

WELCHE BEDEUTUNG KOMMT DER

SPITALEXTERNEN KRANKENPFLEGE UND GESUNDHEITSPFLEGE ZU ?

1. Einleitung - oder "Weshalb im Gesundheitswesen eine Denkpause  
not tut "

---

Es gibt kaum ein westliches Land, in dem nicht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen grosse Besorgnis herrschte. Die einen befürchten das Schlimmste für die Staatsfinanzen, die andern plagt der Gedanke an die Krankenkassenprämien und die Steuerrechnung. Schliesslich gibt es nicht wenige, welche mit den Leistungen des Gesundheitswesens nur teilweise zufrieden sind.

Wer sich bemüht, die jüngste Entwicklung und gegenwärtige Lage des Gesundheitswesens näher zu betrachten, stellt allerdings Erstaunliches fest:

Die Ausgaben in andern Bereichen staatlicher Tätigkeit, z.B. im Erziehungswesen oder im Umweltschutz, sind ebenso stark und zum Teil wesentlich mehr angestiegen als im Gesundheitswesen.

Wer aber spricht schon von einer Kostenexplosion im Erziehungswesen, im Umweltschutz, bei der Polizei ? Wer rechnet das Defizit einer Schule insgesamt oder pro Schüler und Jahr aus ? Zudem erscheint es ungerecht, nur die Entwicklung der Kosten zu betrachten, ohne den beachtlichen Ausbau der Leistungen des Gesundheitswesens zu berücksichtigen.

Das Unbehagen im und mit dem Gesundheitswesen muss also noch andere Gründe haben. Ist es nicht - zumindest teilweise - eine Folge davon, dass wir im Begriffe sind, Krankheit und Tod aus unserem Denken weitgehend zu verdrängen und deshalb wenig realistische Vorstellungen und Anforderungen an das Gesundheitswesen, an Spitäler, Aerzte und Krankenschwestern richten ? Während eines zehntägigen Aufenthalts im Akutspital wird es im Anschluss an die Blinddarmoperation kaum noch möglich sein, die Zivilisationskrankheiten zu beheben, die in den vorangegangenen 10 Jahren entstanden sind. Es fehlt hier der Raum, um auf die vielfältigen Aspekte dieses wichtigen und schwierigen Problems näher einzugehen - es verdiente es aber - dass möglichst viele im Gesundheitswesen Tätige oder davon Betroffene - und wer ist das nicht - darüber nachdächten, eine Denkpause einschalteten.

Mein Anliegen ist es, hier ein Thema aufzugreifen, das in der Diskussion um die gegenwärtigen Probleme des Gesundheitswesens häufig genannt wird und mit dem recht viele Hoffnungen verbunden werden - der Ausbau und die Förderung der sogenannten spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege. Ich will darzulegen versuchen, was wir davon erwarten dürfen und auch, was wir nicht erwarten sollten, wenn wir Enttäuschungen vermeiden wollen.

2. Was verstehen wir unter spitalexterner Krankenpflege und Gesundheitspflege ?

---

Mit dem Begriff "Spitalexterne Krankenpflege und Gesundheitspflege" bezeichnen wir sämtliche Bestrebungen und Massnahmen zur Vermeidung oder Verkürzung von Spital- oder Pflegeheimaufenthalten von Patienten. "Spitalexterne Krankenpflege und Gesundheitspflege" bedeutet demnach einmal eine bestimmte Art und Weise der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Patienten, also die Arbeit der praktizierenden Aerzte, der Gemeindschwester, der Hauspflegerin, der Laienhelferin. Zur Unterstützung von Behinderten und gesunden Betagten werden gleiche oder ähnliche Einrichtungen und Dienstleistungen zur Verfügung gestellt wie in der spitalexternen Krankenpflege, deshalb ist eine eindeutige Abgrenzung zwischen diesen Bereichen weder möglich noch sinnvoll.

Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass sämtliche Bemühungen zur Gesunderhaltung oder Vermeidung von Krankheiten beim Einzelnen oder bei Bevölkerungsgruppen auch einen Beitrag zur Verkürzung oder Vermeidung von Spitalaufenthalten darstellen, wenn wir sie auch eher mit "Gesundheitspflege" bezeichnen.

Bei der spitalexternen Krankenpflege stehen also Bestrebungen und Massnahmen im Vordergrund, welche zum Ziel haben, dass Patienten aller Altersstufen und Krankheitsarten nicht oder möglichst nur kurzfristig hospitalisiert werden müssen. Die Leistungen der spitalexternen Krankenpflege können sowohl im Hause des Patienten, in der Arztpraxis, aber beispielsweise auch im Gesundheitszentrum des Wohnquartiers des Patienten erbracht werden.

3. Weshalb soll die spitalexterne Krankenpflege ausgebaut und gefördert werden ?

---

Wenn heute ein Ausbau der spitalexternen Krankenpflege gefordert wird, geschieht dies meistens in der Absicht, einen Weg zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Ich stelle in diesem Zusammenhang zwei Fragen:

1. Welche Ueberlegungen sprechen für einen Ausbau der spitalexternen Krankenpflege ?
2. Ist die spitalexterne Krankenpflege überhaupt billiger ?

Es gibt viele Gründe, die dafür sprechen, dass der Aufenthalt von Patienten im Spital vermieden oder doch verkürzt werden sollte. Ich denke an die im eigenen Heim besser mögliche Pflege der familiären und nachbarschaftlichen Bindungen, die Erhaltung einer möglichst grossen Selbständigkeit des Patienten, unter Umständen die Verhinderung von Umzugsdepressionen bei älteren Patienten, die Beschleunigung der Wiedereingliederung von Rekonvaleszenten. Dies macht deutlich, dass Kostenüberlegungen nicht im Vordergrund stehen. Selbstverständlich müssen wir aber alles Interesse haben, eine bestimmte ärztlich-pflegerische Leistung möglichst kostengünstig zu erbringen.

Nicht in jedem Krankheitsfall kann der Patient - weder heute noch in der Zukunft - zu Hause behandelt und gepflegt werden. Der Patient, der zu Hause bleibt, hat Anrecht auf ein seinem Leiden entsprechendes, gutes Leistungsangebot. Es geht also darum, in jedem einzelnen Fall abzuklären, ob eine Behandlung im Heim des Patienten oder im Spital oder Pflegeheim angebracht ist. Nichts wäre schlechter und unangebrachter, als nun zu meinen, die Förderung und der Ausbau der spitalexternen Krankenpflege sei gleichsam das Ei des Kolumbus, ein Weg zur Behebung sämtlicher gegenwärtiger Schwierigkeiten. Andererseits vertreten heute nicht wenige Leute die Auffassung, die Bemühungen und Bestrebungen zum Ausbau der spitalexternen Krankenpflege müssten nun sofort gestoppt werden, da es ja nun vielerorts nicht mehr an Akutbetten mangle und im übrigen die Auslastung der Spitäler schlecht sei, was volks- und betriebswirtschaftlich nicht vertreten werden könne. Ich bin hier anderer Auffassung. Wenn wir die bestehende Akutspital-Kapazität künstlich aufrechterhalten, wird man ihre Ausnützung als Beweis nehmen, dass ein entsprechender Bedarf vorhanden ist und für den Fall des Ersatzbedarfes von den gleichen, zu hohen Bedürfniszahlen ausgehen. Wenn man weiss, dass ein sehr hoher Anteil der Betriebskosten sich aus Personalkosten zusammensetzt, kann man dort, wo zumindest in den nächsten Jahren zu viel Akutbetten bestehen, durch Stilllegung einzelner Abteilungen oder durch ihre Verwendung für andere Zwecke wesentliche Einsparungen erzielen.

#### 4. Modelle der spitalexternen Krankenpflege

Lassen Sie mich nun einige Modelle der spitalexternen Krankenpflege vorstellen, die ich aus der Schweiz kenne, und die zum Teil realisiert, zum Teil geplant sind.

(Was die Gesundheitszentren in der Stadt Bern angeht, so sind unsere Leser erstmals im SPITEX 2/3 1975 orientiert worden. Da hier jedoch gewisse neue Aspekte beleuchtet werden, drucken wir die Zusammenfassung dennoch ab. Auf das "Modell Freiburg", welches im SPITEX 1/1976 vorgestellt wurde, weisen wir nochmals kurz hin, da die Ausführungen nur in französischer Sprache abgefasst waren. Dass das Beispiel Genf, der "Service de Soins Infirmiers à Domicile", in die Reihe der bereits verwirklichten Modelle gehört, ist selbstverständlich. Wir möchten jedoch an dieser Stelle nicht darauf eingehen, da dies schon in der vorangegangenen Nummer des SPITEX ausführlich geschehen ist. (Red.)

##### 4.1 Gesundheitszentren in Stadtquartieren

In der Stadt Bern sind insgesamt 6 - 7 Gesundheitszentren geplant, deren Einzugsgebiet jeweils 1 - 2 Quartiere erfasst. Zwei Zentren sind teilweise realisiert. Einzelne Zentren sollen mit Altersstützpunkten verbunden werden; das sind Alterswohnheime, die ebenfalls ambulante Dienste für Betagte in der

Umgebung anbieten. Die Gesundheitszentren sollen ein breites Sortiment an Dienstleistungen und Beratungen anbieten. Ein Schwergewicht liegt in der Krankenpflege, sei es im Gesundheitszentrum selber, sei es durch Krankenschwestern des Gesundheitszentrums in der Wohnung des Patienten.

Ein Arbeitsausschuss der Stadtbernischen Konferenz für Gesundheitsfragen hat folgende weitere Aufgaben vorgesehen:

Ein Gesundheitszentrum soll auch auf eine verbesserte Zuweisung von Patienten zum Arzt hinwirken, vor allem bei denjenigen, die keinen eigenen Hausarzt haben, ferner soll es auf dem Gebiet der Gesunderhaltung eine Lücke schliessen.

Es geht dabei nicht um die Wegnahme von Tätigkeiten, die bereits anderswo in zufriedenstellender Weise ausgeübt werden, sondern um die Erfüllung von neuen Aufgaben, welche die Präventivmedizin mit sich bringt (Orientierungen für Patienten mit Diabetes, Hypertonie, Ernährungsberatungen, Raucherentwöhnungskurse, Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge).

Der kurative Einsatz von Ärzten wird also nicht in Erwägung gezogen, was die Gesundheitszentren deutlich und eindeutig von den Quartierpolikliniken unterscheidet. Unbestritten ist dagegen die ärztliche Mitwirkung in den präventivmedizinischen Aktivitäten des Gesundheitszentrums.

Die Vermittlung fürsorglicher Dienstleistungen soll ebenfalls in den Aufgabenbereich der Gesundheitszentren einbezogen werden.

Die Dienstleistungen eines Gesundheitszentrums sollen - immer nach Ansicht der Projektgruppe - durch eine oder mehrere Gesundheits- bzw. Gemeindeschwestern und durch verschiedene medizinische und soziale Organisationen erbracht werden. Einzelne dieser Organisationen werden im Gesundheitszentrum zu bestimmten Zeiten ihre Sprechstunden abhalten, die Dienste anderer werden durch das Gesundheitszentrum lediglich vermittelt.

Ein Bedürfnis nach solchen Gesundheitszentren, Informations- und Koordinationsstellen scheint nach den ersten Erfahrungen in Bern namentlich bei betagten und behinderten Menschen zu bestehen. Selbstverständlich ist die Idee solcher Gesundheitszentren auch in kleineren Ortschaften realisierbar.

#### 4.2 Koordination bestehender Hauskrankenpflege-Institutionen durch eine Gesundheitsschwester

In Freiburg, wie in den umliegenden Gemeinden, bestehen mehr oder weniger ausgebaute Krankenpflege- und Hauspflege-Dienste. Eine Vereinbarung zwischen der Gemeinde Freiburg und vier umliegenden Gemeinden bildet nun die Grundlage für eine Abstimmung der bestehenden Einrichtungen, indem eine vollamtlich tätige Gesundheitsschwester <sup>1)</sup> die Gewährleistung der angeforderten Dienste sicherstellt. Sie führt in der Regel einen ersten

<sup>1)</sup> Gesundheitsschwester - wir sind diesem Namen schon zweimal begegnet - sind diplomierte Krankenschwestern, die sich in einer sechsmonatigen Zusatzausbildung auf ihre Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitspflege vorbereitet haben.

Besuch beim Patienten selber aus, um sich persönlich ein Bild von der Situation machen zu können. Je nach der Bedürfnislage fordert sie dann den entsprechenden Dienst an.

#### 4.3 Sozialmedizinische Planung in den ländlichen Bezirken eines Kantons 1)

Im Jahre 1968 wurde im Kanton Waadt ein neues Gesetz eingeführt, das die Gründung des "Organisme médico-social vaudois" (OMSV) zur Folge hatte. Er sollte den von der TBC-Liga seit 1921 geführten ambulanten Krankenpflagedienst ersetzen, der den neuen Anforderungen nicht mehr genügte.

Der Gesetzestext umschreibt die Aufgabe des OMSV folgendermassen: "Der OMSV muss in allen Gemeinden gewisse Präventiv- und Sozialmassnahmen ergreifen und die spitalexterne und paramedizinische Pflege sicherstellen. Bestimmte Aufgaben kann er privaten oder öffentlichen Institutionen anvertrauen. Er arbeitet mit dem Gesundheitsdepartement eng zusammen".

In den Ausführungsbestimmungen nimmt die Gesundheitsschwester einen wichtigen Platz ein. Es muss eine genügende Anzahl ausgebildet werden, um den ganzen Kanton versorgen zu können. Ein solcher Dienst soll ausbaufähig sein und in einem späteren Zeitpunkt Sozialarbeiter, Hauspflegerinnen, KWS-Schwestern usw. miteinschliessen können.

Der OMSV ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft und unabhängig vom Staat. Er wird von einem Verwaltungsrat, in dem der Staat, die Gemeinden und 15 sozial-medizinische Institutionen vertreten sind, geführt.

Das Defizit wird je zur Hälfte von Gemeinden und Kanton getragen. In der Praxis wird für jede Stelle einer Schwester ein Budget aufgestellt und das errechnete Defizit durch die Einwohnerzahl des zu bedienenden Sektors geteilt. Das ergibt für die Gemeinden einen Betrag von Fr. 2.50 bis 4.50 pro Kopf der Bevölkerung, je nach Ausrüstung und Tätigkeitsprogramm der Stelle. Der Kanton steuert - wie erwähnt - die gleiche Summe bei.

Ein Verwaltungsdirektor und eine Gesundheitsschwester leiten den OMSV. Es bestehen 71 Stellen für Gesundheitsschwestern. Von den 84 angestellten Schwestern arbeiten 18 in Teilzeitarbeit.

Seit Januar 1973 sind alle 384 Gemeinden des Kantons dem OMSV angeschlossen. Nur die Stadt Lausanne hat ihre eigene Organisation.

Der Personalbedarf: Der OMSV rechnet 1 Schwester auf 4000 bis 5000 Einwohner, wenn diese pflegerisch und sozialmedizinisch tätig ist. Wird die Pflege noch von privat tätigen Schwestern in der herkömmlichen Art ausgeführt, so betreuen sie 8000 bis 10'000 Einwohner. Der Kantonsdurchschnitt beträgt heute 1 Schwester auf 5'4000 Einwohner.

Der Aufgabenkreis der Gesundheitsschwestern umfasst drei verschiedene Gebiete:

---

1) Die nachstehende Beschreibung erfolgt in Anlehnung an die Zusammenfassung eines Artikels über den OMSV, VESKA, Mai 1975, S. 213

Das aktuelle Thema - Le sujet d'actualité - Soggetti d'attualità -

1. Die Pflege der Kranken nach ärztlicher Verordnung. Sie helfen mit bei Untersuchungen und überwachen die Patienten. Sie bemühen sich um die gute Organisation der Pflege und benachrichtigen eventuelle zusätzliche Dienste (Hauspflege, Laienhilfe, Mahlzeitendienst, Krankengymnastin, usw.).
2. In allen Gemeinden üben sie sozial-medizinische Tätigkeiten aus, wie das Erfassen und Verhüten von Krankheiten, Prävention und Gesundheitserziehung, sie führen Erhebungen und Kontrollbesuche durch, insbesondere bei Kleinkindern und Betagten. Die Gesundheitsschwestern werden oft um Rat und Hilfe gefragt, da sie alle sozial-medizinischen Einrichtungen des Kantons kennen, können sie ihre Klienten an die richtigen Instanzen verweisen.
3. Die Schwestern sind oft im schulärztlichen Dienst eingesetzt. Auch hier liegt das Hauptgewicht auf der Vorbeugung und Früherfassung sowie dem guten Kontakt mit Schulärzten, Lehrern und Eltern.

Es ist - zumindest bei einzelnen Modellen - noch zu früh, ein Urteil über ihren Wert zu fällen.

Lösungen, wie sie in Genf (s. SPITEX 2/1976) und im Kanton Waadt realisiert sind, können sicher als vorbildlich bezeichnet werden. Dass sie zum Teil seit Jahrzehnten bestehen und ständig weiterentwickelt werden, darf niemanden davon abhalten, auch in Gebieten, in denen verhältnismässig wenig Einrichtungen und Dienstleistungen der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege bestehen, Initiativen zu ergreifen und nach neuen Lösungen zu suchen. Wie beim Ausbau der spitalexternen Krankenpflege vorgegangen werden kann, werde ich noch darlegen.

Dr. rer. pol. Heinz Locher  
Bern

In der SPITEX-Ausgabe No. 1/1977 folgen Fortsetzung und Schluss der Ausführungen von Herrn Dr. Locher. Und zwar wird er sich äussern zur Frage "Ist die spitalexterne Krankenpflege billiger?", zum "Vorgehen beim Ausbau der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege", zur "Förderung der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege als Rotkreuz-Aufgabe" und wird abschliessend einige Ergebnisse seiner Betrachtungen darstellen.

Red.

QUELLE IMPORTANCE FAUT-IL ATTACHER AUX SOINS EXTRA-HOSPITALIERS

1. Introduction: Un temps de réflexion s'impose dans le domaine de la santé - pourquoi ?

Il n'y a pratiquement pas un pays occidental où l'augmentation des dépenses dans le domaine de la Santé n'ait suscité ces dernières années de vives inquiétudes. Les uns y voient une grave menace pour les finances de l'Etat; les autres se montrent préoccupés par l'augmentation des impôts et des primes d'assurance-maladie. A cela s'ajoute le fait qu'une partie de la population ne s'estime que relativement satisfaite des prestations offertes au public dans le domaine de la Santé.

Si l'on prend la peine d'examiner de plus près les récents développements et la situation actuelle, on fait alors des constatations étonnantes: On s'aperçoit que les dépenses de l'Etat dans d'autres domaines - notamment ceux de l'instruction publique et de la protection de l'environnement - ont augmenté tout autant, si ce n'est dans une mesure plus forte encore, que les dépenses en faveur de la santé publique. Mais, a-t-on jamais entendu parler d'une explosion des coûts de l'instruction publique, de la protection de l'environnement ou de la sécurité publique ? Et qui songerait à présenter des calculs relatifs aux déficits des écoles, considérés globalement ou par élève et par année ? D'ailleurs, est-il juste de parler du développement des coûts sans considérer aussi les progrès réalisés: l'amélioration constante des prestations dont bénéficie la population dans le domaine de la Santé ?

Si un certain malaise transparait dès qu'il est question de santé publique, cela ne saurait donc s'expliquer uniquement par le problème des coûts; il doit y avoir d'autres raisons encore. Ne serait-ce pas - en partie du moins - parce que nous serions enclins à refouler de notre esprit tout ce qui nous fait penser à la maladie et à la mort ? Ne serait-ce pas la raison pour laquelle on se montre souvent peu réaliste dans les idées que l'on se fait des hôpitaux, des médecins et des infirmières, dont on attend parfois plus qu'ils ne peuvent donner ? Il est évident qu'une hospitalisation de dix jours pour une opération de l'appendicite, par exemple, ne saurait effacer les traces de maladies de civilisation dont on souffre depuis dix ans. Il n'est guère possible de s'arrêter ici plus longuement sur les multiples aspects de ce problème très important et très difficile. Mais il serait bon que de larges cercles de personnes travaillant dans le domaine de la santé publique ou concernées par ces problèmes - et qui ne l'est pas - prennent le temps d'y réfléchir, car c'est un point qu'il vaudrait la peine d'approfondir.

Ce que je me propose aujourd'hui, c'est d'esquisser un sujet fréquemment évoqué dans les discussions sur des problèmes d'actualité: le développement des "soins extra-hospitaliers", sur lequel on fonde aujourd'hui de grands espoirs. J'essayerai de mettre en lumière ce que l'on peut en attendre - et aussi ce que l'on ne devrait pas en attendre si l'on veut éviter des déceptions.

## 2. Qu'entendons-nous par "Soins extra-hospitaliers" ?

Dans notre terminologie, "soins extra-hospitaliers" désigne toujours l'ensemble des efforts et des mesures visant à éviter ou à abrégé des séjours à l'hôpital ou dans des homes pour malades. Le terme "soins extra-hospitaliers" s'applique donc à une certaine forme de soins médicaux et infirmiers qui sous-entend le travail de plusieurs personnes: médecin praticien, infirmière de la santé publique, aide familiale, auxiliaire non professionnelle.

L'assistance aux infirmes et aux personnes âgées saines et les "soins extra-hospitaliers" nécessitent des formes d'organisation et des prestations identiques ou du moins semblables. C'est pourquoi il serait vain et même impossible de faire une nette délimitation entre ces deux domaines.

Il convient de considérer enfin que tous les efforts ayant pour but la prévention des maladies et la protection de la santé de l'individu ou d'une collectivité contribuent du même coup à éviter ou à abrégé le séjour des malades à l'hôpital.

Les mesures et les efforts visant à éviter ou à abrégé autant que possible l'hospitalisation de malades de tous âges et de toutes catégories (c'est-à-dire quelle que soit leur maladie) jouent donc un rôle de premier plan dans les soins extra-hospitaliers. Les prestations fournies dans le domaine des soins extra-hospitaliers comprennent aussi bien les soins dispensés dans un cabinet de consultation médicale que les soins donnés au domicile du patient ou au centre médico-social de son quartier, par exemple.

## 3. Pourquoi la promotion des soins extra-hospitaliers ?

Si l'on s'efforce aujourd'hui de promouvoir les soins extra-hospitaliers, c'est en général en vue d'abaisser les coûts de la santé publique. Je voudrais, à ce propos, formuler deux questions:

1. Quelles sont les réflexions en faveur du développement des soins extra-hospitaliers ?
2. Les soins extra-hospitaliers sont-ils vraiment meilleur marché ?

Nombreux sont les motifs pour lesquels on souhaite éviter, quand c'est possible, ou du moins abréger le séjour de malades à l'hôpital. Les soins à domicile ont, par exemple, les avantages suivants: les rapports familiaux et de voisinage peuvent être maintenus plus étroits; le malade conserve la plus grande indépendance possible; cela permet d'éviter dans certains cas, chez des personnes âgées, des dépressions consécutives à une transplantation dans un milieu différent; la réintégration des convalescents se fait plus rapidement. Comme on le voit, les considérations d'ordre pécuniaire ne sont pas les plus importantes; mais il n'en est pas moins évident que toute possibilité de rendre plus avantageux le coût du traitement et des soins dont un malade a besoin doit retenir l'attention.

Il est évident qu'il ne sera jamais possible de soigner tous les malades à domicile; l'hospitalisation sera toujours nécessaire dans certains cas. Ce qui est tout aussi certain, c'est que le malade maintenu à domicile est en droit de bénéficier, comme le malade hospitalisé, des traitements et des soins les plus appropriés dans sa situation. Il convient d'examiner dans chaque cas en particulier quelle solution s'avère la plus judicieuse; s'il convient de soigner le malade à domicile, dans un hôpital ou dans un home pour malades. Il faut donc se garder de considérer le développement des soins extra-hospitaliers comme la solution miracle qui permettra de surmonter toutes les difficultés actuelles; rien ne serait plus faux !

A l'opposé, il y a la tendance - assez souvent représentée aujourd'hui - de ceux qui voudraient stopper tous les efforts entrepris en vue du développement des soins extra-hospitaliers sous prétexte que la pénurie de lits d'hôpitaux appartient au passé et qu'il y a même, maintenant, dans les hôpitaux généraux, bien des lits inoccupés; cela serait contraire à tous les principes de l'économie nationale et de l'économie d'entreprise. Je suis sur ce point d'un avis différent: si l'on maintient artificiellement un nombre de lits d'hôpitaux dépassant les besoins réels, on s'en servira ensuite pour prouver l'existence d'un besoin correspondant et l'on partira alors des mêmes chiffres trop élevés pour calculer le nombre de lits nécessaires en cas de réfection ou de nouvelle construction. Lorsqu'on sait qu'une proportion élevée des dépenses d'exploitation est constituée par les frais de personnel, on prend conscience de la possibilité de réaliser des économies considérables en fermant certains services hospitaliers dont le nombre de lits dépasse les besoins prévisibles, pour ces prochaines années du moins, ou en utilisant ces services à d'autres fins.

#### 4. Modèles d'organisation de soins extra-hospitaliers.

Si vous le voulez bien, je vous présenterai maintenant quelques modèles d'organisation de soins extra-hospitaliers, modèles en partie réalisés et en partie à l'état de projet.

(Des informations sur les centres médico-sociaux de la ville de Berne ont été publiées dans le Bulletin SPITEX 2/3 1975. Nous les résumons ci-après en français. Le "Modèle de Fribourg", actuellement en voie de réalisation, a déjà été présenté à nos lecteurs de langue française dans SPITEX 1/1976. Quant au Service des soins infirmiers à domicile de Genève, qui a fêté en 1974 son 50ème anniversaire, nous en avons largement parlé dans notre dernier bulletin. Nous ne nous arrêterons donc plus, ici, sur ces deux derniers "modèles". Réd.)

##### 4.1 Centres médicaux de quartier

Selon les plans établis, la ville de Berne comptera 6 - 7 centres médico-sociaux, dont chacun desservira 1 - 2 quartiers. Deux de ces centres sont en partie déjà réalisés. Quelques-uns seront combinés à des centres pour les personnes du 3ème âge ayant mis sur pied un service de soins ambulatoires dont bénéficient aussi les personnes âgées du quartier. Les centres médico-sociaux devront offrir un large éventail de prestations de service et de consultations. Les soins aux malades seront une de leurs principales activités; ils seront donnés soit au centre même soit au domicile du malade, par des infirmières diplômées.

Une commission d'experts de la Conférence sur les problèmes de la santé de la Ville de Berne a prévu en outre l'organisation des services suivants: la mise en contact des malades avec un médecin sera facilitée par un centre médico-social, notamment dans le cas de personnes n'ayant pas de médecin de famille. D'autre part, une lacune sera comblée dans le domaine de la prévention. Ce centre ne s'appropriera pas des fonctions que d'autres organisations assument déjà de façon satisfaisante; il se chargera de tâches nouvelles ressortissant à la médecine préventive (séances d'information pour les diabétiques et les personnes souffrant d'hypertension, conseils en matière d'alimentation, cours destinés aux personnes qui souhaitent perdre l'habitude de fumer, éducation sanitaire et hygiène préventive).

Les soins médicaux curatifs n'entreront donc pas dans ses attributions. C'est d'ailleurs ce qui distingue fondamentalement les centres médico-sociaux des policliniques de quartier. Toutefois, nul ne conteste la nécessité d'une collaboration médicale au travail de ce centre dans le domaine de la médecine préventive.

Les centres médico-sociaux serviront également d'intermédiaires entre les services d'assistance et les personnes ayant besoin de leur aide.

Les services rendus par ces centres médico-sociaux seront assurés - toujours selon le projet conçu par la commission - par une ou plusieurs infirmières de la santé publique ou infirmières-visitantes, ainsi que par diverses organisations médicales et sociales dont les unes auront des heures de consultation au centre même, tandis que les autres seront simplement en mises en rapport avec les intéressés par l'entremise du centre.

Selon les premières expériences faites à Berne, notamment en ce qui concerne des personnes âgées ou handicapées, la création de tels centres répondra à un réel besoin. Il va de soi que cette conception est réalisable aussi dans de petites localités.

#### 4.2 Planification des services médico-sociaux dans les communes rurales d'un canton 1)

En vertu d'une nouvelle loi promulguée en 1968 dans le canton de Vaud, un Organisme médico-social vaudois (OMSV) a été institué. Cette nouvelle organisation devrait remplacer le service des infirmières visiteuses assuré depuis 1921 par la Ligue contre la tuberculose, celui-ci ne répondant plus aux exigences actuelles.

Le texte de la loi définit comme suit la tâche de l'OMSV: "L'Organisme médico-social vaudois a pour but de prendre, pour l'ensemble des communes, certaines mesures préventives et sociales en matière de santé publique et de soins médicaux et paramédicaux extra-hospitaliers. Il peut confier des missions à des collectivités de droit public ou des tâches particulières à des institutions privées. Il travaille en coordination avec le Service de la santé publique".

Les dispositions d'exécution font une place importante à l'infirmière de la santé publique. Un nombre suffisant d'infirmières de la santé publique doit être formé pour répondre aux besoins du canton. Ce service doit pouvoir étendre par la suite son champ d'activité et l'on prévoit entre autres la collaboration d'assistants sociaux, d'aides familiales, d'infirmières en hygiène maternelle et en pédiatrie, etc.

L'OMSV est une institution de droit public, indépendante de l'Etat. Il travaille sous la surveillance d'un conseil d'administration groupant des représentants de l'Etat, des communes et de 15 institutions médico-sociales.

Le déficit est couvert à 50 % par les communes et 50 % par le canton. Dans la pratique, un budget est établi pour chaque poste d'infirmière et le déficit calculé est divisé par le

---

1) La description qui suit est tiré du résumé d'un article sur l'OMSV, VESKA, Mai 1975, p. 213.

nombre d'habitants du secteur desservi. Le chiffre ainsi obtenu représente la contribution communale par habitant, qui s'élève à Fr. 2.50 - 4.50, suivant l'équipement et le programme d'activité local. Comme je l'ai déjà dit, le canton verse la même contribution.

L'OMSV est dirigé par un directeur administratif et une infirmière de la santé publique. Cette organisation comprend 71 postes d'infirmières de la santé publique. Sur les 84 infirmières engagées, 18 travaillent à temps partiel. Depuis janvier 1973, 384 communes du canton sont rattachées à l'OMSV. Seule la ville de Lausanne a sa propre organisation.

Estimation des besoins en personnel: L'OMSV compte 1 infirmière pour 4000 - 5000 habitants si cette infirmière donne aussi les soins aux malades (à côté de son activité médico-sociale); dans les communes où les soins sont donnés aussi par des infirmières indépendantes, ou des infirmières religieuses, la proportion est d'une infirmière pour 8000 - 10'000 habitants. La moyenne pour le canton est aujourd'hui de 1 infirmière pour 5'400 habitants.

Le champ d'activité des infirmières de la santé publique comprend trois domaines distincts:

1. Elles donnent des soins divers, sur ordre médical et participent à des examens et à la surveillance des patients. Elles veillent à l'organisation de la vie du malade à domicile et requièrent la participation des services nécessaires (aides familiales, bénévoles, repas à domicile, physiothérapeutes, etc.).
2. Dans toutes les communes les infirmières de l'OMSV s'occupent de travail médico-social auprès de la population: dépistage, prévention, éducation sanitaire. Elles mènent des enquêtes et effectuent des contrôles de santé, en particulier chez les petits enfants et les personnes du troisième âge. Elles sont appelées très souvent à donner aide et conseils aux personnes en difficulté. Par leur connaissance de l'équipement médico-social de la région, elles sont à même de faire appel aux spécialistes capables de prendre en charge des problèmes particuliers.
3. Les infirmières de l'OMSV collaborent au service médico-scolaire; là aussi leur activité porte principalement sur la prévention et le dépistage précoce des maladies, et il est naturellement important qu'elles entretiennent de bonnes relations avec les médecins scolaires, les instituteurs et les parents.

Il serait prématuré d'émettre un jugement de valeur sur ces modèles (certains étant encore trop récents).

Les solutions réalisées à Genève (voir SPITEX 2/1976) et dans le Canton de Vaud peuvent assurément être qualifiées de modèles. Le fait que ces organisations existent en partie depuis plusieurs décennies et qu'elles sont en constant développement ne saurait réfréner l'ardeur de ceux qui s'apprêteraient à prendre certaines initiatives en vue de chercher de nouvelles solutions dans des régions où les institutions et les prestations dans le domaine des soins extra-hospitaliers sont relativement peu développées. Nous verrons plus loin par quels moyens les institutions de soins extra-hospitaliers peuvent être développées.

Heinz Locher  
Dr en sciences économiques

La deuxième partie (fin) de l'exposé de M. Heinz Locher paraîtra dans le Bulletin SPITEX No 1 / 1977. Dans cette deuxième partie, l'auteur aborde les questions suivantes:  
"Les soins extra-hospitaliers sont-ils meilleur marché ?"  
"Comment développer graduellement nos institutions extra-hospitalières ?", "La promotion des soins extra-hospitaliers, une des tâches de la Croix-Rouge"; puis il conclut en dégageant brièvement quelques points essentiels ressortis de son exposé. Réd.

\* \* \* \* \*

Avec l'âge, ce n'est pas plus  
sages que nous devenons, c'est  
plus prudents.

Hemingway

\* \* \* \* \*