

Anästhesie Journal d'anesthésie d'anestesia

SIGA
FSIA



Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti



Anästhesiekongress

Als Folge des Corona-Virus wird der Anästhesiekongress im KKL Luzern auf den 3. Oktober 2020 verschoben. Die aktuellen Infos finden Sie auf www.siga-fsia.ch.

Congrès d'anesthésie

En raison du coronavirus, le congrès d'anesthésie au KKL à Lucerne est reporté au 3 octobre 2020. Les informations actuelles sont disponibles sur www.siga-fsia.ch.

01 | 2020

> Prähospital phänomenal

- > Licht ins Dunkel
- > Teamarbeit im Notfallzentrum

Hier fehlen Sie.

Temporär 80–100%



Dipl. Experte/-in Anästhesiepflege

Lernen Sie während mehrerer Wochen oder Monate Spitäler und Kliniken in der ganzen Deutschschweiz kennen und erweitern Sie Ihr Beziehungsnetz. Sie profitieren von attraktiven Anstellungsbedingungen und Sozialleistungen.

www.careanesth.com
T +41 44 879 79 79

careanesth 
gesundheitswesentlich

Impressum

Anästhesie Journal 1, März 2020 |
Journal d'anesthésie 1, Mars 2020
Offizielles Organ der Schweizerischen
Interessengemeinschaft für
Anästhesiepflege SIGA / FSIA |
Organe officiel de la Fédération Suisse des
infirmiers (ères) anesthésistes SIGA / FSIA

Erscheint vierteljährlich |
Paraît trimestriellement

Auflage: 2100 Exemplare |
Edition: 2100 exemplaires

Autorenrichtlinien unter |
Directives pour les auteurs:
www.siga-fsia.ch / journal.html

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird teilweise auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für Frauen und Männer. |

Pour des raisons de lisibilité, nous avons partiellement renoncé à l'emploi simultané de la forme masculine et de la forme féminine. Toutes les désignations de personnes se rapportent aux personnes des deux sexes.

**Verlag, Insetverwaltung |
Edition, Administration des annonces**

Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege SIGA / FSIA /
Fédération Suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes SIGA / FSIA

Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee

041 926 07 65
info@siga-fsia.ch
www.siga-fsia.ch

**Redaktion Gestaltung |
Rédaction Conception**

wamag | Walker Management AG
Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee

SIGA / FSIA editorial board

Maria Castaño
Christine Berger Stöckli
(Übersetzungen F, D / traductions F, A)
Davide Casellini
Susan Elmer
Christine Rieder-Ghirardi
(Übersetzungen D, F / traductions A, F)
Tobias Ries Gisler

Abonnemente | abonnements

für SIGA / FSIA-Mitglieder gratis |
gratuit pour les membres SIGA / FSIA
Andere Inland: CHF 50.– / Jahr |
Autres en Suisse: CHF 50.– / an
Ausland: CHF 65.– / Jahr |
À l'étranger: CHF 65.– / an

Druck | Impression

Multicolor Print AG,
Sihlbruggstrasse 105a, 6341 Baar

Inserateschluss | Délai pour les annonces

Ausgabe 2/20: Juni 2020 |
Edition 2/20: juin 2020

© 2020 Verlag Anästhesie Journal |
© 2020 Journal d'anesthésie éditions



Titelbild:
Anästhesie/Rettungssanitäter
(A/RS)
Foto: Rega



Liebe Mitglieder der SIGA/FSIA,
liebe Leserinnen und Leser

An der Hauptversammlung 2019 der SIGA/FSIA in Interlaken mussten wir uns von einigen langjährigen Mitgliedern des Vorstandes sowie verschiedener Kommissionen verabschieden. Auf der anderen Seite konnten wir viele neue, engagierte Kollegen für die Mitarbeit gewinnen. Zudem durften wir ganz offiziell eine neue Kommission und die Mitarbeitenden der SIGA/FSIA prehospital care begrüßen.

Wird das Jahr 2020 für die Anästhesie und Anästhesiepflege in der Schweiz ruhiger als 2019? Mitnichten. Ich erinnere

Sie nur an die Pflegeinitiative, über die wir abstimmen werden. Sie wird entscheidende Weichen für die Positionierung der gesamten Pflege stellen.

Daneben haben Vertreter der SIGA/FSIA und der SGAR ein Positionspapier zur Integration von Fachfrauen/-männern Gesundheit und Medizinischen Praxisassistentinnen in die Anästhesie und Anästhesiepflege als Richtlinie erarbeitet. Dieses Positionspapier wird sicher die eine oder andere kontroverse Diskussion über das «Ideale Anästhesieteam der Zukunft» befeuern. Wie werden wir mit dieser Herausforderung umgehen und wie werden wir unseren Beruf in der Zukunft als Pflegenden positionieren?! Oder wollen wir das überhaupt?

Weiter haben sich fünf Mitglieder aus dem Fach-, Bildung- und Management-Bereich Gedanken über ein gemeinsames Berufsethos Anästhesiepflege gemacht. Wenn dieses fertig erarbeitet ist, werden Sie durch den Vorstand informiert werden.

Auch wir vom Anästhesie Journal werden immer digitaler: So wird die Zeitschrift 2020 erstmals an einige «Abonnenten» nur noch in digitaler Form versandt. Digital soll natürlich keine Einbussen bei der Qualität zur Folge haben. Falls Sie nicht explizit ein e-paper wünschen, werden Sie wie gewohnt die gedruckte Ausgabe erhalten. Wir sind auf Ihr Feedback gespannt.

Nun hoffe ich, das Jahr 2020 wird für Sie persönlich ein erfolgreiches Jahr mit bester Gesundheit. Beruflich wünsche ich Ihnen ebenfalls viel Erfolg, Durchhaltewillen, Mut und Energie, sich für unsere gemeinsame Sache, die Anästhesie und Anästhesiepflege, einzubringen. Wir brauchen Sie als aktives Mitglied und Unterstützer.

Tobias Ries Gisler

Inhaltsverzeichnis | Sommaire

News	4
Politik in Bewegung	5
Politique en mouvement	7
Fragen an unsere Stakeholder: Spitaldirektion	8
Questions à nos parties prenantes: la direction hospitalière	9
Licht ins Dunkel – die Sache mit der Pflegepolitik	10
Lumière dans la nuit – la question de la politique des soins	12
«Anästhesie neu denken»: Neujahrssymposium Anästhesiepflege am USZ	15
Formation continue GIAL Tessin: «Anesthésie hors des chemins battus»	16
Formazione continua GIAL Ticino: «L'anestesia fuori campo»	16
Agenda	17
Prähospital phänomenal	18
Einsatz an vorderster Front: Teamarbeit im Notfallzentrum Inselspital	22
Diplomarbeiten: Neuromuskuläre Restblockade	25
Buchempfehlung: «Ein Keim kommt selten allein»	25
e-log: Ist Palexia eine Revolution in der Schmerztherapie?	26

Mitgliedschaft beim Swiss Resuscitation Council

Die SIGA/FSIA hat eine ordentliche Mitgliedschaft beim Swiss Resuscitation Council (SRC) beantragt.

Die Anästhesiepflege ist ein wichtiges Glied der Überlebenskette in der präklinischen und innerklinischen Notfallversorgung von Patienten mit Herzkreislaufstillstand. Die SIGA/FSIA hat sich – zusammen mit weiteren Stakeholders aus verschiedenen Bereichen – aktiv an den nationalen Reanimationsgesprächen beteiligt, um die «Nationale Überlebensstrategie bei Kreislaufstillstand» zu entwickeln. Diese Strategie hat zum Ziel, die Beiträge zur Reanimation zu koordinieren, die Effizienz und die Effektivität aller Beteiligten zu steigern und die Überlebenschancen bei einem Herzkreislaufstillstand zu optimieren.

Der Antrag wird an der Mitgliederversammlung des SRC im Juni behandelt. Die SIGA/FSIA freut sich auf die künftige Zusammenarbeit mit dem SRC.

Praxisstandards A/RS in der Vernehmlassung

Der präklinische Spezialist mit Doppelqualifikation als dipl. Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF und dipl. Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter HF (A/RS) ist ein weit verbreitetes Teammitglied für die präklinische Erstversorgung von lebensbedrohlichen Situationen bis zur Einweisung in eine geeignete Zielklinik. A/RS verfügen über erweiterte Kompetenzen im Bereich Atemwegs-, Kreislauf- und Anästhesiemanagement.

Das A/RS Modell ist in einigen Regionen der Schweiz seit Jahren etabliert und vom IVR anerkannt. Leider werden die A/RS aber weder vom IVR noch von der FMH und der Gesundheitsdirektorenkonferenz als Spezialisten mit erweiterten Kompetenzen für die präklinische Notfall- und Rettungsmedizin beachtet und ausgewiesen.

Die transparente Definition und Beschreibung der Berufspraxis der A/RS ist ein wichtiges Element für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Patien-

tensicherheit. Die Kommission SIGA/FSIA prehospital care hat bereits Praxisstandards A/RS definiert. Diese befinden sich zurzeit bei unseren wichtigen Partnern der Notfallversorgung zur Stellungnahme und die SIGA/FSIA freut sich auf die wertvollen Anregungen. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Das 1600. Mitglied der SIGA/FSIA

Die SIGA/FSIA begrüsst ihr 1600. Mitglied und hat damit einen weiteren Meilenstein erreicht.

Das 1600. Mitglied der SIGA/FSIA heisst Lukas Vogel. Michèle Giroud hat sich persönlich mit Lukas Vogel getroffen und ihm ein kleines Präsent überreicht. Das Treffen steht sinnbildlich für das kontinuierliche Wachstum, das die SIGA/FSIA über Jahre ausweisen kann.

Der Vorstand, die Funktionäre und die Geschäftsstelle bedanken sich bei allen Mitgliedern für ihr Engagement und das Vertrauen in die Arbeit aller Beteiligten. Wir freuen uns auf ein ereignisreiches Jahr 2020 und sind bereits auf der Suche nach unserem 1700. Mitglied.



Lukas Vogel und Michèle Giroud

Nationalrat anerkennt Handlungsbedarf in der Pflege

Der Nationalrat hat einen indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative angenommen, der einige, wenn auch nicht alle Forderungen der Volksinitiative erfüllt. Er beinhaltet insbesondere Massnahmen im Bildungsbereich. Erfreulich ist für den SBK und die SIGA/FSIA ebenfalls, dass der Nationalrat gegen den Willen der Kommissionsmehrheit eine Änderung des KVG annimmt, dank der Pflegefachpersonen bestimmte pflegerische Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen können. Zu Gunsten dieses indirekten Gegenvorschlages lehnt der Nationalrat die Pflegeinitiative relativ knapp ab.

Mehr erfahren auf www.siga-fisa.ch unter «News»

International Year of the Nurse and the Midwife

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat das Jahr 2020 zum internationalen Jahr der Pflegefachpersonen und Hebammen ausgerufen. Sie ruft die Regierungen weltweit dazu auf, Hebammen und Pflegefachpersonen zu fördern und ihr Potenzial besser zu nutzen. Auch in der Schweiz besteht Handlungsbedarf.

Pflegefachpersonen und Hebammen sind ein fundamentaler Teil der Gesundheitsversorgung. Sie machen weltweit die Hälfte der Gesundheitsfachpersonen aus. In vielen Ländern sind sie oft die einzig überhaupt erreichbaren Fachpersonen und sie übernehmen damit in der medizinischen Grundversorgung eine tragende Funktion. Schätzungen gehen davon aus, dass bis 2030 weltweit ein Mangel an 9 Millionen Pflegefachpersonen und Hebammen herrschen wird. Die WHO erkennt diese Problematik und hat darum das Jahr 2020 zum International Year of the Nurse and the Midwife (YONM) deklariert.

Mehr erfahren auf www.sbk.ch/who2020

POLITIK IN BEWEGUNG

Die Frage, wie das Anästhesieteam in Zukunft aussehen wird, ist mir in letzter Zeit öfters begegnet. Als erstes müssen wir die Herausforderungen, die uns in den nächsten Jahren erwarten, kurz darstellen. Im Jahre 2030 wird beinahe ein Viertel der operativen Eingriffe an Patienten über 65 durchgeführt werden. Aus dieser Entwicklung wird eine erhöhte Nachfrage an medizinischer und pflegerischer Versorgung entstehen. Dem Obsan Bericht 71 ist zu entnehmen, dass der Bedarf an spezialisierten Fachkräften ansteigen wird. Zudem werden uns die ökonomischen Zwänge weiterhin beschäftigen.

Die Zunahme an ambulanten Eingriffen erfordert bereits neue Formen der Versorgung und verlangt eine Anpassung der gesamten Organisationsstruktur in den Anästhesieabteilungen (z.B. Gestaltung der Räume, Anästhesieformen, Standards Operating Procedure usw.).

Zu guter letzt verändert die Digitalisierung unsere Arbeitswelt auf rasante Weise.

Diese Herausforderungen verlangen eine neue Aufteilung der Aufgaben im Anästhesieteam und werden dessen Zusammensetzung auch in Zukunft beeinflussen. Die Anästhesieabteilungen werden zunehmend Fachpersonal mit einem eid-

genössischen Zertifikat auf sekundärer Stufe wie die Fachpersonen Gesundheit (FaGe) und die medizinischen Praxis-Assistentinnen (MPA) anstellen. Diese «Health-Care-Assistent» betreuen Patienten in der pre- und postoperativen Phase, im Tandem mit einer ärztlichen Fachperson in Anästhesiologie und / oder einer dipl. Expertin / einem Experten Anästhesiepflege NDS HF. Sie übernehmen vorwiegend Aufgaben im Bereich Logistik selbstständig.

Eine Bereicherung für ein Anästhesieteam bedeuten zukünftig die Advanced Practice Nurses (APN). Die APN in Anästhesiologie sind dipl. Expertinnen / Experten Anästhesiepflege NDS HF, die über ein Masterabschluss in Science Nursing verfügen. Diese Fachspezialistinnen verfügen über Kompetenzen in verschiedenen Bereichen wie klinische Praxis, Pharmakologie, Coaching, interprofessionelle Zusammenarbeit, Leadership und Forschung. Die APN übernehmen eine Supervisionsrolle und tragen zu einer kostengünstigen Verbesserung der Pflegequalität bei. Sie werden zunehmend die Ärzte entlasten und einige Aufgabe übernehmen, die bisher der Ärzteschaft vorbehalten waren. Studien zeigen, dass

die APN die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit fördern. Im Vergleich zu anderen Ländern in Europa wie z.B. Schweden ist die Advanced Nursing Practice in der Schweiz weniger entwickelt und sollte unbedingt gefördert werden.

Bald werden vermutlich auch die «Physician Assistent» ihre Kompetenzen in der Anästhesiologie anbieten. Im Moment ist weder die Ausbildung noch das Arbeitsfeld geregelt und die SIGA/FSIA wird sich in den nächsten Zeiten mit dieser neuen Funktion beschäftigen.

Um für diese Zukunft vorbereitet zu sein, muss das Fachpersonal in Anästhesiologie (Ärzte und Pflege) weiterhin auf einem hohen Niveau ausgebildet werden und sich das Berufsleben lang weiterbilden. Die Einführung neuer Berufsgruppen muss sorgfältig geplant werden. Wir müssen die verschiedenen Kompetenzen dieses neuen Skills & Grademix sinnvoll einsetzen, um die Effizienz, die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit aufrechtzuerhalten.

Michèle Giroud, Präsidentin
michele.giroud@sig-fsia.ch

Adhesion au Swiss Resuscitation Council

La SIGA/FSIA a demandé son adhésion au Swiss Resuscitation Council (SRC) en tant que membre ordinaire.

Les experts en soins d'anesthésie sont un élément important de la chaîne de survie dans les soins d'urgence préhospitaliers et hospitaliers des patients victimes d'un arrêt cardio-circulatoire. Avec d'autres acteurs de différents secteurs, la SIGA/FSIA a pris activement part aux discussions nationales sur la réanimation afin de développer une «Stratégie nationale de survie en cas d'arrêt circulatoire». L'objectif de cette stratégie est de coordonner les contributions à la réanimation, d'augmenter l'efficacité et la performance de toutes les personnes impliquées afin d'optimiser les chances de survie en cas d'arrêt cardiovasculaire.

Cette candidature sera traitée lors de l'assemblée de la SRC en juin prochain. La SIGA/FSIA se réjouit de sa future collaboration avec la SRC.

La mise en consultation des standards des spécialistes en soins préhospitaliers avec la double qualification

Un spécialiste en soins préhospitaliers ayant la double qualification d'expert-e dipl. en soins d'anesthésie EPD-ES et d'ambulancier, ambulancière dipl. ES fait en général partie de l'équipe d'intervention qui s'occupe de la prise en charge préhospitalière des patients en détresse jusqu'à leur hospitalisation dans la clinique appropriée. Ces spécialistes disposent de compétences étendues dans le domaine de la gestion des voies aériennes et du système cardiovasculaire ainsi qu'en soins d'anesthésie.

Ce modèle est établi dans quelques régions de Suisse et reconnu par l'IAS. Malheureusement, l'IAS, la FMH et la conférence suisse des directeurs de la santé ne les reconnaissent pas et ne les identifient pas comme spécialistes ayant des compétences étendues en matière de prise en charge primaire d'urgence et d'anesthésiologie dans les domaines préhospitalier et du sauvetage.

La définition et la description transparente de la pratique professionnelle des spécialistes ayant la double qualification d'expert-e en soins d'anesthésie diplômé-e EPD-ES et d'ambulancier, ambulancière ES est un élément important pour la coopération interprofessionnelle et la sécurité des patients. La commission SIGA/FSIA prehospital care a déjà défini des standards de pratiques pour les spécialistes avec la double qualification. Ces derniers se trouvent actuellement en consultation chez nos partenaires les plus importants du domaine des soins d'urgence. La SIGA/FSIA se réjouit de recevoir leur précieuses suggestions. Nous vous tiendrons au courant.

Le 1600^e membre de SIGA/FSIA

La SIGA/FSIA accueille son 1600^{ème} membre et franchit ainsi une nouvelle étape

Le 1600^{ème} membre de la SIGA/FSIA s'appelle Lukas Vogel. Michèle Giroud a rencontré personnellement Lukas Vogel et lui a offert un présent. Cette rencontre symbolise la croissance continue dont la SIGA/FSIA a pu faire preuve au fil des années.

Le comité, les responsables et le secrétariat général tiennent à remercier tous les membres pour leur engagement et leur confiance.

Nous nous attendons à une année 2020 riche en événements et nous sommes déjà à la recherche du 1700^e membre.



Le Conseil national reconnaît la nécessité d'agir dans le domaine des soins infirmiers

Le Conseil national a adopté un contre-projet indirect à l'initiative sur les soins infirmiers, qui répond à plusieurs des revendications de l'initiative populaire. Il comprend en particulier des mesures dans le domaine de la formation. Pour l'ASI, il est également réjouissant que le Conseil national adopte un amendement à la LAMal, à l'encontre de la volonté de la majorité de la commission; il permettra aux infirmières de facturer certaines prestations directement aux caisses-maladie. Le Conseil national rejette de peu l'initiative des soins infirmiers, en faveur de ce contre-projet indirect.

Lisez tous l'article sur www.siga-fsia.ch/fr sous «News».

Année internationale des infirmières et des sages-femmes

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré 2020 l'Année internationale des infirmières et des sages-femmes. Elle appelle les gouvernements du monde entier à promouvoir ces professions et à mieux utiliser leur potentiel. Il faut également agir en Suisse.

Les infirmières, infirmiers et sages-femmes sont à la base des systèmes de santé. Ils représentent plus de la moitié des professionnels de la santé dans le monde. Dans de nombreux pays, ils sont souvent les seuls soignants auxquels la population a accès; ils jouent donc un rôle clé dans les soins de santé primaires. L'OMS estime que d'ici 2030, il manquera 9 millions d'infirmières et de sages-femmes dans le monde. Face à ce problème, elle a déclaré 2020 l'Année internationale des infirmières et des sages-femmes.

En savoir plus sur www.sbk.ch/fr/oms2020

Lukas Vogel et Michèle Giroud

POLITIQUE EN MOUVEMENT

La question de savoir à quoi va ressembler une équipe d'anesthésie à l'avenir, me préoccupe souvent. Pour y répondre, il faut d'abord exposer les défis qui nous attendent ces prochaines années.

En l'an 2030, près d'un quart des patients qui subiront une intervention chirurgicale seront âgés de 65 ans ou plus. Cette évolution va engendrer une hausse importante de la demande en soins infirmiers et en soins médicaux. Dans le rapport de l'Obsan 71 vous trouverez une analyse complète sur l'augmentation des besoins en personnel spécialisé. De plus, les contraintes économiques vont continuer de nous préoccuper.

L'augmentation d'interventions chirurgicales ambulatoires exige déjà de nouvelles formes de soins, des adaptations de la structure et des changements dans l'organisation des départements d'anesthésie (p.ex. la dispositions des salles, les procédures d'anesthésie, les standards de procédure opératoire, etc.). Et il ne faut pas oublier que la digitalisation change notre monde du travail à une allure folle. Ces défis imposent une nouvelle répartition du cahier des charges dans l'équipe de l'anesthésie et vont aussi avoir des répercussions sur la composition de celle-ci. Les départements d'anesthésie vont engager de plus en plus de personnel avec

un certificat fédéral de capacité (CFC) comme les assistant(e)s en soins communautaires (ASSC) et les assistant(e)s médicales. Ces «Health-Care-Assistent» peuvent soigner les patients dans la phase pré- et postopératoire en binôme avec des médecins anesthésistes et / ou avec des expert(e)s en soins d'anesthésie EPD ES et vont effectuer des tâches de manière indépendante dans le domaine de la logistique.

L'infirmier(ère) clinicien(ne) spécialisé(e) (ICLS) et l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS) en anesthésiologie signifie une plus-value pour une équipe d'anesthésie. Ces professionnel(le)s sont des expert(e)s en soins d'anesthésie EPD ES qui disposent d'un master ès Science en science infirmière. Ces spécialistes sont formé(e)s dans divers domaines comme la pratique clinique, la pharmacologie, le coaching, le travail interdisciplinaire, la gestion et la recherche. Les ICLS et IPS assument un rôle de superviseur visant à améliorer la qualité des soins tout en contrôlant les coûts. Elles appliquent leurs compétences dans des cadres différents, elles assument des charges qui étaient réservées aux médecins jusqu'ici et vont ainsi contribuer à décharger les anesthésistes. Les résultats de la recherche démontrent que les ICLS et les IPS

favorisent la qualité de la prise en charge et la sécurité des patients. En comparaison avec d'autres pays européens (p.ex. la Suède), la pratique infirmière avancée doit être impérativement développée en Suisse.

Les «assistants physiiciens» vont probablement bientôt offrir leurs compétences aux services d'anesthésiologie. Pour l'instant ni la formation ni le champ d'activité sont réglementés et la SIGA/FSIA va s'occuper de cette nouvelle fonction.

Il est important d'être bien préparé à tous ces changements à venir. Les professionnels en anesthésiologie (les médecins et les expert(e)s en soins d'anesthésie) doivent être formés à un haut niveau et doivent procéder à une formation continue. Les nouveaux groupes professionnels doivent être introduits soigneusement. Nous devons utiliser les compétences différentes de ce «skills et grademix» pour maintenir l'efficacité, la qualité de la prise en charge et la sécurité du patient.

Michèle Giroud, présidente
michele.giroud@sig-fsia.ch

Fragen an unsere Stakeholder: Spitaldirektion

In einer Serie beantworten Stakeholder der SIGA/FSIA Fragen rund um die Zusammenarbeit. Den Abschluss macht Kristian Schneider, CEO Spitalzentrum Biel.

Wie nehmen Sie die Anästhesiepflege und die SIGA/FSIA als Verband innerhalb der Schweiz aus Ihrer Position als Spitaldirektor wahr?

Leider habe ich trotz einer sehr flachen Hierarchie innerhalb unseres Spitals kaum Informationen bezüglich der SIGA/FSIA, noch habe ich bisher politische Diskussionen mit den Verantwortlichen der Anästhesiepflege geführt. Nichtsdestotrotz glaube ich, dass es für mich innerhalb der Institution wichtig ist, berufspolitische Themen der Anästhesiepflege aufzunehmen. Das Gesundheitssystem verändert sich stark, und wir in den Institutionen sind in der Verantwortung, zusammen und für die Mitarbeitenden Antworten und Lösungen für die Zukunft zu finden und diese gemeinsam mit den Mitarbeitenden und den Berufsverbänden zu teilen.

Welche Herausforderungen sehen Sie in Zukunft auf die einzelnen Anästhesiepflegenden und die SIGA/FSIA als Verband zukommen?

Die wohl grösste Herausforderung wird sein, in Zukunft genügend Mitarbeitende zu haben, welche uns helfen, unsere Mission zu erfüllen. Neue Berufsrollen müssen definiert werden und an die bestehenden angepasst werden. Nicht alle Mitarbeitende werden gleich heissen und über die gleiche Ausbildung verfügen. Für mich kommen folgende Fragen auf uns zu, die gelöst werden müssen: Wird die heutige Anästhesiepflege auch die Anästhesiepflege der Zukunft sein? Was macht Anästhesiepflege so spannend? Wie viele Mitarbeitende braucht es und mit welcher Ausbildung? Entspricht die heutige Ausbildung, das NDS HF und die damit verbundene Aufgabe der Anästhesiepflege

dem, was die neue Generation sucht? Welchen Einfluss wird die Digitalisierung auf die Anästhesiepflege haben?

Wie sollen Anästhesiepflegende und SIGA/FSIA mit den von Ihnen beschriebenen zukünftigen Herausforderungen umgehen?

Themen und Herausforderungen sind für die SIGA/FSIA genügend vorhanden. Ich wünsche mir, dass diese vom Berufsverband priorisiert und bearbeitet werden... und ich hoffe, dass die SIGA/FSIA uns, die Vertreter der Institutionen, in ihre Entscheidungen miteinbindet.

Was braucht es, damit die Arbeit der Anästhesiepflege allgemein, aber auch die des Verbandes in der Öffentlichkeit und in politischen Gremien besser wahrgenommen wird?

Die Anästhesiepflege leidet meiner Meinung an einem gewissen «OP-Syndrom». Was heisst das? Viele der von der Anästhesiepflege übernommenen Aufgaben und Verantwortungen finden hinter verschlossenen (OP-)Türen statt. Das fördert die Wahrnehmung des Berufes in der Öffentlichkeit leider nicht. Wenn ich frei wünschen dürfte: Die Anästhesiepflege sollte sich überlegen, ob sie nicht einen ähnlichen oder den gleichen Schritt wie die Intensivmedizin und -pflege machen möchte: einen Zusammenschluss des ärztlichen und des pflegerischen Fachverbandes. Dies würde meiner Meinung nach die Wahrnehmung der Anästhesie und Anästhesiepflege im Allgemeinen stärken. Das allein schon aufgrund der Menge an Personen.

Die Anästhesiepflege ist ein wichtiges Glied in der Versorgung und kann, nein, muss dieses Element auch ausspielen.



Kristian Schneider,
CEO Spitalzentrum Biel

Kristian Schneider,
CEO du Centre hospitalier Bienne

Des Weiteren ist die Anästhesiepflege auch für die einzelnen Institutionen nicht nur in der Leistungserbringung ein nicht wegzudenkendes Gut: Das Nachdiplomstudium NDS HF ist ein Instrument für die persönliche Karriereplanung und somit auch für die langjährige Bindung des Personals.

Was möchten Sie den Anästhesiepflegenden und der SIGA/FSIA mit auf den Weg in die Zukunft geben?

Ich möchte nicht speziell der Anästhesiepflege, sondern der Pflege insgesamt etwas mitgeben: Ich erwarte mehr Selbstsicherheit und Stärke von allen Pflegenden. Je mehr Pflegenden gebraucht werden, umso eindeutiger dürfen sie ihre Erwartungen äussern. Dies muss heute geschehen. Es geht darum, der Pflege eine Zukunft zu geben – die Gesellschaft braucht sie. Diese Abhängigkeit kann man politisch viel besser ausspielen, als dies heute getan wird.

Kontakt:

Kristian Schneider
Spitalzentrum Biel
Im Vogelsang 84
2501 Biel
kristian.schneider@szb-chb.ch

Questions à nos parties prenantes: la direction hospitalière

Dans une série, les partenaires de la SIGA/FSIA répondent à des questions autour de la collaboration. L'interview de Kristian Schneider, CEO du Centre hospitalier Bienne clôt cette série.

Comment percevez-vous les soins d'anesthésie et la SIGA/FSIA en tant qu'association au sein de la Suisse par rapport à votre fonction de directeur d'hôpital?

Malheureusement, malgré une hiérarchie très horizontale au sein de notre hôpital, je n'ai guère d'information concernant la SIGA/FSIA et je n'ai eu aucune discussion politique avec les responsables des soins d'anesthésie. Néanmoins, je pense qu'il est important pour moi, au sein de l'institution, d'aborder les questions professionnelles liées aux soins d'anesthésie. Le système de santé évolue rapidement et il est de notre responsabilité dans les institutions de trouver ensemble et pour les salariés des réponses et des solutions pour l'avenir ainsi que de les partager avec les collaborateurs et les associations professionnelles.

À l'avenir, quels défis voyez-vous pour les infirmières(-ers) anesthésistes individuellement et la SIGA/FSIA en tant qu'association?

Le plus grand défi sera probablement d'avoir suffisamment d'employés qui nous aideront à remplir notre mission à l'avenir. De nouveaux rôles professionnels doivent être définis et adaptés à ceux existants. Tous les employés ne seront pas nommés de la même manière et n'auront pas la même formation. Pour moi, les questions suivantes doivent être résolues: les soins d'anesthésie aujourd'hui seront-ils également des soins d'anesthésie à l'avenir? Qu'est-ce qui rend les soins d'anesthésie si passionnants? De combien d'employés a-t-on besoin et avec quelle formation? La formation d'aujourd'hui, les EPD ES et la tâche associée des soins d'anesthésie correspondent-ils à ce que recherche la nouvelle génération? Quel

impact la numérisation aura-t-elle sur les soins d'anesthésie?

Comment les infirmières en anesthésie et la SIGA/FSIA devraient-elles relever les défis futurs que vous avez décrits?

Il y a assez de thèmes et de défis pour la SIGA/FSIA. Je voudrais qu'ils soient priorités et traités par l'association professionnelle ... et j'espère en tant que représentant d'une institution que la SIGA/FSIA nous impliquera, nous les représentants des institutions, dans ses décisions.

Que faut-il pour que le travail de l'anesthésie en général, mais aussi celui de l'association, soient mieux perçus dans le public et dans les instances politiques?

À mon avis, les soins d'anesthésie souffrent de ce que j'appellerais «syndrome de salle d'opération». Qu'est-ce que cela signifie? De nombreuses tâches et responsabilités assumées par les soins d'anesthésie se déroulent derrière des portes fermées (salle d'opération). Malheureusement, cela ne favorise pas la perception publique de la profession. Si je puis me permettre: les soins d'anesthésie devraient déterminer s'ils souhaitent prendre une mesure similaire ou identique à celle de la médecine intensive et des soins intensifs: une union des associations des médecins et des soignants. À mon avis, cela renforcerait la perception de l'anesthésie et des soins d'anesthésie en général. Déjà simplement à cause de la quantité de personnes.

Les soins d'anesthésie sont un maillon important des soins et ils peuvent, non, doivent jouer avec cet élément.

En outre, les soins d'anesthésie sont également un atout indispensable pour les institutions individuelles, non seulement

dans la prestation de services: les études post-diplôme EPD ES sont un instrument pour la planification de la carrière personnelle et donc également pour la fidélité à long terme du personnel.

Qu'aimeriez-vous donner aux infirmières (-ers) en anesthésie et à la SIGA/FSIA pour leur avenir?

Je ne veux rien donner spécifiquement aux soins d'anesthésie, mais aux soins dans leur ensemble, dont les soins d'anesthésie font partie: j'attends plus de confiance en soi et de force de la part de tous les soignants. Plus on a besoin d'infirmières(-ers), plus elles (ils) peuvent exprimer clairement leurs attentes. Cela doit se passer aujourd'hui. Il s'agit de donner aux soins un avenir – la société en a besoin. Cette dépendance peut être jouée politiquement bien mieux que ça ne l'est aujourd'hui.

Contact:

Kristian Schneider
Spitalzentrum Biel
Im Vogelsang 84
2501 Biel
kristian.schneider@szb-chb.ch

Licht ins Dunkel – die Sache mit der Pflegepolitik

Markus Stadler, Pflegefachmann und Lehrbeauftragter HF/FH

Lassen Sie mich das Thema an Hand von drei Tannenbäumen erörtern. Grund für diese Metapher ist die Wintersession 2019, in der der Nationalrat einen wegweisenden pflegepolitischen Entscheid getroffen hat.

Es gab einst einen schlichten, gerade gewachsenen Tannenbaum. Die so genannte «Joder-Initiative».

Was mich als Urheber dieser Initiative bereits vor 10 Jahren beschäftigt hat: Pflegefachpersonen, egal, wie sie sich weiterbilden, egal, welche akademischen Grade sie sich aneignen, führen ihre Arbeitshandlungen ausschliesslich «in Anordnung eines Arztes» durch. So will es das aktuelle Krankenversicherungsgesetz KVG. Mir ging es als ehemaligem stv. Pflegedienstleiter einer Neurochirurgie darum, Verantwortung, die wir als Pflegefachpersonen im Alltag stets tragen, auch im Gesetz zu verankern. Hinzu kam der Gedanke, dass künftig immer mehr Menschen ambulant zuhause betreut werden müssen. Weil es nicht genügend bezahlbare Heim-Infrastrukturen für Babyboomer gibt. Die Initiative, eine so genannte parlamentarische Initiative, ist jahrelang durchs Parlament rotiert und wurde letztlich – um auf die Tannenbaum-Allegorie zurückzukommen, 2016 vom Bundesrat umgesägt. Der Grund war vor allem, dass befürchtet wurde, dass Pflegeleistungen, sollten Pflegende im ambulanten Bereich direkt abrechnen, die Prämien noch mehr in die Höhe treiben, als es sonst schon der Fall ist: Die Krankenkassen sprechen von Mengenausweitung. Dann hat der Schweizerische Verband



der Pflegefachfrauen und -männer aufgefördert. **Es wurde ein reich geschmückter Tannenbaum geschaffen, glitzernd, mit zahlreichen bunten Weihnachtskugeln:** Die Volksinitiative für

eine starke Pflege. Diese Initiative nimmt zwar das Grundanliegen von Alt Nationalrat Rudolf Joder (SVP) und mir (gesetzliche Anerkennung der Pflegeverantwortung) mit auf. Aber sie will zusätzlich die Arbeitsbedingungen einer einzelnen Berufsgruppe (Pflege) in der Verfassung verankern, was einem interprofessionell ausgerichteten Gesundheitswesen diametral widerspricht. Zu reich geschmückte Tannenbäume drohen manchmal, in sich zusammenzukrachen. Auf verschiedenen Ebenen habe ich mich dann gegen die Volksinitiative eingesetzt und mit ursprünglichen Unterstützern der «Joder-Initiative» (Curaviva, Senesuisse, Spitex, Spitaldachverband) einen dritten Tannenbaum geschaffen. Der indirekte Gegenvorschlag «zur Stärkung der Pflege» ist ein **Tannenbaum mit 2-3 Orangen und ein paar Marzipanmäusen**, also eine deut-



lich schlichtere und vor allem rascher umsetzbare Variante als die SBK-Initiative «für eine starke Pflege». Sie will vor allem zwei Dinge: → Umsetzung des ursprünglichen Anliegens «gesetzliche Verankerung der Pflegeverantwortung». In diesem Punkt liegt der «kleinste gemeinsame Nenner» der drei Tannenbäume. Der Baumstamm sozusagen. Oder, noch besser, die Wurzeln.

→ Der andere Schwerpunkt ist eine so genannte «Ausbildungsoffensive»: Studierenden sollen existenzsichernde Gehälter zugesprochen werden – etwa den FaGe, die während der Ausbildung zur Pflegefachfrau HF mit einem Viertel des FaGe-Gehalts auskommen müssen – und so keineswegs eine Familie unterhalten könnten. Zudem sollen kantonale Ausbildungsdefizite gedeckt werden und die Kantone sollen Fördergelder beantragen können. Zudem sollen die Kantone zur Ausbildung von Pflegefachpersonen in einer einheitlichen Regelung verpflichtet werden. Die Zeit drängt! Die Babyboomer kommen ins Pensionsalter; die ersten unter ihnen werden bereits in 10 Jahren pflegebedürftig sein. Wer wird sie pflegen? Dort greift das Thema der zu erbringenden «Pflegequalität». Skillmix zwischen FaGe, Pflegefachper-

sonen HF und FH, ANP... aber auch weiterer «Health Professionals»: Spezialist/innen von Anästhesie bis hin zur Neonatologie, Hebammen, Physio- und Ergotherapeut/innen ... Die Ermittlung des Pflegebedarfs («wer-braucht-was») wird auch zu einem neuen Tarifsysteem führen. Im KLV, der Krankenpflege-Leistungsverordnung, wird es wichtig sein, Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren. Nur so kann vermieden werden, dass eines Tages Pflegefachpersonen und Ärzte dieselben ambulanten Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen – ohne dass die rechte Hand weiss, was die Linke tut. So käme es zur von den Krankenkassenverbänden gefürchteten und immer wieder ins Feld geführten Mengenausweitung.

Was für den indirekten Gegenvorschlag spricht – und auch für Teile der Volksinitiative:

→ Das wirtschaftliche Potenzial von Pflegeleistungen kann entfesselt werden. Der Arzt ist nicht mehr «Gatekeeper über allem». Über ein entsprechend kostengünstiges Gesundheitswesen mit hoher Pflegequalität verfügt etwa Schweden, wo in «primary nursing centres» die Triagekompetenz von Pflegefachpersonen an erster Stelle steht. Zudem dürfen in Schweden die Gemeinden keine Ärzte anstellen. Somit ist dort die höchste medizinische Autorität eine Pflegefachfrau oder eine Hebamme. Gegenüber der Schweiz sind die Kosten wesentlich tiefer.

→ Es gibt in der Schweiz revolutionäre Modelle einer integrierten Versorgung (Beispiele: Chüra, Unterengadin, aber auch die integrierte Versorgung der Inselgruppe in Riggisberg). Mit einem interprofessionellen Ansatz auf Augenhöhe gehen die Patienten zu derjenigen Gesundheitsfachperson, die sie am besten unterstützen kann. Das wiederum erfordert von den Patienten eine entsprechende Gesundheitskompetenz.

→ Gegenüber der Volksinitiative «für eine starke Pflege» kommt der indirekte Gegenvorschlag «zur Stärkung der Pflege» rascher zum Ziel. Weil es sich beim Gegenvorschlag um Gesetzesänderungen handelt. Die sind rascher umsetzbar als eine Verfassungsänderung (Volksinitiative), die allenfalls droht, in der Umsetzung stecken zu bleiben.

Zum Schluss scheint es mir wichtig zu erwähnen – egal, ob im Rahmen der Volksinitiative abgestimmt wird oder ob der indirekte Gegenvorschlag zum Tragen kommt: Die beiden Initiativen können höchstens Türöffner sein. Die Umsetzung ist sehr anspruchsvoll – umso mehr, als die Bereitschaft, gesetzlich verankerte Verantwortung zu übernehmen, bei den einzelnen Pflegefachpersonen in ihren unterschiedlichen Spezialisierungsgraden liegt.

Und um nochmals auf die eingangs beschriebene Tannenbaum-Allegorie zu kommen: Mischwälder aus Föhren, Eichen und Tannen sind eher überlebensfähig als reine Tannenwälder, was bedeutet, dass ein interprofessionell ausgerichtetes Gesundheitswesen gerechter und stabiler ist als «Alleinstellungs-Initiativen» in der Verfassung, die nur einzelne Berufsgruppen berücksichtigen.

Dies müsste eigentlich auch im Interesse von Anästhesiepflegenden sein, die sich ja in einem ausgesprochen interprofessionell ausgelegten Feld bewegen.

«Indirekter Gegenvorschlag» bedeutet übrigens: Wird eine Volksinitiative abgelehnt, kommt ein solcher Vorschlag automatisch zum Tragen. Dann kann das Referendum ergriffen werden. Ist dieses erfolgreich, gelangt auch der indirekte Gegenvorschlag zur Abstimmung. Ist das Referendum erfolglos, greift der indirekte Gegenvorschlag.

Ziel von alledem ist eine bedarfsgerechte, selbstbestimmte Pflege. Die Berufsfachpersonen sollen den ihnen zustehenden Raum einnehmen, was heutzutage, auch im 200. Geburtsjahr von *Florence Nightingale*, noch immer nur bedingt der Fall ist.



In der Wintersession 2019 hat sich der Nationalrat entschieden, den Pflegenden mehr Verantwortung zu übertragen und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre

Leistungen direkt mit den Krankenkassen abzurechnen. Dem zweiten Pfeiler, nämlich via Gesetz die Ausbildung von Pflegefachpersonen HF und FH zu fördern, wurde ebenfalls zugestimmt.

Der Entscheid ist insofern als historisch zu werten, als dass sich nach über 10-jährigem politischem Einsatz zu mehr «Pflegeautonomie» nun endlich etwas tut.

Late, but not too late. Abzuwarten ist nun, wie sich der Ständerat in der Frühjahrs-session 2020 zum Nationalratsentscheid positioniert. Allerdings ist kaum zu erwarten, dass er grundsätzlich anders entscheidet, umso mehr, weil der gut austarierte indirekte Gegenvorschlag fachlich fundiert in der SGK-N, der nationalrätlichen Kommission für Soziales, Gesundheit und Sicherheit, vorberaten wurde.

Leider ist es aber so (Stand Ende Februar 2020), dass die vorberatende ständerätliche Kommission SGK-S versucht hat, den vom Nationalrat angenommenen indirekten Gegenvorschlag abzuschwächen. Kurz vor der Frühlingssession ist das Rennen also offen – und auch die Frage, ob die «Volksinitiative für eine starke Pflege» überhaupt vors Volk kommt.

Der Autor

Markus Stadler leitet am Bildungszentrum Pflege in Bern die Abteilung «Kind-Jugend-Familie-Frau» der Pflege-Grundausbildung HF. Er setzt sich für eine integrierte Versorgung ein, weil er davon ausgeht, dass sich unser kostenintensives Gesundheitswesen nur weiterentwickeln kann, wenn Gesundheitsfachpersonen ihre in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen auch anwenden können. Insbesondere im aktuellen Krankenversicherungsgesetz KVG gibt es zu diesem Thema noch gewisse Ungereimtheiten. Dem soll mit einer Gesetzesänderung entgegen gewirkt werden. Nebst dem BZ Pflege arbeitet Stadler als Lehrbeauftragter an der Berner Fachhochschule (Abteilung Geburtshilfe) und hat in den letzten Jahren zur Pflegepolitik Gastreferate in verschiedenen Pflegeinstitutionen gehalten.

markus.stadler@bzpflege.ch

Lumière dans la nuit – la question de la politique des soins

Markus Stadler

Permettez-moi d'aborder la question à l'aide de trois sapins. La raison de cette métaphore s'explique par la session d'hiver 2019, au cours de laquelle le Conseil national a pris une décision novatrice sur la politique des soins.

Il était une fois un simple sapin, ayant poussé tout droit. L'initiative nommée «Initiative Joder».

Ce qui m'a préoccupé en tant qu'auteur de cette initiative, il y a déjà 10 ans: le personnel en soins infirmiers, peu importe comment il se forme, peu importe les diplômes universitaires qu'il acquiert, exerce son activité professionnelle exclusivement «sous les ordres d'un médecin». C'est ce que veut la loi actuelle sur l'assurance maladie LaMal. En tant qu'ancien adjoint de la direction des soins en neurochirurgie, il m'importait d'ancrer dans la loi la responsabilité que nous, soignants, portons constamment dans la vie quotidienne. En outre, l'idée était qu'à l'avenir de plus en plus de gens devront être pris en charge à la maison sur une base ambulatoire. Parce qu'il n'y a pas assez d'infrastructures en EMS abordables pour les baby-boomers. L'initiative, une initiative dite parlementaire, est en rotation au Parlement depuis des années et a finalement, pour revenir à l'allégorie du sapin, été traitée par le Conseil fédéral en 2016. La raison principale était qu'on craignait que les prestations de soins, si les soignants du secteur ambulatoire les facturaient directement, ne fassent grimper les primes encore plus que ce n'est le cas actuellement: les compagnies d'assurance maladie parlent d'expansion du volume.



Ensuite, l'Association suisse des infirmières et infirmiers a reboisé.

Un sapin richement décoré a été créé, étincelant, avec de nombreuses boules de Noël colorées:

l'initiative populaire «pour des soins forts». Certes, cette initiative reprend les préoccupations fondamentales de l'ancien conseiller national Rudolf Joder (UDC) et de moi-même (reconnaissance légale de la responsabilité des soins infirmiers). Mais elle veut aussi ancrer les conditions de travail d'un seul groupe professionnel (soignants)

dans la constitution, ce qui contredit diamétralement un système de santé interprofessionnel. Des sapins trop richement décorés menacent parfois de s'effondrer. J'ai ensuite fait campagne contre l'initiative populaire à différents niveaux et créé un troisième sapin avec les premiers partisans de «l'initiative Joder» (Curaviva, Senesuisse, Spitex, Association faitière des hôpitaux).

La contre-proposition indirecte «renforcer les soins infirmiers» est **un sapin avec 2–3 oranges et quelques souris en massepain**, donc une variante beaucoup plus simple



et, surtout, plus rapide que l'initiative de l'ASI «pour des soins forts».

Surtout, elle veut deux choses: → Mise en œuvre de la préoccupation d'origine «ancrage statutaire de la responsabilité infirmière». Il s'agit du «plus petit dénominateur commun» des trois sapins. Le tronc d'arbre, pour ainsi dire. Ou, mieux encore, les racines.

→ L'autre axe essentiel est une sorte d'«offensive de formation»: les étudiants doivent recevoir un salaire suffisant – comme les ASSC qui doivent s'en tirer avec un quart du salaire des ASSC pendant la formation de soignants ES – et ne peuvent donc pas entretenir une famille. En outre, les déficits cantonaux de formation devraient être couverts et les cantons devraient pouvoir demander un financement. De plus, les cantons devraient être tenus d'avoir une réglementation uniforme pour la formation des soignants.

Le temps presse! Les baby-boomers atteignent l'âge de la retraite; les premiers d'entre eux auront déjà besoin de soins dans 10 ans. Qui les soignera? C'est là que le thème de la «qualité des soins» doit être abordé. Mix de compétences entre ASSC, infirmières ES et HES, APN... mais aussi les autres «Health Professionals»: spé-



cialistes de l'anesthésie à la néonatalogie, sages-femmes, physiothérapeutes et ergothérapeutes ... et la détermination du besoin de soins («qui a besoin de quoi») conduira également à un nouveau système tarifaire.

Dans l'OPAS, Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, il sera important de définir des critères d'inclusion et d'exclusion. C'est le seul moyen d'éviter qu'un jour les infirmières et les médecins facturent les mêmes services ambulatoires directement aux assureurs maladie – sans que la main droite sache ce que fait la gauche. Cela entraînerait une augmentation de la quantité redoutée et amenée à plusieurs reprises sur le tapis par les associations des assurances maladie.

Ce qui parle pour la contre-proposition indirecte – et aussi pour certaines parties de l'initiative populaire:

→ Le potentiel économique des services de soins peut être libéré. Le médecin n'est plus un gardien de tout. La Suède, par exemple, a un système de soins de santé peu coûteux et de haute qualité, où la compétence de triage du personnel infirmier se trouve en première position dans les centres de soins primaires. De plus, les municipalités suédoises ne sont pas autorisées à engager des médecins. Donc, la plus haute autorité médicale est une infirmière ou une sage-femme. Par rapport à la Suisse, les coûts sont beaucoup plus faibles.

→ Il existe des modèles révolutionnaires de soins intégrés en Suisse (exemples: Chûra, Basse-Engadine, mais aussi les soins intégrés du groupe Insel à Riggisberg). Avec une approche interprofessionnelle sur un pied d'égalité, les patients s'adressent au professionnel de santé qui peut le mieux les soutenir. Par contre, cela nécessite des connaissances en matière de santé de la part des patients.

→ Contrairement à l'initiative populaire «pour des soins infirmiers forts», la contre-proposition indirecte «renforcer les soins infirmiers» arrive plus rapidement au but. Parce qu'avec la contre-proposition, il s'agit de changements dans la loi. Ils peuvent être mis en œuvre plus rapidement qu'un amendement constitutionnel (initiative populaire) qui menace de rester bloqué dans la mise en œuvre.

Au final, il me semble important de le mentionner – peu importe que ce soit voté dans le cadre de l'initiative populaire ou que la contre-proposition indirecte entre en jeu: les deux initiatives ne peuvent qu'ouvrir la porte. La mise en œuvre est très exigeante – d'autant plus que la volonté d'assumer une responsabilité juridiquement ancrée appartient au personnel infirmier individuellement dans ses différents degrés de spécialisation.

Et pour en revenir à l'allégorie du sapin décrite au début: les forêts mixtes de pins, de chênes et de sapins ont plus de chances de survivre que les forêts uniquement faites de sapins, ce qui signifie qu'un système de soins de santé organisé et interprofessionnel est plus juste et stable que les «initiatives isolées» dans la constitution, qui ne prennent en considération que des groupes professionnels individuels.

Cela devrait également être dans l'intérêt des soignants en anesthésie, qui évoluent vraiment dans un domaine très interprofessionnel.

Par ailleurs, la «contre-proposition indirecte» signifie que si une initiative populaire est rejetée, une telle proposition entre automatiquement en jeu. Ensuite, le référendum peut être saisi. En cas de succès, la contre-proposition indirecte est également soumise au vote. En cas d'échec du référendum, la contre-proposition indirecte prend effet.

Le but de tout cela est des soins autodéterminés, basés sur les besoins. Les professionnels devraient occuper l'espace auquel ils ont droit, ce qui n'est encore que partiellement le cas aujourd'hui, même alors que nous sommes dans la 200^e année de la naissance de *Florence Nightingale*.



Lors de la session d'hiver 2019, le Conseil national a décidé de responsabiliser davantage les soignants et de leur donner la possibilité de facturer leurs services directement auprès des caisses maladie.

Le deuxième pilier, à savoir promouvoir la formation des infirmières ES et HES par la loi, a également été approuvé.

La décision doit être considérée comme historique dans la mesure où, après plus de 10 ans d'engagement politique en faveur d'une plus grande «autonomie des soins», quelque chose se passe enfin.

Tard, mais pas trop tard. Il reste à voir comment le Conseil des États se positionnera, lors de la session de printemps 2020, sur la décision du Conseil national. Cependant, on ne peut guère s'attendre à ce qu'il prenne une décision fondamentalement différente, d'autant plus que la contre-proposition indirecte bien équilibrée a été préparée de manière bien fondée au sein de la CSSS, la commission du Conseil national pour les affaires sociales, la santé et la sécurité.

Malheureusement la commission préparatoire ordinaire CSSS a tenté de supprimer la contre-proposition indirecte adoptée par le Conseil national (état à fin février 2020). Peu de temps avant la session de printemps, la course est donc ouverte – tout comme la question de savoir si «l'initiative populaire pour des soins forts» ira finalement devant le peuple.

L'auteur

Au centre de formation en soins de Berne (Bildungszentrum Pflege BZ), **Markus Stadler** dirige le département «Enfant-jeune-famille-femme» de la formation de base en soins infirmiers ES. Il s'engage pour des soins intégrés car il estime que notre système de santé coûteux ne peut se développer que si les professionnels de la santé peuvent également appliquer les compétences acquises lors de leur formation. Dans la loi actuelle sur l'assurance maladie LaMal en particulier, il y a encore quelques incohérences sur ce sujet. Cela devrait être contrecarré par un amendement à la loi. En plus du centre de formation (BZ), Stadler travaille en tant que chargé de cours à la Haute École de Berne (département d'obstétrique) et a donné, ces dernières années, des conférences sur la politique des soins dans diverses institutions de soins.

markus.stadler@bzpflege.ch



GE CARESCAPE™ ONE. PATIENTENMONITORING NEU DEFINIERT

Patientenmonitor und Parametermodul.
Mobil und stationär.

Der CARESCAPE ONE ist eine spitalinterne Transporteinheit mit einer modularen, offenen Architektur, einem grossen Bildschirm und medizinischen USB-Anschlüssen für die intelligenten CARESCAPE PARAMETER. Der CARESCAPE ONE ist auch ein Monitormodul passend zu den CARESCAPE Patientenmonitoren B450, B650 und B850.

Der CARESCAPE ONE lässt sich durch einfaches Anschliessen der gewünschten digitalen CARESCAPE PARAMETER an die unterschiedlichen Abteilungen anpassen. CARESCAPE ONE kann eine Vielzahl an CARESCAPE PARAMETERN über die standardisierten, medizinischen USB-Anschlüsse verwalten. Neue Messparameter können einfach durch Anschliessen von weiteren, miniaturisierten Plug-in-Parameter-Kabeln an einem beliebigen USB-Port hinzugefügt werden.



- Autonomer Transportmonitor
- Standardisierte Carescape-Plattform
- Ultraleicht, tragbar, kompakt
- Digitale CARESCAPE PARAMETER
- Selbstdrehender 7" Touchscreen
- Bis zu 7 Stunden netzunabhängig
- An die CARESCAPE B450, B650 und B850 Monitore andockbar
- Nahtloser Datentransfer
- Überaus strapazierfähig

by anandic



ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

8245 Feuerthalen
1010 Lausanne
3173 Oberwangen

Postfach, Stadtweg 24
Av. des Boveresses 56
Mühlestrasse 20

Phone 0848 800 900
Phone 021 653 64 08
Phone 031 981 38 34

www.anandic.healthcare

Fax 0848 845 855
Fax 021 653 64 10
Fax 031 981 38 35

«Anästhesie neu denken»: Neujahrssymposium Anästhesiepflege am USZ

Martina Pfeiffer, Benjamin Albiez

Welchen Stellenwert haben Lifestyle Coaching, Mind Body Medicine, Hypnose und Achtsamkeit in der zukünftigen Anästhesiewelt? Bleiben sie Luxus oder werden sie zunehmend wichtiger in unserem Alltag? Diese Fragen standen im Zentrum des Neujahrssymposiums Anästhesiepflege vom 18. Januar 2020 am Universitätsspital Zürich (USZ).

Insgesamt 110 Teilnehmende nahmen die Möglichkeit wahr, sich ein Bild von der möglichen Zukunft der Anästhesiepflege machen. Es wird in der Anästhesie und Anästhesiepflege zu (einem) Paradigmenwechsel(n) im Berufsbild kommen – darin waren sich alle fünf Referenten einig. Rasante technische Fortschritte werden neue Entwicklungen ermöglichen, mit denen künftige Generationen aufwachsen. Dies könnte zu Konflikten mit den heutigen Generationen führen. Auch die zunehmende Technologisierung des Operierens wird die Zukunft des Berufsbilds der Anästhesiepflegenden verändern: Werden Menschen von selbstlernenden Robotern operiert oder narkotisiert werden? Andererseits zeigt sich auch ein Trend zu mehr «Natürlichkeit» und weniger Medikamenten. Beispielsweise könnte bei kleineren ambulanten Eingriffen die Hypnose eine Anästhesie ersetzen oder ergänzen. «Anästhesie neu denken» – dazu gehört auch, dass Anästhesiepflegende kritisch mitdenken und ihre berufliche Zukunft aktiv mitgestalten.

Kontakt:

Benjamin Albiez
Pflegeexperte
Universitätsspital Zürich, Klinik für
Anästhesiologie
benjamin.albiez@usz.ch

Die Referentinnen und Referenten (von oben):

Dr. Christian Herion, Kantonsspital Aarau;
Gabi Brenner, Direktorin Pflege und MTTB,
Universitätsspital Zürich; Prof. Dr. Beatrice
Beck-Schirmer, Direktorin Universitäre Medizin,
Zürich; Dr. Didier Naon, Spital Schwyz;
Jakob Drachenberg, Berlin.



Spannende Panel-Diskussion

Formation continue GIAL Tessin: «Anesthésie hors des chemins battus»

Tamara Szöke

Pour la quatrième année consécutive, une formation continue a eu lieu à Lugano organisée par le GIAL et reconnue par la SIGA/FSIA et SSAR, à laquelle ont assisté une soixantaine de collègues.

Le titre de la formation du 10 février 2020, «Anesthésie hors des chemins battus», a voulu décrire ce qui se passe lorsque l'anesthésie est pratiquée en dehors du contexte classique de la salle d'opération, et en particulier dans les cabinets médicaux ou dans les pays aux ressources limitées; deux situations différentes mais qui nécessitent à la fois de la flexibilité et une énorme expérience pour garantir la sécurité et la qualité des soins aux patients.

Deux anesthésistes expérimentés se sont relayés pour cette formation. Le docteur Marco Vogogna, médecin anesthésiste, dirigeant de narkose.ch Tessin, nous a présenté les aspects importants de «l'Office-Based-Anesthesia», c'est-à-dire l'anesthésie pratiquée dans les cabinets médicaux, où la préparation, l'anticipation, l'organisation, la gestion des patients et les compétences de l'équipe d'anesthésie nécessitent d'une expérience riche et variée.

Dans la deuxième présentation, le docteur Paolo Grosso, médecin anesthésiste en charge du service d'anesthésie et de réanimation à la polyclinique de Monza et membre du conseil d'Emergency, nous a présenté l'anesthésie dans les pays aux ressources limitées, dans laquelle il a été valorisé le rôle important de l'infirmier anesthésiste locale et la difficulté de l'anesthésiste occidental à faire face à d'autres cultures, valeurs, pathologies, médicaments, équipements, pratiques... où l'adaptation est donc essentielle!

Merci encore à nos sponsors, Sintetica, Baxter, Dräger et Fresenius, qui nous ont également permis d'offrir cette année une formation gratuite couronnée par un riche apéritif.

Formazione continua GIAL Ticino: «L'anestesia fuori campo»

Annalisa Oliveti

Per il quarto anno consecutivo, a Lugano si è tenuta la formazione continua organizzata dal GIAL e riconosciuta dalla SIGA/FSIA e dalla SSAR, alla quale vi hanno partecipato una sessantina di colleghi.

Il titolo della formazione del 10 febbraio 2020, «L'anestesia fuori campo», voleva trasmettere quello che succede quando l'anestesia viene praticata fuori dal classico contesto della sala operatoria, ed in particolare negli studi medici o nei paesi a risorse limitate; due situazioni diverse ma che entrambe richiedono flessibilità ed enorme esperienza per garantire la sicurezza e la qualità delle cure al paziente. Durante l'aggiornamento due medici anestesisti con grossa esperienza si sono alternati, il Dottor Marco Vogogna, medico anestesista, dirigente di narkose.ch Ticino, ci ha presentato gli aspetti importanti della «office based anesthesia», ossia l'anestesia pratica negli studi medici, dove la preparazione, l'anticipazione, l'organizzazione, la gestione del paziente, le competenze dell'équipe di anestesia richiedono competenze particolari e una grande esperienza.

Nella seconda presentazione, il Dottor Paolo Grosso, medico anestesista responsabile del reparto di anestesia e rianimazione al policlinico di Monza e membro del board di anestesia di Emergency, ci ha presentato l'anestesia nei paesi a risorse limitate, nella quale è stato messo in valore il ruolo importante dell'infermiere anestesista locale e la difficoltà del medico anestesista occidentale a confrontarsi con altre culture, valori, patologie, farmaci, apparecchiature, pratiche... e l'adattamento è dunque indispensabile!

Ringraziamo nuovamente i nostri sponsor, Sintetica, Baxter, Dräger e Fresenius, che anche quest'anno, ci hanno consentito di offrire una formazione gratuita, ed un ottimo rinfresco al termine dell'incontro.



Contact:

Tamara Szöke,
comité du GIAL

Contatto:

Annalisa Oliveti,
comitato GIAL
gialticino@
gmail.com

Gesucht: IFNA-Delegierte/ der SIGA / FSIA

- Interessieren Sie sich dafür, eigene Erfahrungen in internationaler Zusammenarbeit zu sammeln?
 - Möchten Sie sich international vernetzen und Kontakte pflegen?
- Wollen Sie bei internationalen Richtungsentscheidungen mitwirken und Ihren Stempel hinterlassen?
- Haben Sie ein Flair dafür, sich in Fremdsprachen auszudrücken, speziell Englisch?

Dann sollten Sie die Ausschreibung auf www.siga-fsia.ch unter «SIGA/FSIA» – «Offene Mandate» lesen und sich über info@siga-fsia bewerben.

Gesucht: IFNA-Delegierte/ der SIGA / FSIA

- Recherché/-e: délégué/-e de l'IFNA de la SIGA/FSIA
- Êtes-vous intéressé/-e à acquérir des expériences en collaboration internationale?
- Voudriez-vous développer des réseaux internationaux et entretenir les contacts?
- Souhaitez-vous participer aux décisions de principe internationales et laisser votre empreinte? Aimez-vous parler des langues étrangères, en particulier l'anglais?

Dans ce cas, vous devriez lire la mise au concours sur www.siga-fsia.ch/fr sous «SIGA/FSIA» – «Mandats ouverts» et adresser votre candidature à info@siga-fsia.



Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti

Agenda SIGA / FSIA

Datum date	Veranstaltung Manifestation	Ort Lieu
7. – 8. Mai 2020	SBK Kongress	Kursaal Bern
7. – 8. mai 2020	Congrès de l'ASI	
9. Mai 2020	Hot Topics aus der Anästhesie	Kantonsspital Münsterlingen
19. Juni 2020	Bodensee Symposium für Anästhesie, Notfall- und Intensivmedizin 2020	Lindau (DE)
26 septembre 2020	Symposium du GIAL	Sion
3. Oktober 2020	Anästhesiekongress SIGA/FSIA	KKL Luzern
3 octobre 2020	Congrès d'anesthésie SIGA/FSIA	
29. – 31. Oktober 2020	SwissAnaesthesia 2020	Genf
30. Oktober 2020	Hauptversammlung SIGA/FSIA	Genf
30 octobre 2020	Assemblée générale SIGA/FSIA	Genève
31. Oktober 2020	Herbstsymposium	Basel

Alle Fortbildungsdaten finden Sie auf www.e-log.ch/agenda / Toutes les dates de formation vous trouverez sur www.e-log.ch/fr/agenda

Partner | partenaires

Dräger

GETINGE



Prähospital phänomenal

Lars Egger, MME Unibe, Samuel Faust

Das Aufgabengebiet der Anästhesie/Rettungssanitäter (A/RS) ist äusserst abwechslungsreich und fachlich anspruchsvoll. Das A/RS-Modell findet sich als traditionell etabliertes, komplementäres prähospitaleres Versorgungsmodell sowohl in spitalgebundenen wie auch in kantonalen Rettungsdiensten.

Préhosp au top
Article en français sur
www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal



Das prähospitalere Notfallsystem Schweiz

Die prähospitalere Notfallmedizin bildet nach bzw. mit der ärztlich ambulanten Grundversorgung das zweite Glied in der professionellen Überlebens- und Rettungskette. Die prähospitalere Notfallmedizin hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten grundlegend verändert (Helm et al., 2017). Die gesellschaftlichen Erwartungen im prähospitaleren Bereich sind, gepaart mit den medizinischen Möglichkeiten, enorm gestiegen. Während vor gut 20 Jahren der technische Dienst noch den Fahrer und vielerorts die Pflege das medizinische Begleitpersonal in Kranken- und Rettungswagen stellten, wurde bereits damals bei vital kritischen Patienten die Anästhesiepflege mitgeschickt.

Für eine bestmögliche Patientenversorgung müssen neben der Qualifikation des verfügbaren Fachpersonals insbesondere auch der Bevölkerungsdichte sowie geografischen Gegebenheiten Beachtung geschenkt werden. Regional spezifisch abgestimmte notfallmedizinische Versorgungsstrukturen haben in der Schweiz eine jahrzehntelange Tradition und bilden das Rückgrat eines qualitativ hochwertigen Gesundheitswesens. Die Schweiz ist von der Topographie

her nicht zu vereinheitlichen, weshalb sich regional unterschiedliche Versorgungs- und Organisationslösungen in der prähospitaleren Notfallmedizin ergeben haben. Es gilt den Beginn einer optimalen Akuttherapie sicherzustellen und insbesondere auch Sekundärschäden zu vermeiden. Dies wird einerseits durch eine gute medizinische Versorgung vor Ort erreicht und begleitend durch die richtige Wahl der Zielklinik. In Zeiten der Rationalisierung und Zentralisierung von medizinischen Leistungen bedeutet das oft längere Transportwege oder Sekundärverlegungen in Zentrumskliniken.

Die Rettungsdienste tragen diesem Umstand mit gut ausgebildetem Personal, kontinuierlicher Weiterbildung und dem gezielten Einsatz der verschiedenen prähospitaleren Fachspezialisten Rechnung. Die starke Zunahme von Sekundäreinsätzen führte in den letzten Jahren zu strukturellen Aufgabenverschiebungen für die Rettungsdienste, in dem sich vielerorts private Unternehmen auf die sekundäre Verlegung von Patienten zwischen Spitälern, Alters- und Pflegeheimen spezialisierten. Ein wichtiger Partner für die Versorgung von Patienten in vital kritischem Zustand sind die Luftrettungs-

organisationen. Sie unterstützen die bodengebundenen Rettungsdienste bei der Erstversorgung, beim Einleiten lebenswichtiger Massnahmen und sie transportieren die Kranken schonend und rasch auf dem Luftweg in die nächste geeignete Zielklinik. Abgesehen vom Gewinn an Manpower vor Ort und dem schonenden Transport bringen Helikopter in der ganzen Schweiz auch innerhalb von max. 15 Minuten einen Notarzt zum Patienten.

Moderne Notfallmedizin ist weit mehr als einen schnellen Patiententransport sicherzustellen. Es geht darum, leitsymptomorientiert möglichst frühzeitig die fürs Outcome günstigen medizinischen Massnahmen einzuleiten. So kommt z.B. bei der Behandlung des Akuten Koronarsyndroms (ACS), bei Schockpatienten, bei Stroke-Patienten, Krampfanfällen oder ganz allgemein bei Patienten mit Verlust der Schutzreflexe der frühzeitigen Intervention und Patientenstabilisierung ein fürs Outcome signifikanter Stellenwert zu. Das Einleiten frühzeitiger Massnahmen gegen Hypoxie, Hypoperfusion, Azidose, Koagulopathie sowie Hypothermie gehört zu den Routineaufgaben der Anästhesie/Rettungssanitäter.



Fachspezialisten in der prähospitalen Notfallmedizin

Der Beruf des dipl. Rettungsanitäters HF (RS HF) ist seit 1996 durch den nationalen Rahmenlehrplan solide verankert und hat zu einer enormen Professionalisierung und Qualitätsverbesserung in der prähospitalen Notfallmedizin geführt. Die Ausbildung zum dipl. RS HF dauert drei Jahre. RS HF gewährleisten selbstständig oder in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachpersonen die prähospitalen Versorgung von Patienten in Notfall-, Krisen- oder Risikosituationen. RS HF stellen die Einsatzführung sicher. Sie sind im Bereich der Rettungskette – insbesondere im Bereich der ersten Hilfe und des Transports sowie bei den Schnittstellen der verschiedenen Glieder der Kette – tätig, um die Kontinuität der präklinischen Versorgung zu garantieren (Forum für Berufsbildung Rettungswesen, 2017).

Anästhesiepflegende werden in den verschiedenen Rettungsdiensten sehr unterschiedlich eingesetzt. Sie ergänzen die RS entweder im Bereich Atemwegs-, Kreislaufmanagement und Sedo-Analgesie. Oder sie rücken aufgrund einer Doppelqualifikation als dipl. RS HF und dipl. Expertin/ Experte Anästhesiepflege NDS HF

als primäres Teammitglied bzw. medizinischer Support mit erweiterten Kompetenzen aus. Anästhesiepflegende können die Berufsausbildung zum Diplom Rettungsanität HF verkürzt innerhalb von zwei anstelle von drei Jahren absolvieren. Sie eignen sich über die Ausbildung zum dipl. Rettungsanität vertiefte Kompetenzen im Bereich Rettungstechniken, medizinische Behandlung von Leitsymptomen, interprofessionelle Zusammenarbeit (Feuerwehr, Polizei, Luftrettung etc.), logistische und Führungsaufgaben sowohl für die individuelle Patientenversorgung als auch für das Management des Massenanfalls von Verletzten (MANV) an. In vielen Rettungsdiensten arbeiten sie als Anästhesie/Rettungsanität (A/RS) mit erweiterten Kompetenzen im Bereich Sedo-Analgesie, Atem-, Kreislauf- und Anästhesiemanagement. A/RS rücken entweder auf dem Rettungswagen im Team oder mit einem Notfall-Einsatzfahrzeug (NEF) in Supportfunktion aus. A/RS stellen basierend auf erweiterten Kompetenzen und ihrer prähospitalen Erfahrung im Fall von nicht zertifizierten Notärzten wichtige Synergien im Bereich Patientensicherheit und Versorgungsqualität sicher.

Der Transportsanität (TS) ist für planbare Krankentransporte zuständig. TS beherrschen das Fahren des Einsatzfahrzeuges. Bei Notfalleinsätzen übernehmen TS eine assistierende Tätigkeit und unterstützen im interprofessionellen Team die medizinischen Fachpersonen.

Notärztinnen und Notärzte (NA) haben sich in zwei anerkannten Subfachspezialitäten im Bereich klinische und prä-hospitale Notfallmedizin organisiert, der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR). Qualifizierte Notärzte nehmen in der Präklinik die wichtige Funktion der ärztlichen Leitung Rettungsdienst wahr und sind unerlässliche Garanten für die medizinische Versorgungsqualität und Delegation medizinischer Kompetenzen an nicht-ärztliches Fachpersonal. Die verschiedenen Kantone und Regionen haben eine eigene Struktur ihres Rettungswesens entwickelt. In städtischen Gebieten finden sich mehr Systeme mit Notarztzubringer als in ländlichen Regionen. Im Rahmen der Notarztzubringer verfügen in der Deutschschweiz die Städte Zürich, Basel, Bern, St. Gallen und Luzern über ein 24 Stunden Notarzt-system (NAS). In der Romandie, in Zürich und im Kanton Basel Stadt sowie im Kanton St. Gallen ist das NAS kantonal stärker verbreitet als in der restlichen Schweiz. Allerdings sind in diesen Regionen überwiegend Assistenzärzte in Ausbildung zum Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR (NA FA SGNOR) prähospital tätig und somit nicht Fachärzte – was fälschlicherweise nicht selten angenommen wird.

Qualitätsaspekte im Rettungswesen

Unabhängig vom Ausbildungsabschluss gilt es zu beachten, dass die Qualität der prähospitalen Notfallmedizin nicht primär von der Berufsgruppe, sondern vielmehr von der individuellen Fachkompetenz und v.a. Erfahrung der anwesenden Teammitglieder abhängig ist. Dieser Qualitätsaspekt ist im Rahmen prähospitaler Notfallkonzepte von zentraler Bedeutung. Weiter stehen in Zeiten finanzieller und personeller Ressourcenknappheit ökonomische Aspekte im Zentrum. Die erforderlichen Vorhalteleistungen für die verschiedenen Versorgungsmodelle sind abhängig vom Gehaltgefüge der

verschiedenen Berufsgruppen, der Verrechnbarkeit von erbrachten Leistungen, der adäquaten Indikationsstellung und nicht zuletzt der notwendigen Verfügbarkeit von vorgesehenen Fachspezialisten. Eine grosse Herausforderung im Gesundheitswesen allgemein wird in absehbarer Zukunft der Fachkräftemangel, begleitet von einer überproportionalen Zunahme älterer und kranker Menschen, sein. A/RS sind als erfahrene Spezialisten in allen Bereichen der prähospitalen Notfallmedizin bestens einsetzbar.

«Scope of Practice» bzw. Handlungsbereich der A/RS

Der prähospitaler Spezialist A/RS ist in der Notfallmedizin in der ganzen Schweiz ein verbreitetes und traditionell seit Jahrzehnten akzeptiertes Teammitglied mit umfassenden Kompetenzen für die prähospitaler Erstversorgung von lebensbedrohlichen Situationen bis zur Einweisung in eine geeignete Zielklinik. A/RS fördern und sichern die optimale Versorgung bei vital kritischen und besonderen Patienten. A/RS üben ihre Aufgaben komplementär als dipl. Rettungssanitäter HF einerseits und als Fachexperten mit ma-

ximalen Kompetenzen im Bereich Atemwegs-, Kreislauf- und Anästhesiemanagement aus.

Der A/RS ergänzt die prähospitaler Patientenversorgung spezifisch durch:

- ➔ Routine bei der Intubation und Anästhesieeinleitung in der prähospitalen und klinischen Umgebung
- ➔ Sicherheit beim schwierigen Atemwegsmanagement
- ➔ Sicherheit im Schock- und Flüssigkeitsmanagement sowie im Umgang mit Katecholaminen dank solider, klinischer Erfahrung im Operationsaal und/oder auf der Notfallstation
- ➔ Sicherheit im prähospitalen Management von Herzrhythmusstörungen
- ➔ Routine und Sicherheit mit Anästhetika und Analgetika
- ➔ Sicherheit und Erfahrung bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten in vital kritischem Zustand
- ➔ Sicherheit beim pädiatrischen Atemwegsmanagement, in der Intubation und/oder Anästhesieeinleitung sowie im Legen von venösen Zugängen bei Kindern
- ➔ Sicherheit und Erfahrung bei peripartalen Notfällen

Um den hohen Anforderungen in komplexen Situationen, der Arbeit im interprofessionellen und interdisziplinären Team sowie in komplexen Organisationssystemen zu genügen, arbeiten A/RS unter Beachtung nationaler Algorithmen, internationaler Guidelines, der bestverfügbaren Evidenz und Best Practice Empfehlungen. A/RS handeln jeweils aufgrund der aktuellsten Unterlagen der «Standards Anästhesiepflege Schweiz» (SIGA/FSIA, 2016), national anerkannten Algorithmen wie SMEDRIX (IVR, 2016), IG Nord, CORFA (2018), FCTSA AMD (FCTSA, 2018), nationalen Standards und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) und Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) sowie internationalen Leitlinien (z.B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF: S1 Leitlinie: Atemwegsmanagement, Prähospitaler Notfallnarkose beim Erwachsenen u.a.). Die prähospitalen Kompetenzen werden dem A/RS durch den ärztlichen Leiter des jeweiligen Rettungsdienstes delegiert. Die Patientenversorgung durch den A/RS erfolgt in der Regel eigenständig ohne direkte Supervision durch einen Notarzt. Dieser Umstand setzt hohe fachliche, persönliche und soziale Kompetenzen voraus. In der prähospitalen Notfall- und Rettungsmedizin werden die Patienten nach Leitsymptomen behandelt. Die prähospitalen Massnahmen sind weitestgehend standardisiert (vgl. Arbeitsstandards A/RS). Neben der korrekten Problemerkennung und -behandlung sind auch die Angehörigenbetreuung sowie bei vital kritischen Patienten die Einsatzleitung des interprofessionellen Teams Kernaufgaben des A/RS. Die Handlungskompetenzen der A/RS sind prähospital so, dass sie vital gefährdete Patienten optimal und notfallmedizinisch maximal betreuen können, ohne dass es in der Regel erforderlich ist, einen Notarzt hinzuziehen. Dabei ist der Fokus einer optimalen Versorgung einerseits prähospital, andererseits innerklinisch die zeitgerechte Einweisung zu den Fachspezialisten. A/RS sind erfahrene Spezialisten, wenn es um die optimale Vitalsicherung bei kritisch kranken





und/oder verletzten Patienten sowie um die Behandlung von extremen Schmerzsituationen geht. Eine deutliche Zunahme erfahren Sekundärverlegungen von kritisch kranken und instabilen Patienten (z.B. Verlegungen von und auf Intensivstationen, postoperative Verlegungen in Zentrumskliniken etc.). Bei komplexen Sekundärverlegungen kommen die anästhesiepflegerischen Kompetenzen beim Kreislaufmanagement und der Beatmung von intubierten Patienten umfangreich zum Tragen. Einer meteorologischen Abhängigkeit unterworfen ist der Rettungshubschrauber, was zur Folge haben kann, dass ein mit A/RS besetztes Rettungsmittel die komplexen Sekundärverlegungen bodengebunden betreut und begleitet.

Kommission SIGA/FSIA prehospital care

Seit Mai 2019 arbeitet die Kommission SIGA/FSIA prehospital care mit neun Mitgliedern im Auftrag des Vorstands an den professionellen Fundamenten des A/RS. Der Auftrag der Kommission ist es, Praxisstandards, Qualitätsmerkmale sowie Empfehlungen im Bereich Patientensicherheit, CPD und CRM (Crew Resource Management) zu erarbeiten. Obwohl Anästhesiepflegende seit Jahrzehnten im Rettungswesen gearbeitet haben,

besteht ein Defizit in der Erfassung von Anästhesiepflege- und A/RS-Leistungen in der prähospitalen Notfallmedizin. A/RS verfügen über ein Berufsdiplom Rettungssanität HF. Es handelt sich somit um eine Doppel- und nicht bloss um eine Zusatzqualifikation. Die A/RS werden weder vom Interverband für Rettungswesen (IVR), von der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) noch von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) als offizielle Spezialisten mit erweiterten Kompetenzen für die prähospitalen Notfall- und Rettungsmedizin beachtet. Dies führt zu einem verzerrten und praxisfremden Gesamtbild des Rettungswesens Schweiz. Sowohl die Struktur- und Anerkennung der Rettungsdienste wie das Monitoring des Rettungswesens entbehrt somit einer validen und repräsentativen Datengrundlage. Diese Lücke ist möglichst rasch zu schliessen.

Die Kommission SIGA/FSIA prehospital care hat 2019 mit grossem Engagement an den Zielvorgaben des Vorstands gearbeitet. Aktuell befinden sich die Praxisstandards A/RS zur Stellungnahme bei den Partnerorganisationen. Die SIGA/FSIA hat Praxisstandards A/RS erarbeitet, welche die beruflichen Kompetenzen und Handlungsgrundlagen der A/RS beschrei-

ben. Diese schaffen Transparenz und Rechenschaft zur vorhandenen Zusatzexpertise, zur Handlungspraxis sowie zum Rollenmodell der A/RS. Das Rollenbild der A/RS lehnt sich ans CanMEDS Rollenmodell an, welches bereits den «Standards Anästhesiepflege Schweiz» (SIGA/FSIA, 2016) zugrunde liegt.

A/RS besitzen aufgrund ihres Werdegangs mehrjährige innerklinische Erfahrung in der Pflege und Anästhesiologie. Sie verfügen bei Beginn der Ausbildung zum dipl. RS HF über fundierte Pflege- und anästhesiologische Kompetenzen und bringen breite Erfahrung in der interdisziplinären/interprofessionellen Teamarbeit, in den Non-Technical Skills allgemein sowie in den Bereichen der Sozial-, Personal- und Fachkompetenz in High Reliability Organization (HRO) mit. Sie weisen Routine im erweiterten Atemwegs- und Kreislaufmanagement auf. Eine Herausforderung, die in einem ausschliesslich prähospitalen Arbeitsumfeld nur sehr schwer zu erreichen ist.

A/RS wissen: die medizinische Verantwortung trägt vorzugsweise die erfahrenste Fachkraft mit der bestmöglichen Ausbildung. Für eine zukunftsorientierte Strukturplanung und regional optimale Organisation der Rettungsdienste ist es daher wichtig, dass alle prähospitalen Spezialisten in nationalen Personalkategorien und Strukturberichten ausgewiesen und erhoben werden.

Referenzen auf www.siga-fsia.ch/mitglieder/anaesthesie-journal/archiv.html

Kontakt:

Lars Egger
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS
HF, Dipl. Rettungssanitäter HF,
Master of Medical Education Unibe
medi, Zentrum für medizinische
Bildung, Rettungssanität, Bern
lars.egger@medi.ch

Samuel Faust
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS
HF, Dipl. Rettungssanitäter HF
Kantonsspital Aarau AG, Anästhesie,
Aarau

Einsatz an vorderster Front: Teamarbeit im Notfallzentrum Inselspital

Intervention en première
ligne: Travail d'équipe
au centre des urgences de
l'hôpital de l'île
Article en français sur
[www.siga-fsia.ch/fr/
mitglieder/anaesthesie-
journal](http://www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal)

Petra Fuchs, Prof. Aristomenis Exadaktylos

Ein Blick hinter die Kulissen des Notfallzentrums des Inselspitals Bern zeigt, dass die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit das A und O ist. Je besser die Schnittstellen funktionieren, umso besser sind die Qualität und der Arbeitsfluss. Nebst dem demografischen Wandel und damit der Zunahme an Schwerstkranken ist eine Zunahme bei intoxikierten und aggressiven Patienten festzustellen.

*Nicht die einen,
nicht die anderen,
sondern wir gemeinsam!*

Dag Hammarskjöld

Im Universitären Notfallzentrum (UNZ) des Inselspitals Bern stehen wir tagtäglich an vorderster Front im Einsatz für das Wohl der Patienten. Um 50 000 Eintritte pro Jahr versorgen zu können, braucht es eine exzellente interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im UNZ arbeiten 135 Pflegefachpersonen, 50 Ärzte und 15 Mitarbeitende im Klinikmanagement. Jährlich beginnen sechs Pflegefachpersonen mit dem Nachdiplomstudium in Notfallpflege (NDS-NF). Insgesamt haben 65% des Pflorgeteams ein Nachdiplomstudium in Notfallpflege. Im UNZ bieten wir externen Studierenden NDS-NF und Rettungssanitäter in Ausbildung Praktikumsplätze an. Acht NDS-NF Studierende aus verschiedenen Spitälern sowie fünf Rettungssanitäter absolvieren jährlich ein mehrwöchiges Praktikum bei uns.

Einsatz mit «Kopf, Herz und Hand»

Unser Spektrum reicht von der Hausarztmedizin bis zur hochspezialisierten Notfallmedizin. Mit «Kopf, Herz und Hand» (Pestalozzi) geben wir unseren vollen

Einsatz. Im Jahr 2019 hatten wir 50 000 Eintritte. Durchschnittlich sind dies 137 Patienten pro Tag. An Spitzentagen sind es bis zu 180 Eintritte. Hinter dieser Zahl stehen für uns Menschen und ihre Schicksale. Egal ob es sich um eine Trivialität

handelt oder um einen schweren Notfall, für Patienten bedeutet ein Eintritt in das UNZ immer eine Ausnahmesituation. Es spielt keine Rolle, ob jemand aus dem Drogenmilieu oder aus dem Bundeshaus kommt, bei uns werden alle Patienten gleichbehandelt. Ein wertschätzender Umgang mit allen Menschen und unser Notfallspirit machen unseren Arbeitsplatz im Notfallzentrum einzigartig. Um das steigende Patienten-Aufkommen im UNZ (siehe Kasten) bei gleichbleibendem Personalbestand und beschränkten Räumlichkeiten bewältigen zu können, braucht es Teamwork, Teamwork und nochmals Teamwork.

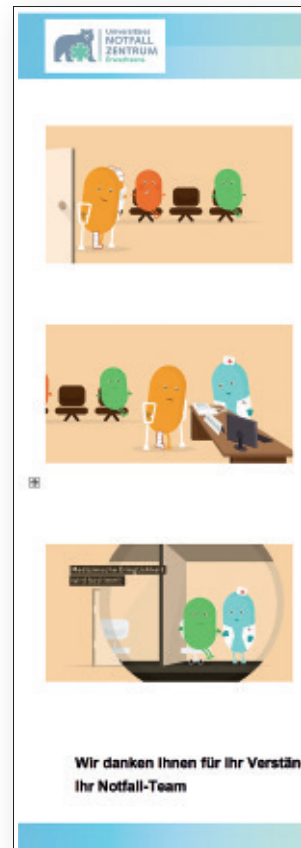
Notfallzentrum in Zahlen

Folgende Zahlen und Fakten aus dem Jahr 2018 widerspiegeln die vielfältige und abwechslungsreiche Arbeit im UNZ:

- 48 500 Eintritte aus 147 Ländern
- 11 979 Eintritte mit der Ambulanz
- 1162 Eintritte mit dem Helikopter
- 1905 Intensivpflegepatienten
- 3259 Schockraum-Patienten
- 1433 Acute care nurse-Begleitungen
- 2106 psychiatrische Patienten
- 979 medizinische Patienten mit einem psychiatrischen Konsilium
- 3987 Patienten mit einer Triagestufe 1
- 102 Kinder im Schockraum
- 2823 Isolationen
- 278 Reanimationen

Sicherheit

- 1205 Interventionen durch den Sicherheitsdienst
- 718 Patienten kamen in Polizeibegleitung
- 24 Bodypacker
- 278 Patienten wurden auf die Bewachungsstation verlegt



Erklärung Triagestufen

Damit die Rettungskette auch im Spital erfolgreich funktioniert, werden die Mitarbeitenden der Triage (Pflegefachpersonen mit einem NDS-Notfall) gezielt für diese herausfordernde Aufgabe geschult, sodass sie die Patienten korrekt triagieren. Das Triage-Pflegepersonal legt anhand der Schweizer Triageskala (STS) den Schweregrad der Erkrankung und die Behandlungsdringlichkeit fest. Das bedeutet, dass ein Patient mit der Triagestufe vier (z.B. eine Grippe) warten kann und dass ein schwerer erkrankter Patient diesem Patienten vorgezogen behandelt wird. Das Triage-Pflegepersonal bietet, je nach Anmeldung der Rettungskräfte, alle benötigten Fachdisziplinen auf. Dies sind z.B. Arzt und Pflegepersonal des Notfalls und der Anästhesie, Orthopädie, Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Röntgen etc. Der Vorteil eines Universitätsspitals liegt darin, dass alle Beteiligten rund um die Uhr an 365 Tagen einsatzbereit im Haus sind und innert kürzester Zeit ins Notfallzentrum kommen können! Notfallpatienten haben eine hohe Erwartungshaltung, die in den

letzten Jahren zugenommen hat. Schmerzen, Ungewissheit und Angst vor dem Unbekannten verursachen bei den Patienten Stress. Hier braucht es Fachwissen, Verständnis, Empathie und vor allem ein «dickes Fell», um dem Druck standhalten zu können.

Wenn ich die Notfallstation mit einem Restaurant vergleiche, dann ist es so, dass der Gast mit dem 10-Gang-Menü (entspricht nach Aufwand einem Schockraumpatienten) sofort bedient wird und der Gast, welcher nur einen Sirup bestellt (entspricht z.B. dem Patienten mit einer kleinen Schnittverletzung am Finger) unter Umständen mehrere Stunden warten muss. Dass hier manchmal das Verständnis von Seiten der wartenden Patienten fehlt, ist nachvollziehbar. Aus diesem Grund haben wir einen Film im Wartezimmer, der den Patienten erklärt, weshalb es zu Wartezeiten kommen kann.* Damit

der Überlebenschance eine wichtige Rolle zukommt. Gerade bei der Versorgung von Schwerstkranken oder Schwerstverletzten ist es uns ein grosses Anliegen, auch Angehörige gut zu betreuen. In schwierigen Momenten ist für die Angehörigen wichtig, Vertrauen zu haben, dass alles Mögliche und Unmögliche unternommen wird und dass sie ihren Nächsten in guten Händen wissen. Unsere Schichtleitungen kümmern sich mit grossem Engagement und mit viel Empathie um sie. Ein Kaffee, ein Tee, ein Taschentuch, etwas Zeit zum Zuhören, mit einfachen Worten erklären, was die nächsten Schritte/Untersuchungen sind, helfen mit, Vertrauen aufzubauen.

Um eine gute Versorgungsqualität gewährleisten zu können, führen wir jeden Monat Schockraumsimulationen durch. Bei den Simulationen sind Ärzte und Pflegefachpersonen aus der Anästhesie



Wartezimmer Notfallzentrum Inselspital

Quelle: Gubler P., Inselspital 2019

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
NOTFALLZENTRUM

Liebe Patientin, lieber Patient
Im Universitären Notfallzentrum, Inselspital, werden alle Patienten und Patientinnen nach ihrer **medizinischen Dringlichkeit eingeschätzt und vor der Behandlung nach festgelegten Kriterien einer von vier Dringlichkeitsstufen zugewiesen.**

- 1. Begrüssung und Beurteilung des Zustandes**
Grund der Konsultation, kurze Vorgeschichte und Erheben der administrativen Daten.
- 2. Festlegen der medizinischen Dringlichkeit**
Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Temperatur und Atmung. Beurteilung und Festlegen der Dringlichkeit anhand definierter Kriterien.
- 3. Weiteres Vorgehen**
Zuweisung der Patienten und Patientinnen an den entsprechenden Behandlungs- oder Wartebereich. Das Befinden der Personen im Wartebereich wird kontinuierlich beurteilt.

Dringlichkeit 1: Akuter Notfall, sofortige Behandlung.
Gesundheitliche Situation, die für den Patienten lebensbedrohlich ist oder zum Verlust einer Gliedmaasse oder eines Organs führen kann.

Dringlichkeit 2: Notfall, Behandlung innerhalb von 20 Minuten.
Gesundheitliche Situation, die nicht lebensbedrohlich ist, sich jedoch kurzfristig verschlimmern könnte.

Dringlichkeit 3: Mässig dringlicher Notfall, Behandlung innerhalb von 120 Minuten.
Gesundheitliche Situation, bei der die Zeit keine irrtümliche Rolle spielt. Der Zustand des Patienten wird bei seiner Ankunft als stabil beurteilt.

Dringlichkeit 4: Wenig dringliche Situation.
Gesundheitliche Situation, die keine dringende notfallmedizinische Versorgung erfordert.

Wir danken Ihnen für Ihre Geduld und wünschen Ihnen alles Gute.

erhoffen wir uns mehr Toleranz, sollte es zu Wartezeiten kommen.

«time is brain – time is muscle!»

Bei einem schwerstverletzten oder schwersterkrankten Patienten zählt jede Minute. Zeit und Teamwork entscheiden über Leben, Tod oder eine Behinderung. Zeit spielt im Notfall eine eminente Rolle – «time is brain – time is muscle!». Allen ist bewusst, dass der «golden hour» bei

und aus dem Notfallzentrum beteiligt. Auch das Instruktoren-Team ist ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team. Die Teilnehmer erhalten vorgegebene Fallbeispiele, die sie durchspielen. Die Szenarien werden gefilmt und im Nachhinein in einer konstruktiven Atmosphäre besprochen. Ziel ist es, Prozesse, Zusammenarbeit, Kommunikation, Gerätekenntnisse etc. zu verbessern und zu beschleunigen.

*http://www.notfallzentrum.insel.ch/fileadmin/notfallzentrum/notfallzentrum_user/Movies/Triagefilm_deutsch.mp4



Schockraumsimulation

Quelle: Notfallzentrum Inselspital Bern



Schulung Geräteparcour

Quelle: Notfallzentrum Inselspital

Im Schockraum arbeiten wir unter schnell wechselnden Situationen. Bei einem sich entwickelnden Problem, bei Hektik und Unübersichtlichkeit nehmen wir uns einen kurzen Moment (symbolisch 10 Sekunden), um die Gedanken zusammenzutragen, interdisziplinär abzusprechen und zu ordnen, um für die folgende Zeit (symbolisch 10 Minuten) die weitere Strategie zu erstellen und zu besprechen. Das Poster soll alle daran erinnern, sich ein Timeout zu nehmen. (Selbstverständlich werden in dieser Zeit die Herzmassage und Beatmung nicht unterbrochen.)



Poster im Schockraum mit der Aufschrift

«10 Sekunden für 10 Minuten» Quelle: InPass

Vier Mal jährlich bieten wir unseren Mitarbeitenden Geräteparcours an. Vorge stellt werden NIV, O₂-Highflow, Corpuls, Monitoring, Defibrillator, Perfusoren, Intraossäre Nadel etc. Pflegefachpersonen erklären Ärzten die Geräte und umgekehrt. Nebst dem Lerneffekt erleben wir eine tolle interprofessionelle Zusammenarbeit, welche die Teams zusammenschweisst.

Immer mehr Aggressionen

Das UNZ funktioniert wie ein Fieberthermometer. Kleinste Veränderungen in der Gesellschaft nehmen wir im Notfallzen-

trum wahr. Nebst dem demografischen Wandel und damit der Zunahme an Schwerstkranken sehen wir auch eine Zunahme bei intoxikierten und aggressiven Patienten sowie Patienten mit einem Migrationshintergrund. Die Zunahme an Aggression und Gewalt ist eine grosse Herausforderung für unsere Teams. Deshalb haben wir im UNZ 24/7 einen Sicherheitsdienst vor Ort. Verbale und physische Aggressionen gehören zum Alltag. Dies geht von Beleidigungen und Morddrohungen über spucken, kratzen und beißen bis zur Strangulation.

Alle Mitarbeitenden absolvieren deshalb einen Deeskalationskurs. Wenn alle deeskalierenden Massnahmen fehlschlagen, müssen wir den Patienten zum eigenen Schutz und zum Schutz unserer Mitarbeitenden Fünf-Punkte fixieren. Jeder Patient, der fixiert wird, muss auch sediert werden. Hier hat der erfahrenste Mitarbeiter den Lead. Das kann ein Arzt oder eine Pflegefachperson sein. Die rechtliche Situation, wann fixiert werden darf und mit welchen Gefahren bei einer Fixation zu rechnen sind, müssen alle Mitarbeitenden kennen. Das UNZ muss einerseits den Versorgungsauftrag erfüllen und andererseits sind wir für die Sicherheit unserer Mitarbeitenden verantwortlich. Auch ein aggressiver Patient hat das Recht auf eine medizinische Versorgung. Alkohol und Drogen sind jedoch für uns keine Entschuldigung, sich aggressiv gegenüber unserem Personal zu benehmen. Die Klinikleitung lebt eine Null-Toleranz in Bezug auf Gewalt. Jedes Vergehen wird dem Rechtsdienst gemeldet, und der Aggressor erhält einen Brief mit dem Hinweis, dass ein wiederholtes Fehlverhalten in der Notfallstation rechtliche Konsequenzen haben wird.

Grossereignisse werden geübt

Das Vorgehen bei einem Attentat auf einen Staatsbesuch, Politiker etc., bei einem Grossereignis oder einem IT-Ausfall muss ebenfalls in regelmässigen Abständen geübt werden. Glücklicherweise wurden wir von Grossereignissen bislang verschont. Ein grosses Aufkommen an Leichtverletzten nach Demonstrationen oder Ausschreitungen gehören zum Alltag. Bei einer Kontamination mit Tränengas führen wir zusammen mit der Betriebsfeuerwehr die Dekontamination durch.

Die Notfallmedizin ist faszinierend, weil man nicht weiss, wann, was, wie viele Patienten kommen. Gerade das Unvorhergesehene ist spannend. Man muss sich von einem Moment auf den anderen auf eine neue Situation einstellen und alles geben.

Auch künftig müssen wir strukturelle, personelle und organisatorische Herausforderungen meistern. Der finanzielle Spardruck lastet auf allen. Gerade darum ist eine interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit das A und O. Je besser die Schnittstellen funktionieren, umso besser sind die Qualität und der Arbeitsfluss. Deshalb möchten wir uns hier beim Anästhesie-Team des Inselspitals Bern für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken.

Kontakt:

Universitäres Notfallzentrum Erwachsene, Inselspital Bern
 Petra Fuchs, dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Leiterin Pflege
 petra.fuchs@insel.ch
 Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos,
 Facharzt Anästhesiologie, Direktor
 und Chefarzt
 aristomenis.exadaktylos@insel.ch

Neuromuskuläre Restblockade

Muskelrelaxanzien werden im Alltag der Anästhesie täglich eingesetzt. Ein Hauptrisiko, das sich daraus ergibt, ist die neuromuskuläre Restblockade, welche mit stark erhöhter Morbidität einhergeht. Eine Restrelaxation liegt ab einer Train of Four Ratio (TOF-Ratio) von < 0.9 vor. Diese lag bei 40% der Patienten nach Verabreichung von nichtdepolarisierenden Muskelrelaxanzien vor (Naguib et al., 2019). Beeinträchtigung der forcierten Vitalkapazität, Obstruktion des oberen Atemwegs, Störungen der pharyngealen Funktion und Beeinträchtigung der hypoxischen Atemantwort können pathophysiologische Konsequenzen sein (Fuchs-Buder & Schmartz, 2017). Des Weiteren äussern Patienten mit neuromuskulären Restblockaden ein subjektives Unwohlsein (Fuchs-Buder, 2008). Die Fragestellung beinhaltet die Frage nach präventiven Massnahmen, um eine postoperative neuromuskuläre Restblockade und deren Komplikationen bei Erwachsenen nach elektiver Allgemeinanästhesie zu vermeiden. Erarbeitet werden die Physiologie der neuromus-

kulären Übertragung, die Pharmakologie der Muskelrelaxanzien sowie die Reversion und der Antagonist. Das neuromuskuläre Monitoring und die Konsequenzen der Restrelaxation sowie deren präventive Massnahmen werden beschrieben. In der Diplomarbeit legen die Verfasserinnen den Schwerpunkt auf die nichtdepolarisierenden Muskelrelaxanzien und deren Komplikationen. Die Literaturrecherche basiert auf Fachbüchern und wissenschaftlichen Artikeln. In dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass die neuromuskuläre Blockade mittels qualitativem und quantitativem neuromuskulärem Monitoring überwacht werden kann. Gemäss Warszawska et al. (2016) reagieren verschiedene Muskelgruppen unterschiedlich auf Muskelrelaxanzien, was zur Folge hat, dass es trotz vollständiger Erholung am Musculus adductor pollicis zu einer relevanten Beeinträchtigung des Schluckaktes kommen kann. Mittels kontinuierlicher quantitativer Messmethode und unter Anwendung der Akzelerometrie sowie Verabreichung der Reversion kann die Restblockadenin-

https://siga-fsia.ch/files/Ausbildung/Abschlussarbeiten/bzpflege/2019_Neuromuskulaere_Restblockade.pdf



zidenz von 62% auf 3% reduziert werden (Fuchs-Buder, 2016). Die Reversion soll gewichtsadaptiert verabreicht werden und darf erst erfolgen, wenn die Messung vier Einzelreize aufweist (Fuchs-Buder et al., 2016).

Fakt ist, dass die neuromuskuläre Restblockade ein relevantes Thema für den Anästhesiealltag ist und die präventiven Massnahmen gezielter in der Praxis angewendet werden müssen. Als Hilfestellung und Argumentationsgrundlage haben die Autorinnen einen Pocket-Flyer zum Eigengebrauch erarbeitet.

Kontakt:

Ayla Little, ayla.little@insel.ch
 Flurina Frei, flurina.frei@insel.ch
 Mirjam Haudenschild,
mirjam.haudenschild@insel.ch
 Dipl. Expertinnen Anästhesiepflege NDS
 HF am Inselspital Bern



Untertitel: Wie Mikroben unser Leben bestimmen und wir uns vor ihnen schützen
 Autoren: Markus Egert
 Frank Thadeusz
 ISBN: 978-3-86493-068-3
 Herausgeber: Ullstein Extra
 Veröffentlichung: 2018, Deutschland

«Ein Keim kommt selten allein»

Werte Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie diese Buchempfehlung sehen, bemerken Sie richtig: Es ist kein Fachbuch im eigentlichen Sinn.

Der Mikrobiologe Professor Dr. Markus Egert von der Hochschule Furtwangen erklärt jedoch vieles im Zusammenhang mit Hygiene auf erfrischend andere Art. Sein eigentliches Spezialgebiet ist die Haushalthygiene, aber er wirft mit uns gemeinsam einen Blick durchs Mikroskop und erklärt anschaulich, warum wir manche Mikroben unbedingt umbringen müssen - während etliche andere dieser unsichtbaren Lebensbegleiter sogar sehr wichtig für unser Wohlbefinden sind. Er zeigt auf, warum im Waschbecken viel

mehr Keime lauern als auf dem Toilettensitz. Stehen wir bereits mit einem Bein im Grab, wenn das Desinfektions-spray nicht stets griffbereit ist? In «Ein Keim kommt selten allein» wird die Welt der Keime spannend erläutert, so dass auch Rückschlüsse für unsere Arbeit gemacht werden können.

Ich hoffe, Sie haben auch Spass an der etwas anderen Lektüre als üblich.

Kontakt:

Maria Castaño
 Ressort Leitung NDS Anästhesiepflege
 Berner Bildungszentrum Pflege
maria.castano@bzpflege.ch

Ist Palexia eine Revolution in der akuten und chronischen Schmerztherapie?

Ilaria De Lorenzi, Dr. med. Melanie Rehli, Freddy Brouwers

Postoperative Schmerzen mit einem Medikament zu behandeln, das verschiedene Wirkmechanismen hat und somit den Schmerz besser abdeckt aber gleichzeitig weniger Nebenwirkungen zeigt – das hört sich fast zu schön an, um wahr zu sein.

Unsere aktuell verwendeten und potentesten Medikamente gehören in die Substanzklasse der Opiode. Diese Medikamente haben dosisabhängig verschiedene Nebenwirkungen. Das perfekte Schmerzmittel, das mit einer möglichst tiefen Dosierung und keinen Nebenwirkungen die Schmerzen lindert, ist leider bis jetzt noch nicht gefunden. Doch gibt es immer wieder neue Medikamente, die an diese Idealvorstellungen herankommen. So wird zum Beispiel das Einsatzspektrum von bestehenden Schmerzmitteln hinterfragt oder auch ausgedehnt.

Tapentadol ist eines der neuesten Medikamente im Bereich der Schmerztherapie. Es wird vor allem bei neuropathischen Schmerzen eingesetzt, zeigt aber auch sehr gute Ergebnisse bei der Behandlung von postoperativen, somatischen Schmerzen. Als schwaches Opioid wirkt es nicht nur auf den μ -Opioid Rezeptor, sondern hat auch auf einen Einfluss auf die Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin an den Schmerzleitungsbahnen (Haessler, et al., 2017).

Seit Januar 2019 wird Tapentadol (Palexia®) regelmässig im Kantonsspital Graubünden im postoperativen Setting eingesetzt. Der Verbrauch hat gemäss den Angaben der hausinternen Apotheke danach monatlich deutlich zugenommen. Tapentadol (Palexia® oder Nucynta®) wurde wie Eun Jung et al. (2016) schreiben, in den späteren 1980er Jahren entwickelt. Fast 30 Jahren später wurde das Präparat in den USA durch die «Food and Drug Agency FDA» genehmigt und

auf dem Markt lanciert. Tapentadol ist in Form von Tabletten, Retard Tabletten und einer Lösung auf dem Markt. Das Medikament wurde 2012 in der Tabletten Applikation in der Schweiz von Swissmedic zugelassen, zwei Jahre später wurden die Lösung zusammen mit den Retard Tabletten zugelassen (www.spezialitaetenliste.ch).

Aber was genau ist Palexia® und wie wirkt es? Kann dieses neue Analgetikum für die Patienten revolutionär sein? Besteht wie bei anderen Opioiden, zum Beispiel Oxycodon, auch ein so hohes Abhängigkeitspotential? Durch eine strukturierte und zielgerichtete Literaturrecherche haben wir versucht, diese Fragen zu beantworten.

Opiode

Opiate sind natürlich vorkommenden Alkaloide, die aus Mohn gewonnen werden. Synthetisch hergestellte Opiat-ähnliche Substanzen werden Opiode genannt. Im Organismus gibt es ebenfalls sogenannte endogene Opiode:

- Met-Enkephalin
- Leu-Enkephalin
- B-Endorphin
- Dynorphin

Opioidrezeptoren

Die verschiedenen Opioid-Rezeptoren (δ -, μ -, κ -) wurden in den 1970er Jahren entdeckt. Sie gehören zu den G-Protein gekoppelten Rezeptoren. Opioidrezeptoren befinden sich hauptsächlich im zentralen Nervensystem (ZNS) (Eun Jung, Eun Ji, & Kyung Hoon, 2016).

Sammeln Sie e-log-Punkte

Fragen zu diesem Artikel auf www.siga-fsia.ch/mitglieder/e-log
Le Palexia est-il une révolution dans le traitement de la douleur aiguë et chronique?
 Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal
Collectez des points e-log
 Questions sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/e-log

- Kortex
- Thalamus
- Hypothalamus
- Limbischen System
- Hirnstamm
- Hinterhorn des Rückenmarks
- peripheren Nervenenden

Opiode, Serotonin und Noradrenalin

Anästhesiologisch am bedeutsamsten sind die μ -Rezeptoren. Die bisher eingesetzten Medikamente besetzen diese Rezeptorengruppe und sorgen für eine suffiziente Schmerztherapie. Die Wirkweise ist sehr komplex, lässt sich aber vereinfacht darstellen. Nachfolgend wird zuerst der Ablauf eines Schmerzsignals vereinfacht beschrieben.

Ein Schmerzsignal wird als Aktionspotential durch den Nerv Richtung ZNS weitergeleitet. Erst wenn das Signal im Gehirn ankommt, wird der Schmerzreiz überhaupt wahrgenommen. Für die Weiterleitung wird das Aktionspotential in ein chemisches Signal umgewandelt. Am präsynaptischen Neuron sorgt das Aktionspotential dafür:

- Die Calcium Kanäle in der Membran des Neurons öffnen sich.
- Calcium fliesst in das Neuron ein.
- Durch das Calcium können sich intrazelluläre Vesikel, gefüllt mit dem Neurotransmitter Glutamat, mit der Zellmembran verschmelzen. Die Vesikel entleeren das Glutamat in den synaptischen Spalt. Glutamat dockt am postsynaptischen Neuron an und öffnet dadurch die postsynaptischen Natriumkanäle, wodurch das Aktionspotential weitergeleitet wird, bis

es am Ziel, im ZNS angekommen ist.

Opioide wirken schmerzlindernd und schmerzstillend, indem sie:

→ auf die Freisetzung der Neurotransmitter in den synaptischen Spalt Einfluss nehmen.

→ die Depolarisation des postsynaptischen Neurons erschweren.

→ die inhibierende Wirkung innerhalb der absteigenden Nervenbahnen im ZNS erschweren.

Wenn ein Opioid an den spezifischen Rezeptor andockt, aktiviert es dadurch sogenannte G-Proteinen im Zellinneren. Dieses G-Protein sorgt dafür das präsynaptisch

die Calciumkanäle geschlossen bleiben, postsynaptisch die Kaliumkanäle geöffnet werden. Das postsynaptische Neuron ist durch diese Hyperpolarisation viel schwieriger zu depolarisieren.

Serotonin und Noradrenalin spielen ebenfalls eine grosse Rolle bei der Inhibierung von Schmerzsignalen. Wie dieser Wirkmechanismus genau funktioniert, ist zurzeit noch nicht bekannt. Was allerdings bekannt ist, dass sich dadurch die Wirkung von Opioiden additiv verstärkt. Somit sind geringere Dosierungen von Opioiden notwendig, um den gleichen analgetischen Effekt zu erzielen (Eun Jung, Eun Ji, & Kyung Hoon, 2016).

Wie alle Wirkstoffe haben auch Opiode Nebenwirkungen, die dosisabhängig mehr oder weniger ausgeprägt sein können. Wir kennen die unerwünschten Wirkungen der Opiode wie Nausea, Erbrechen, Obstipation, Schläfrigkeit, Sedation, Atemdepression, Juckreiz, Schwindel usw. (Haessler, et al., 2017). Um diese Beschwerden zu vermeiden oder zu reduzieren, werden häufig zusätzliche Medikamente verabreicht (Antiemetika, Laxantien etc.).

Tapentadol

Tapentadol besteht aus einem Molekül, welches zwei Wirkmechanismen hat. Es ist eine Kombination zwischen einem schwachen μ -Opioid-Rezeptor-Agonist (MOR)

und eines Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmers (NRI), das eine starke analgetische Potenz bei wenig Nebenwirkungspotential bewirkt.

Tapentadol hemmt die Wiederaufnahme von Noradrenalin stärker als die von Serotonin. Medikamente, die die Wiederaufnahme von Serotonin hemmen (bsp. Tramadol), zeigen oft Nebenwirkungen (starke Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und erektile Dysfunktion). Da Tapentadol hauptsächlich die Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin hemmt, sind die Nebenwirkungen weniger stark ausgeprägt und für die Patienten dadurch eher zu tolerieren.

Daneben eignet sich das Medikament aufgrund der Wirkung am MOR-Agonist in der Behandlung nozizeptiver Schmerzen, während die Wirkung aufgrund des NRI hauptsächlich auf die deszendierende Schmerzen wirkt und so vor allem die neuropathische Schmerzen abdeckt. Heassler et al. (2017) zeigte in einer Arbeit zudem, dass die Effektivität von Tapentadol in keinerlei Weise schlechter ist als die von Oxycodon, die Nebenwirkungen aber deutlich geringer sind.

Da auch Tapentadol auf die μ -Opioid-Rezeptoren wirkt, besteht ein gewisses Suchtpotential und die Gefahr eines Gewöhnungseffektes. Dies allerdings in deutlich geringerem Ausmass als bei reinen μ -Opioid-Rezeptor-Agonisten.

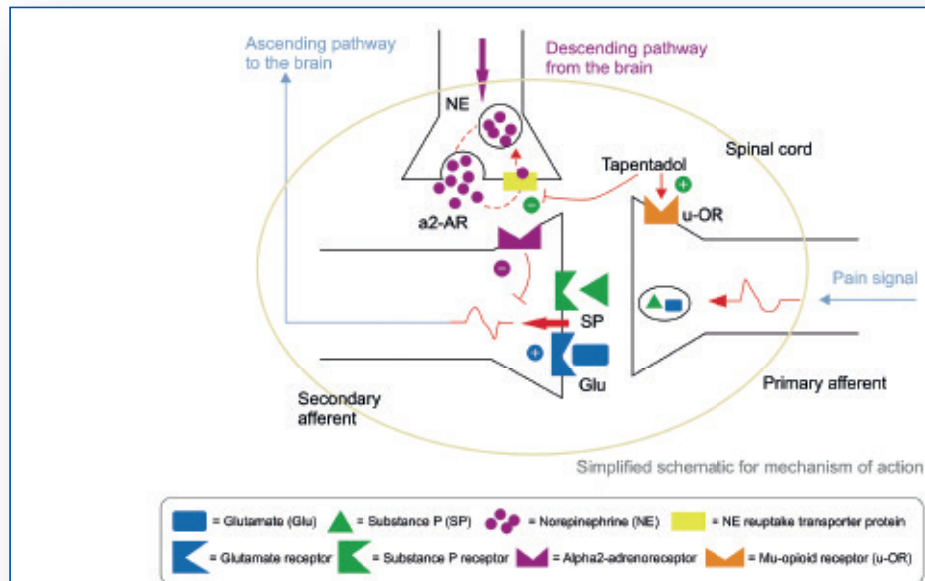


Fig. 1. A dual mode of action mechanism for tapentadol. (Modified from Tzschentke TM, Christoph T, Kögel B, Schiene K, Hennies HH, Englberger W, et al. (-)-(1R,2R)-3-(3-dimethylamino-1-ethyl-2-methyl-propyl)-phenol hydrochloride (tapentadol HCl): a novel mu-opioid receptor agonist/norepinephrine reuptake inhibitor with broad-spectrum analgesic properties. J Pharmacol Exp Ther 2007; 323: 265-76. Pertovaara A. Noradrenergic pain modulation. Prog Neurobiol 2006; 80: 53-83).

Schlusswort

Neben einer erfolgreichen Analgesie hat der Erhalt/die Steigerung der Lebensqualität innerhalb der Schmerztherapie in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Patienten und Angehörige erwarten von einer Schmerztherapie eine Analgesie, verbunden mit geringen Nebenwirkungen und Einschränkungen in ihren Alltag (Panella, Rinonapoli, & Coaccioli, 2019).

Unsere Erfahrung in der postoperativen Schmerztherapie mit Tapentadol sind bisher sehr positiv. Das Präparat ist aber noch relativ «neu» auf dem Markt. Weitere Studien müssen noch durchgeführt werden, um weitere Aussagen treffen zu können. Daneben braucht es die klinische Erfahrung, um das Anwendungswissen zu vertiefen und das Medikament zu implementieren. Lassen Sie uns beginnen und eine interprofessionelle Studie durchführen.

Literatur auf <https://siga-fsia.ch/mitglieder/anaesthesie-journal/archiv.html>

Kontakt:

Ilaria De Lorenzi, Dr. med. Melanie Rehli,
 Freddy Brouwers
 Kantonsspital Graubünden Chur
 ilaria.delorenzi@ksgr.ch
 freddy.brouwers@ksgr.ch



Meet NICCI

Advanced Hemodynamic Monitoring at your fingertips Never miss a beat

NICCI is the latest innovation in Advanced Hemodynamic Monitoring, providing continuous and non-invasive parameters.

- Continuous BP measurement allows the detection of rapid BP changes often unidentified by upper arm cuff measurement¹
- Derived advanced hemodynamic parameters (CI, SVV, PPV, CPI etc.) allow the user to quickly obtain cardiovascular parameters at baseline²
- Enables individualized intraoperative fluid management²



Scan the QR code and
learn more about NICCI



www.getinge.com

GETINGE 

¹18 Nicklas J, Beckmann D, Killat J et al. Continuous noninvasive arterial blood pressure monitoring using the vascular unloading technology during complex gastrointestinal endoscopy: a prospective observational study. J Clin Monit Comput. 2018;33(1):25-30.

²Hua A, Balogun-Lynch J, Williams H, Loganathan V, Dob D, Vizcaychipi M. Assessment of Haemodynamic Response to Induction of General Anaesthesia in Healthy Adult Patients Undergoing Elective Orthopaedic Surgery by Using a Continuous Non-invasive Cardiovascular Monitoring. The Open Anesthesiology Journal. 2017;11(1):75-82