Kurses sprach Schwester *Erika Eichenberger,* Zentralsekretärin des SVDK, über die Vorgeschichte dieser Spezialausbildung, worauf *Oberin K. Oeri,* Lindenhof, die beiden Kursleiterinnen vorstellte und in einem umfassenden Rundblick auf die berufliche Weiterbildung in der Krankenpflege hinwies.

*

Nun hat er also begonnen, nach gründlicher Vorarbeit, der 1. Kurs in deutscher Sprache für Gesundheitsschwestern. Die *Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof Bern* bietet dem Kurs nicht nur Gastrecht in ihren Räumen, sondern stellt ihm in Schw. *Renée Spreyermann* und Schw. *Colette Maillard* zwei sehr qualifizierte Kursleiterinnen zur Verfügung. Beide haben in Genf den *«Cours pour soins infirmiers de santé publique»* absolviert und verfügen über reiche Erfahrung auf dem Gebiet der Gesundheitspflege. Der SVDK, der sich seit Jahren mit der Vorbereitung dieses Kurses befasst hat, muss sich zurzeit noch mit Problemen der Mittelbeschaffung abgeben.

Nachstehend stellen wir die Teilnehmerinnen an diesem 1. Kurs vor. Nach dem Namen wird der letzte Arbeitsplatz genannt. Nicht alle Schwestern kehren dorthin zurück:

Erie Herosé, Gemeindeschwester Schaffhausen; M. Hermine Hidber, Bezirksspital «Dorneck», Dornach; Ursula Laedrach, Schulschwester, Lindenhof Bern; Lydia Meer, Hôpital cantonal Lausanne; Liselotte Nater, Gemeindeschwester, Reinach BL; Bernarde Staffelbach, Clinique les Grangettes, Genf; Erika Rudin, Schulschwester, Schwesternschule Bürgerspital Basel; Elsbeth Truninger, Inselspital, ASH, Bern; Frieda Wassmer, Schulschwester, Krankenpflegeschule Aarau; Madeleine Wernli, Kantonsspital Olten; Theres Zigerlig, Bürgerspital Basel.

Diesen elf Kursteilnehmerinnen rufen wir ein herzliches «Viel Glück» zu!

Näheres über das Kursprogramm finden Sie in der November-Nummer 1968 der Zeitschrift, Seite 464.

Aus der Sitzung des Zentralvorstandes

An seiner Sitzung vom 4. Oktober befasste sich der Zentralvorstand unter anderem mit folgenden Themen:
Schw. *Erika Eichenberger,* Zentralsekretärin des SVDK, besucht im Laufe des Herbstes sämtliche Sektionssekretariate, um mit den Verantwortlichen der Sektionen bestimmte Fragen zu besprechen und sich an Ort und Stelle über die Sekretariatstätigkeit ein Bild zu machen. Da ab Januar 1970 der Computer der Buchdruckerei Vogt-Schild AG, Solothurn, einen Teil der administrativen Arbeit übernimmt, sind die Sektionen nun damit beschäftigt, die verlangten Angaben für die Lochkarten zusammenzustellen, was sie zeitlich stark in Anspruch nimmt.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) hat im Einverständnis mit den direkt daran interessierten Berufsverbänden und mit der Sanitätsdirektorenkonferenz die Berufsbezeichnung der bisherigen Pflegerinnen und Pfleger für Chronischkranke abgeändert. Sie heissen jetzt *Krankenpflegerin, Krankenpfleger FA SRK* (mit Fähigkeitsausweis des SRK). Sie werden mit Pflegerin, Pfleger, angesprochen. Unsere Berufsgruppe muss sich künftig *diplomierte Krankenschwester, diplomierter Krankenpfleger,* nennen.

Die fünf hilfsmedizinischen Berufsgruppen, deren Ausbildungen vom SRK überwacht werden (allgemeine Krankenpflege, WSK, Psychiatrie, Krankenpflegerin FA SRK, medizinische Laborantinnen), haben im 9 Mitglieder zählenden *Zentralkomitee des SRK* keine Vertretung. Die Präsidentinnen (der Präsident) dieser Berufsverbände richteten deshalb ein Gesuch an den Präsidenten des SRK, worin sie ihren Wunsch nach einer Vertretung in diesem Organ bekanntgaben.

In Zürich wird zurzeit ein *Werbefilm* für die Spitalberufe gedreht. Die Kosten werden zur Hälfte vom SRK, zur anderen Hälfte von verschiedenen Spendern getragen. Ueber einen Beitrag des SVDK soll an der nächsten Sitzung ein Beschluss gefasst werden.

Ueber die im Dezember letzten Jahres durchgeführte *Mitgliederumfrage* liegt nun endlich der Schlussbericht vor. Die Kommission für öffentliche und internationale Beziehungen wird diesen Bericht studieren und zu den darin enthaltenen Empfehlungen Stellung nehmen.

Die *Kommission für die Ausbildung zur Anästhesieschwester* hat schon 34 Gesuche für die Erteilung des Fähigkeitsausweises erhalten und geprüft; 17 Anästhesieabteilungen haben sich um die Aufnahme in das Konkordat der Ausbildungsstätten beworben. (Siehe Zeitschrift, Februar 1969, Seite 89).
Die *Revision des Normalarbeitsvertrages* macht endlich Fortschritte. Das Biga hat die Vertreter der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber auf den 8. Oktober zu einer Konferenz eingeladen.

In der *SVDK-Kommission für das Hilfspflegepersonal* mussten zwei Neuwahlen vorgenommen werden. An die Stelle von Schw. Nina Vischer tritt Schw. *Therese Kiraç-Weber,* Mitarbeiterin in der Abteilung Krankenpflege des SRK, und an die Stelle von Schw. Annelies Nabholz tritt Schw. *Isolde Hoppeler,* Oberschwester an der Zürcher Heilstätte Wald; Vorsitzende der Kommission ist Mlle *Béatrice van Gessel,* La Chaux-de-Fonds.

Die *Zeitschrift für Krankenpflege* wird ab Januar 1970 in grossem Format erscheinen. Der Zentralvorstand äusserte seine Ansicht zu drei Entwürfen für einen neuen Umschlag.

Mehrere Mitglieder des Zentralvorstandes berichteten über ihre Eindrücke vom *ICN-Kongress in Montreal.*

Am 21. November findet in Bern eine *Zusammenkunft der Sektionspräsidentinnen* mit dem Zentralvorstand statt .

Die nächste *Delegiertenversammlung* ist auf den 23./24. Mai 1970 in Neuenburg festgesetzt worden.

Echos de la séance du Comité central

Voici quelques-uns des sujets abordés par le Comité central lors de sa session du 4 octobre: Mlle *Erika Eichenberger,* secrétaire générale de l'ASID, rendra visite à tous les secrétariats de sections au cours de l'automne, afin de discuter avec les responsables des sections de certains sujets précis et de se rendre compte sur place des activités de ces secrétariats. Dès janvier 1970, l'ordinateur de l'imprimerie Vogt-Schild, Soleure, se chargera d'une partie du travail administratif; dans ce but, les secrétariats rassemblent les données nécessaires à l'élaboration des cartes perforées, ce qui représente pour les secrétaires un gros travail.

La Croix-Rouge suisse (CRS), d'entente avec les associations professionnelles concernées et la Conférence suisse des directeurs sanitaires, a entériné le changement de dénomination du personnel nommé jusqu'à ce jour «aide-soignante» et «aide-soignant». La nouvelle appellation est la suivante: *infirmière-assistante CC CRS* et *infirmier-assistant CC CRS* (c'est-à-dire avec «certificat de capacité» de la CRS). On les désignera donc par infirmière-assistante et infirmier-assistant, notre propre profession devant adopter dorénavant pour ses membres les termes *infirmière diplômée* et *infirmier diplômé.*

Les cinq catégories de personnel auxiliaire médical (soins généraux, HMP, psychiatrie, infirmières-assistantes CC CRS, laborantines médicales) dont la formation est contrôlée par la CRS, n'ont pas de représentation au sein du *Comité central de la CRS,* composé de 9 membres. Aussi les présidentes (le président) de ces différentes associations professionnelles ont-ils adressé une requête au président de la CRS lui demandant de leur accorder une représentation au sein de l'organe précité.

L'on tourne actuellement à Zurich un *film de propagande* sur les professions hospitalières. Les frais en sont assumés pour la moitié par la CRS, pour l'autre moitié par différents donateurs. Le Comité central décidera lors de sa prochaine session d'une éventuelle participation financière de l'ASID.

Le rapport final de l'*enquête* effectuée en décembre dernier auprès des membres de l'ASID est enfin terminé. La *Commission des relations publiques et internationales* va l'étudier et donner son opinion sur les recommandations et suggestions qu'il contient.

La Commission pour la formation de l'infirmière-anesthésiste a déjà reçu et examiné 34 demandes d'octroi du certificat de capacité. 17 services d'anesthésiologie ont demandé à être reconnus comme centres de formation pour infirmières-anesthésistes. (Voir Revue, avril 1969, page 173.)

La *revision du contrat-type* est enfin en bonne voie. L'OFIAMT a convoqué les représentants des employés et employeurs à une conférence pour le 8 octobre.

Deux nouveaux membres ont été nommés au sein de la *Commission ASID pour le personnel auxiliaire soignant.* Mme *Thérèse Kiraç-Weber,* collaboratrice au Service des infirmières de la CRS, remplace Mlle Nina Vischer et Mlle *Isolde Hoppeler,* infirmière-chef à la «Heilstätte Wald», canton de Zurich, prend la place de Mlle Annelies Nabholz. Mlle *Béatrice van Gessel,* La Chaux-de-Fonds, préside cette commission.

Dès janvier 1970 la *Revue suisse des infirmières* paraîtra sous un grand format. Trois projets d'une nouvelle présentation furent soumis aux membres du Comité central qui exprimèrent leur avis à ce sujet.

Plusieurs membres du Comité central firent part des impressions que leur a laissé le récent *Congrès de l'ICN à Montréal.*

Une *réunion des présidentes de sections,* avec le Comité central, aura lieu à Berne, le 21 novembre.

La prochaine *Assemblée des délégués de l'ASID* se tiendra à Neuchâtel, les 23 et 24 mai 1970.

SVDK-Mitglieder... Achtung!

Da wir unser Inkassowesen auf den 1. Januar auf Lochkarten umstellen, bitten wie Sie dringend, den Jahresbeitrag 1970 erst NACH ERHALT der vorgedruckten Einzahlungskarte (wie beim Telefon) zu überweisen. Der Versand dieser Einzahlungskarten kann eventuell erst im Februar erfolgen.

Diese Einzahlungskarte wird ab 1970 zugleich als Mitgliederausweis dienen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe zu einer reibungslosen Umstellung!

Membres de l'ASID... attention!

Dès le 1er janvier prochain l'encaissement des cotisations s'effectuera au moyen de cartes perforées. Nous vous prions donc instamment de ne verser la cotisation pour 1970 qu'APRÈS avoir reçu la carte de versement (semblable à celle des taxes de téléphone), dont l'envoi pourra se faire éventuellement en février seulement.

A partir de 1970 cette carte de versement servira de carte de membre.
Nous vous remercions de votre collaboration pour un déroulement sans heurts de ce nouveau mode de payement.

AARGAU/SOLOTHURN

Gestorben: Schwester Jacqueline Aka-Hengen, geb. 25. November 1933, gest. 20. August 1969. Schwester Jacqueline ist an der Elfenbeinküste gestorben, wo sie seit Januar 1969 bis zu ihrem Tode den Kranken diente.
Ihre Mutter in Luxemburg lässt allen schweizerischen Freunden danken für die ihrer Tochter erwiesene Liebe und Kameradschaft.

Besichtigung der chemisch-pharmazeutischen Fabrik Siegfried AG, Zofingen, Untere Brühlstrasse.

Mittwoch, 26. November, um 14 Uhr.
Wir freuen uns, unsere Mitglieder von nah und fern zur interessanten Besichtigung einladen zu können.

Besammlung beim Eingang des Fabrikgebäudes.

Dauer der Führung etwa zwei Stunden.
Anschliessend gemütlicher Zobig, gestiftet von der Geschäftsleitung.

Anmeldungen bitte *sofort* an das SVDK-Sekretariat in Biberstein, Telefon 064 22 78 87.

BEIDE BASEL

Aufnahmen: die Schwestern Hedy Bieri, 1936, Bürgerspital Basel; Ruth Haltiner, 1941, Lindenhof Bern; Therese Kunkler, 1941, Bernische Landeskirche Langenthal; Christine Randegger, 1946, Bürgerspital Basel; Erika Schulthess, 1946, Bürgerspital Basel; Klara Schürmann, 1934, «Baldegg» Sursee; Hanny Zeder, 1944, Bürgerspital Basel.

Gestorben ist unser Ehrenmitglied Carl Hausmann, geb. 5. August 1879, gest. 1. Oktober 1969. Herr Hausmann war ein emsiges Mitglied unserer Sektion, wir werden ihm ein gutes Andenken bewahren.

Das *Abzeichen* Nr. 1882 ist verlorengegangen und somit ungültig.
Umbau Leimenstrasse 52: Von ungenanntseinwollender Schwester, Mitglied der SVDK-Sektion beider Basel, erhielten wir 1000 Fr. als Gabe an die Renovationskosten. — Unsern herzlichsten Dank.

Wir laden unsere Mitglieder — Schwestern und Krankenpfleger — herzlich ein, an unserer **Weihnachtsfeier,** die am 22. Dezember stattfinden wird, teilzunehmen. Vorherige Anmeldung erwünscht (Tel. 23 64 05).

BERN

Aufnahmen: die Schwestern Rosmarie Kleiner, 1943, Krankenpflegeschule Diakonat Bethesda Basel; Liselotte Kolly, 1944, Ecole d'infirmières Pérolles, Fribourg; Silvia Morgenthaler, 1947, Schwesternschule des Bezirksspitals Thun; Salome Oehler, 1943, Krankenpflegeschule Diakonat Bethesda Basel; Anna Katharina Roth, 1946, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof Bern; Eve Spielmann, 1946, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof Bern.

Uebertritt von Junioren in die Aktiv-Mitgliedschaft: Madelaine Jaggi, 1947, Schwesternschule Bernische Landeskirche Langenthal.

Gestorben: Schw. Frieda Gehrig, geb. 14. Dezember 1882, gest. 24. September 1969; Schw. Fanny Lanz, geb. 16. November 1882, gest. 26. September 1969.

Abendvortrag

Dienstag, 25. November 1969, um 20 Uhr, im Hörsaal der Chirurgischen Klinik, Inselspital Bern.
Dr. med. Ed. Gugler, Oberarzt an der Kinderklinik Bern spricht über das Thema: *«Die Bluterkrankheit in heutiger Sicht»*.
Wir freuen uns, mit diesem Vortrag einem mehrmals geäusserten Wunsche entsprechen zu können und erwarten zahlreiche Teilnehmer.
Unkostenbeitrag: Mitglieder 1 Fr., Nichtmitglieder 2 Fr., Juniorenmitglieder gratis.

Weihnachtsfeier

Schon rückt die Festzeit näher und wir möchten uns auch dieses Jahr zu einer besinnlichen Feierstunde zusammenfinden. Alle unsere Aktiv- und Passivmitglieder laden wir herzlich ein zur gemeinsamen Weihnachtsfeier am Mittwoch, 17. Dezember, 15.30 Uhr, im Esszimmer des Lindenhofs (Schulgebäude), Bremgartenstrasse 121, Bern. (Bus Nr. 12 ab Burgerspital bis Endstation Länggasse; von dort etwa fünf Minuten zu Fuss.) Schwestern und Pfleger, die aus gesundheitlichen Gründen zu Hause mit dem Auto abgeholt zu werden wünschen, bitten wir, uns bis 11. Dezember Bericht zu geben. Ihre Anmeldung zur Feier erbitten wir bis 15. Dezember 1969 an unsere Sekretärin, Tel. 031 25 57 20, Choisystrasse 1, 3000 Bern. Bitte Datum der Feier vormerken, die Dezember-Nummer erscheint nach dem Anmeldetermin.

Gemeindeschwesternzusammenkunft Bern

Samstag, 22. November 1969, um 15 Uhr, im Unterweisungszimmer des Berchtoldhauses, Eingang Mattenenge 1, findet der 2. Vortrag über Diätfragen mit entsprechenden Menüvorschlägen, gehalten von Frau Wendler, Diätassistentin, statt.

Interessengruppe für Anaesthesieschwestern und -pfleger

Voranzeige: Die nächste Zusammenkunft findet Ende Januar 1970 im Inselspital Bern statt.
Thema: *«Narkose in der Pädiatrie»*.
Das genaue Datum sowie Zeitangabe erfolgen in der Dezember- oder Januar-Nummer unserer Zeitschrift. Wir bitten höflich um Kenntnisnahme.

FRIBOURG

Admission: Mlle Marie Thérèse Oberson, 1937, Ecole d'infirmières de Fribourg.

GENÈVE

Admissions: Mlles Julie van Beusekom, 1944, Le Bon Secours (ancien junior), Genève; Françoise Maillard, 1947, Le Bon Secours (ancien junior), Genève; Lucienne Currat, 1946, Bois-Cerf, Lausanne.

Juniors: Mlles Laurence Morard, 1950; Meriam Mungedi, 1947; Marie-Christine Bouvier, 1949; Florence Dubath, 1950; Josiane Porta, 1950, de l'Ecole d'infirmières Le Bon Secours, Genève.

NEUCHATEL

Admissions: Mme Gertrude Bucher, 1922, dipl. allemand, reconnu par la CRS; Mme Rosmarie Charpilloz, 1926, La Source, Lausanne; Mlle Elisabeth Gnägi, 1945, Lindenhof Berne; Mlle Dora Lanz, 1945, Lindenhof Berne.

ST. GALLEN/THURGAU/APPENZELL GRAUBÜNDEN

Nochmalige Einladungen

Donnerstag, 27. November, 20.15 Uhr, Vortragssaal Kantonsspital St. Gallen. Vortrag von

Dr. med. F. Kern *«Rund um die Aus- und Weiterbildung von Narkoseschwestern und -pflegern.*

Adventsfeier

Samstag, 13. Dezember, 19 Uhr, im Saal des Restaurants Kaufleuten, Merkurstrasse 1, St. Gallen. Nähe Hauptbahnhof.
Wir laden unsere Mitglieder sehr herzlich zu unserer besinnlichen Adventsfeier ein. Auch dieses Jahr erwarten wir gerne vorher die Tombolapäckli. Adresse: Sekretariat, Paradiesstrasse 27, 9000 St. Gallen. Herzlichen Dank für alle Gaben.

VAUD/VALAIS

Admissions: Mme Marguerite-Jeanne André-Bornand, Alliance Suisse des Gardes-Malades, Hôpital Cantonal Lausanne. Mlle Marion-Béatrice Henchoz, La Source, Lausanne.
Réadmission: M. André-Robert Musy, Ecole d'infirmières et d'infirmiers Hôpital Cantonal de Lausanne.

Rencontres mensuelles:

Prochaine rencontre: le mardi 2 décembre, au premier étage de la Brasserie «Au Bock», dès *18 h 45* pour souper. Dès *20 h 30* clichés du voyage Canada et Etats-Unis.

Rencontre de l'ASID en Valais:

Elle aura lieu le *27 novembre* à 14 h 15. Mlle Bergier, présidente, parlera du Congrès du CII à Montréal; cette causerie sera agrémentée par des clichés sur l'Amérique du Nord.
Des affiches, des convocations personnelles et la presse renseigneront ultérieurement sur le lieu de rencontre.

Cours de recyclage

Contrairement à ce qui avait été annoncé précédemment, le programme du cours de recyclage ne figurera pas dans le présent numéro, mais pourra être obtenu à partir du mois de décembre auprès du secrétariat de section.

ZÜRICH/GLARUS/SCHAFFHAUSEN

Aufnahmen Juniorenmitglieder: Heidi Meier, 1949, Schwesternschule vom Roten Kreuz, Zürich-Fluntern.

Gestorben: Eleonore Doepfner-Koelner, geb. 6. Januar 1910, gest. 22. September 1969; Elsa Rabowska, geb. 6. August 1881, gest. 22. September 1969.

Richtigstellung unserer falschen Mitteilung in der vorletzten Nummer der Zeitschrift. Unser Vorstandsmitglied, Schw. Vreni Kern, ist Kontaktperson zum Spital Winterthur. Die Fortbildungsvorträge im Spital organisieren wie bisher: Herr G. Bachmann, Herr J. Immer, Schw. Christa Ryser und Herr H. Schmid.

Sprechstunde auf unserem Sekretariat

Montag bis Freitag, jeweils vormittags von 8 bis 10 Uhr. Montag bis Donnerstag, jeweils nachmittags von 14 bis 16 Uhr. Freitagnachmittag und Samstag den ganzen Tag keine Sprechstunde. Wir möchten Sie wieder einmal bitten, diese Zeiten einzuhalten, damit die Sekretärin genügend Zeit für die Büroarbeiten hat. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Jahresbeitrag 1970

Der Jahresbeitrag wird ab 1970 von der Buchdruckerei Vogt-Schild AG eingezogen. Warten Sie bitte, bis Sie eine Aufforderung zur Zahlung erhalten!

Gründung einer Interessengruppe für pflegende Schwestern

19. November 1969, 20.15 Uhr, im Schwesternhochhaus Platte (Parterre), Plattenstrasse 10, 8006 Zürich. (Siehe SVDK-Mitteilungsblatt der Sektion vom September 1969.)

Einladung zur Adventsfeier

Wir erwarten Sie am 4. Dezember 1969, 17 bis 20 Uhr, im Kirchgemeindehaus Hottingen, Asylstrasse 32, 8032 Zürich, zum gemeinsamen Nachtessen. Die weiteren Ueberraschungen verraten wir noch nicht! Bitte Anmeldung bis 1. Dezember an das Sekretariat des SVDK, Asylstrasse 90, 8032 Zürich.

Kantonsspital Winterthur

Veranstaltungen im Winter 1969/70

im Vortragssaal
19. November 1969: Schw. Margrit Schellenberg, Oberschwester, Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich: Orientierung und Diskussion über die «Studie über das Pflegewesen in der Schweiz».
10. Dezember 1969: Dr. med. Thurnheer, Leiter der Intensivpflegestation, Kantonsspital Winterthur: «Aufgabe und Organisation einer Intensivpflegestation».

16. Januar 1970: Dr. med. Kramer, Spezialarzt für Orthopädie: «Hüftgelenksoperationen, Gelenksersatz und Nachbehandlung».
11. Februar 1970: Dr. Ramp, Spitalpfarrer, Kantonsspital Winterthur: «Istanbul, Streifzug durch Vergangenheit und Gegenwart» (mit Lichtbildern).
Herr C. D. Eck, dipl. Betriebspsychologe, Institut für angewandte Psychologie: Führung von Gruppen:
11. März 1970: Gruppengeschichte
18. März 1970: Gruppendynamik
25. März 1970: Gruppe als Lebensraum

Eventuelle Aenderungen und zusätzliche Veranstaltungen werden speziell publiziert.

Voranzeige: Anfang Februar wird eine Besichtigung der Medizinalabteilung der Firma Sulzer, Oberwinterthur, organisiert (Herstellung von Hüftgelenksprothesen).

Beginn aller Veranstaltungen um 20.15 Uhr.

Regionalgruppe Winterthur, SVDK-Sektion Zürich

Weihnachtsaktion 1969

Die Nummer 11 der Zeitschrift erinnert ihre Leser jedes Jahr an diejenigen unter ihnen, die durch Krankheit oder Alter einsam geworden sind. Wohl kümmern sich die Sekretärinnen und Mitglieder der Sektionen um sie und besuchen sie regelmässig; wir möchten aber an Weihnachten noch mehr für sie tun und vor allem zeigen, dass auch sie zur grossen SVDK-Familie gehören. Aus diesem Grund wurde vor vielen Jahren die *Weihnachtsaktion* ins Leben gerufen. Im Dezember 1968 haben die 316 Schlummerrollen, sorgfältig verpackt, mit einem Brief oder Kartengruss versehen — die Schülerinnen der Schwesternschulen haben dafür reizende Einfälle —, begeisterten Anklang gefunden; da und dort konnte noch zusätzlich mit einem kleineren oder grösseren Geldbetrag geholfen werden, so dass die Gesamtauslagen rund 9000 Fr. betrugen. Zahlreiche Dankesschreiben sind uns zugekommen; wir würden es bedauern, wenn wir diesen alten Brauch aufgeben müssten.
Gerne möchten wir Ihnen verraten, was dieses Jahr geplant ist, aber selbstverständlich dürfen wir das Geheimnis nicht schon heute preisgeben. Da die «Weihnachtsaktion» nur noch über einen Fonds von Fr. 2564.95 verfügt, werden wir nur mit Hilfe derjenigen SVDK-Mitglieder, die voll in der Arbeit stehen, den Samichlaus spielen können. Wir wissen, dass wir auf Ihre Solidarität zählen dürfen und bitten Sie, Ihre Einzahlung auf dem Postcheck SVDK 30 - 1480 mit dem Vermerk *«Weihnachtsaktion»* zu versehen. Herzlichen Dank im voraus!

Fürsorgekommission des SVDK

Vereinigung evangelischer Schwestern

Erste Winterzusammenkunft in Bern am 23. November 1969, 14.30 Uhr, im Kirchgemeindehaus Heiliggeist, Gutenbergstrasse 4.
Lichtbildvortrag: Pfarrer Markus Stotzer, Bern: *«Das Hundertguldenblatt von Rembrandt»* (Die grosse Krankenheilung)
mit musikalischen Darbietungen von Schwestern.
Nachher Aussprache, gemütliches Beisammensein. Alle evangelischen Schwestern und die Pflegerinnen für Chronischkranke und Betagte sind eingeladen. Bringen Sie Ihre Kolleginnen mit.

Voranzeige
Zweite Winterzusammenkunft am 25. Januar 1970 um die gleiche Zeit.
Auskunft erteilt Schw. Louise Thommen, Belvoir, Schänzlistrasse 21, 3013 Bern, Tel. 031 42 00 06.

Buchbesprechungen

Schwestern, Aerzte, Patienten; Georg Keller, 110 Seiten, Orell-Füssli-Verlag, Zürich, Fr. 9.80.

«Eine Art Trostbüchlein» heisst der Untertitel der vierten Auflage dieses 110 Seiten umfassenden Bandes. Als Schwester nimmt man ihn mit einiger Skepsis zur Hand in der Annahme, es handle sich um eine der üblichen, Bestseller-Ziffern erreichenden Arzt- und Spitalgeschichten. Doch das Gegenteil ist der Fall. Mit feinem psychologischem Verständnis hat hier ein Patient während Wochen und Monaten seine Krankenzimmerumgebung betrachtet und seine Beobachtungen nicht ohne Humor zu Papier gebracht. Obwohl die Niederschrift 35 Jahre zurückliegt, was Eingeweihte auch ohne Vorwort sofort merken würden, mag sie heutigen Patienten zur tröstlichen Lektüre werden. Aerzten aber, und vor allem uns Schwestern, beweist sie, dass trotz den seitherigen Umwandlungen im Spital und den revolutionären Fortschritten der Medizin, die Patienten die gleichen geblieben sind. Wie eh und je erwarten sie von der Schwester eine mit Liebe, Takt, Intelligenz und tadellosem Können verbundene Pflege sowohl in physischer wie in psychischer Hinsicht. Eine Schwester wird dieses Buch nicht ohne Gewinn aus der Hand legen.

Erika Eichenberger

Leitfaden der Physiologie des Menschen. H. Reichel und A. Bleichert. 4. umgearbeitete und erweiterte Auflage, 500 S., 156 teils farbige Abbildungen, 13 Tabellen. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart 1967, geheftet 34 DM, Ganzleinen 38 DM.

In seiner 4. Auflage (zugleich der 36. Auflage des von Schenck und Gürber gegründeten Werkes) hat der bekannte Leitfaden eine teilweise Neugestaltung erfahren. So wurden vor allem die Kapitel über die hormonale Regulation sowie über Blut, Kreislauf und Atmung erweitert bzw. ergänzt. Der Aufbau des Buches wurde beibehalten und bezweckt nach wie vor die schrittweise Einführung des Studenten über die theoretischen Grundlagen in die Physiologie der Korrelationssysteme und des Stoff- und Energiehaushaltes. Diese Gliederung, die ein ganz bestimmtes Schulungsprinzip verfolgt, ist für den angehenden Mediziner zweckmässig, für die Instruktion von Krankenschwestern, Laborantinnen und anderem ärztlichen Hilfspersonal ist sie jedoch zu theoretisch und zu wenig übersichtlich. Mit den zahlreichen Formeln, die für den Arzt zur Bearbeitung wissenschaftlicher Probleme unerlässlich sind, vermag die Krankenschwester nichts anzufangen. Dasselbe gilt für die grosse Zahl physikalischer Daten und die Flut von Fremdwörtern der Fachterminologie (insbesondere anatomische Bezeichnungen). Auch entsprechen die didaktischen Akzente nicht den Erfordernissen der Schwesternschulung. Vor allem fehlen einfache schematische Darstellungen als leicht fassliche Grundlagen für das Verständnis pathophysiologischer Zusammenhänge, wie sie die Krankenschwester benötigt. Der Leitfaden, der sich im Unterricht des Medizinstudenten längst bewährt hat, dürfte daher von der Krankenschwester lediglich als Nachschlagewerk verwendet werden, für den systematischen auf die Krankenpflege ausgerichteten Unterricht ist er jedoch wenig geeignet. Prof. Dr. H. Lüdin, Basel

Krankenernährung. Ein Leitfaden für Aerzte und Diätassistentinnen. Von Alfred Welsch, Geleitwort von Konrad Spang. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, DM 13.40.

Der Leitfaden ist in Nr. 4, 1965 dieser Zeitschrift bereits besprochen worden. Im Vorwort zur 2. Auflage lesen wir, dass die Ueberarbeitung in verschiedener Hinsicht erfolgt ist: völlige Umarbeitung oder Ergänzung einzelner Abschnitte, Korrektur und Vervollständigung der Tabellen auf den neuesten Stand. Verdienstvoll erscheint uns, dass der Ernährung bei Krebs ein ausführliches Kapitel gewidmet ist, zu Recht mit der nötigen Zurückhaltung. In dieser Auflage kristallisiert sich noch deutlicher eine Standard-Diät heraus, zusammengesetzt aus reichlich Obst und Gemüse, Milch und Milchprodukten, Vollkornbroten, mit grossem Anteil an Rohgemüsen, Frucht- und Gemüsesäften, so dass der Unterschied gegenüber einer lacto-vegetabilen Heildiät nicht mehr gross ist. Das mit Sorgfalt verfasste Taschenbuch wird auch weiterhin den Aerzten und Krankenschwestern wertvolle Anregungen geben.

Dr. med. H. Lüthi-Brand, Bern

Diät bei Uebergewicht und gesunde Ernährung
mit 126 Kostvorschlägen auch für Magen-, Darm-, Leber-, Galle-, Herz-, Zuckerkranke und bei Herzinfarkt.
Von Hans-Jürgen Holtmeier. Geleitwort von Ludwig Heilmeyer. 4., überarbeitete Auflage. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, DM 8.70.

Am vorliegenden Taschenbuch ist vor allem die Vielfalt des Inhaltes zu rühmen. Ausser den klar geordneten Kostvorschlägen und den praktischen Richtlinien für die Durchführung der Abmagerungskur finden wir eine Fülle von Leitsätzen einer gesunden Ernährung und einen reichhaltigen Tabellenanhang. Im Kapitel «Allgemeines» werden wertvolle Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Ernährung einerseits, Gesundheit und Krankheiten anderseits gegeben. Damit wird die Bedeutung einer vollwertigen Alltagskost und der diätetischen Behandlung der Zivilisationskrankheiten auch den Patienten und den Hausfrauen zum Bewusstsein gebracht. Dr. med. H. Lüthi-Brand, Bern

Lehrbuch für Kinderkrankenschwestern
Dozent Dr. Dieter Lüders
Band I: Das gesunde Kind und theoretischer Teil, 669 Seiten, 177 Abbildungen, DM 46.—.
Band II: Das kranke Kind, seine Pflege und Behandlung, 662 Seiten, 151 Abbildungen, DM 46.—.
Siebente, völlig neubearbeitete Auflage, Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, 1968/1969.

Mit grosser Freude habe ich von der umfassenden Neuauflage des Lehrbuchs von Prof. Joppich durch Privatdozent Dr. Lüders Kenntnis genommen.
Gutes Lehrmaterial für die Ausbildung von Kinderkrankenschwestern ist leider bis heute nur wenig vorhanden. Um so grösseres Interesse wird dieses ausführliche zweibändige Werk in weiten Kreisen finden.
Zu Beginn des ersten Bandes hat mich der ausgezeichnete Abschnitt über das Berufsbild der Kinderkankenschwester sogleich gefangengenommen. Ich habe die verschiedenen Probleme, Schwierigkeiten und Schönheiten unseres Berufs noch nie so treffend und klar umrissen gesehen.
Auch die medizinischen und pflegerischen Kapitel sind grösstenteils ausgezeichnet und auf den neusten Stand gebracht. Unter anderem enthält das Lehrbuch Kapitel über Physik und Chemie, Berufs-, Staats- und Rechtskunde sowie Präventiv- und Sozialpädiatrie, also einen grossen Teil jenes Stoffes, den eine gute Kinderkrankenschwester am Ende ihrer Ausbildung beherrschen sollte.
Der Text ist durch eine Vielzahl von zum Teil farbigen Bildern, Zeichnungen und Tabellen veranschaulicht. Wichtiges wird durch Fettdruck hervorgehoben. Die Gliederung der einzelnen Kapitel ist klar und übersichtlich, der Aufbau des ganzen Stoffes logisch und ausgewogen.
Wenn ich unsere schweizerischen Bedürfnisse in Betracht ziehe, so bin ich überzeugt, dass das vorliegende Werk mancher Schwester eine grosse Hilfe bedeuten wird. Als Lehrmittel für unsere Schülerinnen wird es sich allerdings nur mit gewissen Einschränkungen eignen, da verschiedene Abschnitte spezifisch auf deutsche Verhältnisse zugeschnitten sind, wie z. B. das sehr kurze Kapitel über Frauenheilkunde einerseits und anderseits naturgemäss die Staats- und Gesetzeskunde sowie ein Teil der Berufskunde. Auch finanziell wird es kaum zu verantworten sein, die Anschaffung der beiden Bücher von Schülerinnen zu verlangen, obwohl der Preis von 46 DM bzw. 52 Fr. pro Band sicher dem Wert der Bücher entspricht.
Bei Berücksichtigung dieser kleineren Punkte kann ich das neue Lehrbuch jeder Schulbibliothek wärmstens empfehlen. Es wird eine schon lange empfundene Lücke endlich schliessen.
Ursula Etter, Zürich

Die Rehabilitation der Körperbehinderten
Wilhelm Bläsig, 167 Seiten, 9 Abbildungen, Ernst-Reinhard-Verlag, Basel, Preis Fr. 14.—.

Der Autor setzt sich in diesem 167 Seiten umfassenden Buch mit den verschiedensten Aspekten der Körperbehinderung auseinander. Vorerst werden alle möglichen Arten von Körperbehinderung auch für den Laien verständlich dargestellt. Während das Thema der medizinischen Behandlung nur kurz gestreift wird, ist der pädagogischen Betreuung ein zentraler Platz eingeräumt. Schliesslich erhalten wir Einblick in Möglichkeiten und Stellung des Behinderten in Beruf, Familie und Gesellschaft.
Die einzelnen grossen Abschnitte sind übersichtlich gegliedert, so dass man die Ausführungen zu einem bestimmten Thema leicht auffinden kann. Viele Literaturangaben ermöglichen es dem Interessierten, einem speziellen Problem weiter nachgehen zu können.
Das Buch dient dem besseren Verständnis der Situation des Körperbehinderten und kann für alle, die beruflich mit solchen Menschen zu tun haben, sowie auch für Eltern oder die Behinderten selbst, eine wertvolle Hilfe sein.
Elsi Gfeller

Das Klappsche Kriechverfahren. Bernhard Klapp, 7. Auflage 1969, 91 Seiten, 117 Abbildungen. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, DM 14.80.

Das Klappsche Kriechen erfreut sich so grosser Beliebtheit, dass dieses Buch in einer neuen Auflage erscheinen konnte. Bei den vielen Rükkenschäden, die wir heute zu behandeln haben, sind die angegebenen Uebungen sehr wertvoll. Sie dienen zur Kräftigung der Muskulatur, sie mobilisieren und korrigieren die Wirbelsäule in allen Richtungen. Je nach Patient werden die geeignetsten Uebungen ausgesucht.
In der neuen Auflage sind der einleitende Text und die Beschreibungen der Uebungen gleichgeblieben; nur die Bilder sind durch einige neue ersetzt worden. Das Klappsche Kriechen war, ist und bleibt eine der besten Uebungsbehandlungen für junge und ältere Rücken.

U. Schmidt

Hygiene in Schule und Haus; Dr. Felix Oesch, 160 Seiten, Verlag Paul Haupt, Bern, Fr. 19.80.

«Ein vergnüglicher Wegweiser zu gesundem Leben» nennt Dr. med. Felix Oesch sein Buch, das im Verlag Paul Haupt, Bern, erschienen ist. Dr. Oesch, während vieler Jahre Stadt- und Kantonsarzt, schrieb das Buch aus reicher Erfahrung, in der Ueberzeugung, dass alles Wissen ohne Gesundheit wertlos ist, und dass eines Tages der Hygieneunterricht als wichtigstes Schulfach in den Lehrplan aufgenommen werden sollte.
Dr. Oesch hat es verstanden, seinem Anliegen auf 160 Seiten Ausdruck zu verleihen. Sein «Lehrbuch» macht dem Untertitel alle Ehre und ist gleichzeitig ein Stück Kulturgeschichte, ergänzt durch ein achtseitiges Fremdwörterverzeichnis und ein Stichwörterverzeichnis.
Im Text finden wir vielseitige Angaben und Erklärungen, so z. B. weshalb Bodenluft unzuträglich ist, dass jährlich 11 Tonnen Oel via Auspuff der Motorboote in den Bodensee gelangen, dass ein Fehlen von Mineralsalzen bei Tierversuchen innert 2 bis 5 Wochen zum Tode führt, und dass das lebenswichtige Kochsalz früher sogar als Zahlungsmittel Verwendung fand und als «salarium» heute im französischen «salaire» weiterlebt. Wir lesen, dass der Zitronensaft als Heilmittel gegen Skorbut schon 1199 von den Spaniern verwendet und in der britischen Flotte seit 1780 systematisch eingeführt wurde, und dass die zahlreichen Seesiege der Engländer seit dieser Zeit möglicherweise vitaminbedingt sind. Dass aber unverdünnter Zitronensaft in relativ kurzer Zeit den Zahnschmelz angreift, und dass die meisten Bakterien die Kälte des flüssigen Heliums, — 271 Grad Celsius, ertragen, steht, mit noch viel mehr Interessantem, ebenfalls in diesem Hygienebuch.
Ein ganzes Kapitel ist dem Arzneimittelmissbrauch gewidmet, ein anderes unserer Kleidung. Im Kapitel «Vom Nutzen der Körperpflege» erklärt Dr. Oesch, dass nicht die schon bei den Römern und Kelten bekannte Seife ein Masstab für Kultur ist, sondern die tägliche Reinigung des Körpers, und wie eine solche auch in Notzeiten, bei Seifen- und Wassermangel, vorgenommen werden kann, und dass die restlose Verhütung der Zahnkaries, deren Ursachen heute bekannt sind, eine Frage der Disziplin ist und sich die Summe der Zahnarztrechnungen besser in einem Wochenendhäuschen anlegen liesse.
Im Kapitel «Körperliche Betätigung» wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Lungenkapazität sich verringert bei Leuten, die sich nie anstrengen, jedes Treppensteigen vermeiden und keinen Sport treiben, und dass die Muskeln sich sogar im fortgeschrittenen Alter noch entwikkeln können. «Die Funktionen des Organismus bleiben nur erhalten, wenn sie geübt werden» (la fonction crée l'organe, sagte Lamarck, 1744 bis 1829). Eine Tatsache, die sich der moderne Büromensch hinter die Ohren schreiben sollte. Leibesübungen und Sport sind sowohl für den Erwachsenen wie für das Kind wichtig, sollen vorzeitiges Altern, Uebergewicht, Unfälle und zum Teil auch seelische Störungen vermieden werden.
Interessant ist das Kapitel «Gesundes Wohnen», wo zu lesen ist, dass die Ventilatoren besser auf Einblasen als auf Saugen eingestellt werden, da die verdorbene Luft unter Umständen durch Bodenluft ersetzt wird; ferner, dass das Anziehen von Hausschuhen beim Eintritt ins Haus nicht nur eine Reinlichkeitsregel ist, sondern Fussdeformitäten weitgehend verhindert.
Im Kapitel über die Beleuchtung steht, dass Paris als erste Stadt der Welt (deshalb «la ville lumière») 1667 die Strassenbeleuchtung einführte und man vorher Laternenträger mieten konnte.
Aufschlussreich ist das Kapitel «Vorbeugende Hygiene», während das der «Eugenik» sich mit den ernsten Fragen der Fortpflanzung und Familienplanung befasst.
Alles in allem ist dem Buch weiteste Verbreitung in Schule und Haus zu wünschen, weil es humorvoll und launig, doch stets wissenschaftlich begründet Hygiene in weitestem Sinn lehrt. Ein Buch, welches Krankenschwestern, die Kurse an die Bevölkerung erteilen, ein sehr wertvoller Helfer sein wird. Der Text ist auch Schülern der oberen Klassen verständlich.

E. Eichenberger

Mölnlycke aus Schweden

1. Folge

Wie wir ja alle wissen, befindet sich schon an der Tür des Patienten eine grosse Infektionsquelle. Doch ein Keimrasen von Staphilokokken sind vor allem Bettlaken, Schlafanzüge, Matratzen, Armaturen usw. Dass vom hygienischen Standpunkt aus eine gut funktionierende Bettenzentrale vorhanden sein muss, d. h. dass die regelmässige Desinfektion des gesamten Bettes nach jedem Patientenwechsel in allen operativ tätigen Stationen, in gynäkologisch-geburtshilflichen und urologischen Abteilungen, ferner auf Säuglings- und Kinderstationen dringend zu empfehlen ist, dürfte dem gesamten Pflegeteam nichts Neues sein.

Da in naher Zukunft durch die relativ kurze Verweildauer der Patienten im allgemeinen Krankenhaus noch mehr Einwegwäsche und noch mehr Einwegutensilien in den gesamten Spitalfunktionsabläufen und zu hygienischer Sicherung notwendig werden, wird von dem Haus Mölnlycke ein Grossteil dieses Einmalgebrauchsgutes schon steril angeliefert, damit die eigenen Sterilisationsanlagen absolut entlastet sind.

Wollen wir als grosses Arbeitsgebiet im Krankenhaus die Entlastung durch Einwegmaterial im Operationssaal betrachten.

Die **Operationsserie Mölnlycke für Einmalgebrauch** bestehen aus Gazekompressen, Bauchtüchern und runden Tupfern; alles ist stückzahlkontrolliert.

Alle Tücher, Kompressen und Tupfer sind mit einem Faden versehen, welcher mit Röntgenstrahlen leicht auffindbar ist.

Anlässlich der Herstellung und Verpackung wird die genaue Anzahl pro Paket automatisch gezählt und gewogen – damit wird eine **maximale Sicherheit gewährleistet** und die zufälligen Fehler bei einer manuellen Verpackung ausgeschaltet.

Was für das Operations-Arbeitsteam von Interesse sein dürfte, ist das Kontrollsystem.

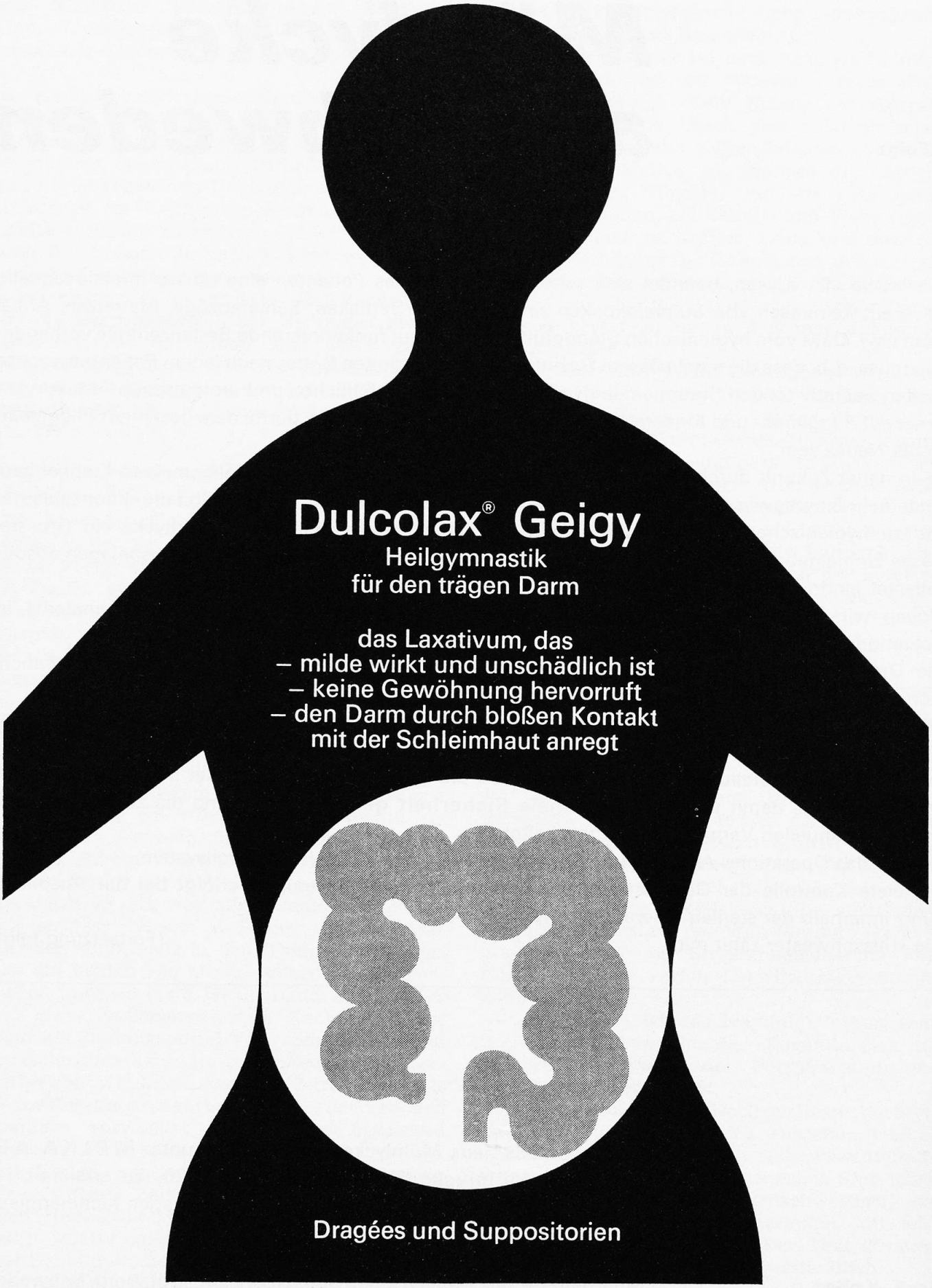
Die erste Kontrolle der Gazekompressen, Bauchtücher und Gazetupfer erfolgt bei der Aushändigung innerhalb der sterilen Operationszone.

Die Hilfsschwester zählt mit.

(Fortsetzung folgt)

Gerne wird das Haus Mölnlycke, das in Zürich unter **MELKA AG, Abteilung Mölnlycke, Telefon 051 / 27 67 20,** zu erreichen ist, Sie in all Ihren Rationalisierungs- und Wirtschaftsfragen fachmännisch beraten!

Sr. E. Koller Mitarbeiterin der Mölnlycke-Hospital-Division, Göteborg/Schweden


Dulcolax® Geigy
Heilgymnastik
für den trägen Darm
das Laxativum, das
– milde wirkt und unschädlich ist
– keine Gewöhnung hervorruft
– den Darm durch bloßen Kontakt
mit der Schleimhaut anregt
Dragées und Suppositorien

In kleine Privatklinik mit 40 Betten, Chirurgie, Geburtshilfe und innere Medizin wird gesucht

1 diplomierte Krankenschwester

mit Erfahrung und Kenntnis in einfacher Narkose, Operationssaaldienst und mit Eignung zur Vertretung der Oberschwester.
Wir bieten zeitgemässe Entlöhnung und Freizeit und ein angenehmes Arbeitsklima.

Offerten sind zu richten unter Chiffre ZK 4019 an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Neubesetzung der Stelle der

Gemeindekrankenschwester evtl. dipl. Krankenpflegerin

von Wangen-Brüttisellen ZH

Zufolge Wegzugs unserer Gemeindekrankenschwester auf Ende 1969 müssen wir diese Stelle neu besetzen.
Wir bieten eine zeitgemässe Besoldung, Personalfürsorge, Ferien und eine preisgünstige, moderne 2-Zimmer-Wohnung. Ferner steht der Stelleninhaberin ein Personenauto unentgeltlich zur Verfügung.
Der Beauftragte der hiesigen Gesundheitsbehörde, C. Elsener, Haldenstrasse 931, 8306 Brüttisellen (Telefon 051 93 03 63) ist gerne bereit, Ihnen allfällig weitere Auskunft zu erteilen und nimmt auch Ihre Zuschrift entgegen. **Gesundheitsbehörde Wangen** ZH

Bürgerspital Basel

Kardiologische Abteilung, Leitung Prof. Dr. W. Schweizer
Auf Frühjahr 1970 oder nach Uebereinkunft suchen wir noch

1-2 dipl. Krankenschwestern

die Freude haben, in einem kleinen Team mitzuarbeiten. Die Schwestern würden durch Unterricht (Kurs) von den zuständigen Aerzten in den Aufgabenkreis eingeführt. Dreischichtenbetrieb. Wer sich für diese verantwortungsvolle Arbeit interessiert, möge sich melden bei der Oberin des Pflegedienstes, L. Renold, Bürgerspital, Direktion, 4000 Basel, Telefon 061 44 00 41, intern 2228.

Krankenhaus Wattwil (Toggenburg)

Wir suchen per sofort oder Uebereinkunft

1 Operationsschwester
1 diplomierte Heilgymnastin
1 diplomierte Laborantin

Geboten werden: Zeitgemässe Arbeits- und Unterkunftsbedingungen, Fünftagewoche, Besoldung nach kant. Regulativ, Pensionskasse.

Anmeldungen sind zu richten an die Direktion des Krankenhauses Wattwil, 9630 Wattwil, Telefon 074 7 10 21.

Aargauische Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose
Aargauische Stiftung für das Alter

Alte Menschen, kranke Menschen sind oft einsam und ratlos. Sie sind die mitfühlende, kluge Beraterin, die hilft, schwierige Situationen zu meistern. Sie sind initiativ und freuen sich, die Aufgaben der Stiftung für das Alter aufzubauen und die Betreuung von Tuberkulose-, von Krebskranken und von Asthmatikern für die Aargauische Frauenliga fortzuführen.
Drei unserer langjährigen Mitarbeiterinnen sind altershalber zurückgetreten. **Wir suchen** für die Bezirke **Zofingen, Muri** und **Rheinfelden** ausgebildete

Fürsorgerinnen

Wir bieten ein angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässes Salär und eine gute Rentenversicherung.
Auskunft erteilt jederzeit, am liebsten jedoch morgens zwischen acht und zehn Uhr, **Frau V. Schüpbach, Schlossbergweg 10, 5400 Baden, Telefon 056 2 46 03.**

Wir suchen zum Eintritt nach Uebereinkunft, eine möglichst in allen Fachgebieten ausgebildete, tüchtige

Instrumentierschwester

für einen vielseitigen und interessanten Operationsbetrieb.
Bewerberinnen, die daneben auch Freude an organisatorischen Aufgaben haben (nach Einführung Vertretung unserer Operations-Oberschwester möglich), melden sich für weitere Auskünfte bei der Oberschwester der **Klinik Hirslanden, 8008 Zürich, Witellikerstr. 40, Telefon 051 53 32 00, intern 231.**

Graubünden / Schweiz

Regionalspital Thusis (90 Betten) sucht

diplomierte Krankenschwester

für selbständige und vielseitige Tätigkeit. Fünftagewoche. Zeitgemässe Besoldung. Schöne moderne Unterkünfte in spitaleigenen Wohnungen ausserhalb des Betriebes.
Das Spital befindet sich inmitten landschaftlich reizvoller Gegend im Zentrum des Ferienlandes Graubüden, am Eingang zur wildromantischen Via-Mala-Schlucht.
In der Freizeit sportliche Betätigung (Skilaufen, Bergsteigen, Tennis, Schwimmen) möglich.

Anmeldungen und Anfragen sind erbeten an den
Verwalter Krankenhaus Thusis, 7430 Thusis.

Die **Kinder-Heilstätte Maison Blanche, 2533 Leubringen ob Biel,** hat eine Abteilung eröffnet für cerebralgelähmte Kinder (vermehrte Physio- und Psychotherapie). Diese Abteilung beansprucht viele Arbeitskräfte, um die ihr gestellten Aufgaben erfüllen zu können. Und das Finden dieser Kräfte ist sehr schwer.

Es werden vor allem benötigt:

(Kinder-) Krankenschwestern
Physiotherapeutinnen mit Kenntnis der Bobath-Methode
Beschäftigungstherapeutinnen
Nachtwache
Helferinnen

Wir sind dankbar, wenn alle Leser dieser Mitteilung nach ihren Möglichkeiten mithelfen, dass den sehr kranken Kindern die nötigen Mitarbeiterinnen zur Verfügung stehen.

Anmeldungen und Hinweise nimmt gerne entgegen Telefon 032 2 30 46, Kinder-Heilstätte Maison Blanche, 2533 Leubringen ob Biel.

Bürgerspital Basel

Medizinische Universitätskliniken - Nephrologische Abteilung
Leitung: Prof. Dr. Thölen

Für die Nephrologische Krankenstation suchen wir noch

1 od. 2 diplomierte Krankenschwestern

Interessanter Arbeitsbereich, 5-Tage-Woche.

Wer Freude hätte, in kleinerem Team mitzuarbeiten, möge sich melden bei der Oberin des Pflegedienstes, Oberin L. Renold, Bürgerspital, Direktion, 4000 Basel.

Montana, Sonnenterrasse des Wallis

Die Bernische Höhenklinik Bellevue sucht für sofort

2 dipl. Krankenschwestern

und

1 Chronischkrankenpflegerin

Salär nach kantonal-bernischem Dekret. Schriftliche oder telefonische Anmeldungen (Telefon 027 7 25 21) sind erbeten an die Oberschwester.

Die Krankenpflegeschule des Kantonsspitals Aarau sucht zu baldigem Eintritt

1 Schulschwester

als Mitarbeiterin bei der Ausbildung der Schülerinnen (Schul- wie klinischer Unterricht). Spezielle Ausbildung und Erfahrung erwünscht, aber nicht Bedingung. Bei Eignung ist die Möglichkeit des Besuches der Fortbildungsschule geboten.

Nähere Auskunft erteilt die Schulleiterin, Schwester Lilly Nünlist, Telefon 064 22 36 31.

Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltungsdirektion des Kantonsspitals Aarau.

Pflegeheim der Gemeinden des Kantons Schaffhausen
J. J. Wepferstrasse 12, 8200 Schaffhausen

Haben Sie Freude am Anleiten und Führen von Schülerinnen?

Wir suchen: Eine aufgeschlossene, initiative

Abteilungsschwester

für die neueingerichtete Schulstation der Pflegerinnenschule.

Wir bieten:
— Modern eingerichtetes Pflegeheim
— Selbständige Tätigkeit
— Geregelte Arbeitszeit

Nähere Auskunft erteilt Oberschwester Margrit Keller, Telefon 053 4 59 21.

Kurhaus Grimmialp (Berner Oberland)

sucht erfahrene, selbständige

Krankenschwester

als Alleinschwester, zur Betreuung rekonvaleszenter Patienten. Es handelt sich um einen leichten, aber trotzdem vielseitigen Posten, der auch von einer älteren Person versehen werden könnte. Regelmässig ärztliche Sprechstunden im Haus. Gute Arbeitsbedingungen.

Interessentinnen (in Frage kommt eventuell auch nur eine vorübergehende Beschäftigung) sind gebeten, ihre Offerte umgehend an folgende Adresse zu richten:

Kurhaus Grimmialp, Kellergässlein 2, 4001 Basel

Stellen-Angebote

Bezirksspital an der Linie
Bern — Thun
sucht auf 1. Mai 1970 oder auch früher

1. Operationsschwester

Wir haben Fünftagewoche, zeitgemässer Lohn und wohnen in neuem Schwesternhaus.
Offerten an die Oberschwester des

Bezirksspitals 3110 Münsingen
Telefon 031 92 12 48

Hôpital de Montreux
cherche une

infirmière
ou un
infirmier-anesthésiste

Appointements et conditions selon statut des fonctions publiques cantonales vaudoises. Les offres avec curriculum vitae et copie de certificat sont adressées à M. le Docteur S. Grandjean, responsable du Service d'anesthésiologie, Hôpital de et à 1820 Montreux.

Hôpital de Fleurier NE

cherche

infirmière instrumentiste
l'intéressant à la radiologie

infirmières
diplômées

veilleuses

gouvernante

de maison

Conditions très intéressantes.
Hôpital entièrement rénové.
Offres à la Direction.

Krankenhaus Wald ZH
(80 Betten)

sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

1 Operationsschwester
1 Narkoseschwester
1 Röntgenschwester
1 oder 2 dipl. Abteilungsschwestern

Zeitgemässe Anstellungsbedingungen.

Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Krankenhauses Wald ZH, 8636 Wald ZH.

Universitäts-Frauenklinik Basel sucht

dipl. Krankenschwester

mit beruflicher Erfahrung zur Anlernung und Ueberwachung einer Schülerinnengruppe im praktischen Einsatz sowie eine

Abteilungsschwester

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

Bezirksspital Meyriez-Murten sucht zu baldmöglichstem Eintritt

diplomierte Krankenschwester
Chronischkrankenpflegerin

Neuzeitliche, günstige Anstellungen.

Anmeldungen erbeten an die Oberschwester des Spitals Meyriez.

Bezirksspital Langenthal

sucht in Neubau:

1 Narkosepfleger oder -schwester
(evtl. zur Erlernung der Narkose)

1 Operationspfleger oder -schwester
Lebhafter, vielseitiger Operationsbetrieb mit vollamtlichen Chefärzten und Narkoseärztin.

2 oder 3 dipl. Krankenschwestern

Neuzeitliche, günstige Anstellungsbedingungen.

Anmeldungen erbeten an die Spitalverwaltung, 4900 Langenthal, welche unter Tel. 063 2 20 24 Auskunft erteilt.

Bezirksspital in Langenthal

Schulspital der Schwesternschule Bernische Landeskirche sucht in Neubau

dipl. Krankenschwestern

für chir., med. und gyn. Abteilung

Chronischkrankenpflegerin
Spitalgehilfin
Schwesternhilfe

Zeitgemässe Anstellungsbedingungen.

Interessentinnen wenden sich an die Verwaltung Bezirksspital 4900 Langenthal, Telefon 063 2 20 24.

Städtische Schwesternschule Triemli, Zürich

Die Städtische Schwesternschule Triemli sucht gut qualifizierte

Schulschwester

Ausbildung und Berufserfahrung werden bei der Besoldung berücksichtigt. Stellenantritt nach Vereinbarung. Für geeignete Bewerberin besteht später die Möglichkeit zum Besuch der Oberschwestern-Fortbildungsschule des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Bewerberinnen mit guter Allgemeinbildung, Diplom in allgemeiner Krankenpflege und mit pädagogischen Fähigkeiten sind gebeten, ihre Anmeldung mit Photo, Lebenslauf und Zeugnisabschriften an die Städtische Schwesternschule Triemli, Paul-Clairmont-Strasse 30, 8055 Zürich, zu richten.

Nähere Auskunft erteilt die Schulleitung, Tel. 051 35 42 26.
Der Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes

Die Hotels Zimmermann AG in Zermatt

Hotel National-Bellevue und Schweizerhof suchen für lange Wintersaison:

Kranken-schwester

Offerten mit Zeugnissen und Photo sind erbeten an die Direktion.

Krankenhaus Romanshorn

In unserem Allgemeinspital mit 70 Betten ist die Stelle der

Ober-schwester

neu zu besetzen.

Wir suchen eine verantwortungsbewusste Persönlichkeit mit organisatorischen Fähigkeiten und praktischer Erfahrung.

Es handelt sich um eine interessante und selbständige Tätigkeit. Besoldung nach kantonaler Verordnung. Eintritt nach Uebereinkunft.

Offerten und Anfragen an die Krankenhausverwaltung, 8590 Romanshorn, Telefon 071 63 12 82.

Bezirksspital Leuggern AG

Für unser neuzeitlich eingerichtetes Spital suchen wir

dipl. Krankenschwestern

dipl. Narkoseschwester

Wir bieten angenehme Arbeitsverhältnisse und Entlöhnung nach kant. Besoldungsverordnung.

Anmeldungen sind zu richten an Verwaltung Bezirksspital 5316 Leuggern AG, Telefon 056 45 25 00.

Krankenhaus Thalwil

Wir sind ein mittelgrosses Landspital am Zürichsee und suchen für Eintritt nach Uebereinkunft tüchtige

Operationsschwester
dipl. Krankenschwester

oder

-pfleger

Narkoseschwester

oder

-pfleger

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, geregelte Freizeit, gute Entlöhnung und neuzeitliche Sozialleistungen.

Für Auskünfte steht unsere Oberschwester gerne zur Verfügung.
Bewerbungen sind zu richten an: Krankenhaus Thalwil, 8800 Thalwil, Telefon 051 92 01 82.

Bezirksspital 4704 Niederbipp

Wir suchen per sofort oder nach Uebereinkunft

2 Chronisch-krankenpflegerinnen

Modern ausgebaute Chronischkrankenstation mit 30 Betten. Sehr gute Entlöhnung; geregelte Arbeitszeit. Schönes Einerzimmer in neuem Personalhaus.

Interessentinnen sind gebeten, ihre Bewerbungsunterlagen an die Verwaltung zu richten.

Wir suchen 1 Pflegerin/Pfleger für Chronischkranke.

Rufen Sie doch einmal an. Selbst wenn Sie gar keine neue Stelle suchen, sondern nur gwunderhalber wissen möchten, was sich anderswo so tut. Wir informieren Sie gerne über unsere neuzeitlichen Arbeitsbedingungen, über das Salär, über die Anforderungen, die wir stellen usw. Einfach über alles, was Sie interessiert...

Verlangen Sie unsere Oberschwester oder unseren Oberpfleger.

Tel. 051 74 41 66

Privates psychiatrisches Krankenhaus Schlössli
8618 Oetwil am See/ZH

69.89.2.1

Krankenhaus Thalwil

Wir sind ein mittelgrosses Landspital am Zürichsee und suchen für unser **Krankenheim** per sofort oder nach Uebereinkunft tüchtige

dipl. Krankenschwester
Krankenpflegerin
Schwesternhilfe

Wir bieten ein angenehmes Arbeitsklima in kleinem Team, geregelte Freizeit, gute Entlöhnung und neuzeitliche Sozialleistungen.

Für Auskünfte steht unsere Oberschwester Emmi Moser gerne zur Verfügung.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an Krankenhaus Thalwil, 8800 Thalwil, Telefon 051 92 10 01.

Hôpital de Montreux

cherche pour de suite ou date à convenir,

1 infirmière instrumentiste avec formation complète

appointements et conditions de travail selon statut des fonctions publiques cantonales vaudoises. Les offres avec curriculum vitae et copies de certificats sont à adresser à Monsieur le Docteur P. Tissot, chef du Service de chirurgie, Hôpital de et à 1820-Montreux.

Dipl. Krankenpfleger

vertraut mit allen Arbeiten in einem kleinen Spital, der auch einige Erfahrung in Narkose hat, wird dringend gesucht nach Savognin/Oberhalbstein.
Interessenten wollen sich bitte mit der Oberschwester, Telefon 081 74 11 44, in Verbindung setzen.

Le Pavillon de Chamblon cherche

deux aides-soignantes

qualifiées, ou des

infirmières

dont une pour la responsabilité d'un service de malades chroniques. Semaine de cinq jours, barème cantonal.

Offres à la Direction, téléphone 024 2 17 61.

Das Kantonsspital Frauenfeld (Chefarzt Dr. med. R. Gonzenbach) sucht zu baldmöglichstem Eintritt

2 dipl. Krankenschwestern

und

2 Chronischkrankenpflegerinnen

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Arbeits- und Unterkunftsbedingungen, Fünftagewoche, Entlöhnung nach kantonalem Besoldungsregulativ. Möglichkeit zum Beitritt in die staatliche Pensionskasse.

Offerten mit den üblichen Unterlagen erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals Frauenfeld TG.

Bezirksspital in Langenthal sucht in Neubau

2 oder 3 Operationsschwestern

Lebhafter, vielseitiger Operationsbetrieb mit vollamtlichen Chefärzten und Narkoseärztin. Neuzeitliche, günstige Anstellungsbedingungen.

Anmeldungen erbeten an die Verwaltung, 4900 Langenthal, welche unter Telefon 063 2 20 24 Auskunft erteilt.

Das **Kantonsspital Aarau** sucht diplomierte

Krankenschwestern

für die Medizinische Klinik und Chirurgische Klinik mit ihren Dialyse- und Intensivpflegestationen.

Gelegenheit zum Besuch ärztlich geleiteter Kurse für Reanimation.

Gute Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche, vier Wochen bezahlten Urlaub, moderne Unterkunft, auf Wunsch Externat.

Anmeldungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Foto und Zeugniskopien sind zu richten an Frau Oberin M. Vogt, Kantonsspital, 5000 Aarau.

Psychiatrische Klinik Beverin sucht

dipl. Krankenschwester

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

Wir sind auch für kurzfristige Hilfen dankbar.

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

Einwohnergemeinde Belp

Infolge Pensionierung der bisherigen Stelleninhaberin suchen wir per 1. Januar 1970 eine

Gemeindekrankenschwester

Die Anstellung erfolgt unter Berücksichtigung von Ausbildung und Erfahrung nach dem für das Gemeindepersonal gültigen Reglement. Anmeldungen sind zu richten an die Gemeindeschreiberei 3123 Belp.

Bezirksspital Niederbipp

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft

Instrumentierschwester

Chronischkrankenpflegerinnen

Vielseitige Arbeit in vorzüglichen Verhältnissen. Geregelte Arbeitszeit, Lohn und Anstellungsbedingungen zeitgemäss.

Unterkunft im neuen Personalhaus oder extern möglich. Anmeldungen sind an die Verwaltung, Telefon 065 9 43 16, zu richten.

Das Bürgerspital in Solothurn sucht zum Eintritt nach Uebereinkunft

eine Operationsschwester

für den HNO- und Augenoperationssaal.

Wir bieten interessante Tätigkeit in kleinem Team, gute Anstellungsbedingungen und schöne Unterkunft.

Offerten mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die Verwaltungsdirektion des Bürgerspitals, 4500 Solothurn.

Clinique privee à Genève cherche

1 infirmière diplômée

ou aide-hospitalière diplômée pour les veilles

2 infirmières diplômées

pour les soins aux étages.

Place libres de suite ou date à convenir.

Bonnes conditions de travail et de salaire.

Faire offres à Clinique Beaulieu, 22, av. Beau Séjour, 1206 Genève.

Ernst-und-Vera-Schmidheiny-Stiftung für Ferienkinder

Für unser Ferienheim «Rhintalerhus» in Wildhaus (Ganzjahresbetrieb) suchen wir auf Anfang Januar 1970 eine

Heimleiterin

(Krankenschwester, evtl. Fürsorgerin oder Hausbeamtin)

Bewerberinnen sind gebeten, ihre Offerte an das Sekretariat Max Schmidheiny, 9435 Heerbrugg, Telefon 071 72 29 51, wo auch nähere Auskunft erteilt wird, zu richten.

AROSA

Liebe Schwester, an unserer Klinik finden Sie mit Ihrer guten Ausbildung eine selbständige Tätigkeit als

Krankenschwester

Zudem haben Sie Gelegenheit, sich weiterauszubilden, da unsere Klinik spezialisiert ist auf Asthma- und Lungenleiden. Selbstverständlich sind Sie bei uns bei guter Verpflegung und einem sonnigen Einzelzimmer in schönster Wohnlage auch gut aufgehoben.

Anfragen richten Sie an die Oberschwester der kantonal-zürcherischen Höhenklinik Altein, 7050 Arosa, Telefon 081 31 17 21.

Gesucht
zu jungem, invalidem Herrn

Hilfsschwester oder Hilfspfleger

Offerten unter Chiffre 4020 ZK an VS-Annoncen Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Einband-Decken

für die
«Zeitschrift für Krankenpflege»

Ganzleinen, mit Titelaufdruck, liefern wir in gediegener Ausführung zum Preise von Fr. 3.50. Ebenso besorgen wir das Einbinden der uns zugestellten ganzen Jahrgänge. Fehlende Nummern können ersetzt werden.

Buchdruckerei
Vogt-Schild AG,
4500 Solothurn 2

L'Hôpital du Dr Albert Schweizer

à Lambaréné, Gabon, désire engager

1 infirmière médicale

1 sage-femme

Conditions intéressantes, voyage payé. Tous renseignements seront données par le secrétariat **(M. Willy Fath,** 11, rue du Midi, 1800 Vevey).

Kantonsspital Zürich
Im Institut für Anaesthesiologie (Leitung: Prof. Dr. med. G. Hossli) werden laufend Schwestern für die

Anaesthesie

(Narkose und Wiederbelebung)
ausgebildet.

Diplomierte Krankenschwestern, welche Freude und Interesse hätten, zusätzlich die zweijährige Spezialausbildung gemäss dem neuen SVDK-Reglement zu absolvieren, sind gebeten, ihre Bewerbung an das Personalbüro II des Kantonsspitals Zürich, Rämistrasse 100, 8006 Zürich, zu richten.

Bezirksspital Burgdorf

sucht für sofort oder nach Uebereinkunft gutausgewiesene

Narkoseschwester

in lebhaften Chirurgiebetrieb. Wir bieten gute Entlöhnung und angenehmes Arbeitsklima.

Ausführliche Offerten sind an die Verwaltung des Bezirksspitals Burgdorf zu richten.

Das **Bezirksspital in Sumiswald** sucht

dipl. Krankenschwestern

Wir bieten zeitgemässe Lohn- und Arbeitsbedingungen und schönes Wohnen im neuen Personalhaus.

Anmeldungen sind an die Verwaltung zu richten, die unter Telefon 034 4 13 72 Auskunft erteilt.

Privatklinik Engeried Bern

Für unseren interessanten und vielseitigen Operationsbetrieb suchen wir eine gelernte

Operationsschwester

zur Ergänzung unseres Teams. Anmeldungen sind zu richten an die Oberschwester, Riedweg 15, 3000 Bern, Telefon 031 23 37 21.

Das **Bezirkspital Herisau** sucht für sofort oder nach Vereinbarung

1 dipl. Krankenschwester
für Abteilung

1 dipl. Krankenschwester
für Intensiv-Pflege

1 Operations-Lernschwester
1 Dauernachtwache
für die Chronisch-Kranken-Abteilung

Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen. Schönes Zimmer in neuerem Schwesternhaus.
Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester des Bezirksspitals Herisau, 9100 Herisau.

Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur

Wir suchen für unsere Operationsabteilung gut ausgebildete

Instrumentierschwestern

Eintritt: Frühjahr 1970 oder nach Uebereinkunft.

Gute Arbeits- und Anstellungsbedingungen.

Bewerbungen sind erbeten an die Verwaltungsdirektion des Rätischen Kantons- und Regionalspitals Chur, 7000 Chur.

Krankenhaus Romanshorn

sucht zur Ergänzung des Personalbestandes

diplomierte Krankenschwestern

diplomierte Chronisch-krankenpflege-rinnen

Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft. Fünftagewoche. Besoldung nach kant. Reglement.

Offerten an Krankenhausverwaltung, 8590 Romanshorn.

Bezirksspital 3360 Herzogenbuchsee

Wir suchen per sofort oder nach Uebereinkunft

1 dipl. Krankenschwester

zur selbständigen Führung einer Abteilung, sowie

1 Operationsschwester

zur Führung unseres Operationssaales. Hilfspersonal vorhanden.

Wir bieten geregelte Arbeits- und Freizeit, zeitgemässe Entlöhnung, Unterkunft in externen modernen Schwesternwohnungen.

Weitere Auskünfte erteilt gerne:
Die Oberschwester, Telefon 063 5 14 51.

Bilatin stärkt mehr als nur Ihre Nerven.

Bilatin enthält Frischleber-Extrakt, Lecithin und Sorbit in klarer Lösung. Also wertvollste Substanzen. Sie stärken Nerven, Leber, Herz und Kreislauf. Sie machen widerstandsfähiger gegen die täglichen Belastungen. Bilatin tut Ihnen gut – durch und durch.

– Nur in Apotheken erhältlich –

bilatin

SPITAL WIL

140 Betten
Eröffnung 1. April 1970
Neuer, moderner Betrieb
Schönste Lage am Stadtrand von Wil

Zur Ergänzung unseres Personalbestandes suchen wir

dipl. Krankenschwestern
Narkose- und Instrumentierschwestern
Röntgenassistentin
Laborantin
Physiotherapeut oder Physiotherapeutin

Wir erwarten: abgeschlossene berufliche Ausbildung, gute Umgangsformen, Anpassungsfähigkeit, Freude zur Mithilfe beim Aufbau eines neuen Betriebes.
Wir bieten: zeitgemässe Anstellungsbedingungen, Gehalt nach kantonaler Besoldungsordnung, Pensionsversicherung, geregelte Arbeitszeit, Unterkunftsmöglichkeit im neuen Personalhaus.
Das Spital ist Aussenstation der künftigen st.-gallischen Krankenschwesternschule.
Chefärzte am neuen Spital Wil sind:
Dr. med. Hans Güntert, chirurgischer Chefarzt und ärztlicher Direktor, zurzeit in St. Gallen;
Dr. med. Reto Dettli, Chefarzt medizinische Abteilung, Wil;
Dr. med. Jos. Nick, Chefarzt geburtsh.-gynäkol. Abteilung, Wil.

Anmeldungen sind erbeten an: Spitalverwaltung, Verwalter P. Schönenberger, 9500 Wil, Telefon 073 6 45 22.

Bezirksspital Thun

Wir suchen

diplomierte Schwestern

Eintritt sofort oder nach Vereinbarung. Wir bieten modernes Schwesternhaus und zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen. Herrliche Lage für Sommer- und Wintersport.

Bewerbungen mit Unterlagen an den Verwalter.

Das Stadtspital Waid
Zürich

sucht auf Anfang 1970 einen

Operations-pfleger

Dipl. Krankenpfleger würde auch angelernt.

Neuzeitliche Besoldung gemäss städtischer Verordnung, Pensions- und Unfallversicherung.

Anmeldungen sind zu richten an den Verwaltungsdirektor des Stadtspitals Waid, Tièchestr. 99, 8037 Zürich, Telefon 051 44 22 21.

Krankenhaus Altstätten

Wir suchen für unser neues, modern eingerichtetes Krankenhaus mit 140 Betten

1 Narkoseschwester (-pfleger)
1 Operationsschwester
1 Instrumentierschwester
1 Krankenpfleger, Hilfspfleger

Wir bieten zeitgemässe Arbeitsbedingungen, gute Entlöhnung nach kantonalem Reglement, angenehme Unterkunft im renovierten Personalhaus, Fünftagewoche.

Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an die Verwaltung des Krankenhauses 9450 Altstätten SG, Telefon 071 75 11 22.

Bürgerspital Basel

Anfangs 1970 eröffnen wir in einem Neubau eine Station für 50 Chronischkranke (Aussenstation unserer Schule für Chronischkrankenpflege). Aerztliche Leitung: Dr. P. Jucker und Dr. F. Huber.

Deshalb suchen wir:

Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger Pflegehilfen

Ihre Arbeit werden Sie entsprechend Ausbildung und Können in einer kleinen Arbeitsgruppe leisten. Gelegenheit zur beruflichen Weiterbildung.

Fünftagewoche. Auf Wunsch Unterkunft in modernem Personalhaus. Personalrestaurant. Bei Daueranstellung Pensionskasse (Beitritt zu günstigen Bedingungen bis zum 55. Altersjahr möglich).

Offerten und Anfragen sind erbeten an den Personalchef des Bürgerspitals Basel, Hebelstrasse 2, Tel. 061 44 00 41. Montag bis Freitag: 8—10 und 14—16 Uhr.

Pflegeheim der Gemeinden des Kantons Schaffhausen
J. J. Wepferstrasse 12, 8200 Schaffhausen

Für unser modern eingerichtetes Pflegeheim suchen wir

2 Krankenpflegerinnen FA SRK

Bei Interesse an der Zusammenarbeit mit Schülerinnen besteht auch die Möglichkeit, auf unserer Schulstation zu arbeiten.

Anmeldungen sind zu richten an:

Oberschwester Margrit Keller, Telefon 053 4 59 21

Krankenpflegeverein der Kirchgemeinde St. Theodor, Basel, sucht

Gemeindeschwester

da jetzige Schwester altershalber zurücktreten möchte. Autofahrkenntnisse erwünscht. Schöne Wohnung vorhanden.

Offerten an den Präsidenten: Dr. med. D. von Capeller, Grenzacherstrasse 80, Basel.

Hôpital d'Orbe

cherche

1 infirmière diplômée
1 infirmière-veilleuse
1 aide-soignante
1 aide-infirmière
1 technicienne en radiologie

Semaine de 48 h., 2 jours de congés. Salaire selon barème cantonal.
Faire offre à l'infirmière-chef, 1350 Orbe, tél. 024 7 12 12.

L'Institution médico-éducative l'Espérance, à Etoy VD
cherche de façon urgente

une infirmière

prenant la responsabilité du Service médical. Elle est aidée dans son travail par deux auxiliaires médicales; le Service médical est dirigé par un médecin psychiatre et un médecin généraliste, Ce serait un poste intéressant pour une personne désireuse de travailler en dehors de la tension propre aux grands services hospitaliers. Pour tous renseignements, d'adresser à la Direction, tél. 021 76 30 64.

Das Kantonsspital Luzern

sucht für die geplante
Abteilung für künstliche Nieren

4 junge Schwestern

welche Freude an moderner Medizin haben. Attraktive, selbständige und verantwortungsvolle Tätigkeit in neugeschaffenem Team.
Nähere Auskünfte über Arbeitszeit und Gehalt erteilt auf schriftliche Anfragen Dr. A. Colombi, Bürgerspital, Basel.

Wir suchen

dipl. Krankenschwestern

für unseren vielseitigen Betrieb. Wir bieten Fünftagewoche, ortsübliche Entlöhnung und erwarten gute berufliche Kenntnisse.

Anfragen sind zu richten an die Oberschwester der Klinik Linde, 2500 Biel, Telefon 032 3 81 81.

Der Kranken- und Hauspflegeverein der Evang.-ref. Kirchgemeinde Biel sucht

dipl. Krankenschwester

für seine Gemeindekrankenpflege.
Zeitgemässe Entlöhnung, geregelte Arbeitszeit, schönes Zimmer zur Verfügung, auf Wunsch auch ein Auto.

Anfragen sind erbeten an das Büro des Vereins in Biel, Farelhaus, Telefon 032 2 45 99.

Die Wilhelm-Schulthess-Stiftung, Klinik für Orthopädie und Rheumatologie, Neumünsterallee 3/10, 8032 Zürich, sucht für sofort oder nach Vereinbarung

1 Abteilungsschwester

2 dipl. Krankenschwestern

geboten werden: rechter Lohn, geregelte Arbeits- und Freizeit, Pensionsversicherung.

Bewerbungen mit den entsprechenden Unterlagen sind erbeten an die Klinikleitung. Telefonische Auskunft erteilt die Oberschwester, Tel. 051 32 54 46 / 47 66 00.

Das Bezirksspital in Sumiswald mit neuer, modern eingerichteter Operationsabteilung sucht

1 Operationsschwester

Wir bieten zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen und schönes Wohnen im neuen Personalhaus.

Anmeldungen sind an die Verwaltung zu richten, die unter Telefon 034 4 13 72 Auskunft erteilt.

Psychiatrisches Sanatorium Hohenegg, 8706 Meilen

In unserer psychiatrischen Klinik mit 200 Betten ist die Stelle einer

Oberschwester

zu besetzen.

Wir suchen: eine initiative, aufgeschlossene und erfahrene Persönlichkeit mit Diplom in psychiatrischer Krankenpflege, die Organisationstalent und Freude an den vielseitigen Aufgaben einer solchen verantwortungsvollen Stelle hat.

Wir bieten: interessante, selbständige und vielseitige, gutbezahlte Stelle mit vielerlei Organisationsmöglichkeiten; auf Wunsch Weiterbildung möglich; Alterskasse.— Der Eintritt ist sofort oder nach Uebereinkunft möglich.

Wir laden Interessentinnen zu einer persönlichen Besprechung und Besichtigung freundlich ein. Wenden Sie sich bitte an die ärztliche Leitung des Sanatoriums Hohenegg, 8706 Meilen, Telefon 051 73 00 88.

Kinderspital Zürich — Universitäts-Kinderklinik

Für unseren kürzlich in Betrieb genommenen, modernen Neubau suchen wir auf 1. Dezember 1969 und 1. Januar 1970

diplomierte Kinderkrankenschwestern oder Krankenschwestern

Anmeldungen sind an die Oberschwestern (Schw. Heidi Rutishauser für die intern-medizinische, Schw. Susi Pfister für die chirurgische Abteilung) zu richten.

Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, **8032 Zürich,** Tel. 47 90 90

Solothurnisches Kantonsspital Olten

Wir suchen

dipl. Krankenpfleger
für die chirurgische Abteilung

Abteilungsschwester
für die ORL-Klinik

dipl. Krankenschwestern
für die chirurgische und die Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung.

Zeitgemässe Anstellungsbedingungen.

Stellenantritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals, 4600 Olten, Telefon 062 22 33 33.

Der Stadtärztliche Dienst Zürich sucht für das Krankenheim **Chesa Ruppanner** in **Samaden** eine tüchtige

Krankenschwester

Stellenantritt am 1. Dezember 1969 oder nach Uebereinkunft.
Die Besoldung richtet sich nach den städtischen Reglementen, Pensionsversicherung oder Spar- und Hilfskasse.
Geregelte Arbeits- und Freizeit.
Interessentinnen sind gebeten, sich telefonisch oder schriftlich mit dem Stadtärztlichen Dienst Zürich, Walchestr. 33, 8035 Zürich 6, Telefon 051 28 94 60, in Verbindung zu setzen.

In schönem Aussenquartier von Bern, reges Einzugsgebiet, suchen wir eine

Gemeindeschwester

Vielseitige, dankbare Tätigkeit und angenehmes Arbeitsklima mit fortschrittlichen Anstellungsbedingungen (Autoentschädigung, pensionsberechtigt).
Bewerberinnen wollen sich bei Herrn Fritz Fuhrer, Zelgstr. 7, 3027 Bern-Bethlehem, melden (Telefon 031 56 15 48), wo jede weitere Auskunft gerne erteilt wird.

Das Städtische Krankenhaus in Baden

sucht zum baldigen Eintritt

1 Operationsschwester

und

1 Operationspfleger

Es besteht die Möglichkeit, die zweijährige praktische und theoretische Lehre zu absolvieren.
Anmeldungen sind an die Oberschwester zu richten, 5400 Baden, Telefon 056 6 16 91.

Bezirkspital Thun

Für unseren Neubau suchen wir

Instrumentierschwester

und

Narkoseschwestern

Wir bieten zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen. Herrliche Lage für Sommer- und Wintersport.
Bewerbungen mit Unterlagen an den Verwalter.

Über 70jährige Erfahrung in der Herstellung diätetischer Produkte für

Diabetes
Nephritis
Hypertension
Dyspepsie
Konstipation

PHAG

Fabrik diätetischer Nahrungsmittel
1196 GLAND VD

Hunderte von Spitälern, Kliniken, Heimen verwenden unsere Produkte mit bestem Erfolg

Gesucht wird

Pflegerin für Chronischkranke
oder
Spitalgehilfin

in unsere moderne Krankenabteilung.
Wir bieten: vorzüglich geordnete Anstellungsbedingungen und sehr gute Entlöhnung.
Interessentinnen wollen sich melden bei der Verwaltung des Seeland-Heims, 3252 Worben.

Importante clinique cherche

laborantine

diplômée, expérimentée en chimie clinique et hématologie, situation intéressante, travail varié

1 infirmière de salle d'opérations

Offres avec références et copies de certificats à **Direction Clinique Cécil, 53, av. Ruchonnet, Lausanne.**

Stadtspital Triemli Zürich

Wir suchen für unser modernes, gutgelegenes Spital, das im Jahre 1970 eröffnet wird,

Pflegepersonal

für folgende Abteilungen:

Chirurgie, Medizin, Strahlen, Rheumatologie und physikalische Medizin (inkl. Intensivpflege- und Notfallstation)

— Oberschwestern
— klinische Schulschwestern
— Stationsschwestern
— diplomierte Krankenschwestern
— diplomierte Krankenpfleger

Kinderabteilung
(Leitung: Schwesternschule Inselhof)

— klinische Schulschwester
— Schwestern mit WSK-Diplom

Abteilungen für Chronischkranke

— klinische Schulschwester
— Stationsschwestern
— Krankenpflegerinnen und -pfleger

Operationssäle

— Operationsschwestern und -pfleger
— Anästhesieschwestern und -pfleger

Der Dienstantritt kann nach Vereinbarung ab Frühjahr 1970 erfolgen, für leitende Posten auch früher.

Die Anstellungs- und Arbeitsbedingungen richten sich nach den stadtzürcherischen Personalverordnungen. — Personalverpflegung im Bon-System — Kinderhort.

Anmeldungen mit Lebenslauf, Foto und Zeugnissen sind zu richten an die Verwaltungsdirektion des Stadtspitals Triemli, Birmensdorferstrasse 497, 8055 Zürich. Auf Wunsch werden auch Anmeldebogen zugestellt.

Für nähere Auskünfte steht die Spitaloberin, Schwester Veronika Schmidt, gerne zur Verfügung (Telefon 051 36 33 11).

Der Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes

Bezirksspital Aarberg

Auf unsere lebhafte chirurgische Abteilung suchen wir für sofort oder nach Uebereinkunft

2 Krankenschwestern

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, gute Entlöhnung und geregelte Arbeitszeit.

Anmeldungen sind zu richten an die Oberschwester, Bezirksspital 3270 Aarberg, Tel. 032 82 27 12.

Bezirksspital Frutigen
(Berner Oberland)

sucht

dipl. Kranken-schwestern

Selbständige und vielseitige Tätigkeit. Geregelte Freizeit (Fünftagewoche), gute Entlöhnung.

Offerten sind der Verwaltung des Bezirksspitals 3714 Frutigen einzureichen. Tel. 033 71 25 71.

Hôpital de la Ville
«Aux Cadolles», Neuchâtel
cherche

thérapeute respiratoire

Ambiance de travail agréable.
Semaine de 5 jours.
Date d'entrée à convenir.

Faire offre avec photographie et curriculum vitae à la Direction de l'hôpital.

Entraide protestante du Borinage (Belgique)

engage

infirmières et gardes-malades diplômées

1° Externes pour visiter malades à domicile,

2° Internes pour ses homes de vieillards et réfugiés, malades et infirmes.

Permis de travail et agrégation accordés par les Ministères, pour une durée d'un an. Barème légal. Maison meublée et automobile à disposition. Femme de ménage une fois par semaine. Travail indépendant. Vacances et congés légaux.

Ecrire: 34, rue d'Arlon, Bruxelles 4.

Stellen-Gesuche

Diplomierte erfahrene

Psychiatrieschwester

Sprachen Deutsch, Französisch, Englisch, sucht Privatpflege.

Offerten bitte unter Chiffre 4021 ZK an VS-Annoncen Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

L'Hôpital de la ville de La Chaux-de-Fonds cherche, pour ses services :

infirmières diplômées en soins généraux et H.M.P.

infirmiers(ères) anesthésistes

Entrée en fonction immédiate ou date à convenir.

Conditions de traitement et de logement intéressantes. A votre demande, nous vous enverrons tous renseignements complémentaires.

Prière d'écrire à la Direction de l'Hôpital, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds.

Kinderspital Zürich — Universitäts-Kinderklinik

Für unsere im vergangenen Frühjahr in Betrieb genommene neue **Zentralsterilisation** suchen wir eine jüngere

dipl. Krankenschwester Wochen-Säuglings- oder Kinderkrankenschwester

als **Leiterin.** Die Arbeitszeit ist normal mit Fünftagewoche; die Stelle eignet sich daher auch für eine verheiratete Schwester.

Anmeldungen sind an die **Direktion des Kinderspitals Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich,** zu richten (Auskunft erteilt Sr. Elsbeth Zollinger).

Oh lala...
wie schlank!
Sie trinkt
CONTREX

Schlank bleiben, das bedeutet: gleichviel oder eher mehr ausscheiden, als man zu sich nimmt. Trinken Sie Contrexéville, denn dieses Mineralwasser regt Leber und Niere an, genau jene Organe also, die für die Ausscheidung verantwortlich sind. Contrex ist ein guter Start im Kampf gegen Uebergewicht und Cellulitis.

Contrex gegen Gewicht

Natürliches kalziumsulfathaltiges Mineralwasser

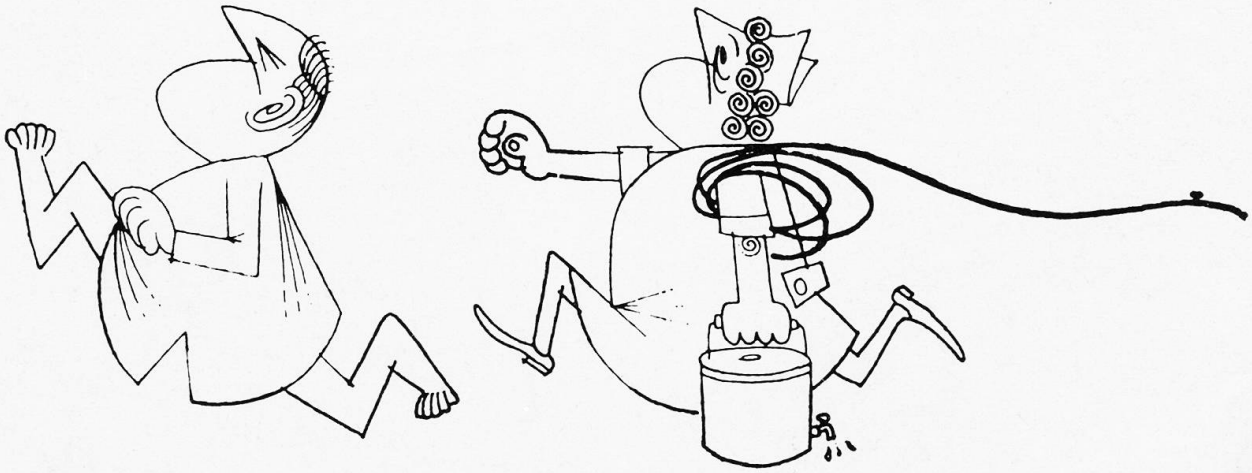
68/12

AZ
4500 Solothurn 2

ZR

Gr. Schweiz. Landesbibliothek

Postfach
3001 Bern



MICROKLIST das schonende, schnellwirkende Microklistier

zeitsparend für das Pflegepersonal

Indikationen

Obstipation von Rektum und Sigmoid
Obstipation während der Schwangerschaft
Enkopresis
Koprostasis
Obstipation bei chirurgischen Maßnahmen (prä- und postoperativ)
Zur Vorbereitung der Rektoskopie und Sigmoidoskopie

Bei allen diesen Fällen kann Microklist anstelle der unangenehmen und manchmal schmerzhaften Einläufe verwendet werden. Microklist wirkt sicher und schnell, aber schonend. Es ist leicht anzuwenden und zeitsparend für das Pflegepersonal. Wie Untersuchungen in USA und Großbritannien gezeigt haben, kann man pro Patient durch die Anwendung von Microklist im Vergleich zu Wassereinläufen 20 Minuten gewinnen.

PHARMACIA
UPPSALA SCHWEDEN

Alleinvertretung für die Schweiz:
OPOPHARMA AG.,
Postfach 315,
8025 ZÜRICH

VOGT-SCHILD AG SOLOTHURN