

Anästhesie Journal d'anesthésie d'anestesia



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

01 | 2022

➤ **Fallbericht: Status asthmaticus im geschlossenen Strafvollzug**

- Klinische Seelsorge – einfach da sein
- Klinische Patientenbeurteilung in der Anästhesiepflege

Ihr Leben. Unser Arbeits- modell.



Dipl. Experte/-in Anästhesiepflege

Temporär. Fest. Springer. Pool: Wir finden für Sie jenes Arbeitsmodell, das zu Ihrem Lebensplan passt. Neben beruflichen Herausforderungen bieten wir Ihnen attraktive Sozialleistungen, Vergünstigungen und gezielte Weiterbildungen.

Wann sind Sie zur Stelle?

Impressum

Anästhesie Journal 1, März 2022 |
Journal d'anesthésie 1, mars 2022
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:
<https://siga-fsia.ch/mitglieder/anaesthesie-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, Inserateverwaltung |
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
Davide Casellini
Christine 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 2/22 09. Juni 2022 |
Edition 2/22 09 juin 2022

© 2022 Verlag Anästhesie Journal |
© 2022 Journal d'anesthésie éditions



Titelbild:
Fallbericht: Status asthmaticus



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, liebe Leser und Leserinnen

Ein schwieriger Start in ein neues Jahr liegt bei Erscheinen dieses Anästhesie Journals bereits hinter uns. Während der Feiertage zu Weihnachten und Neujahr sind viele Diskussionen über das Impfen, das Boostern oder die Schutzmassnahmen geführt worden. Sie hinterlassen gemischte Gefühle. Erfreulich hingegen ist die Erinnerung an die gewonnene Abstimmung. Der Rückhalt der Stimmbürger und Stimmbürgerinnen hat gut getan und macht Mut für die Zukunft. Man darf gespannt sein, wie lange die politischen Gremien brauchen, um die Forderungen der Pflegeinitiative umzusetzen. Unsere Präsidentin, Michèle

Giroud, hält Sie mit ihrem Beitrag auf dem Laufenden.

In dieser Ausgabe starten wir mit einer neuen Reihe: Wir lassen unsere *new generation* zu Wort kommen. Kollegen und Kolleginnen, die ihre ersten Berufserfahrungen als diplomierte Experten und Expertinnen Anästhesiepflege NDS HF sammeln, erhalten im Interview Gelegenheit, ihre Sicht zum NDS HF und ihrem neuen Berufsfeld aus einem persönlichen Blickwinkel zu präsentieren.

Etwas weiter über unseren Tellerrand der Anästhesiologie schauen lässt uns Dr. Kerstin Rödiger. Sie berichtet über ihre Arbeit als Seelsorgerin und über das «Da sein» in Krisensituationen. Ein Status asthmaticus unter besonderen Bedingungen wird uns von Samuel Faust, Vorstandsmitglied und A/RS, erläutert. Damit zeigt er uns eine weitere Facette unseres Berufs auf.

Ein Beitrag aus der Berufsbildung kommt von Ines Rossknecht, Studiengangsleiterin des NDS HF Anästhesiepflege an der Z-INA. Sie hat mit Berufsbildnern der Lernorte Praxis ein Projekt zur Praxisentwicklung durchgeführt, berichtet über den ganzen Prozess und lässt uns an den Resultaten teilhaben.

Zum Schluss möchte ich es nicht versäumen, auf unseren Kongress am 23. April in Luzern hinzuweisen. Die Vorarbeiten laufen, wir sind mit Hochdruck daran. Unser grosser Wunsch ist erfüllt worden. Wir dürfen die Teilnehmenden mit hoher Wahrscheinlichkeit vor Ort begrüßen – selbstverständlich mit allen notwendigen Vorsichtsmassnahmen – und entspannt ein vielfältig zusammengestelltes Programm geniessen.

Ich wünsche Ihnen allen Freude am neuen Anästhesie-Journal und schöne Frühlingstage. Bleiben Sie gesund!

Maria Castaño

Inhaltsverzeichnis | Sommaire

News	4
Politik in Bewegung	6
Politique en mouvement	6
Serie: «New Generation» – die jungen Anästhesiepflegenden	8
Série: «New Generation» – les jeunes experts en soins d'anesthésie	9
Agenda	15
Fallbericht: Status asthmaticus im geschlossenen Strafvollzug	16
Présentation de cas: État asthmatique en milieu carcéral fermé	20
Klinische Seelsorge – einfach da sein	24
Diplomarbeit	27
Buchbesprechung	27
L'aumônerie clinique – être simplement là	28
Klinische Patientenbeurteilung in der Anästhesiepflege	32
Évaluation clinique des patients dans les soins d'anesthésie	34
Übergaberapport – und keiner hört zu?	36
Transmissions – et personne n'écoute?	38

Anästhesiekongress 23. April 2022 im KKL Luzern: «Durch dick und dünn»

Der Anästhesiekongress vom 23. April 2022 kann endlich wieder im KKL Luzern durchgeführt werden. Unter Einhaltung der geforderten Schutzmassnahmen werden namhafte Referenten aktuelle Themen aus der Anästhesie erläutern und vertiefen. In der grossen Industrieausstellung werden Ihnen die neusten Produkte präsentiert und die Aussteller freuen sich auf den Austausch mit Ihnen. Das Kongressprogramm finden Sie beigelegt.

Dicke und dünne Überraschungen

Da es nach zwei Jahren unser erstes Wiedersehen in Person sein wird, erwartet Sie ein leicht ausgeweitetes Programm. Beim Apéro rocken wir (mit angemessenem Abstand) zur Live-Band The Path You Left und das Abendprogramm wird in einem grösseren Rahmen im Treibhaus Luzern stattfinden.

Anmeldeportal ist jetzt offen

Die Teilnahmegebühr für Mitglieder beträgt wieder CHF 130.00 wie bisher. Buchen Sie jetzt Ihren Platz und gönnen Sie sich eines der limitierten VIP-Pakete. Seien Sie dabei, wenn die SIGA/FSIA endlich wieder ins KKL einlädt und melden Sie sich gleich an. Wir freuen uns sehr, Sie persönlich in Luzern zu begrüßen. Alle Informationen und die Anmeldung finden Sie auf www.siga-fsia.ch/kongress.

Berufsethos jetzt neu auf Italienisch erhältlich

Eine der Aufgaben der SIGA/FSIA ist die Pflege in der Anästhesie zu definieren, weiterzuentwickeln und die Qualität zu sichern. Das «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» setzt ethische Richtlinien für alle in der Schweiz tätigen dipl. Expertinnen und Experten NDS HF Anästhesiepflege mit oder ohne Schweizer Diplom. Die deutsche und französische Version des Berufsethos der SIGA/FSIA wurde letztes Jahr mit der dritten Ausgabe des Anästhesie Journals an alle Mitglieder verteilt. Nun ist das Berufsethos auch auf Italienisch erhältlich, um dessen Reichweite gesamtschweizerisch auszudehnen und damit die Qualität der Anästhesie-

pflege in der Schweiz zu erhöhen. Die Pocketcards und Poster werden in allen drei Landessprachen am diesjährigen Anästhesiekongress (www.siga-fsia.ch/kongress) ausgestellt und verteilt. Mehr Informationen auf www.siga-fsia.ch/berufsethos.

Willkommen, liebe Funktionäre

Seline Baur ist neu in das SIGA/FSIA management eingetreten. Wir begrüßen dich herzlich und freuen uns auf deine tatkräftige Unterstützung!



Danke und bye bye, liebe Funktionäre!

Wir verabschieden Ilaria de Lorenzi aus der SIGA/FSIA practice. Wir danken ihr für das Engagement für die SIGA/FSIA und wünschen ihr weiterhin alles Gute!

Congrès d'anesthésie 23 avril 2022 au KKL Lucerne: «Contre vents et marées»

Le congrès d'anesthésie du 23 avril 2022 pourra enfin se tenir à nouveau au KKL à Lucerne. En respectant les gestes barrières, des orateurs et des oratrices renommé(e)s vous exposeront des sujets d'actualité sur l'anesthésie. Les exposants industriels seront à votre disposition pour vous renseigner et pour vous présenter leurs nouveaux produits. Vous trouverez le programme du congrès ci-joint.

De nombreuses surprises vous attendent

Il s'agira de nos premières retrouvailles en personne après deux ans et pour cela nous avons préparé un programme spécial à votre attention. Pendant l'apéro, nous allons bouger (en respectant les gestes barrières) sur la musique du groupe de rock «The Path You Left» qui va jouer un concert live. Ensuite la soirée se déroulera au Treibhaus de Lucerne. Réservez dès maintenant votre place et l'un des paquets VIP limités.

Le portail d'enregistrement est maintenant ouvert

Les frais de participation pour les membres s'élèvent à CHF 130.00, comme auparavant. Venez nombreux pour profiter de cette journée «contre vents et marées» avec la SIGA/FSIA au KKL et inscrivez-vous dès maintenant. Nous sommes impatients de vous accueillir à Lucerne. Vous trouverez toutes les informations et le formulaire d'inscription sur www.siga-fsia.ch/congres.

Le code de déontologie est disponible en italien

Un des objectifs de la SIGA/FSIA est de définir et de développer les soins d'anesthésie et d'assurer la qualité de la prise en charge. Le «code de déontologie en soins d'anesthésie en Suisse» définit les directives d'éthique pour tous(tes) les experts(es) en soins d'anesthésie EPD ES qui travaillent en Suisse avec ou sans diplôme suisse. Les versions allemande et française du code de déontologie de la SIGA/FSIA ont été distribuées à tous les membres l'année dernière avec la troisième édition du Journal d'anesthésie.

ANÄSTHESIE

Désormais, le code de déontologie est également disponible en italien afin d'étendre sa portée dans toute la Suisse et d'améliorer ainsi la qualité des soins d'anesthésie en Suisse. Les pocketcards et les affiches seront exposées et distribuées dans les trois langues nationales lors du congrès d'anesthésie (www.siga-fsia.ch/congres) de cette année.

Vous trouverez plus d'informations sur www.siga-fsia.ch/code

Soyez les bienvenus, chers responsables!

Seline Baur a rejoint la SIGA/FSIA management. Nous te souhaitons cordialement la bienvenue et nous nous réjouissons de ton soutien actif!



Merci et au revoir, chers responsables!

Nous prenons congé de Ilaria de Lorenzi de la SIGA/FSIA practice. Nous la remercions pour son engagement pour la SIGA/FSIA et lui adressons nos meilleurs vœux pour l'avenir!

Il Codice etico è disponibile in italiano

Uno degli obiettivi della SIGA/FSIA è quello di definire e sviluppare l'assistenza anestesiológica e di garantire la qualità dell'assistenza. Il «Codice deontologico d'anestesia in Svizzera» definisce le linee guida etiche per tutti gli esperti in anestesia EPD ES che lavorano in Svizzera con o senza diploma svizzero. Le versioni tedesca e francese del Codice etico SIGA/FSIA sono state distribuite a tutti i membri l'anno scorso con la terza edizione del Journal of Anesthesia. Ora il codice etico è disponibile anche in italiano per estendere la sua portata in tutta la Svizzera e migliorare così la qualità delle cure anestesiológicas in Svizzera. Le carte tascabili e i poster saranno esposti e distribuiti in tutte e tre le lingue nazionali al Congresso di Anestesia (www.siga-fsia.ch/congres) di quest'anno. Maggiori informazioni possono essere trovate su www.siga-fsia.ch/code

Maggiori informazioni:
www.siga-fsia.ch/code



Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
Federazione Svizzera Infermiere e Infermieri anestesisti

Codice
deontologico

POLITIK IN BEWEGUNG

Nach der gewonnenen Abstimmung vom 28.11.2021 und dem Sieg der Pflegeinitiative geht unser Kampf gegen den Fachkräftemangel in der Pflege nahtlos weiter.

Im Dezember hat sich die SIGA/FSIA zusammen mit anderen Verbänden an einem offenen Brief an das Parlament beteiligt, um auf die Missstände aufmerksam zu machen und die politisch verantwortlichen Akteure dringend aufzufordern, Massnahmen zur Unterstützung der Gesundheitsfachpersonen umzusetzen.

Wir wissen alle, dass die Sars-CoV-2-Pandemie auch grosse Auswirkungen auf die Anästhesiepflege hatte und immer noch hat. Zurzeit gibt es viele Krankheitsausfälle, auch pandemiebedingt, die innerhalb der Teams kompensiert werden müssen. Zudem wird das Anästhesiepflegepersonal an vielen Orten weiterhin auf den Intensivstationen eingesetzt. Zahlreiche diplomierte Expert*innen Anästhesiepflege sind erschöpft. Einige haben ihr Arbeitsverhältnis gekündigt, weil sie die Arbeitsbedingungen

nicht mehr aushalten. Andere haben leider den Beruf sogar ganz verlassen, um sich neu zu orientieren. Dies führt zu Engpässen in der operativen Versorgung und zur Überlastung der verbleibenden Anästhesiearbeitenden.

Des Weiteren soll die Ausbildungsinitiative, die im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags genehmigt wurde, rasch und pragmatisch umgesetzt werden. Mit den finanziellen Mitteln, die mit dem Gegenvorschlag freigegeben werden, soll die Anzahl an Abschlüssen innerhalb des Pflegeberufes erhöht werden.

Wir müssen uns klar darüber sein, dass Massnahmen, die Abgänge aus dem Beruf verhindern, erst in einem zweiten Schritt umgesetzt werden können. Zu solchen Massnahmen gehören planungssichere Arbeitsmodelle, finanzielle Wertschätzung der Schichtarbeit, genügend Personal auf den jeweiligen Schichten, aber auch ein angemessener und zu bewältigender Arbeitsumfang. Solche Massnahmen sind



POLITIQUE EN MOUVEMENT

Après avoir gagné l'initiative sur les soins infirmiers forts, la lutte contre la pénurie de personnel qualifié s'est poursuivie sans interruption.

En décembre, la SIGA/FSIA a participé, avec d'autres associations, à une lettre ouverte au Parlement afin d'attirer l'attention sur les dysfonctionnements dans le système de santé et inviter les acteurs politiques responsables à mettre en oeuvre des

mesures de soutien aux professionnels de la santé.

Nous savons tous que la pandémie a un impact important sur les soins d'anesthésie. Actuellement, il y a beaucoup d'absences pour cause de maladie, notamment en raison de la pandémie, qui doivent être compensées au sein des équipes. De plus, dans de nombreux hôpitaux, le personnel infirmier en anesthésie continue à être affecté aux unités de soins intensifs. De nombreux experts diplômés en soins d'anesthésie sont épuisés. Certains ont quitté leur emploi parce qu'ils ne supportent plus les conditions de travail. D'autres ont même quitté la profession pour se réorienter. Il en résulte des goulets d'étranglement dans les soins opératoires et une surcharge de travail pour le personnel d'anesthésie restant. En outre, l'offensive de formation approuvée dans le cadre du contre-projet indirect sera mise en oeuvre rapidement

et de manière pragmatique. Les moyens financiers libérés dans le contre-projet vont permettre d'augmenter le nombre de diplômes dans la profession infirmière. Nous devons être conscients que les mesures visant à empêcher les départs de la profession ne peuvent être mises en oeuvre que dans un deuxième temps. Parmi ces mesures, on trouve des modèles de travail fiables en termes de planification, une valorisation financière du travail, des effectifs suffisants, mais aussi une charge de travail appropriée. De telles mesures sont urgentement nécessaires pour que les infirmiers(ières) diplômé(e)s restent dans la profession. L'ASI met tout en oeuvre pour qu'elles soient appliquées le plus rapidement possible.



dringend nötig, damit die diplomierten Pflegefachpersonen im Beruf verbleiben. Der SBK setzt alles daran, die Umsetzung so rasch wie möglich zu erreichen.

Im Dezember hat eine Marktanalyse der Plattform e-log stattgefunden. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, ganz herzlich für die Unterstützung bedanken. Mit dieser Umfrage soll e-log als Weiterbildungsplattform auf ihre Stärken und ihr Potenzial hin analysiert werden und die nicht abgedeckten Bedürfnisse der Benutzenden erfasst werden. Ich freue mich, die wertvollen Umfrageergebnisse nutzen zu können, um die einzigartige Weiterbildungsplattform für unsere Mitglieder noch attraktiver zu gestalten. Die kontinuierliche professionelle Weiterentwicklung (CPD) ist für uns in der Anästhesiepflege ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. CPD ist erforderlich, um die Qualität der Versorgung aufrechtzuerhalten und sollte für uns alle eine Selbstverständlichkeit werden. CPD ist

auch in den «Standards Anästhesiepflege Schweiz» als Verpflichtung beschrieben. Die SIGA/FSIA empfiehlt ihren Mitgliedern, 20 e-log-Punkte pro Jahr mittels verschiedenen Formen der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu sammeln.

Ich hoffe, dass Ihr genügend Zeit und Motivation findet, um Fortbildungen zu besuchen und es Euch damit gelingt, zusammen

mit Euren Partnern die eigene Anästhesiepraxis weiterzuentwickeln. Ich wünsche Euch weiterhin viel Freude am schönsten Beruf der Welt und freue mich, Euch am Anästhesiekongress zu treffen.

Michèle Giroud, Präsidentin



Une analyse de marché de la plate-forme e-log a eu lieu en décembre. Je tiens ici à remercier chaleureusement pour leur soutien, toutes les personnes qui ont participé à l'enquête. Celle-ci enquête a pour but d'analyser les points forts et le potentiel d'e-log en tant que plate-forme de formation continue et de recenser les besoins non satisfaits de l'utilisateur. Je me réjouis d'utiliser ces précieux résultats pour rendre cette plate-forme de formation continue unique en son genre encore plus attrayante pour nos membres. Le développement professionnel continu (CPD)

est un élément important de notre travail dans le domaine des soins d'anesthésie. Il est nécessaire pour maintenir la qualité des soins et devrait devenir un principe qui va de soi pour nous tous. Le CPD est également décrit comme une obligation dans les standards suisses de soins d'anesthésie. La SIGA/FSIA recommande à ses membres d'accumuler 20 points e-log par an en suivant différentes formes de perfectionnement.

J'espère que vous trouverez suffisamment de temps et de motivation pour suivre des formations continues et ainsi dévelop-

per, avec vos partenaires, votre pratique d'anesthésie. Je vous souhaite beaucoup de plaisir à exercer le plus beau métier du monde et me réjouis de vous rencontrer au congrès d'anesthésie.

Michèle Giroud, présidente



SERIE «New Generation» – die jungen Anästhesiepflegenden

In der Serie «New Generation» werden junge Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger interviewt, die erst kürzlich ihr Nachdiplomstudium abgeschlossen haben und nun ihre ersten Erfahrungen als dipl. Experte / Expertin Anästhesiepflege NDS HF sammeln.

Hinweis der Redaktion: Bei den Antworten handelt es sich um die persönliche Meinung der interviewten Person. Sie widerspiegeln weder die Meinung der Redaktion noch die der Schweizerischen Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege (SIGA/FSIA).

Raphael, Du hast das Nachdiplomstudium (NDS) Anästhesiepflege vor kurzem abgeschlossen. Hat das NDS Deinen Erwartungen entsprochen? Was hat Dich überrascht?

Das NDS Anästhesiepflege hat meinen Erwartungen absolut entsprochen, sie wurden gar übertroffen! Es waren zwei intensive, sehr spannende Jahre mit mal guten und mal weniger guten Zeiten. Das Interesse, das NDS zu absolvieren, war schon einige Jahre vorhanden. Dementsprechend war ich vor Beginn des Studiums gut über den Beruf informiert. Was mich aber trotzdem sehr überrascht hat, ist die Vielseitigkeit unseres Berufes mit all seinen Facetten.

Wie hast Du am besten alle notwendigen Kompetenzen während des NDS erwerben können?

Als dipl. Rettungssanitäter HF, ohne vorgängige pflegerische Ausbildung, hatte ich das Glück, mir meine pflegerischen Kompetenzen im Zentralen Aufwachraum (ZAWR) und auf der stationären orthopädischen Abteilung des Inselspitals Bern zu erarbeiten. Dies half mir bei der Zulassung zum NDS. Ich wurde von einem tollen Team angeleitet. Unterstützend war sicherlich auch der strukturierte Aufbau des Studiums nach

Modulen. Der theoretische Inhalt konnte am Lernort in die Praxis transferiert werden. Im Inselspital Bern wechseln die Studierenden in einer Rotation die einzelnen Fachgebiete.

Nebst dem Theorie-Praxis-Transfer konnte ich meine Kompetenzen durch den regen Austausch mit meinen Mitstudierenden, den Dozierenden, meinen Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie der jeweiligen Praktikumsbegleitung erweitern.

Wie hast Du die Unterstützung und Begleitung durch den Bildungsanbieter empfunden?

Die Module wurden zum Grossteil im «distance learning» abgehalten, dies erschwerte das NDS inhaltlich und organisatorisch nicht nur für die Studierenden, sondern stellte auch die Leitung und Dozierenden des BZ Pflege Bern vor grosse Herausforderungen. Die Unterstützung und Begleitung unter diesen erschwerten Bedingungen waren vorbildlich! Mit den vereinzelt praktischen Unterrichtstagen kamen auch die soziale Interaktion und das Zusammensein nicht all zu kurz.

Wenn Du zurückschaust, welches waren Deine Highlights während der Weiterbildung?

Rückblickend gab es ziemlich viele Highlights. Da wären zum Beispiel die einzelnen praktischen Ausbildungstage. Ich denke auch, dass wir trotz «distance learning» eine ziemlich gute Truppe waren. Mein allergrösstes persönliches Highlight war sicherlich die Entgegennahme des

Diploms! An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich nochmals bei Reto Thomann, Fachbereichsleiter Anästhesie-/Intensivpflege und Caterina Guttersohn, Berufsbildungsverantwortliche Inselspital Bern, für das entgegengebrachte Vertrauen bedanken.

Welche Anregungen zur Verbesserung der Weiterbildung würdest Du geben?

Es ist natürlich immer schwierig, Anregungen zur Verbesserung zu geben, weil diese praktisch ausschliesslich subjektiver Natur sind. Grundsätzlich ist das NDS auf dem Rahmenlehrplan der OdASanté aufgebaut und lässt keinen grossen Spielraum zu. Persönlich würde ich mir jedoch mehr praktische Ausbildungstage mit Simulationsübungen wünschen, damit ein gewisser Handlungsautomatismus entsteht.

Welche positiven Erfahrungen hast Du seit deinem Ausbildungsabschluss gemacht? Gab es auch negative Erfahrungen?

Ich kann nach dem Ausbildungsabschluss sehr selbstständig arbeiten und habe mich bei meinem jetzigen Arbeitgeber rasch eingearbeitet. Ich hatte auch bereits den einen oder anderen Notfall, welchen ich weitestgehend autark abhandeln konnte. Das bestätigt mir, dass das NDS Anästhesiepflege eine sehr fundierte Ausbildung ist und mein berufliches Profil in Kombination mit meinem Wissen als dipl. Rettungssanitäter HF optimal abrundet. Negative Erfahrungen kommen mir nicht in den Sinn.

Wie stellst Du dir im Idealfall Deine berufliche Zukunft nun vor?

Ich möchte in den nächsten Monaten und Jahren so viele Erfahrungen wie möglich sammeln, meine Kenntnisse festigen, meine Kompetenzen erweitern und die

Zeit einfach geniessen. Das private sowie berufliche Leben steht jedoch nie still und (Weiter-)Bildung ist in der heutigen Zeit unverzichtbar.

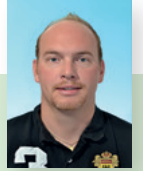
Welche Weiterentwicklungen würdest Du Dir im Arbeitsalltag und im Berufsfeld in den nächsten Jahren wünschen?

Als ehemaliger dipl. Rettungssanitäter HF ohne pflegerische Vorbildung wurde ich noch nach dem «alten» Rahmenlehrplan für das NDS zugelassen. Per Januar 2019 hat die OdASanté den Rahmenlehrplan angepasst. Diese Anpassung hat sich be-

züglich zukünftiger Zulassungen für dipl. Rettungssanitäter HF negativ ausgewirkt, was aus meiner Sicht für die Entwicklung dieses Berufsbildes ein erheblicher Rückschritt bedeutet.

Ich befürworte den Nachweis eines zwölfmonatigen «Praktikums» in einem Akutpflegebereich für Rettungssanitäter ohne Pflegeausbildung. Aber mit den per 01.01.2019 durch die OdASanté neu angelegten Zulassungsbedingungen bin ich mir sicher, dass es vielen interessierten Rettungssanitätern unmöglich sein wird, das NDS zu absolvieren.

Ich würde mir für unser Berufsfeld wünschen, dass der Rahmenlehrplan dementsprechend wieder an die vorherige Ausgangslage angepasst wird.



Kontakt:

Raphael Käser

Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF

Kontakt über:

info@siga-fsia.ch

SÉRIE «New Generation» – les jeunes experts en soins d'anesthésie

Dans la série «New Generation», des interviews sont réalisées avec de jeunes professionnel(le)s qui viennent de terminer leurs études et qui font leurs premières expériences en tant qu'expert(e) diplômé(e) en soins d'anesthésie EPD ES.

Remarque de la rédaction: les réponses expriment l'opinion personnelle de la personne interviewée, elles ne reflètent ni l'opinion de la rédaction ni celle de la Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes (SIGA/FSIA).

Raphael, tu as récemment terminé tes études post diplôme (EPD) en soins d'anesthésie. Les EPD ont-elles répondu à tes attentes? Qu'est-ce qui t'a surpris?

Les EPD en soins d'anesthésie ont abso- lument répondu à mes attentes, elles ont même été dépassées! Ce furent deux années intenses et très passionnantes, avec parfois de bons moments, parfois de moins bons. L'intérêt pour les EPD était déjà présent depuis quelques années. En conséquence, j'étais bien informé sur le métier avant de commencer les études. Mais ce qui m'a quand même beaucoup surpris, c'est la polyvalence de notre profession avec toutes ses facettes.

Comment as-tu pu acquérir au mieux toutes les compétences nécessaires pendant les EPD?

En tant qu'ambulancier diplômé ES, sans formation infirmière préalable, j'ai eu la chance d'acquérir mes compétences en soins infirmiers dans la salle de réveil centrale et dans le service d'orthopédie stationnaire de l'hôpital de l'Île à Berne. Cela m'a aidé à obtenir mon admission aux EPD. J'ai été encadré par une équipe formidable.

L'organisation structurée des études par modules a certainement aussi été un soutien. Le contenu théorique a pu être transféré dans la pratique sur le lieu d'apprentissage. À l'Hôpital de l'Île de Berne, les étudiants passent d'une spécialité à l'autre par rotation.

En plus du transfert théorie-pratique, j'ai pu élargir mes compétences grâce aux nombreux échanges avec mes camarades

d'études, les professeurs, mes collègues de travail et les praticiens formateurs des stages respectifs.

Comment as-tu ressenti le soutien et l'accompagnement du prestataire de formation?

Les modules ont été dispensés en grande partie en «distant learning», ce qui a rendu les EPD plus difficiles du point de vue du contenu et de l'organisation, non seulement pour les étudiants, mais aussi pour la direction et les enseignants du «BZ Pflege Bern», qui ont dû relever de grands défis. Le soutien et l'accompagnement dans ces conditions difficiles ont été exemplaires! Les quelques jours d'enseignement pratique ont permis l'interaction sociale et la convivialité.

Si tu regardes en arrière, quels ont été tes moments forts pendant la formation?

Rétrospectivement, les points forts ont été assez nombreux. Il y a par exemple les différentes journées de formation pratique. Je pense aussi que nous étions une assez bonne équipe malgré l'apprentissage à distance. Mon plus grand moment personnel a certainement été la récep-

tion de mon diplôme! J'aimerais profiter de l'occasion pour remercier encore une fois Reto Thomann, chef du département des soins d'anesthésie/intensifs, et Caterina Guttersohn, responsable de la formation professionnelle à l'Hôpital de l'Île à Berne, pour la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Quelles suggestions pour améliorer la formation continue donnerais-tu?

Il est bien sûr toujours difficile de donner des suggestions d'amélioration, car elles sont presque exclusivement de nature subjective. En principe, les EPD sont construites sur le plan d'études cadre de l'OdASanté et ne laisse pas une grande marge de manœuvre. Personnellement, je souhaiterais toutefois davantage de journées de formation pratique avec des exercices de simulation, afin de créer un certain automatisme d'action.

Quelles sont les expériences positives que tu as faites depuis la fin de ta formation? Y a-t-il aussi eu des expériences négatives?

Après avoir terminé ma formation, je peux travailler de manière très autonome et je me suis rapidement familiarisé avec mon employeur actuel. J'ai déjà eu l'une ou l'autre urgence que j'ai pu traiter en grande partie

de manière autonome. Cela me confirme que les EPD soins d'anesthésie est une formation très solide et qu'elle complète de manière optimale mon profil professionnel en combinaison avec mes connaissances d'ambulancier diplômé ES. Aucune expérience négative ne me vient à l'esprit.

Dans l'idéal, comment envisages-tu ton avenir professionnel?

Au cours des prochains mois et des prochaines années, j'aimerais acquérir le plus d'expérience possible, consolider mes connaissances, élargir mes compétences et tout simplement profiter du temps. Mais la vie privée et professionnelle ne s'arrête jamais et la formation (continue) est indispensable à notre époque.

Quelles évolutions souhaiterais-tu voir dans ton travail quotidien et dans ton domaine professionnel au cours des prochaines années?

En tant qu'ancien ambulancier diplômé ES sans formation préalable en soins infirmiers, j'ai encore été admis selon l'«ancien» plan d'études cadre pour les EPD. En janvier 2019, l'OdASanté a adapté le plan d'études cadre. Cette adaptation a eu un impact négatif sur les futures admissions d'ambulanciers diplômés ES, ce

qui représente à mon avis un recul considérable pour le développement de cette profession.

Je suis favorable à l'attestation d'un «stage» de douze mois dans un service de soins aigus pour les ambulanciers sans formation en soins. Mais avec les nouvelles conditions d'admission mises en place par l'OdASanté au 01.01.2019, je suis certain qu'il sera impossible à de nombreux ambulanciers intéressés de faire les EPD.

Je souhaiterais, pour notre domaine professionnel, que le plan d'études cadre soit à nouveau adapté en conséquence à la situation de départ antérieure.

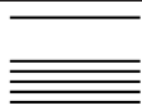


Contact:

Raphael Käser
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES

Contact via:

info@siga-fsia.ch



Kanton Zug

Ihre neue Herausforderung per sofort oder nach Vereinbarung als

Dipl. Experte/Expertin Anästhesiepflege NDS HF mit Ausbildung als Dipl. Rettungssanitäter/-in HF (80 – 100 %)

Für diese verantwortungsvolle Aufgabe bringen Sie die Ausbildungen Rettungssanität und Anästhesie sowie Erfahrung in beiden Bereichen mit. Sie sind daran interessiert, Ihre medizinischen Fähigkeiten eigenverantwortlich einzusetzen und in einem motivierten Team eine hohe Leistung zu erbringen.

Nähere Informationen finden Sie unter www.zug.ch/stellen.



6 Credits
SSAPM



CONTRE VENTS ET MARÉES

GROSS & KLEIN, KNOCHEN & WEICHTEILE, THROMBUS & BLUTUNG,
KÖRPER & GEIST, OPIAT & OIATFREI, ZEIT & GELD, MACHT &
OHNMACHT, BLUT & KRISTALLOID, DICK- & DÜNNDARM, BARRIATRIE &
ANOREXIE, KINDER & ERWACHSENE, AORTA & KAPILLARE, 24G & 14G,
ANÄSTHESE & CHIRURGIE, ASA I & ASA 6, HAND & FUSS,
VOLLNARKOSE & LA-MAC, HAUPTBRONCHUS & ALVEOLE, HANDARBEIT
& TECHNIK, OSMOSE & DIFFUSION, GAS & PROPOFOL, NOTFALL &
PROGRAMM, LAMA UND ITN, SCHNELL & LANGSAM, TAG & NACHT, MIT
DEM STROM & JAGEGEGEN, KONGRESS & WEBINAR, HÖREN & FÜHLEN,
LERNEN & UMSETZEN, BLAßBLAß & PSSSSSSST, DENKEN & HANDELN,
MUT & RESPEKT, THEORIE & PRAXIS, LEBEN & TOD, O₂ & CO₂,
GEMEINSAM DURCH DICK & DÜNN IN DER ANÄSTHESIEWELT!

**Traduction
française simultanée**

Zeit heure	Thema Thème	Referenten Conférenciers
08.00 – 09.15	Türöffnung, Besuch Industrieausstellung Ouverture des portes, visite de l'exposition industrielle	
09.15 – 09.40	Begrüssung Accueil	Frau Michèle Giroud Präsidentin SIGA/FSIA Herr Michael John, Moderator
09.40 – 10.05	Transgender Transgenre	Frau Stefania Simone Pflegeexpertin APN Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie UniversitätsSpital Zürich Frau Dr. med. Minako Wittlin Oberärztin Institut für Anästhesiologie UniversitätsSpital Zürich
10.05 – 10.30	Aneurysma Anévrisme	Herr Prof. Dr. Dr. med. Gabor Erdős Leitender Arzt Bereichsleiter Herz-Gefäss-Anästhesie, Notfallanästhesie und Weisse Zone Inselspital, Universitätsspital Bern
10.30 – 10.55	Wenn es nur diesen einen Moment für ein Familienfoto gibt S'il n'y a qu'un seul moment pour une photo de famille	Frau Kerstin Birkeland Präsidentin und Gründerin Herzensbilder
10.55 – 11.25	Kaffeepause, Besuch Industrieausstellung Pause-café, visite de l'exposition industrielle	
11.25 – 11.50	Frailty – biologische Grenzen in der Intensivmedizin Frailty – les limites biologiques des soins intensifs	Frau KD Dr. med. Patricia Fodor Stv. Chefärztin Intensivstation Stadtspital Triemli
11.50 – 12.15	Team oder Crew L'esprit d'équipe	Herr Dr. med. Guido Schüpfer CMO LUKS Gruppe Co-Chefarzt Anästhesie Luzerner Kantonsspital
12.15 – 12.40	Anästhesie und perioperative Herausforderungen in der bariatrischen Chirurgie L'anesthésie et les défis de la chirurgie bariatrique	Herr Prof. Dr. med. Andreas Vogt Leitender Arzt Inselspital, Universitätsspital Bern
12.40 – 14.10	Mittagspause, Besuch Industrieausstellung Pause de midi, visite de l'exposition industrielle	
12.45 – 13.10	Guided Poster Tour Bühne Konzertsaal / scène principale	SIGA/FSIA practice
14.10 – 14.25	short news	Frau Michèle Giroud Präsidentin SIGA/FSIA
14.25 – 14.50	Von Fall zu Fall (interaktiv) D'un cas à l'autre (interactif)	Herr Markus Gautschi Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF Studiengangsleitung Anästhesiepflege afsain Aarau
14.50 – 15.15	Die Reanimation Neugeborener für Nicht-Neonatologen: Dünnes Update für dicke Nerven La réanimation des nouveaux-nés pour les non-néatologues: Une petite mise-à-jour pour des nerfs solides	Frau Dr. med. Eva-Maria Jordi Stv. Chefärztin Anästhesie Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
15.15 – 15.40	Fetalchirurgie Chirurgie foetale	Herr Prof. Dr. med. Martin Meuli Ordinarius emeritus für Kinderchirurgie Universität Zürich Ehem. Direktor Chirurgische Klinik Universitätskinderspital Zürich
15.40 – 16.05	Rechtsfälle in der Anästhesie Affaires juridiques en anesthésie	Frau Andrea Beerli MedLaw UZH Juristin Rechtsdienst Universitätsspital Basel Herr Prof. Dr. med. Thierry Girard Chefarzt OP-West Anästhesiologie Universitätsspital Basel
16.05 – 16.20	Verabschiedung, Ende der Tagung Clôture, fin du congrès	Frau Michèle Giroud Präsidentin SIGA/FSIA
16.30	Apéro mit Konzert Apéro avec concert	Band: The Path You Left
Ab 18.00	Abendprogramm (Rahmenprogramm) Programme de la soirée (programme-cadre)	

Kongressinformationen | Informations sur le congrès

Kongressort / Lieu de congrès	KKL Luzern / Centre de culture et de congrès Lucerne		
Information	SIGA/FSIA, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee Tel. 041 926 07 65, E-Mail info@siga-fsia.ch		
Organisation	SIGA / FSIA event		
Kongressgebühr / Tarif	Mitglieder SIGA/FSIA	CHF	130.–
	Membres SIGA/FSIA		
	Mitglieder der Partnerverbände (siehe Anmeldeformular)	CHF	130.–
	Membres des associations partenaires (voir le formulaire d'inscription)		
	Nichtmitglieder	CHF	250.–
	Non-membres		
	Tageskasse Mitglieder	CHF	160.–
	Caisse du jour pour membres		
	Tageskasse Nichtmitglieder	CHF	280.–
	Caisse du jour pour non-membres		
e-log SIGA / FSIA	Abendprogramm (Rahmenprogramm)	CHF	65.–
	Programme de la soirée (programme-cadre)		
	VIP-Paket	CHF	30.–
	Paquet VIP		
Credits SSAPM	5		
Anmeldung / Inscription	www.siga-fsia.ch/kongress / www.siga-fsia.ch/congres		
Anmeldeschluss / Délai d'inscription	10. April 2022 / 10 avril 2022		
	Die Anmeldung ist verbindlich. Die zum Zeitpunkt der Durchführung geltenden Vorgaben gemäss BAG werden mit der Anmeldung akzeptiert. Bei einer Annullierung kann die Teilnahmegebühr nur gegen Vorweisen eines Arztzeugnisses zurückerstattet werden.		
	L'inscription est définitive. Par votre inscription, vous acceptez les directives de l'OFSP en vigueur au moment de l'organisation. Lors d'une annulation, les frais de participation ne pourront être remboursés que sur présentation d'un certificat médical.		
Anreise / Arrivée	Siehe www.siga-fsia.ch/kongress / Voir www.siga-fsia.ch/congres		

VIP-Paket | Paquet VIP

Gönnen Sie sich zum Kongressbesuch ein VIP-Paket. Das VIP-Paket können Sie zusätzlich zur Teilnahmegebühr buchen. Die Anzahl ist limitiert und die Verteilung erfolgt nach Zeitpunkt des Buchungseingangs.

Rendez votre visite au congrès plus agréable avec un paquet VIP. Vous pouvez réserver le paquet VIP en plus des frais de participation. Le nombre est limité et la distribution se fait au moment de la réception de la réservation.

Abendprogramm (Rahmenprogramm) | Programme de la soirée (programme-cadre)

Für das Abendprogramm laden wir Sie dieses Jahr ins Treibhaus Luzern zum gemütlichen Beisammensein und einem inkludierten drei Gänge Buffet Dinner ein. Wir freuen uns, gemeinsam mit Ihnen anzustossen und den Abend ausklingen zu lassen. **Das Platzangebot ist begrenzt und wird nach Anmeldungseingang vergeben. Separate Anmeldung auf dem Anmeldetalon, Kosten CHF 65.– pro Person.** Lassen Sie sich diese Gelegenheit nicht entgehen!

Pour le programme de la soirée, nous vous invitons cette année au Treibhaus de Lucerne pour partager un moment de convivialité incluant un repas à 3 plats. Nous nous réjouissons de trinquer avec vous et de profiter de cette soirée. **Le nombre des places est limité, les places sont attribuées dans l'ordre d'inscription. Inscription individuelle via le bulletin d'inscription, frais CHF 65.– par personne.** Ne laissez pas passer cette opportunité!



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

Anmeldeformular / Bulletin d'inscription



Anmeldeschluss 10. April 2022: Danach kommen Sie bitte an die Tageskasse.

Délai d'inscription 10 avril 2022: Après cette date, veuillez vous rendre à la caisse du jour.

Bitte kontaktieren Sie uns bei Fragen oder Problemen. / En cas de questions ou de problèmes, veuillez nous contacter.

SIGA / FSIA | Geschäftsstelle, Bahnhofstrasse 7b | 6210 Sursee | Tel. +41 (0) 41 926 07 65 | info@siga-fsia.ch | www.siga-fsia.ch

Ganz herzlichen Dank unseren big needle Sponsoren:

Nous adressons nos chaleureux remerciements à nos sponsors «big needle»:



Ganz herzlichen Dank unseren small needle Sponsoren:

Nous adressons nos chaleureux remerciements à nos sponsors «small needle»:



Vorschau | Aperçu

Reservieren Sie sich heute schon den Termin des Anästhesiekongresses SIGA/FSIA vom 22. April 2023 im KKL Luzern.

Réservez dès maintenant la date du congrès d'anesthésie SIGA / FSIA du 22 avril 2023 au Centre de culture et de congrès Lucerne dans votre agenda.



Verbandsnews

immer aktuell auf unserer

www.siga-fsia.ch

Website

Agenda SIGA / FSIA

Datum date	Veranstaltung Manifestation	Ort Lieu
23. April 2022	Anästhesiekongress SIGA/FSIA	KKL Luzern
23 avril 2022	Congrès d'anesthésie SIGA/FSIA	Centre de la culture et des congrès Lucerne
2 – 5 mai 2022	WCNA 2022	Croatia
1. octobre 2022	9 ^{ème} Symposium du GIAL	Sion
3. – 5. November 2022	SwissAnaesthesia 2022 - Joint annual congress SSAPM & SIGA/FSIA	Interlaken
12. November 2022	Herbstsymposium Basel 2022	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

MK-MED
MEDIZINTECHNIK AG

Fallbericht: Status asthmaticus im geschlossenen Strafvollzug

Samuel Faust

Als Experte in Anästhesiepflege mit einer Zusatzausbildung zum Rettungssanitäter beschreibe ich in diesem Artikel einen Notfall, bei dem ich die Einsatzleitung übernahm. Ein 20-jähriger Mann erleidet einen Asthma-Anfall mit akuter Dyspnoe, wobei ein massiver Atemwegswiderstand die Patientenversorgung erschwert. Das Besondere am Rettungseinsatz: Der Patient befindet sich im Gefängnis.

Im Kanton Aargau ist das Rettungswesen so organisiert, dass bei einer Alarmierung bzw. Meldung gemäss Indikationen dipl. Experten Anästhesiepflege NDS HF mit einer Ausbildung als dipl. Rettungssanitäter HF (als A/RS bezeichnet) zusätzlich aufgeboden werden können, um die in Not geratene Personen mit den erweiterten medizinischen Kompetenzen der Notfallmedizin zu versorgen. Da im Kanton Aargau kein Notarzt-System für die Patientenversorgung implementiert ist, kann ein Notarzt bei Bedarf via Luftrettung zum Einsatzort hinzugezogen werden. Daneben besteht die Möglichkeit, einen Hintergrund-Dienstarzt konsiliarisch beizuziehen, welcher einen telefonischen Support leisten kann.

Das Prozedere hinsichtlich des Ausrückens zu einem Notfallpatienten ist kantonal durch die Notarzt-Indikationsliste geregelt (2). A/RS tragen dabei zu einer sicheren Patientenversorgung bei. Ihnen obliegt es, vital gefährdete Patienten in medizinisch-kritischem Zustand zeitnah zu versorgen und an geeignete Fachkräfte in der richtigen Zielklinik zu überweisen. A/RS üben ihre Aufgaben komplementär aus: einerseits als dipl. Rettungssanitäter HF und andererseits als dipl. Experten Anästhesiepflege NDS HF mit erweiterten Kompetenzen im Bereich Atemwegs- und

Kreislaufmanagement. Sie bilden damit eine wichtige Ressource für eine sichere Patientenversorgung.

Die Kompetenzen eines A/RS in der (prähospitalen) Patientenversorgung sind:

- Erweitertes Atemwegs-Management und Anästhesieeinleitung in der prä- und inhospitalen Umgebung
- Management des schwierigen Atemwegs, Schock- und Flüssigkeitsmanagement sowie Umgang mit Katecholaminen
- Management von hämodynamisch relevanten Herzrhythmusstörungen
- Verabreichung von Anästhetika und Analgetika in komplexen Patientensituationen
- Transfer von kritisch kranken Patienten in ein Zentrumsspital

Darstellung eines konkreten Einsatzes

Zur Veranschaulichung der Arbeit eines A/RS möchte ich folgenden Fall beschreiben: Die Einsatzmeldung erfolgte abends um 21:56 Uhr. Für den Einsatz wurde ein Team aufgeboden, das sich aus einem dipl. Rettungssanitäter HF mit Zusatzausbildung in Notfallpflege NDS HF sowie mir als dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF mit Zusatzausbildung als Rettungssanitäter zusammensetzte. Ich übernahm in diesem Fall die Einsatzleitung, auch wenn aufgrund der Einsatzmeldung

für eine anästhesiologische Intervention keine Indikation bestand.

Wir werden zu einem männlichen Patienten mit akuter Dyspnoe aufgeboden. Der 20-jährige Patient befindet sich in einem geschlossenen Strafvollzug. Wir erhalten bis zum Eintreffen am Einsatzort keine weiteren Informationen. Die Fahrt von unserer Aussenwache aus mit Sondersignal dauert einige Minuten. Weitere zwei Minuten dauert das Einschleusen in das Gefängnis durch die grossen Tore.

Nach dem Passieren der Tore werden wir direkt zur Zelle des Patienten begleitet. Es sind keine Gefahren für uns erkennbar. Zudem sind genügend Justizvollzugsbeamte auf den Gängen, so dass wir ohne weitere Absicherung zum Patienten gelangen können. Die Polizei wird zusätzlich – wie bei Einsätzen im Gefängnis üblich – mitaufgeboden. Sie trifft jedoch erst nach uns ein. Der Patient befindet sich in seiner Zelle. Die Räumlichkeiten sind eng, es ist jedoch genügend Platz vorhanden, um sicher arbeiten zu können.

Anamnese, klinische Befunde und medizinische Massnahmen

Der Patient liegt in Seitenlage am Boden in seiner Zelle. Er wird von zwei Mitarbeitenden der Gefängnisjustiz betreut, die ihm Sauerstoff verabreichen. Bereits beim Betreten der Zelle erfasse ich die vital bedrohliche Situation. Der Patient hat eine Zyanose und Schnappatmung. Die Justizvollzugsbeamten geben an, dass er bis vor kurzem noch gesprochen habe, konnten aber keine Ursachen für die zunehmend kritische gesundheitliche Situation erkennen. Bei unserem ersten standardisierten Check stellen wir aufgrund der sich uns präsentierenden Symptomatik eine insuffiziente Atmung (Schnappatmung) und einen Kreislaufstillstand fest. Unter anderem liegt eine tiefe Bewusstlosigkeit vor, bei welcher auf einen starken Schmerzreiz keine Reaktion auslösbar ist. Es sind z. B. auch keine Carotispulse tastbar. Wir beginnen sofort mit der Herzdruckmassage und bringen die Defi-Elektroden an.

Mein **ABC** gemäss Smedrix-Algorithmus 1.1 (3) startet also bereits mit C. Während der Reanimation erhebe ich weitere klinische Befunde:

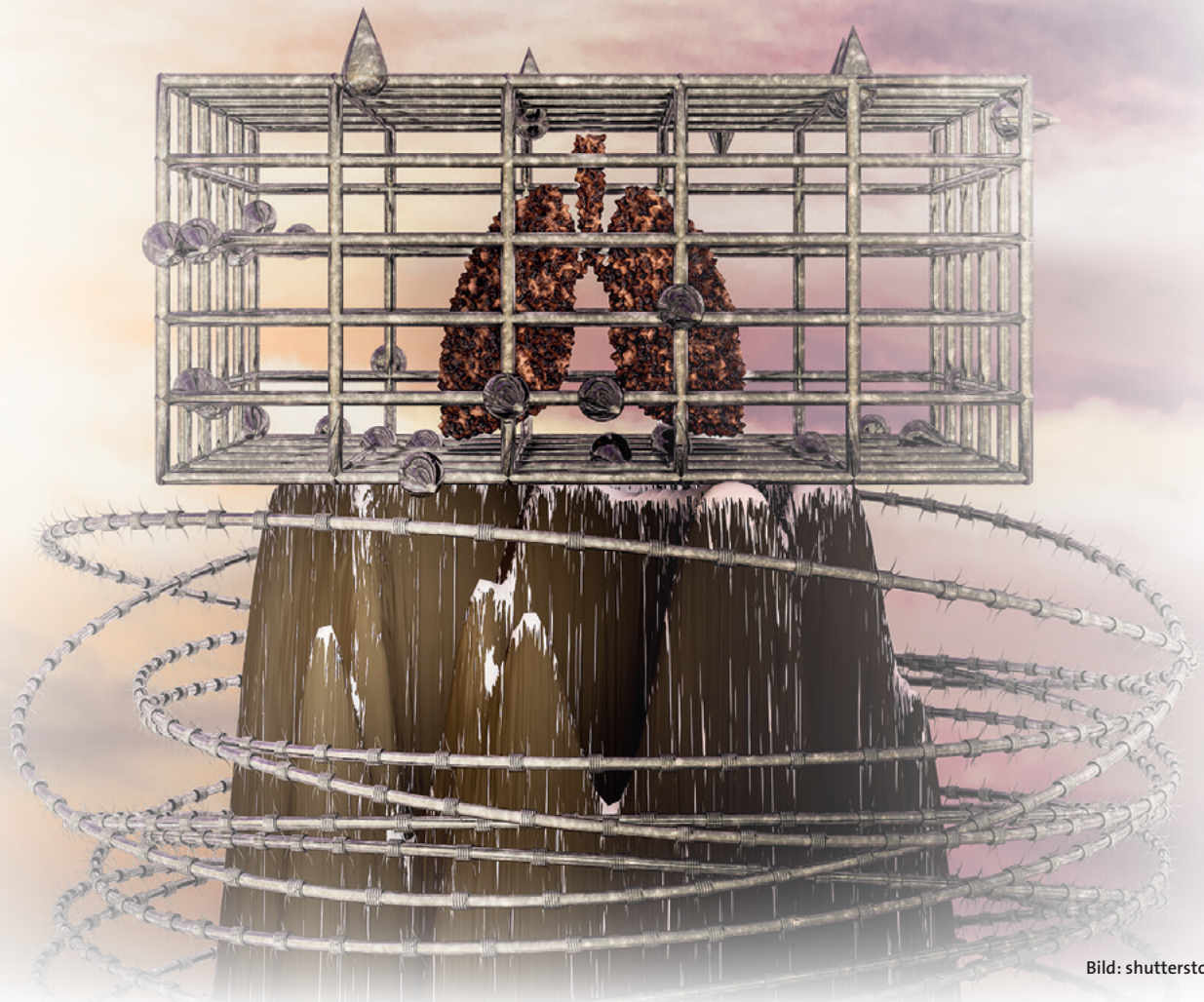


Bild: shutterstock

A Airway: frei, kein Zungenbiss oder Sputum, keine vergrößerte Zunge

B Breathing & Ventilation: Zyanose, Schnappatmung. Maskenbeatmung mit Sauerstoff (O_2) ist uns nur über ein Demandventil (ermöglicht die Verabreichung von O_2 auf Anforderung des Patienten, womit dem Patienten 100% O_2 verabreicht werden kann) mit extremem Atemwegswiderstand möglich. Es besteht der Verdacht auf Insufflation in den Magen bei einem so hohen Beatmungsdruck. Ein Optimierungsversuch mit Guedel-Tubus bringt eine leichte Verbesserung. Der Widerstand ist jedoch nach wie vor gross. Ein Expirium ist bei der Beatmung nahezu nicht feststellbar. Auskultatorisch ist eine «Silent Chest» und massives «Air Trapping» mit massiv verlängertem Expirium zu erkennen. Zu Beginn der Überwachung messen wir eine initiale Sauerstoffsättigung (SpO_2) von 83 %, welche sich unter den von uns durchgeführten Massnahmen auf SpO_2 von 88 % verbessert.

C Circulation & Hemorrhage Control: Initial haben wir eine Pulslose elektrische

Aktivität (PEA) und bereits nach fünf Minuten kardiopulmonaler Reanimation (CPR) erfolgte dann ROSC (return of spontaneous circulation).

Des Weiteren kann ich keine Blutungszeichen oder Traumata erkennen. Daneben ist der Patient an allen Extremitäten warm.

Zurück zu B, da dieses Problem weiterhin besteht: ein massiver Atemwegswiderstand und «Air Trapping». Ich treffe den Entscheid zur Intubation. Auf Nachfragen bei den Justizvollzugsbeamten erfahre ich anamnestisch, dass der Patient Asthmatiker sei und bei Bedarf einen Ventolinspray benutze. Somit wähle ich zur Einleitung das Ketamin. Dies, da die S1-Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen mit respiratorischer Insuffizienz entweder die Kombination Midazolam, Esketamin und Rocuronium oder die Kombination Propofol, Fentanyl und Rocuronium empfiehlt. In beiden Fällen wird die Narkose mit repetitiven Midazolam- und Fentanyl- bzw. Esketaminabgaben aufrechterhalten (4). Da das

Ketamin eine bronchodilatatorische Wirkung hat und als Einleitungsmedikament bei obstruktiven Atemwegserkrankungen beschrieben wird, entschiede ich mich für die Kombination aus Ketamin, Fentanyl und Midazolam (5).

Während wir die Intubation vorbereiten, verabreichen wir dem Patienten 3 mg Adrenalin über eine Inhalationsmaske mit 10 Liter O_2 /min, um eine weitere Bronchodilatation zu erreichen. Auch wenn wir keine grosse Wirkung erwarten, nutzen wir alle Möglichkeiten zur Verbesserung der Atemwegssituation und damit der Gesamtsituation des Patienten.

Was das diagnostische Vorgehen als auch die Behandlungsmassnahmen betrifft, folgen wir im Grundsatz den Smedrix-Algorithmen. Unser Fachwissen und die trainierten Handlungskompetenzen, auch aus der Routinearbeit in der Klinik, sind uns ebenfalls hilfreich in Notfallsituationen.

Mein Teampartner richtet die Medikamente für die Intubation. Ich wähle Ketamin aufgrund der beschriebenen Vorteile von diesem Medikament zur Einleitung. Zur weiteren Therapie meiner Verdachts-

diagnose Status asthmaticus ziehe ich ein «Kölbli» Adrenalin auf. Das bedeutet 1 mg Adrenalin in 100 ml NaCl 0.9%, wodurch ich 10 µg pro Milliliter Adrenalin erhalte. Parallel versuche ich das SAMPLER (Kurzanamnese) zu starten, um weitere Informationen zu erhalten. Dabei bekomme ich folgende fremdanamnestische Informationen der Justizvollzugsbeamten: Der Patient habe gerufen und gesagt, dass er schlecht atmen könne. Die Dyspnoe sei plötzlich aufgetreten. Die Justizvollzugsbeamten haben daraufhin den Patienten begleitet und den Rettungsdienst aufgebeten. Als er dann zunehmend träge und somnolent wurde, legten sie ihn auf den Boden. Der Patient bekam immer schlechter Luft, daher gaben sie ihm Sauerstoff.

Allergien sind den Justizvollzugsbeamten keine bekannt.

Medikamente: Er nehme Seretide 250 mg und nutze regelmässig den Ventolinspray.

Vorerkrankungen sind, abgesehen von Asthma bronchiale unklarer Ätiologie keine bekannt. Er hätte jedoch schon einmal einen schlimmen Asthmaanfall gehabt.

Die letzte Mahlzeit sei regulär das Abendessen gewesen, das er in seiner Zelle eingenommen habe. Das Essen war im Hinblick auf Allergene nichts Aussergewöhnliches, abgesehen davon gehen wir in der Notfallsituationen regulär von einem nicht nüchternen Patienten aus.

Die Risikofaktoren bei Asthma bronchiale, die einen Asthmaanfall auslösen können, sind multifaktoriell. Anamnestisch können mir die Justizvollzugsbeamten keine konkreten Angaben wie beispielsweise einen Nikotinabusus bestätigen. So bleibt die Vermutung auf eine allergische Exposition als Auslöser des vorliegenden Status asthmaticus.

Einen intravenösen Zugang konnte etabliert werden und eine Ringer-Laktatlösung wurde infundiert. Bereits jetzt verabreichen wir repetitiv 10-µg-weise Adrenalin intravenös für eine Bronchodilatation und zur Stützung der Kreislagsituation nach ROSC. Die Herz-Kreislagsituation ist allerdings stabil bis knapp hyperten.

Die Präoxygenierung bei dichtsitzender Maske wird für 2–3 Minuten durchgeführt im Wissen, dass der Gasaustausch während der Präoxygenierung unter den

aktuellen Umständen nicht optimal funktionieren kann. Die Präoxygenierung hat das Ziel, dass der Patient eine längere Apnoe-Phase tolerieren kann. Da durch die mangelhafte Expiration jedoch ein «Air Trapping» besteht, ist der Gasaustausch nicht optimal. Trotzdem befinden wir es als richtig, die Präoxygenierung durchzuführen, da der Zeitaufwand den möglichen Nutzen rechtfertigt und eine Optimierung der Intubationsbedingungen darstellt. Auch unter Präoxygenierung können wir keinen höheren SpO₂-Wert als 88 % erreichen.

Die Einleitungsmedikamente werden in folgender Reihenfolge rasch verabreicht bei einem geschätzten Gewicht des Patienten von 70 kg:

- Fentanyl 0,1 mg i. v.
- Ketamin 100 mg i. v.
- Esmeron 80 mg i. v.

Die RSI-Intubation war problemlos, die Stimmritze war frei ersichtlich (Grad I nach Cormack und Lehane) (6). Die anschliessende Auskultation über dem Magen ist bland. Beim Auskultieren der Lunge sind feine Atemgeräusche hörbar, apikal mit einem langgezogenen expiratorischen Stridor, allerdings keine Atemgeräusche basal. Die Kapnographie zeigt eine regelmässige Kohlendioxid-Kurve (CO₂) von initial 47 mmHG mit einer steilen Kurve ohne Plateau, was bei einer obstruktiven Atemwegssituation dem klassischen Bild entspricht. Der Atemwegsdruck ist bei der Beatmung mit dem Beatmungsbeutel massiv erhöht und es ist schwierig, die Beatmung anzupassen, weil zu hohe Beatmungsdrücke vermieden werden müssen. Unmittelbar nach der Intubation sinkt die Sauerstoffkonzentration (SpO₂) kurz auf 80 %. Dieser Wert erholt sich jedoch rasch bis auf 90 %. Aufgrund des Verdachts einer Insufflation in den Magen entscheiden wir uns für eine Entlastung des Magens mittels grünem Absaugkatheter. Eine zumindest subjektive Verbesserung des hohen Beatmungsdrucks wurde erreicht.

Da der Atemwegswiderstand immer noch viel zu hoch ist, muss der Thorax zur Expiration ausgepresst werden, dazu wird der Tubus dekonnetiert, wobei ein starker Stridor hörbar ist.

Zur Aufrechterhaltung der Anästhesie wähle ich Dormicum und verabreiche im Verlauf zweimal 2 mg.

Um den Patienten schnellstmöglich in eine stationäre Notfallaufnahme zu bringen, entscheiden wir uns für den Transport im Rettungswagen. Der Transport wird in Polizeibegleitung durchgeführt, da es sich beim Patienten um einen Straftäter handelt. Die Polizei ist als Begleitung in diesem Fall sehr nützlich, da ein Polizist das rhythmische Auspressen des Thoraxes unter Anleitung übernehmen kann.

Ich versuche, die Beatmung mit dem Oxylog in der Ambulanz fortzuführen. Dieses kann die Beatmung jedoch aufgrund des immer noch sehr hohen Atemwegswiderstands und des Auspressens des Thoraxes nicht suffizient übernehmen. Ich habe den Patienten daher weiter manuell mit Beatmungsbeutel beatmet. Der Patient wird so rasch wie möglich in das Spital transportiert. Unterwegs verabreiche ich ihm repetitiv 10 µg Adrenalin intravenös und zusätzlich 1 mg Adrenalin tracheal, jedoch ohne Erfolg.

Eine Anmeldung im Schockraum wird bei der Anfahrt durch meinen Teampartner unterwegs getätigt. Bis zur Übergabe des Patienten an das Fachpersonal im Schockraum erreiche ich mit den durchgeführten Massnahmen eine Verbesserung der Sauerstoffsättigung auf bis zu 95 %, leider jedoch ohne relevante Verbesserung der obstruktiven Atemwegssituation. Das Auspressen des Thoraxes muss insgesamt während 45 Minuten weitergeführt werden, bis sich die Situation im Schockraum allmählich verbessert. Im Anschluss wird der Patient auf die Intensivstation verlegt und kann nach wenigen Tagen extubiert werden.

Reflexion

Im Anschluss an den Einsatz analysierten wir unser Vorgehen im Gespräch mit unserer ärztlichen Leitung. Der komplexe Einsatz stellte eine grosse Herausforderung dar. Es galt, einen zügigen Transport in ein Zentrumsspital einzuleiten, gleichzeitig jedoch dem Patienten die nötige Therapie zukommen zu lassen. Wir müssen festhalten, dass wir in unserem Setting den Fokus auf lebenserhaltende Massnahmen legen mussten. Der Trans-

port in ein Spital darf dadurch aber nicht verzögert werden. Für eine Therapie des Patienten, der einen Status asthmaticus hatte, ist man im prähospitalen Setting limitiert, weil die Zeit und die Hände fehlen.

Dass wir im beschriebenen Fall nach kurzer Zeit CPR einen ROSC erreichten, lässt uns im Nachhinein vermuten, dass der Herz-Kreislauf-Stillstand auf die Hypoxie zurückzuführen ist. Nach kurzer Reanimation und der den Umständen entsprechenden Oxygenierung wurde somit wieder ein Spontankreislauf erreicht.

Weiterführende Behandlungsoptionen

Magnesiumsulfat: Was in allen Algorithmen und Behandlungsempfehlungen beschrieben wird, ist Magnesiumsulfat i.v. Magnesiumsulfat inhibiert Kalziumkanäle an der glatten Bronchialmuskulatur und reduziert den parasympathischen Tonus im Tracheobronchialbaum, woraus eine Bronchodilatation resultiert. Dosierung: Magnesiumsulfat 2 g i.v. bei Erwachsenen.

Glukokortikosteroide: Bei allen Asthma-Anfällen und allen Schweregraden ist die Verabreichung von Glukokortikosteroiden indiziert. Die Anschlagszeit kann bis zu 2 Stunden betragen, wobei die intravenöse Applikation der oralen nicht überlegen ist. Daher muss die Applikation zeitnah, in der ersten Stunde erfolgen. Die Dosierung soll bei schweren Anfällen 50–100 mg betragen und oral oder intravenös erfolgen. (1) An die Steroide habe ich in der beschriebenen Situation nicht gedacht. Im Schockraum wurde dies dann bei Eintreffen nachgeholt.

Dauerinhalation bei der Beatmung mit Adrenalin und/oder SABA (kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika) sowie Ipratropiumbromid (Anticholinergikum): Wir haben versucht, eine Dauerinhalation mit Adrenalin zu etablieren. Einerseits zur Vorbereitung der Intubation/Präoxygenierung, andererseits unter Beatmung am Tubus. Beides stellte sich als äusserst schwierig heraus, da die Obstruktion der Atemwege keine Vernebelung von Adrenalin in die Bronchien erlaubte. Nach der etablierten Intubation versuchten wir mit einem MAD-Adapter Adrenalin tracheal zu verabreichen. Dabei wurde vermutlich

nur der Tubus mit Adrenalin angefeuchtet.

Die Dauerinhalation am Beatmungsschlauch zu etablieren, braucht viel Zeit. Bis ich das System vorbereitet und abgeschlossen hatte, waren wir auch bereits beim Notfall vorgefahren.

Persönliche Schlussfolgerung

Dieser Einsatz hat uns als Team viel abverlangt. Einerseits ist ein Einsatz in einer Vollzugsanstalt eine nicht alltägliche Situation, andererseits hatten wir viele nicht-medizinische Helfer. Diese waren uns eine grosse Hilfe und absolut nötig, um den Patienten ins Spital überführen zu können. Es erfordert jedoch für jede delegierte Handlung eine Instruktion und Kontrolle. Falls ich erneut in eine ähnliche Situation kommen würde, wäre mein Management initial gleich. Die Beurteilung und das Erkennen des Kreislaufstillstandes waren essenziell. Jedoch wäre es hilfreich gewesen, weiteres medizinisches Fachpersonal dabei zu haben. Weitere professionelle Helfer hätten dazu führen können, dass der Patient die weiterführenden Behandlungsoptionen bereits früher erhalten hätte. Somit würde ich bei einem nächsten Mal frühzeitig weitere medizinische Hilfe und Support anfordern.

Referenzen

- (1) Hansen M, Hachenberg T. Asthma bronchiale – Notfallmedizinische Versorgung. *Anästhesiol Intensivmed Notfall-med Schmerzther.* 2016; 51(06):412–420
- (2) Notarztindikationsliste Kanton Aargau 2017
- (3) Smedrix 3.0 – Algorithmen für professionelle Helfer in präklinischen Notfallsituationen, modifizierte Version 04/2020.
- (4) Bernhard MH, Bein B, Böttiger BW et al. Prähospitaler Notfallnarkose beim Erwachsenen. *Anästhesiol Intensivmed.* 2015; 56:18
- (5) Papiris SA, Manali ED, Kolilekas L, Triantafyllidou C, Tsangaris I. Acute severe asthma: new approaches to assessment and treatment. *Drugs.* 2009; 69(17):2363–91.
- (6) Cormack RS, Lehane J: Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia.* 1984; 39(11):1105–1111.

Kontakt:

Samuel Faust
Vertretung im Vorstand der SIGA/FSIA
dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF
dipl. Rettungssanitäter HF
samuel.faust@siga-fsia.ch

Présentation de cas: État asthmatique en milieu carcéral fermé

Samuel Faust

En tant qu'expert en soins d'anesthésie avec une formation complémentaire d'ambulancier, je présente, dans cet article, une urgence pour laquelle j'ai pris la direction des opérations. Un jeune homme de 20 ans est victime d'une crise d'asthme accompagnée d'une dyspnée aiguë tandis qu'une résistance massive des voies respiratoires rend les soins au patient difficiles. La particularité de l'intervention de sauvetage est que le patient se trouve en prison.

Dans le canton d'Argovie, les services de secours sont organisés de manière à ce que, en cas d'alerte ou d'annonce, selon les indications, des experts diplômés en soins d'anesthésie EPD ES ayant suivi une formation d'ambulancier diplômé ES (désigné par IA/A) puissent être appelés en plus pour prendre en charge les personnes en détresse avec les compétences médicales élargies de la médecine d'urgence. Comme le canton d'Argovie ne dispose pas d'un système de médecin d'urgence pour la prise en charge des patients, un médecin urgentiste peut, si nécessaire, être appelé sur le lieu d'intervention via le sauvetage aérien. En outre, il est possible de faire appel à un médecin de garde en arrière-plan à titre de consultant, qui peut fournir un soutien téléphonique.

La procédure d'intervention auprès d'un patient en urgence est régie au niveau cantonal par la liste d'indication des médecins d'urgence (2). Les IA/A contribuent à une prise en charge sûre des patients. Il leur incombe de prendre en charge rapidement les patients en danger vital dont l'état médical est critique et de les orienter vers les spécialistes appropriés dans l'établissement de destination adéquat. Les IA/A exercent leurs fonctions de manière complémentaire: d'une part en tant

qu'ambulanciers diplômés ES et d'autre part en tant qu'experts diplômés en soins d'anesthésie EPD ES avec des compétences élargies dans le domaine de la gestion des voies respiratoires et du système cardio-vasculaire. Ils constituent ainsi une ressource importante pour une prise en charge sûre des patients.

Les compétences d'un IA/A dans la prise en charge (préhospitalière) des patients sont les suivantes

- Gestion améliorée des voies respiratoires et induction de l'anesthésie dans un environnement préhospitalier et inhospitalier
- Gestion des voies respiratoires difficiles, des chocs et des liquides ainsi que maniement des catécholamines
- Gestion des arythmies importantes sur le plan hémodynamique
- Administration d'anesthésiques et d'algésiques dans des situations complexes
- Transfert de patients en état critique vers un hôpital central

Présentation d'une intervention concrète

Pour illustrer le travail d'un IA/A, j'aimerais décrire le cas suivant:

L'intervention a été annoncée un soir à 21h56. Pour l'intervention, l'équipe convo-

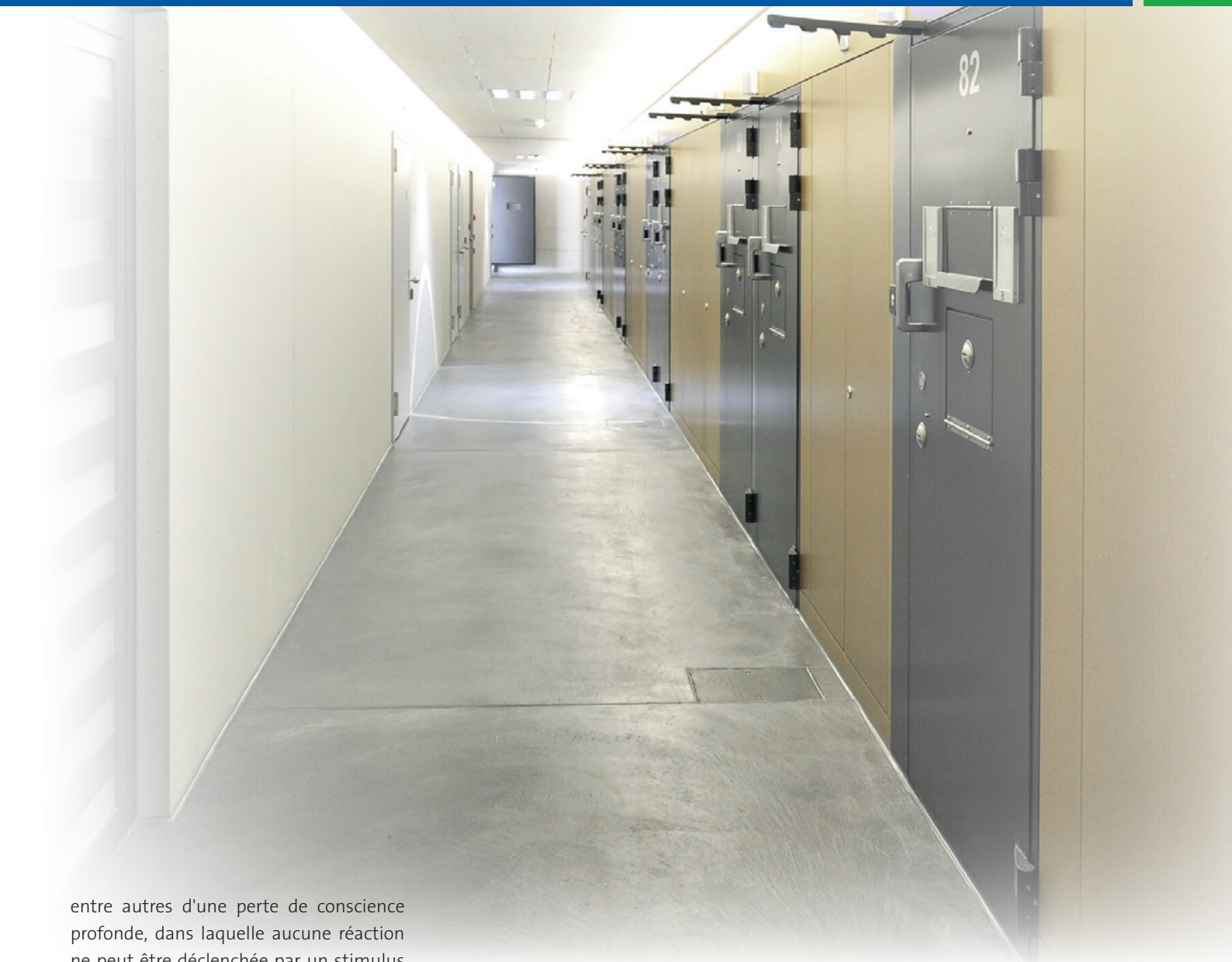
quée est composée d'un ambulancier diplômé ES avec une formation complémentaire en soins d'urgence EPD ES et de moi-même en tant qu'expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES avec une formation complémentaire d'ambulancier. Dans ce cas, j'ai pris la direction de l'intervention, même si, sur la base de l'annonce, il n'y avait pas d'indication pour une intervention anesthésiologique.

Nous sommes appelés pour un patient de sexe masculin souffrant de dyspnée aiguë. Le patient, âgé de 20 ans, se trouve dans un établissement pénitentiaire fermé. Nous ne recevons aucune information supplémentaire jusqu'à notre arrivée sur place. Le trajet depuis notre poste de garde extérieur avec signaux d'urgence dure quelques minutes. Deux minutes supplémentaires sont nécessaires pour nous faire entrer dans la prison par les grandes portes.

Une fois les portes franchies, nous sommes directement accompagnés à la cellule du patient. Aucun danger n'est visible pour nous. De plus, il y a suffisamment d'agents pénitentiaires dans les couloirs pour que nous puissions nous rendre auprès du patient sans autre forme de protection. La police est aussi convoquée – comme c'est habituellement le cas lors d'interventions en prison. Elle n'arrive toutefois qu'après nous. Le patient se trouve dans sa cellule. Les locaux sont étroits, mais il y a suffisamment de place pour travailler en toute sécurité.

Anamnèse, observations cliniques et mesures médicales

Le patient est allongé sur le côté, au sol, dans sa cellule. Deux collaborateurs de la justice pénitentiaire s'occupent de lui et lui administrent de l'oxygène. Dès l'entrée dans la pièce, je prends conscience de la situation de danger vital. Le patient présente une cyanose et une respiration agonale. Les agents pénitentiaires indiquent qu'il parlait encore récemment, mais n'ont pas pu identifier les causes de sa situation sanitaire de plus en plus critique. Lors de notre premier contrôle standardisé, nous constatons, sur la base des symptômes qui se présentent à nous, une respiration insuffisante (respiration agonale) et un arrêt circulatoire. Il s'agit



entre autres d'une perte de conscience profonde, dans laquelle aucune réaction ne peut être déclenchée par un stimulus douloureux intense. Il n'y a pas non plus de pouls carotidiens palpables. Nous commençons immédiatement le massage cardiaque et appliquons les électrodes de défibrillation.

Mon **ABC** selon l'algorithme Smedrix 1.1 (3) commence donc déjà par C. Pendant la réanimation, je relève d'autres résultats cliniques:

A Airway: libre, pas de morsure de la langue ou de crachats, pas de langue hypertrophiée

B Breathing & ventilation: cyanose, respiration agonale. La ventilation au masque avec de l'oxygène (O_2) ne nous est possible que via une valve de demande (permet d'administrer de l' O_2 à la demande du patient, ce qui permet d'administrer 100% d' O_2 au patient) avec une résistance extrême des voies respiratoires. On soupçonne une insufflation dans

l'estomac avec une pression de ventilation aussi élevée. Un essai d'optimisation avec un canule de Guedel apporte une légère amélioration. La résistance reste toutefois importante. Un expirium n'est pratiquement pas détectable lors de la ventilation. L'auscultation révèle un «silent chest» et un «air trapping» massif avec un expirium massivement prolongé.

Au début de la surveillance, nous mesurons une saturation initiale en oxygène (SpO_2) de 83 %, qui s'améliore sous l'effet des mesures que nous avons prises pour atteindre une SpO_2 de 88 %.

C Circulation & Hemorrhage Control: Initialement, nous partons d'une activité électrique sans pouls (AESP). Une tachycardie ventriculaire est visible sur le moniteur. Après cinq minutes de réanimation cardio-pulmonaire (CPR), le ROSC (return of spontaneous circulation- re-

tour de la circulation spontanée) a lieu. De plus, je ne vois aucun signe de saignement ou de traumatisme et le patient est chaud à toutes les extrémités.

Retour à B, car ce problème persiste: une résistance massive des voies respiratoires et un «air trapping». Je prends la décision d'intuber. Après m'être renseigné auprès des agents pénitentiaires, j'apprends par l'anamnèse que le patient est asthmatique et qu'il utilise un spray de Ventolin en cas de besoin. Je choisis donc d'utiliser de la kétamine pour l'induction. En effet, la directive S1 de l'AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften-Communauté de travail des sociétés scientifiques médicales spécialisées [en Allemagne]) sur l'anesthésie d'urgence préhospitalière chez l'adulte souffrant d'insuffisance respiratoire recommande soit la combinaison midazolam, eskétamine et

rocuronium, soit la combinaison propofol, fentanyl et rocuronium. Dans les deux cas, l'anesthésie est maintenue par des administrations répétées de midazolam et de fentanyl ou d'eskétamine (4). Comme la kétamine a un effet bronchodilatateur et qu'elle est décrite comme un médicament d'induction dans les maladies obstructives des voies respiratoires, j'opte pour la combinaison de kétamine, de fentanyl et de midazolam (5).

Pendant que nous préparons l'intubation, nous administrons au patient 3 mg d'adrénaline via un masque d'inhalation avec 10 litres d'O₂/min afin d'obtenir une bronchodilatation supplémentaire. Même si nous n'en attendons pas un grand effet, nous utilisons toutes les possibilités pour améliorer la situation des voies respiratoires et donc la situation globale du patient.

En ce qui concerne la procédure diagnostique et les mesures thérapeutiques, nous suivons en principe les algorithmes Smedrix. Nos connaissances techniques et nos compétences d'action entraînées, également issues du travail de routine à l'hôpital, nous sont également utiles dans les situations d'urgence.

Mon coéquipier prépare les médicaments pour l'intubation. Je choisis la kétamine pour l'induction en raison des avantages décrits de ce médicament. Pour poursuivre le traitement de mon diagnostic de suspicion d'état asthmatique, je prépare de l'adrénaline: 1 mg d'adrénaline dans 100 ml de NaCl 0,9%, ce qui me permet d'obtenir 10 µg par millilitre d'adrénaline. Parallèlement, j'essaie de lancer le SAMPLER (brève anamnèse) pour obtenir des informations supplémentaires. J'obtiens alors les informations d'anamnèse externe suivantes de la part des agents pénitentiaires: le patient aurait appelé et dit qu'il avait du mal à respirer. La dyspnée serait apparue soudainement. Les agents pénitentiaires ont alors accompagné le patient et appelé les services de secours. Lorsqu'il est devenu de plus en plus léthargique et somnolent, ils l'ont allongé sur le sol. Le patient respirant de moins en moins bien, ils lui ont donné de l'oxygène.

Allergies: Les agents pénitentiaires n'ont connaissance d'aucune allergie.

Médicaments: il prend du Seretide 250

mg et utilise régulièrement le spray Ventolin.

Antécédents médicaux: aucun connu, à l'exception d'un asthme bronchique d'étiologie indéterminée. Il aurait toutefois déjà eu une crise d'asthme grave.

Jeûne: Son dernier repas aurait été le souper, qu'il aurait pris dans sa cellule. Le repas n'avait rien d'exceptionnel en ce qui concerne les allergènes, à part cela, dans les situations d'urgence, nous partons normalement du principe que le patient n'est pas à jeun.

Les facteurs de risque de l'asthme bronchique qui peuvent déclencher une crise d'asthme sont multifactoriels. Les agents pénitentiaires ne peuvent me confirmer aucune information concrète, comme par exemple un abus de nicotine. Il reste donc l'hypothèse d'une exposition allergique comme déclencheur du présent état asthmatique.

Nous pouvons poser une voie intraveineuse et perfuser de solution de Ringer lactate. Dès à présent, nous administrons de manière répétée 10 µg d'adrénaline par voie intraveineuse pour une bronchodilatation et pour soutenir la situation circulatoire après ROSC. La situation cardiovasculaire est toutefois stable, voire à peine hypertendue.

La préoxygénation avec masque étanche est effectuée pendant 2 à 3 minutes, sachant que les échanges gazeux ne peuvent pas fonctionner de manière optimale pendant la préoxygénation dans les circonstances actuelles. La préoxygénation a pour but de permettre au patient de tolérer une phase d'apnée plus longue. Cependant, comme il existe un «air trapping» dû à une expiration insuffisante, l'échange gazeux n'est pas optimal. Malgré cela, nous estimons qu'il est juste de procéder à la préoxygénation, car le temps investi justifie le bénéfice potentiel et représente une optimisation des conditions d'intubation. Même sous préoxygénation, nous ne pouvons pas atteindre une valeur de SpO₂ supérieure à 88%.

Les médicaments d'induction sont administrés rapidement dans l'ordre suivant, pour un poids du patient estimé à 70 kg:

- Fentanyl 0,1 mg i. v.
- Kétamine 100 mg i. v.
- Esmeron 80 mg i. v.

L'intubation en RSI s'est déroulée sans problème, la glotte était visible librement (grade I selon Cormack et Lehane) (6). L'auscultation qui s'ensuit au niveau de l'estomac est sans particularité. À l'auscultation des poumons, de fins bruits respiratoires sont audibles, apicaux avec un long stridor expiratoire, mais aucun bruit respiratoire n'est audible à la base. La capnographie montre une courbe régulière de dioxyde de carbone (CO₂) de 47 mmHG au départ, avec une courbe abrupte sans plateau, ce qui correspond au tableau classique dans une situation d'obstruction des voies respiratoires. La pression dans les voies respiratoires est massivement augmentée lors de la ventilation avec le ballon et il est difficile d'adapter la ventilation, car il faut éviter des pressions trop élevées. Immédiatement après l'intubation, la concentration en oxygène (SpO₂) chute brièvement à 80%. Cette valeur se rétablit toutefois rapidement pour atteindre 90%. En raison de la suspicion d'insufflation dans l'estomac, nous décidons de soulager l'estomac au moyen d'un cathéter d'aspiration vert. Une amélioration, au minimum subjective, de la pression ventilatoire élevée a été obtenue. Comme la résistance des voies respiratoires est encore beaucoup trop élevée, le thorax doit être comprimé pour l'expiration; pour ce faire, le tube est déconnecté et un fort stridor est audible.

Pour maintenir l'anesthésie, je choisis le Dormicum et j'administre deux fois 2 mg. Afin d'amener le patient le plus rapidement possible dans un service d'urgence hospitalier, nous décidons de le transporter en ambulance. Le transport se fait sous escorte policière, car le patient est un délinquant. L'accompagnement de la police est très utile dans ce cas, car un policier peut se charger de l'expression rythmique du thorax en suivant les instructions.

J'essaie de poursuivre la ventilation avec l'Oxylog dans l'ambulance. Celui-ci ne peut toutefois pas prendre en charge la ventilation de manière suffisante en raison de la résistance toujours très élevée des voies respiratoires et de l'expression du thorax. J'ai donc continué à ventiler le patient manuellement au ballon. Le patient est transporté le plus rapidement

possible à l'hôpital. Durant le transfert, je lui administre de manière répétée 10 µg d'adrénaline par voie intraveineuse et 1 mg d'adrénaline supplémentaire par voie trachéale, mais sans succès.

En cours de route, mon coéquipier nous annonce au déchocage. Nous arrivons à l'hôpital après un trajet de quelques minutes. Jusqu'à la remise du patient au personnel spécialisé de la salle de déchocage, j'obtiens, grâce aux mesures mises en œuvre, une amélioration de la saturation en oxygène jusqu'à 95 %, mais malheureusement sans amélioration significative de la situation obstructive des voies respiratoires. L'expression du thorax doit être poursuivie pendant 45 minutes au total, jusqu'à ce que la situation s'améliore progressivement au déchoc. Le patient est ensuite transféré aux soins intensifs et peut être extubé au bout de quelques jours.

Réflexion

Après l'intervention, nous avons analysé notre procédure lors d'un entretien avec notre direction médicale. L'intervention complexe représentait un grand défi. Il s'agissait de mettre en place un transport rapide vers un hôpital central, tout en prodiguant au patient le traitement nécessaire. Nous devons constater que dans notre situation, nous avons dû mettre l'accent sur les mesures de maintien en vie. Mais cela ne doit pas retarder le transport vers un hôpital. Dans le cadre préhospitalier, nous sommes limités dans la thérapie d'un patient qui présentait un état asthmatique, car le temps et les mains manquent.

Le fait que, dans le cas décrit, nous ayons atteint un ROSC après une brève CPR nous laisse supposer, a posteriori, que l'arrêt cardio-circulatoire est dû à l'hypoxie.

Après une courte réanimation et une oxygénation adaptée aux circonstances, une circulation spontanée a donc été rétablie.

Complément aux options de traitement

Sulfate de magnésium: il est décrit dans tous les algorithmes et recommandations de traitement, en application i. v. Le sulfate de magnésium inhibe les canaux calciques au niveau du muscle lisse bronchique et réduit le tonus parasympathique dans l'arbre trachéo-bronchique,

ce qui entraîne une bronchodilatation. Posologie: sulfate de magnésium 2 g i.v. chez l'adulte.

Glucocorticoïdes: l'administration de glucocorticoïdes est indiquée pour toutes les crises d'asthme et tous les degrés de sévérité. Le temps d'attaque peut aller jusqu'à 2 heures, l'administration intraveineuse n'étant pas supérieure à l'administration orale. L'administration doit donc se faire rapidement, dans la première heure. La posologie doit être de 50 à 100 mg en cas de crise grave, par voie orale ou intraveineuse. (1)

Je n'ai pas pensé aux stéroïdes dans la situation décrite. Dans la salle de déchocage, cela a été fait à l'arrivée.

Inhalation continue lors de la ventilation avec de l'adrénaline et/ou du SABA (bêta-2-sympathomimétique de courte durée d'action) ainsi que du bromure d'ipratropium (anticholinergique): nous avons essayé d'établir une inhalation continue avec de l'adrénaline. D'une part pour préparer l'intubation/la préoxygénation, d'autre part sous ventilation par tube. Les deux se sont avérés extrêmement difficiles, car l'obstruction des voies respiratoires ne permettait pas la nébulisation d'adrénaline dans les bronches. Une fois l'intubation établie, nous avons tenté d'administrer de l'adrénaline par voie trachéale à l'aide d'un adaptateur MAD. Il est probable que seul le tube ait été humidifié avec de l'adrénaline.

Établir l'inhalation continue sur le tube de ventilation prend beaucoup de temps. Le temps de préparer et de brancher le système, nous étions déjà arrivés aux urgences.

Conclusion personnelle

Cette intervention nous a demandé beaucoup d'efforts en tant qu'équipe. D'une part, une intervention dans un établissement pénitentiaire est une situation peu courante, d'autre part, nous avons de nombreux assistants non médicaux. Ceux-ci nous ont été d'une grande aide et absolument nécessaires pour pouvoir transférer le patient à l'hôpital. Il faut toutefois des instructions et un contrôle pour chaque acte délégué.

Si je devais à nouveau me retrouver dans une situation similaire, ma gestion serait

initialement la même. L'évaluation et la reconnaissance de l'arrêt circulatoire étaient essentielles. Cependant, il aurait été utile d'avoir d'autres professionnels de la santé avec moi. D'autres professionnels auraient pu aider le patient à recevoir plus tôt le complément aux options de traitement. Si c'était à refaire, je demanderais donc une aide médicale et une assistance supplémentaires à temps.

Références:

Voir le texte en allemand à la page 19.

Contact:

Samuel Faust
Remplaçant au Comité de la SIGA/FSIA
Expert dipl. en soins d'anesthésie EPD ES
Ambulancier dipl. ES
samuel.faust@siga-fsia.ch

Klinische Seelsorge – einfach da sein

Ein exemplarischer Ein- und Ausblick

Dr. Kerstin Rödiger, Spitalseelsorgerin

Der erste Name Gottes, den diese unheimliche und anziehende Kraft aus dem brennenden, aber nicht verbrennenden Dornbusch dem Hirten und späteren Propheten Mose verrät, lautet: Da-Sein (Buch Exodus, Kapitel 3).

Oder so ähnlich, denn im Urtext stehen nur vier Konsonanten: JHWH. Sie können auch «Die Seiende» oder «Ich bin, der ich bin» bedeuten. Für mich sind diese vier Konsonanten die Grundlage meiner seelsorgerischen Arbeit am Universitätsspital Basel, wo ich vor bald sieben Jahren zu arbeiten begonnen habe.

Da sein – ein Beispiel

Ist dieser Einstieg zu theologisch? Verständlich, dann fange ich nochmals anders an: Ich hatte kürzlich einen Einsatz auf der Notfallstation. Eine Frau und deren Sohn sitzen im Zimmer des eben verstorbenen Vaters und

Mannes. Als ich eintrete, herrscht Stille. Es ist bereits eine müde, traurige und ruhige Stille. Auch etwas Bodenloses ist da. Das sind meine Eindrücke in den ersten Sekunden. Sie beruhen darauf, dass beide ruhig dasitzen, etwas versteinert wirken, kein Aktionismus herrscht und die Situation klar ist: Nach langer Reanimation zu Hause und auf dem Weg ins Spital musste dort festgestellt werden, dass der Tod dieses Menschen Gewissheit ist. Unfassbar, da es so schnell ging und dieser Vater und Mann mitten aus einem erfüllten Leben herausgerissen wurde. Unfassbar, weil beide Angehörige versucht hatten, ihm zu helfen, ihn zu retten. Aus Erfahrung weiss ich, dass da oft die Frage bleibt: War es genug?

Ich nehme Platz und lausche der Stille und den Worten. Ich frage zunächst nach einem zeitlichen Ablauf, weil das den Betroffenen helfen kann, Dinge in eine Reihenfolge zu bringen, selbst wenn diese eigentlich gleichzeitig

geschahen und ihnen auch widerfuhr. Sie hatten vieles nicht in der Hand, das muss man sich erst einmal klarmachen können. Andererseits gewinnen sie im Erzählen doch wieder etwas «Einfluss» auf die Geschichte. Ich sage nicht viel. Meist versuche ich dem, was da ist, Raum zu geben, und manchmal auch, Unsagbares in Worte zu fassen. Das sind oft ganz einfache, fast banale Sätze wie: «Sie haben damit überhaupt nicht gerechnet.» oder «Es tut mir leid. Leider habe ich keinen Zauberstab, um etwas ungeschehen zu machen.» Immer wieder herrscht auch Schweigen. Wir wachen, die Frau erzählt ein paar Erfahrungen, Erinnerungen. Ich kläre auch ab, ob für den Verstorbenen oder den Angehörigen Glauben eine Rolle spielte. Tat es in diesem Fall nicht. So halte ich einfach still den Raum offen, für das, was da ist. Ich bin auch dabei, als die Ärztin schliesslich noch mit den Angehörigen sprechen kann. Es gab noch einen weiteren Notfall, daher hatte dieses Gespräch etwas warten müssen. Die Ärztin macht das sehr einfühlsam und erklärt nochmals die Situation: Auch im Spital war keine Hilfe mehr möglich. Was genau die Ursache ist, weiss man nicht. Man hat eine Vermutung, für eine Bestätigung bräuchte es eine Autopsie. Nein, das will die Ehefrau nicht. Eine Zeit lang setze ich mich bewusst neben den jungen Mann. Er sagt sehr wenig. Ich frage ihn, ob er jemanden habe, mit dem er reden könne. «Ja, Freunde.»

Nach diesem Gespräch mit der Ärztin ist spürbar, dass die Zeit hier am Bett zu Ende



geht. Sie sind beide erschöpft. Es war gut, konnten sie selbst den Zeitpunkt für den Aufbruch bestimmen. Wir reden noch über die konkreten nächsten Schritte: Wie kommen sie heim, wer muss informiert werden, wer bietet Unterstützung, was muss im Spital noch geregelt werden?

Die Frau sagt mir abschliessend: «Ich weiss, Sie können nichts machen. Aber danke, dass sie da waren.» Genau. Ich war da. Ich hatte Zeit. Das ist nicht viel, aber manchmal ist das alles, was uns bleibt und was durchaus harte Arbeit ist und viel Kraft braucht: Die Ohnmacht aushalten, der Trauer einen Raum geben, nichts tun können. Dazu kommt die Aufgabe, als Schnittstelle zwischen der Spitalwelt «draussen» und dem ruhigen Krankenzimmer «drinnen» zu fungieren.

Exemplarisch möchte ich nun noch einen Blick auf die angesprochene Grundhaltung und etwas Handwerkszeug werfen, bevor Entwicklungen klinischer Seelsorge angesprochen werden.

Die Grundhaltung: Raum eröffnen

Das Da-Sein ist die Grundhaltung der Seelsorge. Auch Pflegende und Ärzte können diese Haltung im Idealfall ausstrahlen und somit wertvollste Unterstützung leisten, allerdings müssen sie auch pflegerische, ärztliche und organisatorische Aufgaben erfüllen. Auch Angehörige sind in diesen Momenten sehr wichtige Pfeiler, aber manchmal sind sie überfordert, manchmal nicht da. Manchmal braucht es ein «externes» Ohr, um den Ablauf nochmals zu sortieren. Betrete ich als Seelsorgerin das Zimmer, öffne ich Raum für genau dies: um der Seele Sorge zu tragen. Das «Indikationenset» (1), ein von Fachleuten für die Ausbildung zur klinischen Seelsorge erarbeitetes Instrument, um den Beizug der Seelsorge im Spitalalltag zu klären, teilt diesen zunächst offenen Raum in vier Themenbereiche ein:

1. Eine mögliche Ebene gruppiert sich um die Sinn- und Schicksalsfragen und um den **Ausdruck der Gefühle** wie Verzweiflung und Trauer. Im obigen Beispiel waren das die kurzen Sequenzen der Tränen, des Aussprechens von dem Gefühl der Bodenlosigkeit. Der Sohn war hier noch wie versteinert, ihm war es fast

nicht möglich, davon etwas auszudrücken. Daher auch meine Sorge um ihn. Aber in diesem ersten Moment war noch nicht mehr möglich.

2. Eine zweite Ebene ist die der **Transzendenz**. Diese umfasst zum einen explizit religiöse Bedürfnisse – die einzige Ebene, die im obigen Beispiel nicht vorhanden war. Allerdings muss dieses Bedürfnis in der säkularen Welt nicht mehr explizit mit einer Religionszugehörigkeit verknüpft sein. Darauf werde ich nochmals zurückkommen. Die Autoren des Indikationensets sehen auch das Fehlen von Motivationsquellen und Kraftlosigkeit als diesem Bereich zugehörig an.

3. Mit **Identität** wird die dritte Ebene beschrieben. Die Krise muss in die Biografie eingebaut werden. Ob das nun der Verlust des geliebten Ehemanns ist oder das Kind, das kaum geboren, schon sterben musste. Das Leben verlangt so viel von den Menschen und immer wieder staune ich voller Ehrfurcht, über deren grosse Fähigkeit, sich dieser Herausforderung zu stellen. Erzählen bzw. Narration ist hier eine wichtige Komponente, auf die ich ebenfalls noch zu sprechen kommen werde.

4. Die letzte Ebene ist die der **Werte**. Es müssen Entscheidungen getroffen werden in Bezug auf Therapien und Betreuung. Oft betrifft diese Ebene auch die Angehörigen und das Umfeld des Patienten, oder es müssen verschiedene Werte gegeneinander abgewogen werden. Der zunächst sehr offene Raum des Da-Seins lässt sich mit diesen vier Ebenen genauer fassen. Und wie wird dieser Raum gestaltet?

Handwerkszeug: Narration und Rituale

Für diesen Raum, um der Seele Sorge zu tragen, gibt es kein fixes Rezept. Aber man könnte sagen, es gibt eine Zutaten-

liste. Innerhalb kürzester Zeit gilt es abzutasten, wer wieviel an Empathie, Klärung oder Unterstützung braucht. Was schon vorhanden ist und was fehlt. Welch grosse Bedeutung hierbei der Narration zukommt, habe ich bereits angedeutet. Michael Neumann verweist in seiner Anthropologie des Erzählens darauf, dass wir Menschen erzählende Wesen sind, Narration also eine Grundform der Verarbeitung unserer Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Erfahrungen ist (2). So erarbeiten wir uns im Alltag Identität,



integrieren Schicksalsschläge, können weiterleben. Wir gehen mit uns und mit anderen Menschen oder auch einer grösseren Transzendenz eine Verbindung ein (3).

Es ist wohl ein altes, aber vielleicht noch wirkmächtiges Bild, dass ich als Seelsorgerin mit vorgefertigten Worten aus Tradition und Bibel zu den Menschen komme und diese «missioniere». Dabei ist es umgekehrt. Ich gehe vor allem mit einem «hörenden Herzen» zu den Menschen und eröffne so Räume des Erzählens. Doch Sprache hat ihre Grenzen angesichts unfassbarer Situationen. Eine Extremsituation ist, wenn Geburt und

Tod zusammenfallen. In dieser (aber auch in jeder anderen) Situation ist es ein Geschenk, wenn die Betroffenen sich auf ein Ritual einlassen können. Ritual meint hier, eine Botschaft durch sinnliche Zeichen, Worte und Schweigen auszudrücken. Ein solches Ritual kann etwa eine Salbung des Babys sein, mit Öl, und das Flüstern oder Denken der vielen Wünsche, die einem das Herz bewegen, etwas Musik und gemeinsames Schweigen. Diese Rituale finden ihren sinnigen Anfang in religiösen Traditionen, entwickeln aber aktuelle «Gesichter». Ohne mir bekannte Traditionen auf diesem Gebiet könnte ich nichts Neues entwickeln. Für mich bedeutet so ein Moment, mich bewusst in einen grösseren Zusammenhang hineinzubegeben, seien es die Vorfahren, seien es die zukünftigen Generationen, sei es Gott. Die Philosophin Hannah Arendt spricht davon, dass wir als Geborene unsere Lebensfäden mit dem vorhandenen Lebensteppich verknüpfen (4). Darin liegt die grosse Chance von Traditionen. Es ist für mich ehrlich und transparent, mich dabei auf alte Worte zu berufen, da meine nicht ausreichen. Es gibt Psalmen, jahrtausendealte Gebete, die scheinbar genau von der momentanen Situation reden: «Ich bin hingeschüttet wie Wasser... Meine Tränen sind mir zu Brot geworden Tag und Nacht, weil sie mir täglich sagen: Wo ist dein Gott!» (aus Psalm 22 und 42, Übersetzung: Bibel in gerechter Sprache) So gewähren Rituale und Traditionen die Möglichkeit, über Worte hinaus diese Momente zu gestalten. Auch angesichts der oft unbeschreiblichen Erfahrung von Geburt greife ich auf diesen Zugang zurück, wenn ich Neugeborene und Eltern mit guten Wünschen, Segenswünschen beglücken und beglückwünschen darf.

Hintergrund und aktuelle Diskussion

In Zeiten eines hochtechnisierten Gesundheitssystems und einer säkularen Gesellschaft erscheint dieses Konzept des Da-Seins vielleicht etwas altbacken und es stellt sich natürlich die Frage, inwieweit und wo Spiritualität ihren Platz heute hat. Diese Frage hat einen besonderen Rahmen, wenn es darum geht, Leiden zu lindern und Heilungsprozesse zu unterstützen. Diese Diskussion ist nicht neu. Eine Reaktion darauf war in den 1970er Jahren die

Professionalisierung und Entkonfessionalisierung von Seelsorge im Gesundheitswesen (5). Dies schuf erst den Rahmen für Seelsorge, wie ich sie oben vorgestellt habe. Aktuell stellen sich nun weitere Herausforderungen, da sich sowohl das Gesundheitssystem als auch die Gesellschaft und die religiösen Institutionen in einem grossen Wandel befinden. Alle drei Systeme müssen auf die oben genannte Frage ihre Antwort für sich und auch gemeinsam finden. Die Kantone Waadt und Zürich haben dazu schon interessante politische Diskussionen geführt (5). Wichtig ist: Die Umfragen des Bundesamts für Statistik von 2014 und 2019 haben zwischen religiöser Zugehörigkeit und der Selbsteinschätzung als spiritueller Mensch differenziert (5). Spiritualität verschwindet laut diesen Zahlen nicht, differenziert sich aber aus, verändert und beeinflusst somit sowohl den säkularen öffentlichen Raum als auch religiöse Institutionen. Ein Schlagwort für diesen Wandel ist die «postsäkulare Gesellschaft» (5, S. 56 ff). Entscheidend für den Kontext Gesundheitswesen erscheint, dass Spiritualität und Religion laut diesen Umfragen für etwa die Hälfte der Menschen besonders dann wichtig ist, wenn man sich in einer «schwierigen oder Krankheitssituation» befindet (5, S. 44 ff).

Mit den Umwälzungen der 1970er Jahre hat sich Seelsorge inhaltlich gut auf die postsäkularen Anforderungen vorbereitet (5), doch die Entwicklungen gehen weiter. Auch die klinische Seelsorge am Universitätsspital Basel muss sich im Brennpunkt zwischen innerkirchlichen, gesellschafts- und gesundheitspolitischen Strukturen weiterentwickeln.

Seelsorge könnte als «spezialisierte Spiritual Care» zu therapeutisch heilsamen Prozessen beitragen, ohne ein klassischer Gesundheitsberuf zu sein. Es gibt spirituelle Bedürfnisse der Menschen angesichts von Krisen und Sterben, aber auch bei Geburt und Neubeginn. Es gibt Menschen, die darin ganz fest mit einer Religion oder Konfession verwurzelt bleiben. Es gibt Menschen, die für dieses «Mehr» offen sind, aber keine eigenen Geschichten haben und Worte dafür erst noch suchen. Und es gibt Menschen, die ein «Mehr» schlicht und ergreifend ausschliessen.

So ende ich, wie ich begonnen habe: mit einem narrativen Beispiel. Gerade diese Woche hatte ich mit einer Familie zu tun, die sich als nicht-religiös einschätzte. Sie mussten ihre Mutter nach einem Unfall und einer monatelangen Geschichte zwischen Hoffen und Bangen nun doch verabschieden. Sie waren dafür bereit, sie waren erschöpft. Sie waren für ein Gespräch offen und dankbar, in welchem sie ihre momentane Situation erzählen und reflektieren konnten. Sie haben das als Familie miteinander sehr gut aufgleisen können. Doch war es in diesem Moment hilfreich, als Kinder und Ehemann ihre Rollen zu klären und ohne schlechtes Gewissen sagen zu können, dass jeder nach dieser anstrengenden Zeit eigentlich etwas Ruhe braucht. Ich hatte dabei nicht viel zu tun, nur das Zuhören, nachfragen und Da-Sein. Zeit ist und bleibt das kostbarste Geschenk.

Literaturverzeichnis:

1. Meier R. Indikationen-Set für Seelsorge entwickelt. Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri. 2019; 100(33): 1084–6.
2. Neumann M. Die fünf Ströme des Erzählens: Eine Anthropologie der Narration. Berlin: Walter de Gruyter, 2013.
3. Rödiger K. Es war einmal und ist noch immer. Über Erzählcafés und die Kraft des Erzählens. <https://www.feinschwarz.net/es-war-einmal-und-ist-noch-immer-ueber-erzaehlcafes-und-die-kraft-des-erzaehlens/>, 2019, letztmals abgerufen 28.1.2022
4. Arendt H. Vita activa oder Vom tätigen Leben. München: Piper, 2020.
5. Peng-Keller S. Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2021.

Kontakt:

Dr. Kerstin Rödiger
Spitalseelsorgerin
kerstin.roediger@usb.ch

Abstract zur Diplomarbeit Anästhesie bei septischen Patienten

Im Universitätsspital Basel behandeln wir in der Anästhesie einige Sepsis-Patienten pro Jahr. Häufig im Spät- und Nachtdienst als Notfälle und selten elektiv im regulären Operationsprogramm. Patienten, die eine Operation benötigen, haben häufig durch eine kombinierte Auswirkung von Sepsis, Anästhesie, intravaskulären Volumenstatus, möglichen Blutungen und dem chirurgischen Stress einen vermehrten instabilen kardiovaskulären Zustand. In der Behandlung gilt, diesen Zustand nicht weiter zu verschlechtern, sondern für eine sichere, stabile und qualitativ hochstehende Anästhesieführung zu sorgen. Ziele und Absichten der Diplomarbeit sind, die Definition einer Sepsis und eines septischen Schocks aufzuzeigen und zudem das anästhesiologische Management bei

einem septischen Patienten zu beschreiben. Ausserdem werden Besonderheiten bei einem septischen Patienten, die für das operative Setting Bedeutung haben, und verschiedene Assessment-Tools zur Erkennung einer Sepsis erklärt. Der wichtigste Auslöser für die Sepsis ist die Aktivierung des Mediatorsystems, wobei das Gleichgewicht von proinflammatorischen und antiinflammatorischen Mediatoren gestört ist. Dabei entsteht eine systemische Entzündung, die ausser Kontrolle gerät. Indessen ist zu erwähnen, dass der Respirationstrakt der häufigste Infektionsort darstellt. Die wichtigsten Ergebnisse für das anästhesiologische Management können grob in drei Punkten zusammengefasst werden. Von Zentraler Bedeutung ist dabei eine rasche Erstein-

schätzung des Patienten mit schnellem Beginn der korrekten antimikrobiellen Therapie. Weiter wird für eine suffiziente Organperfusion ein kontinuierlicher MAP von >65 mmHG angestrebt. Ebenfalls wird ein professionelles Behandlungsteam benötigt, denn die Behandlung und Betreuung ist sehr komplex.

Diplomarbeit auf
www.siga-fsia.ch/beruf/abschlussarbeiten



Kontakt:

Mario Lazarevski
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF
Universitätsspital Basel, Anästhesiologie,
Spitalstrasse 21, 4031 Basel
Mario.Lazarevski@usb.ch

The Global Voice for Nurse Anesthesia:
INTERNATIONAL FEDERATION
OF NURSE ANESTHETISTS
(1989–2021)



EDITORS
Sandra Marie Ouellette, Betty J. Horton,
Jackie S. Rumble

Im Oktober 2021 ist «The Global Voice for Nurse Anesthesia» erschienen. Das Buch stellt die bisher umfassendste Dokumentation der Anästhesiepflege weltweit dar. Das wuchtige, über 500 Seiten lange Werk fasst 32 Jahre Geschichte zusammen.

«The Global Voice for Nurse Anesthesia: International Federation of Nurse Anesthetists (1989–2021)»

Article en français sur <https://siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions.html>

Im Juli 2017 wurde der Grundstein für dieses ambitionierte Projekt gelegt. Hermi Löhnert, ehemaliger Präsident und Mitbegründer der IFNA, war an der Entstehung beteiligt. Viele Kollegen und Kolleginnen haben massgeblich daran mitgewirkt, so dass man beim Stöbern in den Bildern ab und zu bekannte Gesichter erkennt. Die Neuerscheinung beschreibt die Entwicklungsgeschichte der IFNA – von der Gründung in Teufen AR mit 12 Ländervertretungen bis zum heutigen Stand. Über 40 Länder sind mittlerweile im Verband vertreten. Im Weiteren wird über die vielfältigen Formen und Folgen der internationalen Zusammenarbeit berichtet. Namhafte Expertinnen von überall auf der Welt spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie haben sich mit grossem Erfolg für die Definition von Standards für unseren Beruf

sowie Aus- und Weiterbildungskonzepte engagiert. Die Schweiz ist mit Marianne Riesen, Lars Egger und Christian Herion in diesem Bereich sehr gut vertreten. Das Buch eröffnet neue Horizonte über die Bedeutung des nichtärztlichen Anästhesiepersonals weltweit. So haben beispielsweise die internationalen Recherchen von Maura McAuliffe und ihrem Team erstaunliche Aspekte der Anästhesiepflege zutage gefördert. Die Lektüre ist beeindruckend und veranschaulicht, dass grenzenlose Zusammenarbeit und Kollegialität möglich sind. Das in Englisch verfasste Buch kann über die SIGA-Geschäftsstelle zum Preis von CHF 20.00 bestellt werden. Es wird auch am Kongress in Luzern zur Ansicht und zum Verkauf aufgelegt sein.

Maria Castaño

L'aumônerie clinique – être simplement là

Un aperçu et une perspective exemplaires

Dr. Kerstin Rödiger, aumônière d'hôpital

Le premier nom de Dieu que cette force inquiétante et attirante issue du buisson ardent, mais qui ne se consume pas, révèle au berger et futur prophète Moïse est: être là (livre de l'Exode, chapitre 3).

Ou quelque chose de similaire, car le texte original ne comporte que quatre consonnes: JHWH. Elles peuvent aussi signifier «Celui qui est» ou «Je suis, qui je suis». Pour moi, ces quatre consonnes constituent la base de mon travail d'aumônier à l'Hôpital universitaire de Bâle, où j'ai commencé à travailler il y a bientôt sept ans.

Être là – un exemple

Cette entrée en matière est-elle trop théologique? C'est compréhensible, alors je commence encore une fois différemment: J'ai récemment effectué une intervention au service des urgences. Une femme et son fils sont assis dans la chambre du père et du mari qui vient de décéder. Lorsque j'entre, le silence règne. C'est déjà un silence fatigué, triste et calme. Il y a aussi quelque chose de sans fond. Ce sont mes impressions dans les premières secondes. Elles reposent sur le fait que tous deux sont assis tranquillement, semblent un peu pétrifiés, qu'il n'y a pas d'activisme et que la situation est claire: Après une longue réanimation à la maison et sur le chemin de l'hôpital, il a fallu y constater que la mort de cette personne était une certitude. Incroyable, car tout s'est passé si vite et que ce père et ce mari a été enlevé au milieu d'une vie bien remplie. Incroyable, car les deux proches avaient essayé de l'aider, de le sauver. Je sais par expérience que la question reste souvent posée: Était-ce suffisant?

Je m'assieds et j'écoute le silence et les paroles. Je commence par demander un déroulement chronologique, car cela peut

aider les personnes concernées à mettre les choses dans l'ordre, même si elles se sont produites et leur sont arrivées en même temps. Ils n'avaient pas la main sur beaucoup de choses, il faut d'abord pouvoir s'en rendre compte. D'un autre côté, en racontant leur histoire, elles retrouvent tout de même une certaine «influence» sur l'histoire. Je ne dis pas grand-chose. La plupart du temps, j'essaie de donner de l'espace à ce qui est là, et parfois aussi de mettre des mots sur l'indicible. Ce sont souvent des phrases très simples, presque banales, comme: «Vous ne vous y attendiez pas du tout» ou «Je suis désolée. Malheureusement, je n'ai pas de baguette magique pour défaire quelque chose». À plusieurs reprises, le silence règne aussi. Nous veillons, la femme raconte quelques expériences, quelques souvenirs. Je vérifie aussi si la foi a joué un rôle pour le défunt ou ses proches. Ici, ce n'était pas le cas. Ainsi, je garde simplement la porte ouverte, en silence, pour ce qui est là. Je suis également présente lorsque le médecin peut finalement parler aux proches. Il y avait encore une autre urgence, c'est pourquoi cet entretien a dû attendre un peu. Le médecin fait preuve d'une grande empathie et explique à nouveau la situation: même à l'hôpital, il n'y avait plus d'aide possible. On ne sait pas exactement quelle en est la cause. On a une supposition, pour la confirmer, il faudrait une autopsie. Non, l'épouse n'en veut pas. Pendant un moment, je m'assieds délibérément à côté du jeune homme. Il parle très peu. Je lui demande s'il a quelqu'un à qui parler. «Oui, des amis».

Après cet entretien avec le médecin, on sent que le temps passé ici, au lit de leur proche, touche à sa fin. Ils sont tous les deux épuisés. C'était une bonne chose qu'ils puissent décider eux-mêmes du

moment de leur départ. Nous discutons encore des prochaines étapes concrètes: Comment vont-ils rentrer à la maison, qui doit être informé, qui offre un soutien, que faut-il encore régler à l'hôpital?

La femme me dit en conclusion: «Je sais que vous ne pouvez rien faire. Mais merci d'avoir été là». Exactement. J'étais là. J'avais du temps. Ce n'est pas grand-chose, mais c'est parfois tout ce qu'il nous reste, ce qui est un travail difficile et demande beaucoup de force: Supporter l'impuissance, donner un espace au deuil, ne rien pouvoir faire. A cela s'ajoute la tâche de servir d'interface entre le monde hospitalier «extérieur» et «l'intérieur», la chambre tranquille du malade.

A titre d'exemple, j'aimerais encore jeter un coup d'œil sur l'attitude fondamentale évoquée et sur quelques outils avant d'aborder les développements de l'aumônerie clinique.

L'attitude fondamentale: ouvrir l'espace

Être là est l'attitude fondamentale de l'aumônerie. Dans l'idéal, les soignants et les médecins peuvent eux aussi faire rayonner cette attitude et apporter ainsi un soutien des plus précieux, mais ils doivent également remplir des tâches de soins, médicales et organisationnelles. Les proches sont également des piliers très importants dans ces moments-là, mais parfois ils sont dépassés, parfois ils ne sont pas là. Parfois, il faut une oreille «extérieure» pour faire le tri une nouvelle fois dans le déroulement des événements. Lorsque j'entre dans la chambre en tant qu'aumônier, j'ouvre un espace pour cela: pour prendre soin de l'âme. Le «set d'indications» (1), un instrument élaboré par des spécialistes pour la formation à l'aumônerie clinique afin de clarifier le recours à l'aumônerie dans le quotidien de

l'hôpital, divise cet espace d'abord ouvert en quatre domaines thématiques:

1. Un niveau possible se regroupe autour des questions de sens et de destin et de **l'expression des sentiments** tels que le désespoir et le deuil. Dans l'exemple ci-dessus, il s'agissait des courtes séquences de larmes, de l'expression du sentiment d'être sans fond. Le fils était ici encore pétrifié, il lui était presque impossible d'exprimer quoi que ce soit. D'où mon inquiétude à son sujet. Mais dans ce premier moment, il n'était pas encore possible d'aller plus loin.

2. Un deuxième niveau est celui de la **transcendance**. Celle-ci comprend d'une part des besoins explicitement religieux – le seul niveau qui n'était pas présent dans l'exemple ci-dessus. Toutefois, dans le monde laïc, ce besoin ne doit plus être explicitement lié à une appartenance religieuse. Je reviendrai sur ce point. Les auteurs du

4. Le dernier niveau est celui **des valeurs**. Des décisions doivent être prises en ce qui concerne les thérapies et les soins. Souvent, ce niveau concerne aussi les proches et l'environnement du patient, ou bien il faut mettre en balance différentes valeurs.

L'espace d'abord très ouvert d'être là, peut être saisi plus précisément avec ces quatre niveaux. Et comment cet espace est-il aménagé?

Outils: narration et rituels

Il n'y a pas de recette fixe pour cet espace de soin de l'âme. Mais on pourrait dire qu'il y a une liste d'ingrédients. Il s'agit de

êtres humains qui racontent des histoires et que la narration est donc une forme fondamentale de traitement de nos perceptions, besoins et expériences (2). C'est ainsi que nous élaborons notre identité au quotidien, que nous intégrons les coups du sort, que nous pouvons continuer à vivre. Nous établissons un lien avec nous-mêmes et avec d'autres personnes, voire avec une plus grande transcendance (3). C'est sans doute une image ancienne, mais peut-être encore puissante, que de penser qu'en tant qu'aumônier, j'arrive chez les gens avec des mots préfabriqués issus de la tradition et de la Bible et que je les «évangélise». En fait, c'est l'inverse. Je vais surtout vers les gens avec un «cœur qui écoute» et j'ouvre ainsi des espaces de narration. Mais le langage a

ses limites face à des situations inconcevables. Une situation extrême est celle où la naissance et la mort coïncident. Dans cette situation (mais aussi

set d'indications considèrent également que l'absence de sources de motivation et le manque de force appartiennent à ce domaine.

3. **L'identité** est le troisième niveau. La crise doit être intégrée dans la biographie. Qu'il s'agisse de la perte d'un mari bien-aimé ou d'un enfant qui, à peine né, devait déjà mourir. La vie exige tellement des êtres humains et je m'étonne toujours, avec admiration, de leur grande capacité à relever ce défi. Le récit ou la narration est ici une composante importante, sur laquelle je reviendrai également.

déterminer en très peu de temps qui a besoin de combien d'empathie, de clarification ou de soutien. Ce qui est déjà présent et ce qui manque. J'ai déjà évoqué l'importance de la narration dans ce contexte. Dans son anthropologie du récit, Michael Neumann indique que nous sommes des

dans toute autre), c'est un cadeau si les personnes concernées peuvent s'engager dans un rituel. Rituel signifie ici exprimer un message par des signes sensoriels, des mots et le silence. Un tel rituel peut par exemple consister à oindre le bébé d'huile et à murmurer ou à penser aux nombreux souhaits qui agitent le cœur, à écouter un peu de musique et à partager le silence. Ces rituels trouvent leur origine dans les traditions religieuses, mais développent des «visages» actuels. Sans les traditions que je connais dans



ce domaine, je ne pourrais rien développer de nouveau. Pour moi, un tel moment signifie m'inscrire consciemment dans un contexte plus large, qu'il s'agisse des ancêtres, des générations futures ou de Dieu. La philosophe Hannah Arendt parle du fait qu'en tant que nés, nous tissons les fils de notre vie avec le tapis de vie existant (4). C'est là que réside la grande chance des traditions. Il est honnête et transparent pour moi de me référer à cet égard à des paroles anciennes, car les miennes ne suffisent pas. Il existe des psaumes, des prières millénaires qui semblent parler précisément de la situation actuelle: «Je suis jeté comme de l'eau... Mes larmes sont devenues du pain pour moi jour et nuit, car elles me disent chaque jour: Où est ton Dieu?» (tiré des Psaumes 22 et 42, traduction: Bible en langue juste)

Ainsi, les rituels et les traditions garantissent la possibilité d'organiser ces moments au-delà des mots. Face à l'expérience souvent indescriptible de la naissance, j'ai également recours à cette approche lorsque j'accueille et félicite les nouveau-nés et les parents en leur souhaitant bonne chance et en leur adressant des bénédictions.

Contexte et discussion actuelle

A l'heure d'un système de santé hautement technologique et d'une société laïque, ce concept d'être là peut sembler un peu désuet et la question se pose naturellement de savoir dans quelle mesure et où la spiritualité a sa place aujourd'hui. Cette question a un cadre particulier lorsqu'il s'agit de soulager la souffrance et de soutenir les processus de guérison.

Ce débat n'est pas nouveau. Dans les années 1970, la professionnalisation et la déconfectionnalisation de l'aumônerie dans le domaine de la santé (5) ont constitué une réaction. Cela a créé le cadre de l'aumônerie telle que je l'ai présentée ci-dessus. Actuellement, d'autres défis se posent, car tant le système de santé que la société et les institutions religieuses sont en pleine mutation. Les trois systèmes doivent trouver leur propre réponse et une réponse commune à la question susmentionnée. Les cantons de Vaud et de Zurich ont déjà mené des discussions politiques intéressantes à ce sujet (5). Un

point important: les enquêtes de l'Office fédéral de la statistique de 2014 et 2019 ont fait la distinction entre l'appartenance religieuse et l'auto-évaluation en tant que personne spirituelle (5). Selon ces chiffres, la spiritualité ne disparaît pas, mais se différencie, change et influence ainsi aussi bien l'espace public laïc que les institutions religieuses. Un mot-clé pour ce changement est la «société post-séculière» (5, p. 56 et suivantes). Ce qui semble décisif pour le contexte de la santé publique, c'est que, selon ces sondages, la spiritualité et la religion sont particulièrement importantes pour environ la moitié des gens lorsqu'ils se trouvent dans une «situation difficile ou de maladie» (5, p. 44 et suivantes).

Avec les bouleversements des années 1970, l'aumônerie s'est bien préparée, en termes de contenu, aux exigences post-séculières (5), mais les évolutions se poursuivent. L'aumônerie clinique de l'Hôpital universitaire de Bâle doit elle aussi évoluer au carrefour des structures internes à l'Église, de la politique sociale et de la politique de la santé.

L'aumônerie pourrait contribuer à des processus thérapeutiques salutaires en tant que «soins spirituels spécialisés», sans être une profession de santé classique. Les gens ont des besoins spirituels face aux crises et à la mort, mais aussi lors de la naissance et d'un nouveau départ. Il y a des personnes qui restent fermement enracinées dans une religion ou une confession. Il y a des gens qui sont ouverts à ce «plus» mais qui n'ont pas d'histoire propre et qui cherchent encore les mots pour le dire. Et il y a des personnes qui excluent purement et simplement ce «plus». Je terminerai donc comme j'ai commencé: par un exemple narratif. Cette semaine, j'ai eu affaire à une famille qui se considérait comme non religieuse. Ils ont dû dire adieu à leur mère après un accident et une histoire de plusieurs mois entre espoir et crainte. Ils étaient prêts, ils étaient épuisés. Ils étaient ouverts et reconnaissants pour un entretien au cours duquel ils pouvaient raconter leur situation actuelle et y réfléchir. En tant que famille, ils ont très bien réussi à mettre cela en place. Mais à ce moment-là, il était utile de clarifier les rôles des enfants et du mari et de pou-

voir dire sans mauvaise conscience que chacun avait besoin d'un peu de repos après cette période éprouvante. Je n'avais pas grand-chose à faire, juste à écouter, à m'informer et à être là. Le temps est et reste le cadeau le plus précieux.

Bibliographie:

Voir le texte en allemand à la page 26.

Contact:

Dr. Kerstin Rödiger
Aumônière hospitalière
kerstin.roediger@usb.ch

Coronavirus

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



**NICHT VERPASSEN:
IMPFFEN LASSEN.**

**Jede
Impfung
zählt**



bag-coronavirus.ch/impfung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP

Diese Informationskampagne wird unterstützt durch folgende Organisationen:



VKS /
AMCS

KAV/APC



pharmaSuisse



mfe

pädlatrfe
schweiz



SGAIM SSMIG SSGIM

Klinische Patientenbeurteilung in der Anästhesiepflege – ein Projekt zur Praxisentwicklung

Anette Capraro, Jasmin Keller, Tanja Ljungqvist, Caroline Schmidlin, Joel Vögele, Simona Wittkowski, Ines Rossknecht

Die klinische Überwachung der Patientinnen ist eine der zentralen Aufgaben der Anästhesiepflege (Rahmenlehrplan AIN, OdASanté, 2019). Gemäss Standard 4. A. der Anästhesiepflege Schweiz «überwachen, analysieren und nutzen [Anästhesiepflegende] Daten aus den laufenden invasiven und nicht-invasiven Überwachungsmassnahmen.»

«Sie denken kritisch und demonstrieren klinisches Urteilsvermögen. Sie setzen dank ihres Wissens über Zusammenhänge schnell Prioritäten und wissen, welche Parameter für die Sicherheit der Patienten im jeweiligen speziellen Zusammenhang ausschlaggebend sind. Sie reagieren konstruktiv und korrekt auf unerwartete oder sich schnell verändernde Situationen und sind in der Lage, schwierige klinische Situationen kreativ und flexibel zu meistern». Entsprechend ist die klinische Patientenbeurteilung während einer Anästhesie eine der zentralen Kompetenzen, die während des Nachdiplomstudiums Anästhesiepflege vermittelt werden müssen.

Secrest, Norwood & Dumont (2005) empfehlen dringend, dass sich Lehrpersonen mit der Frage auseinandersetzen, welche Clinical Assessment Skills Pflegefachpersonen tatsächlich benötigen, um ihre Pflgetätigkeit professionell ausüben zu können. Pflege und im besonderen Fall eine konkrete Entwicklung der Praxis ist ein kontinuierlicher Prozess, der auf Steigerung der Effektivität in der patientenzentrierten Versorgung abzielt (Garbett/McCormack, 2002).

Im Mai 2019 stellte Dr. Hans-Rudolf Stoll (MScN) das Thema Clinical Assessment in der Pflege an einer Fortbildung für die Berufsbildnerinnen der Nachdiplomstudiengänge AIN an der Höheren Fachschule Z-INA vor. In dieser Fortbildung legte er die

Struktur und Bestandteile des Konzepts dar. Im Anschluss wurde die Rolle eines möglichen Clinical Assessment in der Anästhesiepflege im Team der Berufsbildnerinnen ergebnisoffen diskutiert. Unterstützt wurde die Gruppe durch Tobias Ries, MScN, dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF. Den Schwerpunkt der Diskussion bildeten folgende Fragen:

- Ist *Clinical Assessment* im Bereich Anästhesie und im entsprechenden Nachdiplomstudium hilfreich/wünschenswert?
- Wie können zukünftige Entwicklungen in den Fachbereich Anästhesiepflege integriert werden?

In einer ersten Sitzung wurden Chancen und Bedenken erarbeitet und diskutiert. Aufbauend darauf wurde besprochen, welche Elemente des Clinical Assessment bereits in der Praxis der Anästhesiepflege angewendet werden, wenn auch teilweise mit anderer Struktur oder unter anderen Begrifflichkeiten. Das Gremium der Berufsbildnerinnen sprach sich dafür aus, dass Teile des Clinical Assessment fokussiert auf die Anästhesiepflege im Nachdiplomstudium unterrichtet werden sollten. Die Anamnese, ein Element des klinischen Assessments, sollte in diversen Lektionen wie «Prämedikation» und «Anästhesie bei Nebenerkrankungen» vermehrt berücksichtigt werden (mit Schwerpunkt Lunge, Herz-Kreislauf und ZNS).

In der Folge wurden einzelne Lektionen im Curriculum des NDS HF Anästhesiepflege explizit um die klinischen Patientenbeurteilung ergänzt. Ebenso wurde die Lektion «Praxisentwicklung in der Anästhesie» neu darin integriert.

Eine Arbeitsgruppe aus Berufsbildnerinnen der Vertragsspitäler der Z-INA wurde gebildet. Die Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, einen Vorschlag eines Kriterienkatalogs zu erarbeiten, der auf die Möglichkeiten des Clinical Assessment eingeht. Eine Checkliste für die strukturierte Patientenbeurteilung als Hilfestellung wurde von den Mitgliedern dieser Arbeitsgruppe erstellt und in der Praxis evaluiert. Die Checkliste lehnt sich an das in der Anästhesiepraxis gut etablierte ABCDE-Schema an. Verschiedene Schwerpunkte für die Anwendung sind im perioperativen Setting, je nach Einsatz im prä-, intra- oder postoperativen Kontext, anwendbar.

Eine Wegleitung gibt einen umfassenden Überblick über die einzelnen Kriterien der Checkliste. Sie ist keine abschliessende Aufzählung, gibt aber Anhaltspunkte für die Lernbegleitung der Studierenden. Die Dokumente zur strukturierten Patientenbeurteilung sind Bestandteil des Unterrichts im Fach «Praxisentwicklung in der Anästhesiepflege» an der Z-INA. Sie sind ein zusätzliches Angebot. Es besteht jedoch keine Verpflichtung für die verschie-



denen Praxisorte und Vertragsspitäler, die klinische Patientenbeurteilung durch die Anästhesiepflegenden und NDS-HF-Studierenden nach den genannten Kriterien durchführen zu lassen. Die Dokumentation der Ergebnisse kann, wenn gewünscht, in die hausinternen Systeme integriert werden. Die Checkliste und die Wegleitung wurden dem Gremium der Berufsbildnerinnen vorgestellt und von diesem verabschiedet. Die Berufsbildnerinnen sprachen sich für eine gemeinsame Fortbildung zum Thema «Klinische Patientenbeurteilung in der Anästhesie» aus. Diese fand pandemiebedingt als Online-Fortbildung im Januar und April 2021 statt. Insgesamt nahmen 36 Berufsbildnerinnen daran teil. Theoretische Inputs zu den entwickelten Instrumenten und Diskussionen zur Umsetzung in der Praxis waren die Schwerpunkte der Fortbildung. Die diversen Einsatzmöglichkeiten der Checkliste – von der Einarbeitung über die Praxisbegleitung bis zur Patientensicherheit – wurden breit erörtert. Die Rückmeldungen und Diskussionen stimmen zuversichtlich, dass die Checkliste einen Mehrwert für die Praxis generieren kann.

Die Checkliste und die Wegleitung werden den Studierenden zukünftig im ersten Modul des NDS Anästhesiepflege abgegeben. Die Berufsbildnerinnen können die Instrumente zur klinischen Patientenbeurteilung in der Anleitung von Studierenden im klinischen Alltag nutzen. Eine erneute Evaluation der Erfahrungen, die Berufsbildnerinnen und Studierende mit den neuen Instrumenten gemacht haben, ist für 2022 geplant.

Definition:

Clinical Assessment verbindet die Fähigkeiten der Anamnese mit dem physischen und mentalen Status. Durch die kritische Reflexion der Daten führt dies zu einer Synthese, die die Basis für die weiteren klinischen Entscheidungen bildet. (Lindpaintner, 2009)

Disclaimer: Ausschliesslich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen in diesem Artikel sind somit geschlechtsneutral zu verstehen.

Literatur:

- Herion C, Egger L, Greif R & Violato C (2019). Validating international CanMEDS-based standards defining education and safe practice of Nurse Anesthetists. *International Nursing Review*, 66(3).
- Lindpaintner LS, Bischofberger I, Brenner A, Knüppel S, Scherer T, Schmid A, Schäfer M, Stoll HR, Stolz-Baskett P, Weyermann-Etter S, Hengartner-Kopp B (2009). Defining clinical assessment standards for bachelor's-prepared nurses in Switzerland. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(3):320-327.
- Secrest JA, Norwood BR & Dumont PMb(2005). Physical assessment skills: A descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of Professional Nursing*. 21(2):114-118.
- Mavis Weiting Tan, Fui Ping Lim, An ling Siew, Tracy Levett-Jones, Wei Ling Chua, Sok Ying Liaw (2021). Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education. *Nurse Education Today*. 10.1016/j.nedt.2021.104759, 99.
- Rahmenlehrplan AIN OdA Santé: https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/AIN/Rahmenlehrplan_NDS_HF_AIN.pdf
- Standards Anästhesiepflege Schweiz: https://siga-fsia.ch/files/Beruf/Standards/3.standards_anaesthesiepflege_schweiz.pdf

Kontakt:

Ines Rossknecht
Studiengangsleitung NDS HF
Anästhesiepflege
ines.rossknecht@oda-g-zh.ch

Évaluation clinique des patients dans les soins d'anesthésie – un projet de développement de la pratique

Anette Capraro, Jasmin Keller, Tanja Ljungqvist, Caroline Schmidlin, Joel Vögele, Simona Wittkowski, Ines Rossknecht

La surveillance clinique des patients est l'une des tâches centrales des soins d'anesthésie (plan d'études cadre AIU, OdASanté, 2019). Selon le standard 4. A. des Soins d'anesthésie Suisse, les experts en soins d'anesthésie «surveillent, analysent et évaluent les données des mesures de surveillance invasives et non-invasives en cours, en combinant réflexion critique et jugement clinique.»

«Définissent rapidement les priorités grâce à leurs connaissances approfondies du contexte spécifique et sont capables de déterminer quel paramètre est primordial pour la sécurité des patients pour chaque situation. Réagissent de manière correcte et en conséquence aux situations imprévues ou rapidement changeantes et sont en mesure de maîtriser des situations cliniques difficiles de manière créative et flexible.». En conséquence, l'évaluation clinique des patients pendant une anesthésie est l'une des compétences centrales qui doivent être acquises pendant les études post-diplôme en soins d'anesthésie.

Secrest, Norwood & Dumont (2005) recommandent vivement que les enseignants se penchent sur la question de savoir de quelles Clinical Assessment Skills (compétences d'évaluation clinique) les infirmières ont réellement besoin pour pouvoir exercer leur activité de soins de manière professionnelle. Les soins infirmiers et, dans le cas particulier, le développement concret de la pratique sont un processus continu qui vise à accroître l'efficacité des soins centrés sur le patient (Garbett/McCormack, 2002).

En mai 2019, le Dr Hans-Rudolf Stoll (MScN) a présenté le thème de l'évaluation clinique dans les soins infirmiers lors d'une formation continue destinée aux



formatrices des filières post-diplômes AIU à l'école supérieure Z-INA. Lors de cette formation, il a présenté la structure et les éléments du concept. Le rôle d'un éventuel Clinical Assessment (évaluation clinique) dans les soins d'anesthésie a ensuite fait l'objet d'une discussion ouverte aux résultats au sein de l'équipe des formatrices. Le groupe a été soutenu par Tobias Ries, MScN, expert diplômé en soins d'anesthé-

sie EPD ES. Les questions suivantes ont été au cœur de la discussion:

- Le Clinical Assessment est-il utile/désirable dans le domaine de l'anesthésie et dans les études post-diplôme correspondantes?
- Comment les développements futurs peuvent-ils être intégrés dans le domaine des soins d'anesthésie?

Lors d'une première séance, les chances et les doutes ont été élaborés et discutés. Sur cette base, il a été discuté des éléments du Clinical Assessment qui sont déjà utilisés dans la pratique des soins d'anesthésie, même si la structure ou les termes utilisés sont en partie différents. Le comité des formatrices s'est prononcé pour que certaines parties du Clinical Assessment soient enseignées dans le cadre des études post-diplôme, en se concentrant sur les soins d'anesthésie. L'anamnèse, un élément de l'évaluation clinique, devrait être davantage prise en compte dans les différents cours tels que «Prémédication» et «Anesthésie et co-morbidités» (avec un accent sur les poumons, le système cardiovasculaire et le SNC).

Par la suite, certains cours du curriculum de l'EPD ES en soins d'anesthésie ont été explicitement complétés par l'évaluation clinique du patient. De même, la leçon «Développement de la pratique en anesthésie» y a été intégrée.

Un groupe de travail composé de formatrices des hôpitaux conventionnés de la Z-INA a été constitué. Le groupe de travail a été chargé d'élaborer une proposition de catalogue de critères qui tienne compte des possibilités offertes par le Clinical Assessment. Une liste de contrôle pour l'évaluation structurée des patients en tant qu'aide a été élaborée par les membres de ce groupe de travail et évaluée dans la pratique. La check-list s'appuie sur le schéma ABCDE, bien établi dans la pratique de l'anesthésie. Différents points forts pour l'application sont utilisables dans le cadre péri opératoire, selon l'utilisation dans le contexte préopératoire, peropératoire ou postopératoire.

Un guide donne un aperçu plus complet des différents critères de la check-list. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais il donne des points de repère pour l'accompagnement de l'apprentissage des étudiants. Les documents relatifs à l'évaluation structurée des patients font partie intégrante de l'enseignement de la matière «Développement de la pratique en soins d'anesthésie» à la Z-INA. Ils constituent une offre supplémentaire. Il n'existe cependant aucune obligation pour les différents lieux de pratique et les hôpitaux conventionnés d'utiliser l'évaluation clinique des patients par les infirmières anesthésistes et les étudiants EPD ES selon les critères mentionnés. La documentation des résultats peut, si on le souhaite, être intégrée dans les systèmes internes de chaque lieu de travail.

La check-list et le guide ont été présentés au comité des formatrices et adoptés par celui-ci. Les formatrices se sont prononcées en faveur d'une formation continue commune sur le thème de «l'évaluation clinique des patients en anesthésie». En raison de la pandémie, cette formation a eu lieu en ligne en janvier et avril 2021. Au total, 36 formatrices y ont participé. Des apports théoriques sur les instruments développés et des discussions sur la mise en œuvre dans la pratique ont constitué les points forts de la formation. Les diverses possibilités d'utilisation de la check-list – de l'intégration à la sécurité des patients en passant par l'accompagnement dans la pratique – ont été largement débattues. Les réactions et les discussions permettent de penser que la check-list peut générer une plus-value pour la pratique.

La check-list et le guide seront à l'avenir remis aux étudiants dans le premier module des EPD en soins d'anesthésie. Les formatrices peuvent utiliser les instruments d'évaluation clinique des patients pour guider les étudiants dans leur quotidien clinique. Une nouvelle évaluation des expériences faites par les formatrices et les étudiants avec les nouveaux instruments est prévue pour 2022.

Définition:

L'évaluation clinique associe les compétences de l'anamnèse à l'état physique et mental. Grâce à la réflexion critique des données, cela conduit à une synthèse qui constitue la base des décisions cliniques ultérieures.

(Lindpaintner, 2009)

Avertissement: Dans le seul but de faciliter la lecture, nous avons renoncé à l'utilisation de la terminologie spécifique au genre. Toutes les désignations de personnes dans cet article sont donc à comprendre sans distinction de sexe.

Littérature:

Voir le texte en allemand à la page 33.

Contact:

Ines Rossknecht

Directrice d'études EPD soins d'anesthésie

ines.rossknecht@oda-g-zh.ch

Übergaberapport – und keiner hört zu?

Erfahrungen aus einem Workshop und einer Befragung

Astrid Braun, Luzia Vetter, Benjamin Albiez und Katharina Bosshart

Vertretende der Kommission «SIGA/FSIA practice» führten an der SwissAnaesthesia im Oktober 2021 im Palexpo in Genf den Workshop «Übergaberapport – und keiner hört zu» durch. Ein Inputreferat führte in die Thematik ein. Die grosse Bedeutung des Themas wurde anschliessend gemeinsam mit den Workshop-Teilnehmenden diskutiert. Die Ergebnisse wurden für eine mögliche Umsetzung in einer Agenda zusammengefasst.

übersehen oder die Situation des Patienten insgesamt falsch eingeschätzt werden, was zu Verzögerungen im Genesungsprozess und/oder höheren Gesundheitskosten führen kann (4).

Die Relevanz eines standardisierten Übergaberapports im perioperativen Bereich nimmt durch die zunehmende Arbeitsverdichtung zu. Ein optimaler Übergaberapport ist strukturiert, kurz und beinhaltet



V. l. n. r.: Benjamin Albiez, Luzia Vetter und Katharina Bosshart (Bilder: Astrid Braun)



Katharina Bosshart moderiert die Diskussion.

Der Übergaberapport der Anästhesie an die nachfolgende Pflegestation stellt ein wichtiges Puzzleteil in der Patientensicherheit dar. Deshalb setzten sich die Workshop-Teilnehmenden mit der Frage auseinander, was einen gelungenen Übergaberapport auszeichnet und wie dessen Qualität in der eigenen Institution verbessert werden kann. Eine kurze Befragung der Workshop-Teilnehmenden zu Beginn des Workshops zeigte, dass bislang nur in der Hälfte der vertretenen Institutionen ein standardisierter Übergaberapport eingesetzt wird. Als «Übergaberapport» versteht man die vorübergehende oder dauerhafte Übertra-

gung der professionellen Verantwortung und Zuständigkeit für einige oder alle Aspekte der Pflege und Betreuung eines Patienten oder einer Patientengruppe auf eine andere Person oder Berufsgruppe (1). Diese Informationsweitergabe kann mündlich und/oder schriftlich bzw. elektronisch erfolgen (2).

Informationsverluste, hervorgerufen durch menschliche Faktoren, Zeitdruck, Personalmangel und/oder Notfälle, können Fehler verursachen und so die Sicherheit der Patienten gefährden (3). Durch fehlerhafte, missinterpretierte oder einseitige Übergaberapporte können Gesundheitsrisiken

Besonderheiten wie Allergien sowie perioperative Vorkommnisse wie beispielsweise eine schwierige Intubation oder Maskenbeatmung. Die rapportierende Person spricht wertfrei, sachlich und besitzt Kenntnisse über den Patienten und den intraoperativen Verlauf. Die gemeinsame Durchsicht der Verordnungen sowie die Beantwortung

von Fragen mit den weiterbetreuenden Fachpersonen verbessern die Patientensicherheit. Die Mithilfe beim Transport bzw. Installieren/Monitorisieren sowie die gemeinsame Kontrolle von Drainagen, Verbänden und Einstichstellen gilt als förderlich für die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.

Als Kommission «SIGA/FSIA practice» interessierten wir uns für die Erfahrungen von Pflegefachpersonen bei der Patientenübergabe und führten dazu im Jahr 2020 eine Umfrage in vier Spitälern (Inselspital Bern, Kantonsspital Chur, Kantonsspital Luzern, Universitätsspital Zürich) unter Pflegefachpersonen durch. Daneben wurden 98 Übergaberapporte – anhand evidenzbasierter Kriterien und Protokolle – von Fachpersonen der Anästhesie an die Mitarbeitenden eines Auf-



wachraums beobachtet und ausgewertet. Die Beobachtungskriterien orientierten sich am ISBAR-Schema (5) (**I**dentifikation, **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment und **R**ecommendation) und wurden mit einer subjektiven Einschätzung zur Qualität durch die rapportempfangende Pflegefachperson ergänzt.

Ergebnisse

Die Mehrheit (64,3 %) der Beobachtungen fand im Aufwachraum statt, die restlichen im Umbetraum der Operationsabteilung. Die Übergaberapporte führten fast zur Hälfte die Pflegefachpersonen (45,9 %) durch. Die Patientenübergabe er-

folgte mehrheitlich anhand des Anästhesieprotokolls (73,5 %), welches zusammen besprochen wurde. Die Patientenidentifikation (Name und Geburtsdatum) war in mehr als der Hälfte (55,1 %) der Übergaberapporte vollständig. Bei 9,2 % der Übergaberapporte wurde weder der Name noch das Geburtsdatum genannt.

Das postoperative Prozedere konnte in 85,7 % der beobachteten Situationen genannt werden. Jedoch wurden die perioperativ eingelegten Zu- und Ableitungen bei 67,4 % der Beobachtungen nicht erwähnt und bei 77,6 % nicht gemeinsam kontrolliert.

Die Pflegefachpersonen aus dem Aufwachraum gaben an, dass sie meistens (84,7 %) die notwendigen Informationen für die postoperative Betreuung der Patienten erhalten haben und sich fast immer (93,9 %) bei der Patientenübergabe integriert fühlten.

Die Beobachtungen zeigten auf, dass in den Spitälern eine hohe Qualität bei den Übergaberapporten besteht. Gemäss diesen Resultaten ist die vollständige Patientenidentifikation sowie die gemeinsame Kontrolle von Zu- und Ableitungen bei Übergaben zu verbessern. Dies könnte mit inhaltlich strukturierten Übergabeprotokollen, die allen an den Übergaberapporten beteiligten Berufsgruppen bekannt sind, geschehen.

Workshop

Im gemeinsamen Workshop brachten die Teilnehmenden ihre Gedanken zur Optimierung des Übergaberapports ein. Die zu Beginn unter den Workshop-Teilnehmenden durchgeführte Kurzumfrage zeigte auf, dass die Patientensicherheit für alle ein zentrales Anliegen darstellt. Die Übergaberapporte werden gleichermassen von Anästhesisten und Anästhesiepflegenden im Umbetraum (Schleuse) oder Aufwachraum gehalten und dienen als Kommunikationsinstrument. Die Frage «Was braucht es für einen optimalen Übergaberapport?» wurde aus den verschiedenen Blickwinkeln – Pflegende in der Anästhesie, im Aufwachraum und auf der Bettenstation – mit den Workshop-Teilnehmenden angeregt im Plenum diskutiert.

Einerseits können Übergaberapporte durch technische Hilfsmittel unterstützt und

mit entsprechendem Training verbessert werden und andererseits müssen die Rahmenbedingungen wie beispielsweise ein ruhiger Ort und eine hilfreiche Struktur vorhanden sein.

Als Voraussetzungen für die Durchführung eines optimalen Übergaberapports wurden die Wertschätzung, Ehrlichkeit und Transparenz von allen Parteien sowie ein gegenseitiges Verständnis für die Arbeit und die Arbeitsprozesse genannt.

Synthese

Die Diskussion mit den Workshop-Teilnehmenden ergab nicht nur spannende, sondern auch überraschende Erkenntnisse und Einsichten, die sich zu einer Agenda für einen gelungenen Übergaberapport zusammenfassen lassen:

- Die Struktur und der Ablauf des Übergaberapports sind definiert und ausformuliert und folgen den Vorgaben des ISBAR-Schemas (WHO-Empfehlung).
- Der Übergaberapport erfolgt durch eine Person, welche über die relevanten Kenntnisse des bisherigen Behandlungsverlaufs verfügt.
- Die rapportierende Person vergewissert sich, dass die zuhörende Person über die notwendigen Kompetenzen verfügt («Skill-Grade-Mix»).
- Respektvolles und konzentriertes Zuhören ist Voraussetzung, damit die Informationen nicht nur vollständig kommuniziert, sondern auch vollständig verstanden werden können.
- Die Rapportempfangende(n) fassen die erhaltenen Informationen bestätigend zusammen («Close the loop»).

Für den Prozess des Übergaberapports muss folgendes geklärt sein:

- Die leitenden Personen (Management) definieren die Rahmenbedingungen (Ort, Zeit, beteiligte Personen, Rückfragemöglichkeit) und fordern die Qualität des Übergaberapports ein.
- Werden Übergaberapporte basierend auf elektronischen Hilfsmitteln durchgeführt, müssen diese (bspw. als Tablet) verfügbar sein, da deren Fehlen die Übergabe unsicher und unvollständig werden lässt.
- Einheitliche Perfusoren-/Infusionen-Dosierungen und -Programmierungen helfen, Applikationsfehler zu vermeiden.

Ausblick

Die Implementierung einer strukturierten Patientenübergabe braucht Training. Gelungene und hilfreiche Beispiele hierfür können die Übergaberapporte im Schockraum sein.

Die Checkliste für eine sichere Chirurgie hat sich im Operationssaal als erfolgreiche Sicherheitsmassnahme etabliert. Während des Workshops konnte herausgearbeitet werden, dass der Übergaberapport zwischen der Anästhesie und der nachfolgenden Betreuungseinheit als ein notwendiger, sinnvoller und noch zu erweiternder Aspekt im Rahmen der Checkliste angesehen wird. Die Kommission «SIGA/FSIA practice» leitet dieses zentrale Anliegen an die Stiftung Patientensicherheit weiter mit der Bitte um Prüfung und Umsetzung.

Literatur:

1. Manser, T. & Foster, S. Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, (2011); 25(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.006>
2. Grosjean, M. From multi-participant talk to genuine polylogue: shift-change briefing sessions at the hospital. *Journal of Pragmatics*, (2004); 36, 25–52. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(03\)00035-3](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(03)00035-3)
3. Ferrara, P., Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A. & Destrebecq, A. A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, (2017); 26(15), 882–888. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.15.882>
4. Holly, C. & Poletick, E. B. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, (2013); 23, 2387–2396. <https://doi.org/10.1111/jocn.12365>
5. Merkel, M. J., Von Dossow, V., & Zwißler, B. Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin. *Der Anaesthesist*, (2017); 66(6), 396–403.

Kontakt/Contact:

Astrid Braun
ZHAW Gesundheit, Institut für Pflege
ZHAW Santé, institut pour les soins
astrid.braun@zhaw.ch

Transmissions – et personne n'écoute?

Expériences tirées d'un atelier et d'un sondage

Astrid Braun, Luzia Vetter, Benjamin Albiez et Katharina Bosshart

Des représentants de la commission «SIGA/FSIA practice» ont organisé l'atelier «Transmissions – et personne n'écoute» lors du congrès SwissAnaesthesia en octobre 2021 à Palexpo à Genève. Un exposé a permis d'introduire le sujet. La grande importance du thème a ensuite été discutée avec les participants à l'atelier. Les résultats ont été résumés dans un programme en vue d'une éventuelle mise en œuvre.

Les transmissions de l'anesthésie à l'unité de soins suivante représentent une pièce importante du puzzle de la sécurité des patients. C'est pourquoi les participants à l'atelier se sont penchés sur la question de savoir ce qui caractérise un rapport de transfert réussi et comment sa qualité peut être améliorée dans leur propre institution.

Une brève enquête menée auprès des participants au début de l'atelier a montré que seule la moitié des institutions représentées utilisait jusqu'à présent des transmissions standardisées.

Par «transmissions», on entend le transfert temporaire ou permanent de la responsabilité et de la compétence professionnelles pour certains ou tous les aspects des soins et de la prise en charge d'un patient ou d'un groupe de patients à une autre personne ou à un groupe professionnel (1). Ce transfert d'informations peut se faire oralement et/ou par écrit ou par voie électronique (2).

Les pertes d'informations dues à des facteurs humains, à la pression du temps, au manque de personnel et/ou aux urgences peuvent être à l'origine d'erreurs et mettre

ainsi en danger la sécurité des patients (3). Des transmissions erronées, mal interprétées ou unilatérales peuvent faire passer à côté de risques pour la santé ou entraîner une mauvaise appréciation globale de la situation du patient, ce qui peut entraîner des retards dans le processus de guérison et/ou une augmentation des coûts de la santé (4).

L'importance de transmissions standardisées dans le domaine péri opératoire augmente en raison de l'intensification croissante du travail. Un rapport optimal est structuré, bref et comprend des particularités telles que les allergies ainsi que les incidents péri opératoires, comme par exemple une intubation difficile ou une ventilation au masque. La personne qui donne le rapport s'exprime sans jugement de valeur, de manière objective et possède des connaissances sur le patient et le déroulement peropératoire. Un regard commun sur les prescriptions ainsi que les réponses aux questions avec les professionnels de la santé qui assurent

le suivi améliorent la sécurité du patient. L'aide au transport ou à l'installation/au monitoring ainsi que le contrôle commun des drains, des pansements et des points d'injection sont considérés comme des facteurs favorisant la collaboration entre les groupes professionnels.

En tant que commission «SIGA/FSIA practice», nous nous sommes intéressés aux expériences des infirmiers/infirmières lors du transfert des patients et avons mené à cet effet une enquête en 2020 auprès des infirmiers/infirmières dans quatre hôpitaux (Hôpital de l'Île à Berne, Hôpital cantonal de Coire, Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpital universitaire de Zurich). En outre, 98 transmissions par des spécialistes de l'anesthésie aux collaborateurs d'une salle de réveil ont été observées et évaluées - sur la base de critères et de protocoles basés sur l'évidence. Les critères d'observation se basaient sur le schéma ISBAR (5) (Identification, Situation, Background, Assessment et Recommandation) et ont été complétés par une évaluation subjective de la qualité par l'infirmier(ère) destinataire du rapport.

Résultats

La majorité (64,3 %) des observations ont eu lieu en salle de réveil, les autres dans le sas de la salle d'opération. Les rapports de transfert ont été effectués presque pour moitié par les infirmiers/infirmières (45,9 %). Les transmissions des patients se sont faites majoritairement à l'aide du protocole d'anesthésie (73,5 %) dont il a été discuté conjointement. L'identification du patient (nom et date de naissance) était complète dans plus de la moitié (55,1 %) des rapports. Dans 9,2 % des transmissions, ni le nom ni la date de naissance n'étaient mentionnés.

La procédure postopératoire a pu être mentionnée dans 85,7 % des situations observées. Cependant, les voies d'abord et les drains mis en place en péri opératoire n'ont pas été mentionnées dans 67,4 % des observations et n'ont pas été contrôlés ensemble dans 77,6 % des cas.

Les infirmières de la salle de réveil ont indiqué qu'elles avaient le plus souvent (84,7 %) reçu les informations nécessaires à la prise en charge postopératoire des patients et qu'elles se sentaient presque

toujours (93,9 %) intégrées lors du transfert des patients.

Les observations ont montré qu'il existe dans les hôpitaux une qualité élevée de transmissions lors des transferts. Selon ces résultats, il convient d'améliorer l'identification complète des patients ainsi que le contrôle commun des voies veineuses et artérielles et des drains lors des transferts. Cela pourrait se faire par le biais de protocoles de transmissions structurés en terme de contenu et connus de tous les groupes professionnels impliqués dans les transferts.

Atelier sur le thème des transmissions

Lors de l'atelier commun, les participants ont fait part de leurs réflexions sur l'optimisation des transmissions. Le bref sondage effectué au début de l'atelier parmi les participants a montré que la sécurité des patients est une préoccupation centrale pour tous. Les transmissions sont faites à la fois par les médecins et les infirmier(ère)s anesthésistes dans le sas de la salle d'opération ou en salle de réveil et servent d'instrument de communication.

La question «Que faut-il pour des transmissions optimales?» a fait l'objet d'une discussion animée en plénum avec les participants à l'atelier, sous différents angles - soignants en anesthésie, en salle de réveil et en unité de soins.

D'une part, les rapports peuvent être soutenus par des moyens techniques et améliorés par un entraînement approprié et, d'autre part, les conditions cadres, comme par exemple un lieu calme et une structure aidante, doivent être disponibles.

L'estime, l'honnêteté et la transparence de toutes les parties ainsi qu'une compréhension mutuelle du travail et des processus de travail sont citées comme étant les conditions préalables à la réalisation de transmissions optimales.

Synthèse

La discussion avec les participants à l'atelier a engendré des idées et des découvertes non seulement passionnantes, mais aussi surprenantes. Elles peuvent être résumées dans un programme pour des transmissions réussies:

- La structure et le déroulement du rapport de transmission sont définis et formulés

et suivent les directives du schéma ISBAR (recommandation de l'OMS).

- Le rapport est transmis par une personne disposant des connaissances pertinentes sur le déroulement du traitement jusqu'à présent.
- La personne qui établit le rapport s'assure que la personne qui écoute dispose des compétences nécessaires («skill-grade-mix»).
- Une écoute respectueuse et concentrée est une condition préalable pour que les informations puissent non seulement être communiquées dans leur intégralité, mais également comprises dans leur intégralité.
- Le/la destinataire du rapport confirme, en résumant, les informations reçues («Close the loop»).

Pour le processus de transmission, les points suivants doivent être clarifiés:

- Les personnes dirigeantes (management) définissent les conditions-cadres (lieu, heure, personnes impliquées, possibilité de demander des précisions) et exigent la qualité des transmissions.
- Si les rapports de transfert sont établis sur la base d'outils électroniques, ceux-ci doivent être disponibles (p.ex. sous forme de tablette), car leur absence rend les transmissions incertaines et incomplètes.
- Des dosages et des programmations unifiées des perfuseurs et des perfusions permettent d'éviter les erreurs d'application.

Perspective

La mise en œuvre d'un transfert de patient structuré nécessite de l'entraînement. Les transmissions en salle de déchocage en sont un exemple réussi et utile.

La check-list pour une chirurgie sûre s'est établie comme une mesure de sécurité efficace en salle d'opération. Au cours de l'atelier, il a pu être mis en évidence que le rapport de transfert entre l'anesthésie et l'unité de soins suivante est considéré comme un aspect nécessaire, judicieux et encore à développer dans le cadre de la liste de contrôle. La commission «SIGA/FSIA practice» transmet cette demande centrale à la Fondation pour la sécurité des patients en lui demandant de l'examiner et de la mettre en œuvre.

Coronavirus

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER :**



**À NE PAS MANQUER :
FAITES-VOUS VACCINER.**

**Chaque
vaccination
compte**

ofsp-coronavirus.ch/vaccination



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP

Cette campagne d'information est soutenue par les organisations suivantes :



VKS /
AMCS

KAV/APC



pharmaSuisse



mfe

pédiatrie
suisse



SGAIM SSMIG SSGIM