

Anästhesie Journal d'anesthésie d'anestesia

SIGA
FSIA



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



02 | 2021

- **Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz**
- Kontaktisolation reduziert Infektionen
- Normale Alltagsgeräusche oder Lärm?

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 2, Juli 2021 |
Journal d'anesthésie 2, juillet 2021
Offizielles Organ der Schweizerischen
Interessengemeinschaft für
Anästhesiepflege SIGA/FSIA |
Organe officiel de la Fédération Suisse des
infirmiers (ères) anesthésistes SIGA/FSIA

Erscheint vierteljährlich |
Paraît trimestriellement

Auflage: 2100 Exemplare |
Edition: 2100 exemplaires

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird teilweise auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für Frauen und Männer. | Pour des raisons de lisibilité, nous avons partiellement renoncé à l'emploi simultané de la forme masculine et de la forme féminine. Toutes les désignations de personnes se rapportent aux personnes des deux sexes.

**Verlag, 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
Susan Elmer
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 3/21 13. August 2021 |
Edition 3/21 13 août 2021

© 2021 Verlag Anästhesie Journal |
© 2021 Journal d'anesthésie éditions



Titelbild:
Berufsethos Anästhesiepflege
Schweiz



Liebe Mitglieder der SIGA/FSIA
Liebe Leserinnen und Leser

Nach knapp drei Jahren ist dieses Journal die letzte Ausgabe, die mit meiner Beteiligung entstanden ist. Wie Sie in diesem Heft erfahren werden, war ich insgesamt fünf Monate auf einer Intensivstation eines Zentrumsspitals beschäftigt. Etwa gleich freiwillig wie Sie, die auch diese Erfahrung machten.

Um die Jahreswende kapitulierte mein Körper und ich musste mich gewissermassen «geschlagen geben». Emotional und körperlich ausgelugt, geriet ich in ein Vakuum. Zu gesund, um mich krank zu fühlen, zu ausgelugt, um meine Kräfte für die Pflege der Patienten aufzubringen. Die Zeit des Zusammenbruchs war auch eine Zeit der Reflexion. Da

fiel die Entscheidung, dass ich mich vom ehrenamtlichen Wirken für die SIGA/FSIA zurückziehen würde. Die zusätzliche Verantwortung zur Erwerbsarbeit im Spital und die Aufgaben als Unternehmerin waren in meinen Gedanken zu viel für mich. Insofern bedauere ich, dass ich der Editorial-Kommission nur kurz angehören konnte. Doch meine Gesundheit und Leistungsfähigkeit haben für mich Priorität. Ich kann nur dann einen guten Job vollbringen, wenn ich auch wirklich belastbar und leistungsfähig bin.

In diesem Journal finden Sie nebst persönlichen Erfahrungsberichten auch einen Artikel über das Berufsethos der Anästhesiepflege. Meines Erachtens ein wichtiger Bestandteil im Fundament unserer hochspezialisierten Dienstleistung.

Die Kontaktisolation kennen wir schon seit Anbeginn unserer Grundausbildung und nie hätten wir gedacht, dass uns das Thema «Isolation» so lange am Stück beschäftigen würde. Im Artikel «Kontaktisolation» gibt uns Regine Christen einen kurzen Überblick über die häufigsten multiresistenten Keime.

Last but not least hat sich die Event-Kommission mit der Austragung der zweiten virtuellen Version unseres SIGA/FSIA Kongresses mächtig ins Zeug gelegt! Es war eine qualitativ hochstehende Fortbildung, die hervorragend organisiert war. Auch wenn wir auf einen gelungenen Anästhesiekongress 2021 zurückblicken können, hoffe ich fest, dass wir uns in naher Zukunft wieder im KKL treffen und uns gemeinsam der Bildung widmen können. Auch wenn wir in unserem Arbeitsfeld nicht ans Home Office gebunden sind, gewisse soziale Kontakte kommen halt eben doch zu kurz.

Ich wünsche Ihnen allen eine wunderbare Sommerzeit, bleiben Sie gesund und achten Sie auf Ihr Wohlbefinden.

Ihre Susan Elmer
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF
Editorial Board SIGA/FSIA

Inhaltsverzeichnis | Sommaire

News	4
Politik in Bewegung	5
Politique en mouvement	5
Anästhesiekongress SIGA/FSIA 2021	6
Congrès d'anesthésie SIGA/FSIA 2021	7
Posterausstellung am Anästhesiekongress Guided Tour	8
Présentation de posters durant le congrès d'anesthésie – visite guidée	9
Interview mit Andrea Meichtry	10
Interview de Andrea Meichtry	11
Agenda	12
e-log – praxisnahes Lernen	14
Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz	16
Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse	18
Kontaktisolation reduziert Infektionen	21
Ein Erfahrungsbericht aus der Intensivstation	22
Anästhesie auf fremden Pfaden – Schulungen zu «SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltests»	25
Ausgeliefert und nicht gehört	26
Normale Alltagsgeräusche oder Lärm?	28
Diplomarbeit	31
Buchempfehlung	31

Hauptversammlung SIGA/FSIA an der SwissAnaesthesia 2021

Die SwissAnaesthesia 2021 der SGAR und SIGA/FSIA findet vom 28.-30. Oktober 2021 in Palexpo Genf statt. Die SIGA/FSIA organisiert wie jedes Jahr am Freitag, 29. Oktober interessante deutsche oder französische Workshops rund um die Anästhesiepflege. Die HV der SIGA/FSIA findet am Freitag von 10.30 bis 12.00 Uhr statt. Die Jahresrechnung 2020 wurde auf der Website www.siga-fsia.ch publiziert unter «Mitglieder» – «Ihre SIGA/FSIA».

Weitere Informationen zur SwissAnaesthesia 2021 finden Sie auf www.bbscongress.ch/2021

SIGA/FSIA editorial board sucht Sie!

Aufgabe der Kommission SIGA/FSIA editorial board ist es, vier Mal jährlich das Anästhesie Journal herauszugeben. Dieses Organ soll zukünftig verstärkt mit Online-Medien und Social Media verknüpft werden. Dazu brauchen wir Ihre Verstärkung! Weitere Informationen finden Sie auf www.siga-fsia.ch/sigafsia/offenemandate

Willkommen, liebe Funktionäre

Stefanie Stücheli und Silvan Engi sind in die SIGA/FSIA prehospital care und Jaques Berthod ist in die SIGA/FSIA ed-

ucation eingetreten. Wir begrüßen euch herzlich und freuen uns auf eure tatkräftige Unterstützung!



Danke und bye bye, liebe Funktionäre!

Wir verabschieden Susan Elmer aus dem SIGA/FSIA editorial board und Daniela Lehmann aus der SIGA/FSIA event. Wir danken für ihr Engagement für die SIGA/FSIA und wünschen ihnen weiterhin alles Gute!

News

L'assemblée générale de la SIGA/FSIA au congrès SwissAnaesthesia 2021

Le congrès SwissAnaesthesia de la SSAR et de la SIGA/FSIA aura lieu du 28 au 30 octobre 2021 à Palexpo Genève. Comme chaque année, la SIGA/FSIA organise des ateliers intéressants sur les soins d'anesthésie en allemand et en français. L'assemblée générale aura lieu le vendredi, 29 octobre de 10h30 à 12h00. Les comptes annuels 2020 ont été publiés sur le site internet www.siga-fsia.ch/fr sous «Membres» – «Votre SIGA/FSIA». Vous trouverez plus d'information sur le congrès SwissAnaesthesia 2021 sur www.bbscongress.ch/fr/2021

Publicité GIAL Symposium du 25.09.2021

Pour toi qui es en quête de nouvelles connaissances ! Tu aimerais participer à

un congrès avec des sujets qui pourraient t'inspirer et ouvrir de nouveaux horizons? C'est possible grâce au tout premier webinar du GIAL qui se tiendra la matinée du 25 septembre 2021. Tu auras la chance de nous suivre en direct, de ton canapé ou de ta chaise longue!

Comme d'habitude, l'intégralité du contenu sera traduit en italien. Alors réserve la date: Samedi, 25 septembre 2021.

La SIGA/FSIA editorial board cherche du renfort!

La SIGA/FSIA editorial board est une commission de la SIGA/FSIA qui a pour tâche de publier le Journal d'anesthésie quatre fois par année. À l'avenir, cet organe doit être relié aux médias en ligne et aux médias sociaux. Nous avons besoin de renfort! Vous trouverez plus d'informations sur www.siga-fsia.ch/fr/sigafsia/offenemandate

Soyez les bienvenus, chers responsables!

Stefanie Stücheli et Silvan Engi ont rejoint la SIGA/FSIA prehospital care et Jaques Berthod a rejoint la SIGA/FSIA education. Nous vous souhaitons cordialement la bienvenue et nous nous réjouissons de votre soutien actif!



Merci et au revoir, chers responsables!

Nous prenons congé de Susan Elmer de la SIGA/FSIA editorial board et de Daniela Lehmann de la SIGA/FSIA event. Nous les remercions pour leur engagement pour la SIGA/FSIA et leur adressons nos meilleurs vœux pour l'avenir!

News

Pubblicità GIAL Symposium 25.09.2021

Per te che sei alla ricerca di novità! Vorresti partecipare ad un congresso con argomenti e tematiche che potrebbero

farti conoscere nuovi orizzonti? Tutto ciò è possibile grazie al primo webinar del GIAL che si terrà durante la mattinata di sabato 25 settembre 2021. Avrai la possibilità di poterlo seguire direttamente dal tuo comodo divano di casa!

Come sempre, l'intero congresso, sarà tradotto in italiano. Cosa aspetti? Riserva la data: Sabato 25 settembre 2021.

POLITIK IN BEWEGUNG

Im Moment ist die politische Situation so spannend, wie ich sie noch selten erlebt habe und es ist mir ein Anliegen, Ihnen die Sachlage rund um die Pflegeinitiative zu verdeutlichen.

Am 19. März 2021 hat das Parlament dem indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative zugestimmt. Dieser sieht vor, dass bestimmte Pflegeleistungen direkt und ohne ärztliche Verordnung von den Krankenkassen bezahlt werden müssen. Somit ist zum ersten Mal der eigenverantwortliche Bereich der Pflegefachpersonen im Krankenversicherungsgesetz verankert. Zudem beinhaltet der Gegenvorschlag eine Ausbildungsoffensive, dank der die Zahl der Abschlüsse zur diplomierten Pflegefachperson erhöht werden soll. Insgesamt stellen Bund und Kantone während acht Jahren eine Milliarde Franken für die Ausbildungsoffensive zur Verfügung.

Leider sieht der Gegenvorschlag keine Massnahme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor. Das Problem der vielen Berufsaussteigerinnen wird mit dem Gegenvorschlag so nicht gelöst. Wir dürfen nicht vergessen dass, allein in der Schweiz pro Jahr etwa 2400 Pflegefachpersonen

aus dem Beruf aussteigen, um sich neu zu orientieren. Diese Zahl wird gemäss «International Council of Nurses» (ICN) aufgrund der Pandemie noch ansteigen. Im Mai 2021 waren 6124 offene Stellen in der Pflege allein in der Schweiz ausgeschrieben.

Die beschlossenen Investitionen der Ausbildungsoffensive sind somit, wie beschrieben nur ein Teil des Problems und auch dies wird ein Fass ohne Boden, solange die Pflegenden nicht in den Betrieben und der Pflege verbleiben. Daher sind Massnahmen wie beispielsweise genügend diplomierte Pflegefachpersonen auf den Schichten, ein besseres Gehalt und eine bessere Vereinbarkeit des Berufes mit der Familie, eine aktive und gezielte Förderung von Mitarbeitenden und deren kontinuierliche Fortbildung unbedingt notwendig, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Pflegefachpersonen länger im Beruf zu halten.

Der Ständerat ist anderer Meinung. Aus ihrer Sicht sei es Sache der Kantone und Arbeitgeber, Lösungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu entwickeln und empfahl, die Pflegeinitiative abzulehnen.

Nach Konsultation verschiedener Gremien hält das Initiativkomitee fest, dass der vom Parlament vorgelegte Gegenvorschlag nicht ausreichend ist. Daher werden sie an der Pflegeinitiative festhalten. Über den Abstimmungstermin wird der Bundesrat im Sommer entscheiden. Jetzt gilt es, möglichst viele Stimmen für unsere Anliegen zu gewinnen. Hier finden Sie alle Informationen: www.pflegeinitiative.ch Meine Tätigkeit innerhalb der SIGA/FSIA bereitet mir weiterhin viel Freude. Die Arbeit ist zwar nach wie vor stark von der Pandemie geprägt und einige Projekte sind in Verzug geraten. Umso mehr freut es mich, dass wir in dieser Ausgabe das Berufsethos der Anästhesiepflege Schweiz präsentieren dürfen. Ich kann es kaum erwarten, die ethischen Grundsätze in meinem Berufsalltag bewusst zu leben und mich weiterhin für die hohe Qualität der Patientenversorgung einzusetzen. Ich hoffe, dass auch Sie die Auseinandersetzung mit dem Berufsethos inspirieren wird, um Ihre Anästhesiepflege Praxis zu verfeinern. Ich wünsche Ihnen viel Freude und weiterhin viel Erfolg bei Ihrer Tätigkeit der Anästhesiepflege.

Michèle Giroud, Präsidentin

POLITIQUE EN MOUVEMENT

En ce moment, la situation politique est plus passionnante que jamais et je ne peux m'empêcher de vous informer sur l'initiative sur des soins infirmiers forts.

Le 19 mars 2021, le Parlement a approuvé le contre-projet indirect. Celui-ci prévoit la prise en charge directe de certaines prestations de soins par les caisses d'assurance maladie sans prescription médicale. Ainsi, pour la première fois, le domaine autonome des professionnels infirmiers est ancré dans la loi sur l'assurance maladie.

En outre, le contre-projet comprend une offensive de formation, grâce à laquelle le nombre de diplômes d'infirmiers doit être augmenté. La Confédération et les cantons mettent à disposition un milliard de francs sur huit ans pour l'offensive de formation.

Pour être honnête, ce contre-projet ne répond qu'à une fraction des exigences de l'initiative pour des soins infirmiers forts. Les mesures visant à maintenir plus longtemps les infirmier(e)s qualifié(e)s dans la profession font totalement défaut. Il ne faut pas oublier que rien

qu'en Suisse, environ 2400 infirmier(e)s quittent la profession chaque année pour s'engager dans une nouvelle voie. Selon le Conseil international des infirmières (CII), ce nombre va encore augmenter en raison de la pandémie. En mai 2021, rien qu'en Suisse, 6124 postes vacants en soins infirmiers ont été publiés.

Les investissements décidés dans l'offensive de formation ne seront durables que si les infirmier(e)s formé(e)s restent dans la profession, sinon les milliards promis seront engloutis dans un puits sans fond sans résoudre les problèmes. C'est pourquoi des mesures telles qu'un nombre suffisant d'infirmières qualifiées dans les équipes, un meilleur salaire et une meilleure compatibilité de la profession avec la vie familiale, l'activité physique et la formation continue sont absolument nécessaires pour améliorer les conditions de travail et maintenir les infirmières qualifiées plus longtemps dans la profession.

Le Conseil des États est d'un avis différent. Ils estiment qu'il appartient aux cantons et aux employeurs d'élaborer des solutions pour améliorer les conditions de tra-

vail et recommandent de rejeter l'initiative sur les soins.

Après avoir consulté diverses instances, le comité d'initiative estime que le contre-projet présenté par le Parlement est insuffisant. Ils s'en tiendront donc à l'initiative sur les soins infirmiers. Le Conseil fédéral décidera de la date de la votation au cours de l'été. Il s'agit maintenant de gagner le plus de voix possible pour notre cause. Vous pouvez trouver toutes les informations ici: www.pour-des-soins-infirmiers-forts.ch

Je continue à apprécier mon travail au sein de la SIGA/FSIA. Le travail est encore fortement influencé par la pandémie et certaines affaires ont pris du retard. C'est pourquoi la publication du code de déontologie des soins d'anesthésie Suisse m'a rendue d'autant plus heureuse. J'ai hâte d'appliquer les principes éthiques dans ma vie professionnelle quotidienne et de continuer à m'investir dans la qualité des soins aux patients. J'espère que le fait de se pencher sur le code de déontologie vous incitera à affiner votre pratique des soins d'anesthésie.

Michèle Giroud, présidente

Anästhesiekongress SIGA/FSIA 2021

Kommission SIGA/FSIA event



Liebe SIGA/FSIA-Mitglieder

Ihr könnt euch nicht vorstellen, welche Freude wir hatten, als wir gesehen haben, dass der Kongress 2021 zum Thema «0816 alles ausser gewöhnlich» so gut gebucht wurde. 660 Personen hatten sich angemeldet. Mit viel Freude haben wir 200 VIP-Pakete verpackt, welche euch durch den Kongressalltag begleiteten. Auch die Briefe, mit leckerem Popcorn, wurden zeitgleich verpackt und versendet.

Wie passend war das Thema «0816 alles ausser gewöhnlich»! Die Zeit ist immer noch nicht gewöhnlich, so fand die dies-



jährige Tagung das zweite Mal als Webinar statt. Mit dem Avarel Studio wussten wir einen starken Partner an unserer Seite, konnten viele Eindrücke sammeln und schätzten die Zusammenarbeit sehr. So konnten wir ein gutes Webinar-Erlebnis bieten.

Es war uns wichtig, dass ihr einen gleichwertigen Kongress erleben konntet. Über Social Media konnten wir mit euch das Meeting erleben und sehen, wie ihr den Kongresstag verbracht habt. Herzlichen Dank, für all die tollen Fotos und Impressionen. Mit Freude werden wir eure Aufnahmen betrachten, das Siegerbild ziehen und es euch präsentieren.

Dieses Jahr konnten wir euch auch eine virtuelle Industrieausstellung bieten. Die beteiligten Firmen sind für unseren Kongress sehr wichtig und tragen einen grossen Teil dazu bei, dass wir eine solche Tagung durchführen können.



Wie jedes Jahr ist auch heuer nach dem Kongress auch vor dem Kongress und somit sind wir fliessend in die Planung der nächstjährigen Austragung übergegangen.

Wir freuen uns sehr, euch am 23. April 2022 zum Thema «Durch Dick & Dünn» zu begrüssen. Wir hoffen sehr, dass wir diesen Kongress wieder im KKL Luzern live durchführen können. Reserviert euch das Datum bereits, lasst euch überraschen und seid gespannt, was euch im nächsten Jahr erwartet.

In dieser immer noch ungewissen und nicht einfachen Zeit lasst uns gemeinsam «Durch Dick & Dünn» gehen – und tragt Sorge zu euch.

Eure Event-Kommission



Congrès d'anesthésie SIGA/FSIA 2021

Kommission SIGA/FSIA event



Chers membres SIGA / FSIA

Vous ne pouvez pas imaginer la joie que nous avons eue en voyant qu'il y avait autant d'inscriptions pour le congrès 2021 sur le thème «0816, sortir du cadre, tout sauf ordinaire». 660 personnes se sont inscrites. Nous avons été ravis d'emballer 200 paquets VIP qui vous ont accompagnés pendant toute la durée du congrès. Simultanément, les lettres avec de délicieux pop-corn ont également été emballées et envoyées.

Comme le sujet «0816, sortir du cadre, tout sauf ordinaire» était approprié! Les temps ne sont toujours pas habituels, c'est pourquoi le congrès de cette année s'est déroulé, pour la deuxième fois, sous forme de webinar. Avec Avel Studio, nous savions que nous avions un bon partenaire à nos côtés. Nous avons pu recueillir beaucoup d'impressions et nous avons vraiment apprécié la coopération. Nous avons donc pu offrir une bonne expérience de webinar.

Il était important pour nous que vous puissiez vivre un congrès équivalent aux autres années. Grâce aux réseaux sociaux, nous avons pu vivre la rencontre avec vous et voir comment vous avez passé cette journée de congrès. Merci beaucoup pour toutes ces belles photos et impressions. C'est avec grand plaisir que nous regarderons vos



clichés, désignerons la photo gagnante et vous la présenterons.

Cette année nous avons également pu vous proposer une exposition industrielle virtuelle. Les entreprises impliquées sont très importantes pour notre congrès et contribuent largement au fait que nous puissions organiser un tel événement et le partager avec vous.

Comme chaque année, après le congrès est aussi avant le congrès et nous avons donc commencé tout tranquillement la planification pour le congrès 2022. Nous nous réjouissons de vous accueillir le 23 avril 2022 sur le thème «Contre vents et



marées». Nous espérons vivement pouvoir organiser à nouveau ce congrès en live au KKL de Lucerne. Alors réservez cette date dès maintenant, laissez-vous surprendre et réjouissez vous de ce qui vous attend l'année prochaine.

En cette période encore incertaine et difficile, avançons ensemble «Contre vents et marées». Prenez soin de vous.

Votre commission «Event»



Posterausstellung am Anästhesiekongress Guided Tour

Auch in diesem Jahr stellten Studierende NDS/HF Anästhesiepflege Ihre Arbeiten in Form eines Posters am SIGA/FSIA Kongress vor. Für Bereitschaft ein Poster zu erstellen und dieses vor über 600 Teilnehmenden, hinter den Bildschirmen vorzustellen, möchten wir uns bei den Autoren ganz herzlich bedanken.

Eine prägnante Kurzpräsentation in diesen ungewöhnlichen Zeiten zu formulieren, ohne einen direkten Bezug zu einem Publikum, stellt für alle Referenten eine grosse Herausforderung dar und verdient daher unseren höchsten Respekt. Dem diesjährigen Gewinner des Poster-Preis, Herrn Joss, möchten wir zu seiner

Arbeit im Namen des Editorial, aber auch aller Kommissionen und Anästhesiepflegenden ganz herzlich gratulieren. Alle Arbeiten widmen sich Themen die innerhalb der täglichen Praxis der Anästhesie und Anästhesiepflegenden entweder direkt umgesetzt werden kann/könnte oder mit deren Einführung eine neue Dimension für die Betreuung der Patienten aufgestossen werden kann/könnte. Aber wer weiss, vielleicht ist es so wie A. Meichtry in ihrem Interview sagt: «was heute unvorstellbar erscheint, kann morgen unsere Realität bedeuten».

Wir möchten Sie, liebe Lesende dazu gewinnen, die Poster in Ruhe durchzulesen und die Arbeit der Autoren zu würdigen. Daneben möchten wir kommende Studierende ebenfalls dazu ermuntern, ein Poster ihrer Arbeit zu verwirklichen und am Kongress 2022 einem Fachpublikum zu präsentieren. Aber auch Sie werte Lesende, als diplomierte Experten Anästhesiepflege können uns ihre Poster zusenden. Für Informationen diesbezüglich richten Sie sich bitte an Frau Elena Camenzind, elena.camenzind@insel.ch, Mitglieder der Kommission Practice, die zusammen mit Ihnen alle notwendigen Details für die Erstellung eines Posters, aber auch hinsichtlich des zeitlichen Managements, besprechen wird.

Wir freuen uns auf Ihre Arbeiten!

Trendelenburglagerung bei induktionsbedingter Hypotension

Lukas Joss, BScN., in Ausbildung zum Experten in Anästhesiepflege NDS

Einleitung

Die induktionsbedingte Hypotension ist ein Phänomen, welches aufgrund der verwendeten Medikamente entsteht. Bei gewissen Patienten ist dies eine gefürchtete Reaktion. In der Praxis wird die Trendelenburglagerung dazu verwendet, diesem Phänomen entgegenzuwirken. Zunehmend wird diese Methode jedoch kontrovers diskutiert. Die Trendelenburglagerung steht im Verdacht, herzkranken Patienten zu gefährden. Im Weiteren wird die Wirkung dieser Lagerung, stark angezweifelt. Aus diesem Grund setzt sich diese Arbeit, mit der nachfolgenden Fragestellung auseinander.

Methode

Für die Beantwortung der Fragestellung, wurde eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Die Datenbanken PubMed, CINAHL, und Cochrain, wurden mit folgenden Schlüsselwörtern durchsucht; induction, hypotension, hemodynamic, Trendelenburg position, leg raising, hypovolemia and anesthesia. Kombiniert wurden sie mit AND, OR und NOT. Endrunksungen (*) wurden zusätzlich verwendet. Insgesamt wurden 896 Suchresultate erzielt. 868 wurden aufgrund des Titels ausgeschlossen. Von 28 Studien wurde der Abstract gelesen, was zum Ausschluss von weiteren 10 Studien führte. Der Volltext von 18 Studien wurde gelesen. Schlussendlich wurden 8 Studien in die Arbeit eingeschlossen.

Resultate

Bertoissi et al. (2003) haben herausgefunden, dass die Trendelenburglagerung bei Patienten mit einer rechtsventrikulären Auswurfleistung (RVEF) von >45% einen positiven Effekt hat. Bei Patienten mit einer RVEF von <40%, ist die Trendelenburglagerung kontraindiziert und stellt sogar eine akute Gefährdung des Patienten dar.

Fakhari et al (2018); Lim et al. (2011); Peña & Larrad (2011) und Shammam & Clark (2007) zeigen auf, dass die Trendelenburg innerhalb der ersten 2-3 Minuten wirkt. Danach hat die Trendelenburglagerung keinen Einfluss mehr auf die Hämodynamik.

Summers et al. (2009) haben festgestellt, dass bei den untersuchten Patienten, sich die vena cava inferior durchschnittlich um 0,67cm im Durchmesser vergrößert hat.

Empfehlungen

Die Trendelenburglagerung sollte mit Vorsicht durchgeführt werden. Patienten mit einer ausgeprägten kardialen und oder pulmonalen Vorerkrankung, sollten nicht in die Trendelenburglagerung gebracht werden, wenn es die Operationstechnik nicht erfordert. Allgemein sollte die Trendelenburglagerung bewusst angewandt werden und im Zweifelsfall sollten primär Vasoaktiva verwendet werden, um den Blutdruck zu stützen. Bei Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma, kann die Trendelenburglagerung zu einer zusätzlichen Schädigung des Gewebes führen, da sich der ICP um bis zu 10 Kilopascal erhöhen kann.

Fragestellung
Ist die Trendelenburglagerung eine wirksame Massnahme, um der induktionsbedingten Hypotension entgegen zu wirken?



Literatur
Bertoissi M, Yang H, Saito T, et al. (2003). Influence of passive leg raising on the right ventricular function in anesthetized coronary patients. *Crit Care Med*, 31(5), 1088. <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3180101088>
Mehner C, Bertsch C, Pöschel M, et al. (2018). The effect of passive leg raising on hemodynamic stability during mechanical ventilation for adult cardiac surgery. *Perfusion*, 33(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0885066617702000>
Lim S, Lim S, Lim S, et al. (2011). Hemodynamic response to leg raising in healthy and diseased patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(1), 1-6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2040.2010.02400.x>
Peña J, Larrad A, et al. (2011). The head-down tilt position decreases oxygen requirement during laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Laparoendoscopic & Robotic Surgery*, 25(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12072-010-9240-0>
Shammam M, Clark R. (2007). Does the Trendelenburg position affect hemodynamic variables? A systematic review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1177/0885066606290000>

Autor
Lukas Joss, BScN, RN, I. A. Experte Anästhesiepflege NDS.
lukas.joss@insel.ch



Universitätsspital
Basel

Mehr wissen. Alles geben.



Poster «Trendelenburglagerung bei induktionsbedingter Hypotension», Lukas Joss

Poster «La Réalité Virtuelle: Nouvel outil thérapeutique en anesthésie», Camille Huguët, Amélie Michaud, Claude Laville

Poster «Delirprävention bei geriatrischen Patient*innen», Johannes Korf

Interview mit Andrea Meichtry

Mit diesem Interview startet die Serie in der langjährige Kolleginnen und Kollegen ihre Sicht der Dinge im Wandel der Zeit schildern. Frau Meichtry berichtet als erste über die Anästhesiepflege aus ihrem Blickwinkel, kurz vor ihrem wohlverdienten Übergang in die Pensionierung.

Warum haben Sie den Beruf der Anästhesiepflege gewählt?

Nach zehn Jahren Rettungsdienst wollte ich mich nochmals beruflich verändern. Mich faszinierte die Teamarbeit mit den Anästhesiefachpersonen und den Chirurgen, alles zum Wohle des Patienten.

Was schätzen Sie am Beruf der Anästhesiepflege?

Das selbständige Arbeiten, die übertragene Verantwortung und die Betreuung und Begleitung der Patienten in Ausnahmesituationen. Das unregelmässige Arbeiten war für mich immer sehr attraktiv, wurde aber mit den Jahren auch belastend.

Was hat sich während Ihres Berufslebens in der Anästhesiepflege positiv verändert?

Da ich «nur» 17 Jahre in der Anästhesie gearbeitet habe, habe ich von Kolleginnen, die schon länger in diesem Beruf tätig waren, vieles gehört, was ich mir gar nicht hätte vorstellen können. Früher war das Pulsoxymeter, die Kohlendioxid-Messung nicht bei jedem Patienten kontinuierlich messbar, eine heutzutage unvorstellbare Situation. Ich habe die Videolaryngoskopie als neues Sicherheitsinstrument kennengelernt. Das routinemässige Einsetzen des BIS ist sicherlich auch als Awareness-Prophylaxe eher neu. Die Durchführung der Anästhesie ist insgesamt besser überwacht und so viel sicherer geworden.

Was hat sich innerhalb Ihres Berufslebens in der Anästhesiepflege negativ verändert?

Der «jüngeren Generation» von Anästhesiepflegenden muss beigebracht werden, dass neben den neuen technischen Möglichkeiten wie Beatmungsgeräten der neueren Generation, den vielfältigen Monitorings und weiteren unterstützenden Geräten wie Perfusoren, Cellsaver usw. beigebracht werden, dass neben all dem Instrumentarium die Patienten und die direkte klinische Überwachung als weiteres wichtiges Kriterium nicht vergessen werden dürfen.

Des Weiteren finde ich, im Vergleich zu anderen Berufen entspricht die finanzielle Entschädigung nicht den Anforderungen und der Verantwortung, welche die dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF übernimmt.

Was denken Sie über die kontinuierliche Entwicklung in der Anästhesiepflege und diesbezüglich zu Pflegeexperten/innen in der Anästhesiepflege?

Da ich in einem kleinen Spital gearbeitet habe, ist von dieser Entwicklung wenig bemerkbar gewesen. Ausser, dass es Usus war, sich als Frau X vorzustellen und nicht mehr als Anästhesieschwester.

SERIE

Was wünschen Sie sich für die Zukunft für die Anästhesiepflege?

Wieder ein bisschen mehr Zeit für den Patienten. Ich wünsche mir, dass die Arbeit und Verantwortung anerkannt und honoriert werden, sodass viele junge, motivierte Menschen diese Weiterbildung machen werden.

Inter



Andrea Meichtry
dipl. Exp. Anästhesiepflege NDS HF

Kontakt über:
maria.castano@sig-fsia.ch

Interview de Madame Andrea Meichtry

Avec cette interview, nous démarrons une série dans laquelle des collègues de longue date décrivent leur vision des choses au fil du temps. M^{me} Meichtry a été la première à rendre compte de sa vision des soins d'anesthésie, juste avant sa retraite bien méritée.

Pourquoi avez-vous choisi la profession des soins d'anesthésie?

Après 10 ans en tant qu'ambulancière, je voulais à nouveau changer professionnellement. J'étais fascinée par le travail d'équipe avec le personnel de soins en anesthésie et les chirurgiens, tout cela pour le bien du patient.

Qu'appréciez-vous dans la profession des soins d'anesthésie?

Le fait de travailler de manière indépendante, la responsabilité déléguée et la

de pouls, la mesure du dioxyde de carbone n'étaient pas mesurables en continu chez chaque patient, une situation inimaginable de nos jours. J'ai découvert la vidéo-laryngoscopie comme un nouvel instrument de sécurité. L'utilisation systématique du BIS est certainement nouvelle en tant que prophylaxie de l'awareness. La réalisation de l'anesthésie est globalement mieux surveillée et est devenue beaucoup plus sûre.

Qu'est-ce qui a changé négativement dans votre vie professionnelle en soins d'anesthésie?

Il faut enseigner à la jeune génération

SERIE

Que pensez-vous du développement continu dans le domaine des soins d'anesthésie et des experts en soins d'anesthésie?

Comme j'ai travaillé dans un petit hôpital, je n'ai pas fait attention à ces développements. Si ce n'est l'habitude prise de se présenter en tant que Madame X et non plus en tant que infirmière (Anästhesieschwester = littéralement «Soeur» anesthésiste).

Que souhaitez-vous pour les soins d'anesthésie à l'avenir?

À nouveau un peu plus de temps pour le patient. J'aimerais aussi que ce travail et ses responsabilités soient reconnus et honorés, afin que de nombreux jeunes motivés embrassent cette formation.

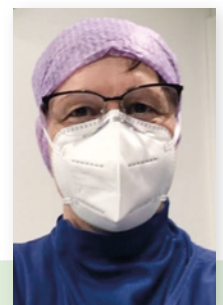
prise en charge et l'accompagnement des patients dans des situations exceptionnelles. Travailler de manière irrégulière a toujours été très attrayant pour moi, mais c'est aussi devenu pesant au fil des ans.

Qu'est-ce qui a changé positivement dans votre carrière en soins d'anesthésie?

Comme je n'ai travaillé en anesthésie «que» 17 ans, j'ai beaucoup entendu de collègues, qui exercent ce métier depuis longtemps, parler de ce que je n'aurais pas pu imaginer. Dans le passé, l'oxymètre

qu'il ne faut pas oublier le patient et son suivi clinique malgré toutes les nouvelles possibilités techniques telles que la nouvelle génération de ventilateurs, les différents systèmes de surveillance et autres dispositifs de soutien tels que les pompes et pousses-seringues, le cell saver, etc.

De plus, je pense que, par rapport à d'autres professions, la compensation financière ne correspond pas aux exigences et à la responsabilité que l'expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES assume.



Andrea Meichtry

Experte en soins d'anesthésie diplômée EPD ES

Contact sur:

maria.castano@sig-fsia.ch

view

PEOPLE WHO HEALTHCARE.

by anandic



GE CARESCAPE™ ONE. PATIENTENMONITORING NEU DEFINIERT

**Patientenmonitor und Parametermodul.
Mobil und stationär.**

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

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



ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG

8245 Feuerthalen

Postfach, Stadtweg 24

Phone 0848 800 900

Fax 0848 845 855

www.anandic.healthcareE-Mail info@anandic.com

Agenda SIGA / FSIA

Datum date	Veranstaltung Manifestation	Ort Lieu
25 septembre 2021	8 ^{ème} Symposium du GIAL	Webinaire en direct
28. – 30. Oktober 2021	SwissAnaesthesia 2021	Genf/Genève
29. Januar 2022	Berner Anästhesie Pflege Symposium BAPS 2022	Bern
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

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

8^{ème} symposium du GIAL
25 septembre 2021

SIGA / FSIA
Webinaire
en direct

8^o simposio del GIAL
25 settembre 2021

Tourné vers l'avenir

SIGA
FSIA



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

Grande région des Infirmiers Anesthésistes Latins
Gruppo regionale degli Infermieri Anestesisti Latini

Inscriptions avant le 20 septembre sur:
<https://siga-fsia.ch/gial>

fr. 60.– pour les membres SIGA/FSIA ou SSAR
fr. 90.– pour les non-membres



Organisation:
Comité du GIAL

Responsable scientifique:
Dr Sina Grape, Hôpital du Valais,
Sion

Dräger
anandic
MEDICAL SYSTEMS
Sintetica[®]
ESTABLISHED 1921

Baxter



4.75 points log
SIGA / FSIA
5 Credits
SGAR / SSAR

Programme

Traduction simultanée en italien

08 h 30	Accueil	Dr. Sina Grape, responsable scientifique – Hôpital du Valais, Sion Damien Tornay et Mattia Civilla – Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	11 h 00	ECMO: présent et avenir	Xavier Bechtold – Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
08 h 45	Oxygène: cet inconnu	Dr. Claudio Camponovo – Hospita Suisse, Tessin	12 h 00	Développement durable et gaz anesthésiques, mythe ou réalité	Thierry Ghelfi – Baxter
09 h 45	Réponse Suisse après l'explosion de 2020 à Beyrouth, comment adapter l'aide dans un contexte complexe	Jean-Daniel Junod – Hôpitaux Universitaires Genève, Genève	13 h 00	News IFNA-FSIA-GIAL	GIAL
10 h 45	Pause		13 h 30	Clôture du symposium	

Les présentations sont en français et traduit simultanément en italien.

e-log – praxisnahes Lernen

Björn Werner

Praxisnahes und lebenslanges Lernen anhand verschiedener Beispiele

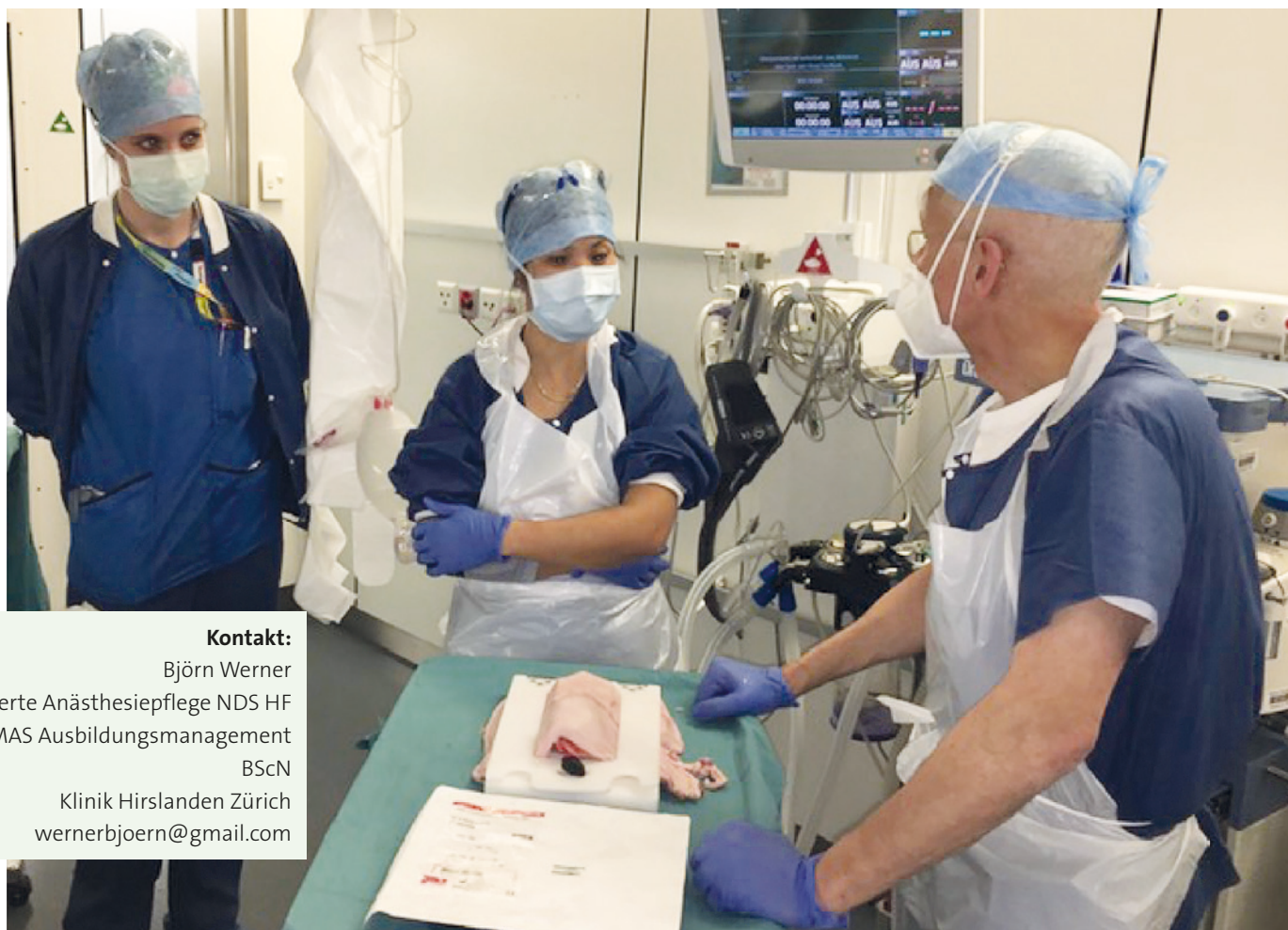
In den letzten Artikeln, die unsere Bildungsplattform bewerben sollten, wurde meist auf deren Entstehungsgeschichte eingegangen und die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens betont. Heute soll erwähnt werden, womit die derzeit 60 empfohlenen e-log-Punkte über drei Jahre verdient werden können. Denn zusätzlich zur technischen Weiterentwicklung dieser Plattform hat auch ein Ausbau der Möglichkeiten stattgefunden, wie diese Punkte erworben werden können. Neben unserem Kongress in Luzern und sehr vielen formalen Fortbildungen können dafür

mittlerweile auch viele praxisnahe Veranstaltungen genutzt werden:

- Direct Observation of Procedural Skills (DOPS): ein Instrument für arbeitsplatzbasierte Assessments
- Work Shadowing: teilnehmende Beobachtungen, um Feedback zu geben
- Workshops: jede Art von praktischer Wissensvermittlung (Bild)
- Journal Club innerhalb einer Organisation
- Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX): praktische Kompetenzen werden strukturiert beobachtet und evaluiert



- Lernbegleitungen im NDS.
 - Begleitung von Diplomarbeiten im NDS
- Festgehalten sind diese und viele andere Möglichkeiten, um sich mit Zertifikat bzw. Label weiterzubilden, auf: www.e-log.ch. Die Mitglieder der SIGA/FSIA haben einen kostenfreien Zugang sowie die Möglichkeit, ihren Lebenslauf auf aktuellem Stand zu halten.
- Apropos Bild: Auch hier hiess es «hands on»: der Workshop zur Cricoidotomie an Schweinehälsen an der Klinik Hirslanden in Zürich. Durch die Teilnahme wurde ein e-log-Punkt erworben.



Kontakt:

Björn Werner

Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF
MAS Ausbildungsmanagement
BScN
Klinik Hirslanden Zürich
wernerbjoern@gmail.com

8° simposio del GIAL
25 settembre 2021

SIGA / FSIA
Webinaire
in diretta

8^{ème} symposium du GIAL
25 septembre 2021

Guardando al futuro

SIGA
FSIA



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

Grande régional des Infirmiers Anesthésistes Latins
Gruppo regionale degli Infermieri Anestesisti Latini

Iscrizioni entro il 20 settembre:
<https://siga-fsia.ch/gial>

fr. 60.– per i membri SIGA/FSIA o SSAR
fr. 90.– per i non membri



Dräger

anandic
MEDICAL SYSTEMS

Sintetica[®]
ESTABLISHED 1921

Baxter



Organizzazione:
Comitato del GIAL

Responsabile scientifico:
Dr. Sina Grape, Hôpital du Valais,
Sion



4.75 punti log
SIGA / FSIA
5 Crediti
SGAR / SSAR

Programma

Traduzione simultanea francese – italiano

08 h 30	Introduzione e benvenuto	Dr. Sina Grape, responsabile scientifico - Hôpital du Valais, Sion Damien Tornay e Mattia Civilla – Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	11 h 00	ECMO: presente e futuro	Xavier Bechtold – Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
08 h 45	Ossigeno: questo sconosciuto	Dr. Claudio Camponovo – Hospita Suisse, Ticino	12 h 00	Sviluppo durabile degli alogenati in anestesia, mito e realtà	Thierry Ghelfi – Baxter
09 h 45	Risposta Svizzera dopo l'esplosione nel 2020 a Beirut, come adattare l'aiuto in un contesto complesso	Jean-Daniel Junod – Hôpitaux Universitaires Genève, Genève	13 h 00	News IFNA-FSIA-GIAL	GIAL
10 h 45	Pausa		13 h 30	Conclusione	

Tutte le presentazioni saranno esposte in lingua francese e saranno tradotte, come anche le diapositive, simultaneamente in lingua italiana.

Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz

Markus Gautschi, Tobias Ries Gisler, Ines Rossknecht



Ausgangslage

An der Sitzung aller Kommissionen der SIGA/FSIA 2018 stimmten die Mitglieder für die Erarbeitung eines übergeordneten «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» als strategisches Ziel für den Berufsverband. Als Vorbilder für die Erarbeitung galten nationale und internationale Definitionen der Pflege, aber auch der Anästhesiepflege mit dem verbindenden Charakter einer solchen gemeinsamen Definition (1–3). Der Vorstand der SIGA/FSIA beauftragte Vertretende der Kommission SIGA-Education, einen ersten Entwurf für ein «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» auszuarbeiten.



Definition Berufsethos

Der Begriff «Berufsethos» bezeichnet sittliche und moralische Grundsätze, die das Handeln einer bestimmten Berufsgruppe bestimmen. Diese Grundsätze bringen zum Ausdruck, welchen übergeordneten, gemeinsamen Zielen sich die Mitarbeitenden eines Berufsverbandes oder Berufsstandes verpflichtet fühlen, welche Werte sie unterstützten und für welche Wertvorstellungen sie sich in ihrer täglichen Arbeit einsetzen (im Fall der Anästhesiepflegenden: zum Wohle der Patientensicherheit). Inhaltlich soll das Berufsethos so formuliert sein, dass sich die Mitarbeitenden mit den Grundsätzen ihres Berufes und dessen Besonderheiten identifizieren können und sie in ihrer täglichen Arbeit bei der Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität befolgen (4). Die American Association of Nurse Anesthetists (AANA) definiert in ihrer Präambel den Ethik-Kodex wie folgt (1):

- Anästhesiepflegende müssen sich an die Prinzipien des ethischen Verhaltens, der beruflichen Integrität und Entscheidungsfindung gebunden fühlen.

- Ein abweichendes Verhalten von diesen Vorgaben müssen die Anästhesiepflegenden begründen können.
- Anästhesiepflegende müssen sich ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten, den interprofessionellen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, der Gesellschaft und ihrem Beruf selbst bewusst sein.
- Anästhesiepflegende sollen in ihrer Arbeit die Würde, das Vertrauen und die Zuversicht der Patienten stärken sowie die Bedürfnisse, die Verletzlichkeit der Patienten in deren besonderen Situation berücksichtigen (1).

Damit das Berufsethos im Alltag der Pflegenden eine Bedeutung erhält, weist der International Council of Nurses (ICN) darauf hin, dass die Pflegenden den Ethik-Kodex nicht nur kennen, sondern dessen Prinzipien in ihrer täglichen Arbeit auch leben müssen. Dabei kommt den Pflegenden die Aufgabe zu, die Gesundheit der Patienten aktiv zu fördern und wiederherzustellen, Krankheiten vorzubeugen sowie Leiden zu lindern. Weitere Punkte sind eine universelle und respektvolle Arbeit unter Berücksichtigung der Menschenrechte, der kulturellen Rechte sowie dem Recht auf Leben und der Berücksichtigung einer angemessenen Würde der Patienten. Dies soll/muss ohne Einschränkung bezüglich Person, Alter, Hautfarbe, Glauben, Kultur, einer Behinderung oder Krankheit sowie bezüglich Geschlecht, sexueller Orientierung, Nationalität, Politik, ethnischer Zugehörigkeit und sozialem Status erfolgen. Ebenso die Pflege von Einzelpersonen, Familien, oder einer Gemeinschaft (2).

Die International Federation of Nurse Anesthetist (IFNA) stützt sich in ihrem Ethikkontext stark auf die Aussagen des ICN. Anästhesiepflegende haben zusätzlich die Pflicht, während ihrer Arbeit jeweils die höchstmöglichen ethischen

Standards (Patientenautonomie, Gutes tun, nicht schaden wollen und Gerechtigkeit) anzustreben. Zudem haben sie aufgrund ihrer Ausbildung die Kompetenz der ethischen Entscheidungsfindung erworben und können an der interprofessionellen Bearbeitung ethischer Dilemmata in der Betreuung von Patienten mitarbeiten (3).



Hintergrund

Die diplomierten Experten der Anästhesiepflege in der Schweiz arbeiten täglich in einem komplexen Spannungsfeld. Zu ihren Aufgaben gehört es, dass sie ihre Kompetenzen zur Erbringung einer qualitativ hochstehenden und sicheren Anästhesiedienstleistung für die Patienten anwenden. Zusätzlich müssen sie die abgesprochenen, für die Patienten erforderlichen Interventionen koordinieren und sich an einem umfassenden hausinternen Qualitäts- und Risikomanagement beteiligen.

Zu den weiteren Herausforderungen zählen aktuelle, zukunftsorientierte, ökonomische, ökologische und demografische Veränderungen in ihrem Alltag zu berücksichtigen und die betriebsinternen Vorgaben umzusetzen. Daneben müssen sie die ethischen und rechtlichen Prinzipien der Behandlung der Patienten integrieren und die Grundregeln der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation beachten und fördern. Zusätzlich müssen sie die Flexibilität besitzen, eine aktive Rolle bei der Anleitung und Begleitung von Studierenden und neuen Mitarbeitenden zu übernehmen (5).

Der Vorstand der SIGA/FSIA ist sich dieser grossen Herausforderung bewusst. Daraus resultierte der Wunsch und Bedarf nach gemeinsamen und verbindenden berufsethischen Handlungsempfehlungen.



Ziele

Das übergeordnete Ziel bei der Erarbeitung des «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» war:

- Die Anästhesiepflegenden in der Schweiz haben einen gemeinsamen und verbindlichen berufsethischen Standard ihrer Berufsausübung.

Weitere Ziele waren:

- Die Mitglieder der SIGA/FSIA kennen den Standard «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz».
- Die Mitglieder der SIGA/FSIA richten sich bei ihrer täglichen Arbeit an den moralischen Grundsätzen des Berufsethos aus.
- Studierende im Nachdiplomstudium Anästhesiepflege NDS HF kennen das «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» und erhalten diesen in Form einer Faltbroschüre durch die Lehrpersonen der Weiterbildungsstätten.



Vorgehen

Gemäss dem Auftrag des Vorstandes der SIGA/FSIA erarbeitete eine Arbeitsgruppe der Kommission Education einen ersten Entwurf des «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz», basierend auf dem CanMEDS Rollenmodell und den «Standards Anästhesiepflege Schweiz» (6, 7).

An der Sitzung aller Kommissionen im Juni 2019 präsentierte die Arbeitsgruppe erste Ergebnisse.

In einem nächsten Schritt wurden interessierte Mitglieder weiterer Kommissionen im Sinne eines «Delphi-Prozesses» eingeladen, ihre Meinung in gemeinsamer Diskussion zu äussern (8). Dabei sammelten die Vertretenden der Kommission Education die geäusserten Meinungen, Veränderungsvorschläge, aber auch offenen Fragen. Anschliessend lud der Vorstand der SIGA/FSIA Anfang 2020 eine weitere Arbeitsgruppe aus Mitgliedern aller Kommissionen ein, die Ergebnisse zu sichten, mit Fachliteratur zu vergleichen und Inhalte für das Berufsethos zusammenzufassen. Mit der Berücksichtigung von Vertretenden

aller Kommissionen sollte das «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» bereits bei der Erarbeitung die verschiedenen Bedürfnisse berücksichtigen. Dies wurde in einer Art «Shared Leadership» erreicht, sodass die Bedürfnisse von Fachentwicklung, Bildung und Management direkt eingebracht wurden. Die Arbeitsgruppe verfasste einen Entwurf «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» mit folgenden Kriterien:

1. Kurz und prägnant
2. In der Praxis anwendbar für die Anästhesiepflegenden in der Schweiz
3. Abdeckung der Bereiche des CanMEDS Rollenmodells mit einer hohen Identifikation der Inhalte und Wiedererkennungswert innerhalb der Anästhesiepflege

Der erarbeitete Entwurf wurde an der Online-Kommissionssitzung im Juni 2020 vorgestellt, wobei es zu einer breiten Zustimmung der virtuell anwesenden Kommissionsmitglieder kam.

Um die Plausibilität des Entwurfs abschliessend zu überprüfen, redigierten die Mitglieder der Ethikkommission des Schweizerischen Berufsverbands Krankenpflege (SBK) die Formulierungen hinsichtlich der allgemeinen Verständlichkeit, wobei kleinere Unklarheiten gemeinsam besprochen wurden. Für die abschliessende Einführung des «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» bedurfte es der Genehmigung durch die Mitglieder der SIGA/FSIA an der Hauptversammlung im November 2020. Wie bereits im Jour-

nal 4/2020 bekannt gegeben wurde, kam es zur Annahme durch die an der Online-Abstimmung beteiligten Mitglieder der SIGA/FSIA.



Ergebnis

Das «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» liegt nun als Faltbroschüre anhand des CanMEDS Rollenmodells vor und kann auf der Website der SIGA/FSIA (www.siga-fsia.ch/berufsethos) heruntergeladen werden.

Nun möchten wir von Ihnen wissen:

1. Haben Sie das «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» bereits lesen können?
2. Werden Sie das «Berufsethos Anästhesiepflege Schweiz» bei Ihnen in der Abteilung einführen?

Schreiben Sie uns Ihre Meinung.

Autoren

Markus Gautschi:

Leiter Weiterbildung Anästhesiepflege, Kantonsspital Aarau, Kontakt: markus.gautschi@ksa.ch

Tobias Ries Gisler:

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Berner Fachhochschule, Studiengang BS, diplomierter Experte Anästhesiepflege Spitalzentrum Biel Kontakt: tobias.ries@bfh.ch

Ines Rossknecht:

Studiengangsleiterin NDS Anästhesiepflege, Z-INA Höhere Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege, Kontakt: ines.rossknecht@oda-g-zh.ch

Literaturverzeichnis auf www.siga-fsia.ch/mitglieder/anaesthesia-journal



Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse

Markus Gautschi, Tobias Ries Gisler, Ines Rossknecht



Position de départ

Lors de la réunion de toutes les commissions SIGA / FSIA de 2018, les membres ont voté pour le développement d'un «Code de déontologie professionnel des soins d'anesthésie en Suisse», en tant qu'objectif stratégique pour l'association professionnelle.

Les définitions nationales et internationales des soins infirmiers ainsi que des soins en anesthésie avec le caractère unificateur d'une telle définition commune ont servi de modèles pour l'élaboration de ce code (1-3). Le comité directeur de la SIGA / FSIA a chargé des représentants de la commission SIGA-Education de préparer une première ébauche d'un «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse».



Définition du code de déontologie

Le terme «ethos professionnel» ou «code de déontologie» désigne l'ensemble des principes moraux qui déterminent les actions d'un groupe professionnel spécifique. Ces principes expriment les objectifs généraux et communs auxquels les membres d'une association professionnelle ou d'une profession se sentent engagés, les valeurs qu'ils soutiennent et pour quels idéaux ils s'engagent (dans le cas des soins d'anesthésie : au profit de la sécurité des patients). Sur le plan du contenu, le code de déontologie doit être formulé de manière à ce que les collaborateurs puissent s'identifier aux principes de leur profession et à ses spécificités et les accompagner dans leur travail quotidien pour maintenir la qualité du traitement (4). L'Association américaine des infirmières anesthésistes (AANA) définit, dans son préambule, le code d'éthique comme suit:

- Les experts en soins d'anesthésie doivent se sentir liés aux principes de

comportement éthique, d'intégrité et de processus décisionnel professionnels.

- Les infirmiers (ères) anesthésistes doivent être en mesure de justifier tout comportement s'écartant de ces exigences.
- Les experts en soins d'anesthésie doivent être conscients de leur responsabilité envers les patients, les intervenants interprofessionnels du système de santé, la société, eux-même et leur profession.
- Dans leur travail, les infirmiers (ères) anesthésistes doivent renforcer la dignité, la confiance et l'assurance des patients et prendre en compte leurs besoins et leur vulnérabilité dans leur situation particulière (1).

Pour que l'éthique professionnelle ait un sens dans la vie quotidienne des soignants, le Conseil International des Infirmières (CII) rappelle que les soignants doivent non seulement connaître le code de déontologie, mais également en vivre les principes dans leur travail quotidien. Il appartient au personnel infirmier de promouvoir activement et de restaurer la santé du patient, de prévenir les maladies ainsi que d'atténuer les souffrances. D'autres points sont le travail universel et respectueux, prenant en compte les droits humains, les droits culturels ainsi que le droit à la vie et la considération d'une dignité convenable du patient. Cela devrait/doit être fait sans restriction en termes de personne, d'âge, de couleur de peau, de croyance, de culture, de handicap ou de maladie, ainsi que de sexe, d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, d'ethnicité et de statut social. De même, la prise en charge d'individus, de familles ou d'une communauté (2).

La Fédération internationale des infirmières et infirmiers anesthésistes (IFNA) s'appuie fortement sur les déclarations du CII dans son contexte éthique. Les

soignants en anesthésie ont en outre le devoir, durant leur travail, de viser les normes éthiques les plus élevées possibles (l'autonomie du patient, faire le bien, ne pas vouloir nuire et la justice). De plus, de par leur formation, ils ont acquis la compétence de prise de décision éthique et peuvent travailler sur le traitement interprofessionnel des dilemmes éthiques dans la prise en charge des patients (3).



Contexte

Les experts diplômés en soins d'anesthésie en Suisse travaillent quotidiennement en situation de tension complexe. Leurs tâches incluent l'application de leurs compétences pour fournir aux patients des services d'anesthésie de haute qualité et sûrs. En outre, ils doivent coordonner les interventions convenues, requises pour les patients et participer à la gestion interne globale de la qualité et des risques. D'autres défis incluent la prise en compte des changements actuels, futurs, économiques, écologiques et démographiques dans leur vie quotidienne et la mise en œuvre des directives internes de l'entreprise. De plus, ils doivent intégrer les principes éthiques et juridiques de la prise en charge des patients et respecter et promouvoir les règles de base de la coopération et de la communication interdisciplinaire et interprofessionnelle. De plus, ils doivent avoir la flexibilité de jouer un rôle actif dans l'orientation et l'accompagnement des étudiants et des nouveaux collaborateurs (5).

Le comité directeur de la SIGA/FSIA est conscient de ces enjeux majeurs. D'où le désir et le besoin de recommandations d'actions communes et fédératrices fondées sur l'éthique professionnelle.



Buts

L'objectif principal du développement du

«Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» était:

- Les infirmières et infirmiers anesthésistes en Suisse ont une norme éthique professionnelle commune et contraignante pour leur pratique professionnelle.

Les autres objectifs étaient:

- Les membres de la SIGA/FSIA connaissent le standard du «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse».
- Les membres de la SIGA/FSIA s'orientent dans leur travail quotidien vers les principes moraux de l'éthique professionnelle.
- Les étudiants de la formation en soins d'anesthésie EPD ES connaissent le «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» et le reçoivent sous la forme d'une brochure dépliant de la part des enseignants des centres de formation.

Procédure

Conformément au mandat du comité directeur de la SIGA / FSIA, un groupe de travail de la commission Education a élaboré un premier projet du «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse», basé sur le modèle CanMEDS et sur les «Standards suisses des soins d'anesthésie» (6, 7).

Le groupe de travail a présenté les premiers résultats lors de la réunion de toutes les commissions en juin 2019.

Dans l'étape suivante, les membres des autres commissions intéressés ont été invités à exprimer leur opinion, dans l'esprit d'une «méthode Delphi», lors d'une discussion commune (8).

Les représentants de la commission Education ont recueilli les avis exprimés, les suggestions de changement, mais aussi les questions ouvertes. Par la suite, début 2020, le comité directeur de la SIGA/FSIA a invité un autre groupe de travail, composé de membres de toutes les commissions, afin d'examiner les résultats, de les comparer avec la littérature spécialisée et de synthétiser le contenu pour le code de déontologie.

En tenant compte des représentants de toutes les commissions, le «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» devait déjà prendre en considération les différents besoins lors de son élaboration. Cela a été réalisé dans une sorte de «leadership partagé», de sorte que les besoins de développement spécialisé, de formation et de gestion ont été pris en compte directement. Le groupe de travail a rédigé un «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» avec les critères suivants:

1. Court et concis
2. Applicable en pratique pour les soignants en anesthésie en Suisse
3. Couverture des domaines du modèle de rôle CanMEDS avec un niveau élevé d'identification du contenu et du degré de reconnaissance dans les soins anesthésiques

Le projet élaboré a été présenté lors de la réunion des commissions en ligne de juin 2020, avec une large approbation des membres des commissions virtuellement présents.

Afin de vérifier définitivement la plausibilité du projet, les membres de la commission d'éthique de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) ont révisé la formulation en ce qui concerne la compréhension générale, alors que les imprécisions mineures ont été discutées ensemble. L'introduction définitive du «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» a nécessité l'approbation des membres de la SIGA/FSIA lors de l'assemblée générale annuelle de novembre 2020. Comme déjà annoncé dans

le Journal 4/2020, il a été accepté par les membres de la SIGA/FSIA qui ont participé au vote en ligne.

Résultat

Le «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» est maintenant disponible sous forme d'un dépliant basé sur le modèle de rôle Canmeds et peut être téléchargé sur le site Web de la SIGA / FSIA (www.siga-fsia.ch/berufsethos).

Maintenant, nous voulons savoir ce que vous en pensez:

1. Avez-vous déjà pu lire le «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse»?
2. Allez-vous introduire le «Code de déontologie des soins d'anesthésie en Suisse» dans votre service?

Donnez-nous votre avis.

Auteurs

Markus Gautschi:

Responsable de la formation d'experts en soins d'anesthésie, Kantonsspital Aarau, Contact: markus.gautschi@ksa.ch

Tobias Ries Gisler:

Collaborateur scientifique, haute école supérieure de Berne, filière BSN, Expert diplômé en soins d'anesthésie, centre hospitalier Bienne Contact: tobias.ries@bfh.ch

Ines Rossknecht:

Directrice d'études EPD soins d'anesthésie, Z-INA École supérieure en soins intensifs, urgences et anesthésie Contact: ines.rossknecht@oda-g-zh.ch

La bibliographie est disponible sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal





Ihre neue Herausforderung per sofort oder nach Vereinbarung als

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

Ihre Aufgaben

Sie führen Rettungseinsätze und Krankentransporte durch und rücken selbstständig mit dem Notfalleinsatzfahrzeug aus. Das eigenständige Ausführen der erweiterten medizinischen Massnahmen und das Leiten von Einsätzen mit Vitalbedrohung gehören zu ihren Kompetenzen.

Sie übernehmen die Aufgabe als Schichtleiter/Schichtleiterin und stellen einen geordneten Tagesbetrieb sicher.

Zudem bearbeiten Sie ein Sachgebiet im Bereich Administration/Technik und übernehmen bei Eignung Ausbildungssequenzen.

Ihr Profil

Sie verfügen über die Diplome Rettungssanität HF und Anästhesiepflege NDS HF. Sie bringen mehrere Jahre Erfahrung in einem Schweizer Rettungsdienst und einer Anästhesieabteilung mit. Sie können fachspezifische Weiterbildungen nachweisen. Bei der medizinischen Versorgung wenden Sie hohe Standards und Qualitätsansprüche an. Sie sind gewohnt unter grossem Druck eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und ein Einsatzteam zu führen. Sie haben Freude an einem lebhaften Betrieb sowie am Umgang mit Menschen. Ihre Arbeitsweise ist kundenorientiert und sorgfältig. Sie besitzen den Führerschein für Rettungsfahrzeuge (> 3,5 t) und weisen entsprechende Fahrpraxis auf.

Unser Angebot

An unserem Stützpunkt in zentraler Lage in Zug finden Sie eine zeitgemässe Infrastruktur und im Einsatz setzen Sie modernes Material ein. Interessante Weiterbildungsmöglichkeiten erweitern Ihre Fertigkeiten und im überschaubaren Betrieb finden Sie ein kollegiales Umfeld. Die sehr attraktiven Anstellungsbedingungen richten sich nach dem kantonalen Personalrecht. Da wir ein kantonales Amt sind, ist die Stelle, bei einem 80%-Pensum, auch verknüpfbar mit einer Anästhesietätigkeit in einem Spital.

Interessiert?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an Rettungsdienst Zug, Andreas Müller, Leiter, Postfach 857, 6301 Zug oder info.rdz@zg.ch.

Für telefonische Auskünfte stehen Ihnen Andreas Müller, Leiter RDZ (041 728 46 61) oder Claudia Mair, Stv. Leiterin RDZ (041 728 46 63) gerne zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter <http://www.zg.ch/rdz>.

Ihr Arbeitsumfeld

Der **Rettungsdienst des Kantons Zug (RDZ)** ist spitalunabhängig und gehört zur Gesundheitsdirektion. Wir stellen eine qualifizierte, präklinische Versorgung sicher und leisten knapp 6'500 Einsätze im Jahr.

Weitere offene Stellen auf: www.zg.ch/stellen

Kontaktisolation reduziert Infektionen

Regine Christen

Praxisnahes und lebenslanges Lernen anhand der Prävention von nosokomialen Infektionen am Inselspital Bern

Die Übertragung von nosokomialen Infektionen findet im Gesundheitswesen am häufigsten durch den direkten oder indirekten Kontakt statt. Beispiele dafür sind die Hände des Personals, Telefone, Sucher, Türgriffe oder Stethoskope. Noroviren, Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) und Multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN) sind mögliche Beispiele von Erregern, die durch direkte oder indirekte Kontakte weiterverbreitet werden können.

Hände desinfizieren!

Man geht davon aus, dass die häufigste Übertragung über die Hände des Personals passiert. Daher ist auch erklärbar, dass die wichtigste Massnahme die Händedesinfektion gemäss den 5 Indikationen der Weltgesundheitsorganisation darstellt. Die Indikationen sind:

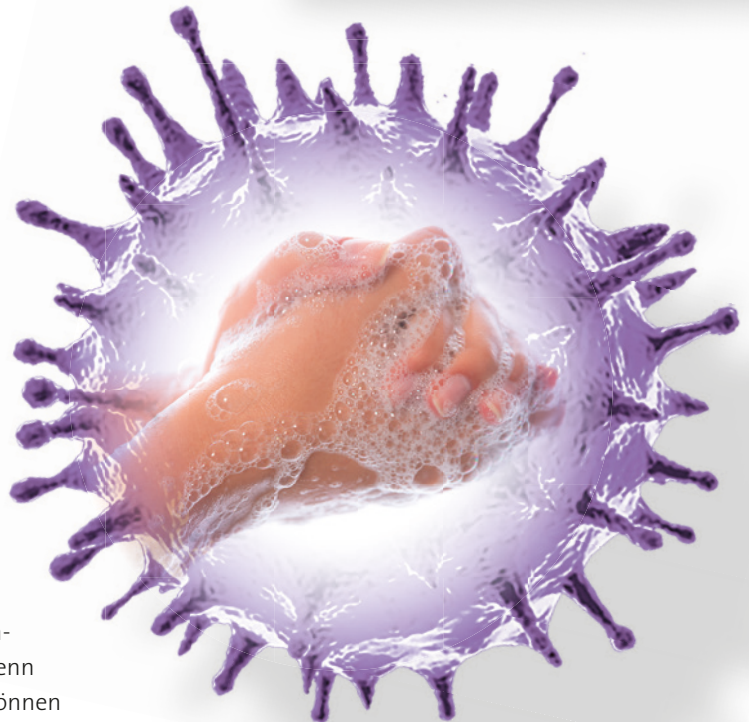
- Vor Patientenkontakt
- Vor einer aseptischen Tätigkeit
- Nach Kontakt mit potenziell infektiösem Material
- Nach Patientenkontakt
- Nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung

Weitere mögliche Massnahmen sind Handschuhe und Überschürzen, welche gemäss den Vorgaben des Betriebs getragen werden. Wichtig ist: Auch wenn man Handschuhe trägt, muss man zwingend eine korrekte Händedesinfektion vornehmen. Sobald eine Indikation zur Hän-

dedesinfektion besteht, müssen die Handschuhe ausgezogen und die Hände desinfiziert werden. Denn Handschuhe können Läsionen aufweisen, durch welche Mikroorganismen auf die Hand gelangen können, daher ist die Händedesinfektion nach dem Ausziehen der Handschuhe ein Muss.

Durch strenge Überwachung, Verhütung und Bekämpfung wären bis zu 50 Prozent der nosokomialen Infektionen vermeidbar. Heisst konkret im Alltag: Durch gezielte und gesetzeskonforme Aufbereitung von Materialien, Flächen- und Kontaktpunkten, durch das Einhalten von Standardhygiene, durch korrektes Tragen einer vollständigen Schutzausrüstung und durch konsequente Händedesinfektion kann die Übertragung durch Kontakt in einer Gesundheitsinstitution wesentlich verringert werden.

Es sollte klar definiert sein, wer für welche Arbeiten zuständig ist, zum Beispiel Sterilisationsabteilung, Hausdienst, Pflegeassistenz usw. Ebenso möchte ich die Notwendigkeit erwähnen, dass regelmässige Nachschulungen aller Mitarbeitenden mit direkten Patientenkontakt innerhalb des Gesundheitswesens zum korrekten Tragen der persönlichen Schutzausrüstung nötig sind, um Unsicherheiten im Alltag zu reduzieren.



L'isolement de contact réduit les infections
Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions.html

Quellen:

- ▶ https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-61385-6_22#Sec5, besucht am 2. März 2021
- ▶ Schulze-Röbbecke, R. (2018). Nosokomiale Infektionen: Übertragungswege und Übertragungsprävention. Krankenhaushygiene up2date (1/2018). George Thieme Verlag
- ▶ https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-61385-6_21, besucht am 2. März 2021
- ▶ https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_D/v8_4_2001-12_Swissnoso_Bulletin_de.pdf, besucht am 2. März 2021
- ▶ Nationale Strategie gegen Spital- und Pflegeheiminfektionen (Strategie NOSO): Antwort auf die häufigsten Fragen. (2015). Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit.

Kontakt:

Regine Christen
Hygienebeauftragte, dipl. Expertin
Anästhesiepflege NDS HF
Inselspital, Universitätsklinik für
Anästhesiologie und Schmerztherapie,
Bern
regine.christen@insel.ch

Ein Erfahrungsbericht aus der Intensivstation

Une expérience aux soins intensifs

Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions.html

Susan Elmer

Im vergangenen Dezember hatte ich das Bedürfnis, der Bevölkerung – in diesem Fall war es das Publikum meines bisherigen Reiseblogs – vom Alltag in einer Intensivstation zu berichten. Der Blogbeitrag ging innerhalb von Tagen viral; ob das an den pandemischen Umständen lag, ist nicht klar.

Die Resonanz von Kolleginnen und Kollegen aus dem professionellen Umfeld war gross und es schien, als hätte ich mit meinem Bericht stellvertretend für viele von uns dipl. Expertinnen und Experten Anästhesiepflege NDS HF geschrieben. Aufgrund des grossen Zuspruchs wird der Artikel in seiner Originalversion vom 23.12.2020 hier gedruckt und somit einem grösseren Publikum zur Verfügung gestellt.

Rund zwei Wochen nach der Veröffentlichung des Berichtes kapitulierte mein Körper infolge der Strapazen. Ich war körperlich und emotional zu erschöpft, um die Arbeit in der Intensivstation weiterzuführen, was zur Folge hatte, dass ich meinen Leiharbeitsvertrag mit dem Spital auflöste. Ich konnte und mochte die Schichten nicht mehr ertragen. Die ganzen Therapieabbrüche gingen mir «echt an die Substanz». Nach drei Wochen Schlafkur und Spazieren im Winterwald war ich bereit, mir wieder eine Arbeit zu suchen. Glücklicherweise fand ich per Anfang Februar wieder eine Anstellung in einer Anästhesiologischen Abteilung.

Der Schritt, einen Leiharbeitsvertrag zu beenden, war neu für mich. Es brauchte enorme Überwindung! Ich musste total «out of the box» denken und zu meinem Zusammenbruch stehen. Im Rückblick zeigt sich, dass ich durch diese Entscheidung nur gewinnen konnte. Ich bin froh, wieder in meinem komfortablen Arbeitsumfeld tätig zu sein. Ich schätze mich überaus glücklich, den schönsten Beruf auf Erden ausüben zu dürfen.



Symbolbild der COVID-19 IPS

Ein etwas anderer Beitrag

Aus gegebenem Anlass erlaube ich mir heute, Euch auf eine Rundreise in mein aktuelles Arbeitsgebiet im Spital mitzunehmen. Es ist eine Momentaufnahme von der COVID-19-Front.

Die Zeit ist reif, meine Erfahrungen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen; für mich und für all meine Berufskolleginnen und -kollegen, die Tag für Tag, Schicht um Schicht alles geben und um das Überle-

ben der Patienten kämpfen. Egal mit welcher Wertschätzung wir am Bett empfangen werden.

Mein beruflicher Werdegang

Nach der Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau HF absolvierte ich das Nachdiplomstudium in Anästhesiepflege an. Dieses schloss ich 2005 ab und begab mich daraufhin auf eine zehnmönatige Reise nach Südostasien, Australien und Neuseeland.

Nach meiner Rückkehr in die Schweiz begann ich im Beruf der dipl. Anästhesiepflege NDS HF Erfahrung zu sammeln und nach knapp fünf Jahren wurde ich 2010 Freelancerin. Diese Form der Berufstätigkeit ermöglichte mir ein ausgewogenes Leben mit Reisen und Arbeiten. Aufgrund meines Berufes kam ich in der Schweiz umher und durfte so bis heute

Eine neue Arbeitsrealität

Viele von uns Anästhesiepflegefachkräften sind Jahre bzw. Jahrzehnte von der «Pflege am Bett» entfernt. Wir haben einst alles von der Pike auf gelernt und doch ist dieses Gebiet in unserem Arbeitsalltag fremd. Als dipl. Expertinnen und Experten Anästhesiepflege NDS HF arbeiten wir im Operationssaal Hand in

das Operationsfeld im Auge behalten und fortwährend prüfen, wie stark die Wunde blutet, um bei Bedarf die entsprechenden Massnahmen zu ergreifen. Der zuständige Arzt ist immer telefonisch erreichbar und in kritischen Fällen steht er uns zur Seite.

Die COVID-19-Pandemie

Die hohen Fall- und Belegungszahlen füllten im März die Betten in den Spitälern. Die zweite Welle im Herbst erreichte uns mit ungeahnt starker Wucht und Geschwindigkeit. Die operativen Kapazitäten der elektiven chirurgischen Eingriffe wurden in beiden Zeiträumen auf ein Minimum reduziert, da vorhandene Personalressourcen für die Betreuung schwerstkranker Patienten in der Intensivstation benötigt wurden. Weil Anästhesiepflegefachkräfte im Alltag mit dem künstlich beatmeten Patienten zu tun haben, wurden wir auserwählt, unsere Kolleginnen und -kollegen auf den Intensivstationen zu unterstützen und somit zu entlasten.

Da stehen wir weitgehend autonomen Spezialisten nun am Pflgebett beim schwerstkranken Patienten. Am ersten Arbeitstag in der Intensivstation kenne ich weder das Haus noch das Team, noch ist mir das Arbeitsumfeld vertraut. Plötzlich muss ich mich von Kopf bis Fuss (von Magensonde bis Fäkalkollektor) um sämtliche Körperfunktionen meines COVID-19-Patienten kümmern. Einmal abgesehen davon, dass ich jederzeit die Medikamentenpumpen und Infusionen im Auge behalten muss, damit kein Medikament aufgebraucht ist, ehe eine neue Dosis bereitliegt. Ansonsten könnte das bei Kreislauf unterstützenden Medikamenten eventuell fatale Folgen haben! Ganz beiläufig werden ständig sämtliche Vitalzeichen des Patienten auf dem Monitor aufgezeichnet und bei grösseren Schwankungen gibt dieser Alarm. Nebenbei muss ich die Bedarfsmedikation und speziellen Therapien «auf dem Radar» haben und Letztere möglichst im Zeitplan applizieren. Wir sind mitten im pflegerischen Alltag einer hochkomplexen intensivmedizinischen Situation. Und ich habe Verrichtungen wie Körperpflege, Mundhygiene oder Physiotherapie noch gar nicht thematisiert.



über 25 Kliniken und Spitäler kennenlernen. Zugleich habe ich das Land Schweiz in seiner Vielfalt kennengelernt. Und nicht zu vergessen die Menschen im klinischen Berufsalltag, woraus sich viele bleibende Freundschaften entwickelten.

Anfang April 2020 führte mich meine Arbeit in der Anästhesiepflege in ein Zentrums-spital der Schweiz. Und ich bin immer noch da – und werde es auch noch ein paar Monate sein. SARS-COV-2 sei Dank. Sozusagen.

Hand mit den zuständigen ärztlichen Mitarbeitenden. Wir handeln im Rahmen unserer Kompetenzen frei. Medikamente (z.B. Schmerztherapie) verordnen einen individuellen Schmerztherapie auf Basis der Delegation und setzen diese auch um. Wir sind während einer OP dafür da, dass die Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung im Blut, Narkosetiefe und Beatmungparameter) permanent überwacht werden. Daneben müssen wir

Diese Dienste in der Intensivstation sind äusserst anstrengend und für sehr selbständig arbeitende Pflegefachkräfte nur mässig befriedigend. Die Abläufe sind unbekannt, man weiss nicht, wo Hilfsmaterial zu finden ist usw. In so vielen Bereichen müssen wir uns Hilfe und Unterstützung holen. Hinzu kommt die psychische Belastung dadurch, dass viele der an COVID-19 erkrankten Patienten nie wieder aus dem künstlichen Schlaf aufwachen werden. Sie und ihre Angehörigen haben keine Chance, in diesem Setting Abschied zu nehmen. Oftmals müssen die Erkrankten innerhalb kürzester Zeit intubiert und künstlich beatmet werden. Weil ihr Zustand derart kritisch ist, sind lange Abschiedsgespräche nicht möglich – in diesem Stadium haben die Patienten ohnehin keinerlei Sauerstoffreserven, um ein angemessenes Gespräch zu führen. So vergehen die Tage, Wochen und Monate. Von Juni bis Anfang November hatte ich – wie alle meine direkten Arbeitskollegen – etwas mehr Wohlbefinden im gewohnten anästhesiologischen Umfeld. Die Sommermonate waren nie so streng wie 2020 und in keinem Juli zuvor wurde in der Schweiz mehr operiert. Ok, ob das statistisch auch wirklich so ist, entzieht sich meiner Kenntnis. Tatsache aber ist, dass wir keine Sommerpause hatten und ich im Juli knapp 200 Arbeitsstunden leistete. Ich war nicht die einzige in unserem Haus.

Mit dem Ende des Septembers kam das kühle Herbstwetter. Die Abende waren nicht mehr lau und die Aktivitäten im Freien nahmen rapide ab -und somit verbrachten die Menschen wieder mehr Zeit in Ihren Wohnungen und Häusern und bei anderweitigen Indoortätigkeiten. Der Bundesrat erlaubte im Rahmen der Lockermassnahmen vom Frühling 2020 per 1. Oktober wieder Menschenansammlungen bis 1000 Personen. Das stimmte optimistisch. Bis in der zweiten Oktoberhälfte die Anzahl der COVID-19 Infektionen sprunghaft anstieg. Die erkrankten und hospitalisierten Coronakranken im Frühjahr erschienen als schlechter Scherz gegen die Wucht der zweiten Welle. Hand aufs Herz, auch ich habe nicht mit einem derartig massiven Anstieg gerechnet. Und schwuppdwupp... Die Isolationsstationen

in den Spitälern füllten sich zügig und etwas zeitversetzt auch die Intensivstationen.

Da waren die Anästhesiepflegefachleute wieder in Ihrer Sonderfunktion. Nein, wir mögen diese Rolle immer noch genauso wenig wie im Frühjahr. Von jetzt auf subito waren wir wieder eingeplant auf der Intensivstation und das heisst nicht nur pflegen, waschen, für Sicherheit des Patienten sorgen, Therapien und Medikamente fach- und zeitgerecht verabreichen etc. sondern auch wieder Dauernachtschichten schieben. Ich brachte es innerhalb 28 Tage auf stolze 16 Nachtschichten (nein, das war kein Wunsch). Nacht für Nacht für Nacht stand ich mit einer FFP 2 Maske wachend und aufpassend am Bett von Schwerstkranken. Die Arbeit gewissenhaft verrichtend und sich möglichst nicht ablenken lassen vom Therapieabbruch im Bett nebenan. Zur körperlichen Müdigkeit kam auch schnell wieder die psychische Belastung. Alles, was man für den Menschen getan hat, war nicht gut genug. Man muss ihn oder Sie «ziehen lassen».

Manchmal wurde ich im Non-COVID Teil der Intensivstation eingesetzt. Dort findet sich dann alles vom schweren Fahrradunfall über die Hirnblutung zum frischen Herzinfarkt bis hin zum Patienten im septischen Schock mit drohendem Multiorganversagen.

Da habe ich erlebt, was es bedeutet, wenn Patienten Gewalt am Pflegepersonal anwenden. Ein Patient hat sich selbst gefährdet und bei mein lebenserhaltendes Aufpassen hat er mit Kneifen, einer Backpfeife und einer Morddrohung quittiert. In solchen Momenten fühle ich mich hilflos, und ich bin sicher, so geht es auch meinen Arbeitskollegen, die solche Übergriffe erfahren. Solche Situationen sind weder für den Patienten noch für mich als Pflegefachkraft befriedigend.

Und dennoch, im nächsten Dienst stehen wir wieder da. Am selben Bett. Um erneut unser Bestes zum Wohlergehen dieses Patienten zu geben. Nacht für Nacht. Tag für Tag. Woche um Woche. Und inzwischen Monat für Monat.

Und nach den Nachtdiensten habe ich Tag um Tag geschlafen. Mich bemüht, an meinen Freitagen wieder etwas in den nor-

malen Tag-/Nacht Rhythmus zu kommen, was mir einfach nicht gelingen wollte. Abends zwischen 19-20h schlief ich im Sitzen auf der Couch ein. Ich habe kein Fernseher und ich bin kein Couchschläfer. Passiert. Ausser Kontrolle. Genauso ausser Kontrolle war der Nachtschlaf. Um 22h war ich hellwach und zog das Ding durch bis morgens um 4 oder gar 5.30h -bis ich mich dann hinlegte und mir 5-6 Stunden Schlaf «einverleibt» hatte. Und dann stand schon die nächste Nachtschicht an und alles begann von vorne. Meinen vorerst letzten Nachtdienst hatte ich vom 2. auf den 3. Dezember. An einem freien Tag 14 d später hatte ich zum ersten Mal seit 6 Wochen das Gefühl, dass mein Körper wieder richtig ausgeruht ist und kein Schlafmanko mehr hat, sprich, ich kam endlich wieder problemlos vor 9 Uhr aus den Federn.

Von befriedigendem Arbeiten kann nicht die Rede sein. Solche Einsätze sind für Gesundheitsfachpersonen ein Graus. Ich wünsche mir, dass uns sowas nicht mehr widerfährt. Bleibt alle Gesund und freut euch an unserem tollen Beruf!

Kontakt:

Susan Elmer
dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF
Freelancerin Elmeri GmbH
Grabenstrasse 5A
6340 Baar
079 407 39 78
office@elmeri.ch
www.elmeri.ch

Anästhesie auf fremden Pfaden – Schulungen zu «SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltests»

Maria Castaño

Aufgrund der steigenden Fallzahlen während der zweiten Corona-Welle im Herbst 2020 wurde die Abteilung Anästhesiepflege des Berner Bildungszentrums Pflege vom Gesundheits-, Sozial- und Integrationsamt des Kantons Bern (GSI) kontaktiert. Wir erhielten vom Kanton den dringenden Auftrag medizinisches Personal aus Arztpraxen, Apotheken und Testzentren im Kanton Bern zu schulen, damit diese «SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltests» durchführen konnten. Und zwar musste möglichst viel Personal aus den genannten Institutionen instruiert werden. Gewohnt, in Notfallsituationen schnell und effizient zu handeln, war uns allen von Beginn an klar, dass dieser Auftrag für uns als Bildungsanbieter die Möglichkeit schlechthin war, das Gesundheitspersonal des Kantons Bern in der aktuell schwierigen Zeit vor Ort zu unterstützen. Auch wenn jeder Einzelne von uns ein grosses Arbeitspensum stemmte, stellte niemand die Unterstützung infrage. Wir setzten Prioritäten und klärten zügig ab, welche Ressourcen benötigt wurden. Alle an der Schulung Beteiligten mussten sich rasch ins Thema einarbeiten.

Das Ganze stellte auch einen grossen logistischen Aufwand dar: Es musste das nötige Material mit den entsprechenden Bewilligungen organisiert – und anschliessend sicher gelagert werden. Wir bereiteten die Räumlichkeiten vor und schufen für die Interessierten die Möglichkeit, sich für die Kurse anzumelden. In Zusammenarbeit mit Gudrun Stopper, Leiterin unseres Skills-Centers (SC), erstellten wir quasi über Nacht ein adressatengerechtes Kurskonzept. Sie war auch federführend, was Logistik, Anmeldeprozess und Hygiene betraf.

Um dem Ansturm zu bewältigen, wurden zu Beginn pro Tag gleich drei Schulungen

im Schichtsystem angeboten; bei hoher Dringlichkeit fanden auch Parallelschulungen statt. Das Anästhesieteam vermittelte das medizinische Wissen sowie das Handling des Schnelltests und die Leiterin des Skills-Centers Gudrun Stopper die Hygiene und Infektionsprävention. Wir führten die Schulungen in der Regel auf Deutsch und Französisch durch – einzelne auch auf Englisch. Innert kürzester Zeit konnten wir gegen 100 Personen schulen, deren Rückmeldungen sehr positiv ausfielen. Der Kanton beschloss, das Kontingent auf 200 geschulte Personen zu erhöhen.

Ein Erfolg für unseren Beruf

Es hat uns gefreut, dass der Effort, den das Anästhesiepflege team sowie weitere Mitarbeiter des SC geleistet haben, von der GSI positiv zur Kenntnis genommen wurde. Das schriftliche Lob und die Aner-

kennung des Berner Regierungsratspräsidenten Pierre Alain Schnegg haben wir erfreut entgegengenommen. Mittlerweile haben wir, auf ausserkantonale Anfragen, die Kurse an verschiedenen Institutionen in der Deutschschweiz durchgeführt.

Ein Nebeneffekt der Schulungen ist, dass der Beruf «dipl. Experte / dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF» in weiteren Kreisen zum Begriff geworden ist, was ich als Erfolg für uns als Berufsgruppe betrachte.

Kontakt:

Maria Castaño

Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF
Leiterin NDS HF Anästhesiepflege,
Berner Bildungszentrum Pflege
Inselspital, Bern



Ausgeliefert und nicht gehört

Auch ein diplomierter Experte Anästhesiepflege kann zum Patienten auf einer Anästhesieabteilung werden. Wird er mit seinen Kompetenzen nicht in die Behandlung mit einbezogen, droht ihm der Spitalaufenthalt in schlechter Erinnerung zu bleiben. Ein persönlicher Erfahrungsbericht.

Patienten, die selbst im Gesundheitswesen arbeiten, sind meistens für die betreuenden Pflegenden anspruchsvoll. Diplomierte Experten der Anästhesiepflege gehören sicher ebenfalls in diese Kategorie. Sobald es um eine Narkose an ihnen selbst geht, möchten sie über die Art der Narkose bestimmen, zusätzliche Wünsche äussern und am liebsten ein selbst ausgesuchtes Team für die perioperative Betreuung wählen. Leider ist dies in unserem anästhesiologischen Alltag nicht immer möglich. Nichtsdestotrotz, die Anästhesiesprechstunde ist auch für Anästhesiepflegende als Patienten der richtige Zeitpunkt, um Wünsche, Vorstellungen und Bedürfnisse zu platzieren und das anästhesiologische Verfahren gemeinsam und auf Augenhöhe mit dem zuständigen Anästhesisten zu besprechen.

Meine Geschichte

Ich bin diplomierter Experte Anästhesiepflege und habe, ausser einer starken postoperativen Nausea und Vomiting (PONV), keine relevanten Nebenerkrankungen. Mein Problem ist eine seit mehr als einem Jahr bestehende Schmerzproblematik, die durch ein Unfalltrauma verursacht wurde. Seither gehören Schmerzen, die mich in meinem beruflichen wie auch privaten Alltag stark beeinträchtigen, zu meinem Leben dazu. Um die Schmerzproblematik zu beseitigen, war eine elektive, orthopädische Operation zur Korrektur bzw. zur Linderung der bestehenden Symptome geplant.

Während der Anästhesiesprechstunde äusserte ich meine Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen bezüglich der Anästhesie für die bevorstehende Operation. Vorge-

sehen war präoperativ ein Opioid (Palexia Retard) als Prämedikation. Intraoperativ wurde eine kombinierte intravenöse Anästhesie mit einem regionalanästhetischen Vorgehen mit Katheter zur postoperativen Schmerztherapie geplant. Die medikamentöse postoperative Schmerztherapie sollte gemäss Standard und Palexia Retard durchgeführt werden. Noch heute ist mir die Aussage des zuständigen Anästhesisten in den Ohren: «Machen Sie sich keine Sorgen, wir werden es so machen, wie wir es besprochen haben. Bei uns sind Sie in guten Händen.»

Am Operationstag stellte ich mich früh, zu früh, an der Aufnahme etwas (oder vielleicht doch mehr als «etwas») nervös vor, wenn ich auch versuchte, «positiv» zu denken, zu sein und zu bleiben: «Es kommt gut, es ist nur eine Operation», sagte ich mir. «Ich habe keine Angst, ich bin nur nervös», wiederholte ich. Primär machte mir der chirurgische Eingriff Sorgen und ich hoffte, dass alles so gemacht würde, wie es im Vorfeld besprochen worden war. Vor der Anästhesie an sich hatte ich keine Angst, wir hatten sie ja gut besprochen und ich kenne mich aus. Wie oft sage ich in meinem beruflichen Alltag zu Patienten, die wahrscheinlich ebenso aufgeregt sind und sich vielleicht fürchten: «Sie müssen keine Angst haben, Sie sind nicht allein und wir sind immer bei Ihnen.» Oft, zu oft?! Wie gerne würde ich jetzt meine vertrauten Arbeitskollegen neben mir haben, aber ich bin ja «ausser Haus», in einer anderen Klinik.

In der Holding Area kam die erste Enttäuschung: Es gab kein Palexia Retard als präoperatives Schmerzmedikament. Auch postoperativ würden entweder Morphin oder Pethidin verabreicht. Da die Operation

als «sehr schmerzhaft» eingeschätzt wurde, wurde mir empfohlen ein Medikament auszuwählen. Nach einem Austausch mit dem zuständigen Oberarzt der Anästhesie war es doch möglich, dass Palexia für mich auf die Abteilung bestellt und Oxynorm als Reserve verordnet wurde. Diese «Enttäuschung» vor der Operation führte nicht wirklich zu einer Entspannung und beruhigte mich nicht, aber gut, es ging weiter zur Regionalanästhesie und zur Operation.

Postoperativ

Das Erste, an das ich mich erinnere, ist eine ruhige und warme Umgebung. Eine nette und empathische Pflegefachfrau kümmerte sich im Aufwachraum um mich. Nachdem der zuständige Anästhesie-Oberarzt noch im Aufwachraum vorbeigekommen war und sich meine Schmerzsituation mit Oxynorm stabilisiert hatte, konnte ich schmerzfrei auf die Abteilung verlegt werden.

Hier schloss die für mich zuständige Pflegefachfrau den Perfusor an den Regionalkatheter an und brachte mir die Medikamente, inklusive Palexia. Für mich war es erschreckend, dass sie nicht wusste, in welcher Dosierung das Palexia verordnet war. Sie wollte mich beruhigen, dass die Menge schon die richtige sei und dass sie morgens und abends verabreicht würde.

Leider nahmen meine Schmerzen wieder zu. Nachdem ich dies der Pflegefachfrau mitgeteilt hatte, stellte sie den Perfusor (Ropivacain) höher. Allerdings nahm sie meine Aussage nicht wahr! Die Schmerzen waren doch gar nicht in dem Bereich, der durch den Regionalkatheter innerviert war. Zudem hatte auf der Pflegeabteilung nie jemand die Sensibilität, Motorik und Wärme des Operationsgebietes kontrolliert.

Mitten in der Nacht wachte ich mit starken Schmerzen auf. Ohne viel zu überlegen fragte ich nach einer Schmerzreserve. Ich war müde, wollte schlafen, vor allem aber wollte ich keine Schmerzen mehr haben. Meine grösste Angst vor der Operation waren mögliche postoperative Schmerzen

und die postoperative Übelkeit gewesen. Und was war das Ergebnis? Ich lag im Spital und hatte Schmerzen!

Am ersten postoperativen Tag findet in diesem Spital standardisiert keine Visite des Chirurgen oder des Akut-Schmerzdienstes statt. Wenn keine Komplikationen auftreten, werden Patienten mit einem Regionalkatheter nicht weiter betreut. Am Nachmittag aber hatte ich wieder starke Schmerzen; genau zwölf Stunden nach der Episode der letzten Nacht. Erholt war ich nicht, vielmehr von den Schmerzen erschöpft. Wieder bekam ich ein Medikament aus der Schmerzreserve. Ich zweifelte mittlerweile daran, ob ich wirklich ein retardiertes Palexia-Präparat erhielt. Am Abend bestätigten sich meine Zweifel – ich hatte keine Retard-Tablette erhalten. Meine Frage nach dem Grund dafür konnte die Pflegenden nicht beantworten. Da der Abteilungsarzt bereits gegangen war, schrieb sie eine Notiz für die Pflegenden im Frühdienst, damit mein Anliegen bei der Visite besprochen werden könnte.

Wie unterschiedlich die Arbeitsabläufe innerhalb eines Spitals doch sein können! In der Anästhesie haben wir kein vergleichbares Problem. Ein Arzt ist immer in der Nähe bzw. bei Problemen schnell erreichbar, wir müssen nichts notieren und am folgenden Tag besprechen. Auf einer Abteilung erscheint mir das alles viel träger und gemächlicher, zumindest als ich es gewöhnt bin.

Der Auslassversuch für das regionalanästhetische Prozedere war am zweiten postoperativen Tag um 6.00 Uhr morgens geplant und wurde auch ausgeführt, jedoch ohne ein Schmerzassessment oder dass gleichzeitig die weiteren Schmerzmedikamente, die Medikamente der Schmerzreserve angepasst worden wären. Zudem wurde das Palexia nach der Visite nicht angepasst, obwohl mir das am Abend vorher versprochen worden war. Ich fühlte mich nicht ernst genommen, meine Anliegen wurden nicht angehört. Dies steigerte mein Gefühl, ausgeliefert zu sein. So waren die Verantwortlichen bereits auf meine erste Äusserung der Schmerzen nicht eingegangen und hatten das Ropivacain erhöht, obwohl die Schmerzen nicht in den durch die Regionalanästhesie innervierten Nerven gelegen hatten.

Der Katheter wurde erst am Nachmittag, nachdem ich explizit nachgefragt hatte, durch die zuständige Pflegenden entfernt. Ein Schmerzassessment interessierte die Verantwortlichen aber auch jetzt nicht. Enttäuscht und frustriert hätte ich am liebsten meine Sachen gepackt und wäre nach Hause gegangen.

Weiterführende Überlegungen

Leider war ich aufgrund meines beschriebenen Traumas nicht das erste Mal in einem Spital Patient. Die postoperative Betreuung und die postoperative Schmerztherapie hätten meiner Meinung nach für mich besser sein können. Eine Schmerzvisite durch einen «Pain-Service» oder die aktive Konsultation eines solchen Dienstes durch die Pflegenden der Abteilung wäre für mich vertrauensbildend gewesen. Ein Schmerzdienst hätte die Pflegenden entlastet, welche die Schmerzproblematik mit den Fachpersonen interdisziplinär und interprofessionell hätten besprechen können. «Wir» als Patienten können meiner Meinung nach von einem (anästhesiologischen) Schmerzdienst sehr profitieren, wenn die Behandlung individuell und patientenzentriert durchgeführt wird und die Medikamente zusammen mit dem Patienten als Experten für seine Schmerzen evaluiert werden. Zudem können von regionalanästhetischen Kathetern gesteuerte Verfahren täglich kontrolliert und so die Menge des Regionalanästhetikums individuell angepasst werden. Die Schmerztherapie sollte meiner Meinung nach nicht von einer Disziplin allein durchgeführt werden, sondern interprofessionell und interdisziplinär. Daneben müssen die Pflegenden auf den Abteilungen mit ihrem Fachwissen weitere mögliche Ansätze der pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Schmerztherapie kennen und diskutieren.

Ich frage mich häufig, wie der Spitalaufenthalt für mich hätte besser verlaufen können. Ich fühlte mich, wie erwähnt, postoperativ der Situation ausgeliefert und allein gelassen. Patient zu sein war für mich keine gute Erfahrung. Was hat mir gefehlt? Was konnte ich lernen? Hätte ich selber eine Schachtel Palexia mitbringen sollen, um die richtige Medikation zu erhalten? Im Rückblick kann man lange werweisen,

was besser gewesen wäre. Während ich bei meiner Arbeit in der Anästhesie die postoperativen Massnahmen für die von mir betreuten Patienten verordnen und mit dem zuständigen Anästhesisten besprechen kann, wurde ich als «Anästhesie-Patient» nicht einmal angehört und hatte nicht die Gelegenheit mit einem Arzt über meine Schmerzmedikation zu diskutieren und Veränderungen zu erörtern.

Generell wäre es für mich hilfreich gewesen, mehr in die Pflege mit eingebunden zu sein und eine verstärkte Ausrichtung auf meine Bedürfnisse und Wünsche zu erfahren. Dies nach den Ansätzen der «Patientenzentrierten Pflege» (1). Mit diesem Modell kann der Diskurs und Dialog zwischen den Pflegenden und den Patienten auf den drei Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) gefördert werden. Denn Pflege und Betreuung von Patienten verlangen mehr als rein technische Kompetenzen. Es besteht der Anspruch, dass alle Formen des Wissens und Handelns integriert werden und zugleich die Patienten partnerschaftlich bei den verschiedenen Wahlmöglichkeiten gefördert werden. Damit kann die Zufriedenheit erhöht werden.

Zusammenfassung

Ein Patient vom «Fach» bedeutet für das betreuende Team, unter «Beobachtung» zu stehen. Denn solche Patienten achten meiner Meinung nach viel sensibler auf die Tätigkeiten der Pflegenden bzw. auf deren Ausführung. Auch wenn meine Geschichte primär die Pflegeabteilung betrifft, habe ich von mir als Patient gelernt und appelliere an die Anästhesiepflegenden: Hört euren Patienten zu und denkt immer daran, was Ihr euch wünschen würdet, wenn Ihr in deren Situation wärt. Lebt eine patientenzentrierte Pflege aktiv! Bleibt dabei ehrlich und verspricht nichts, was Ihr nicht halten könnt. Denn leere Versprechungen erschüttern das Vertrauen der Patienten. Dennoch: Ich möchte allen, die an meiner Behandlung beteiligt waren, für Ihre Arbeit und ihren Einsatz ganz herzlich danken.

1. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. J Adv Nurs. 2006;56(5):472-9.

Kontakt bleibt anonym

Name ist der Redaktion bekannt

Normale Alltagsgeräusche oder Lärm?

Elena Camenzind

Geräusche wie Gerätealarme, das Aufreißen von Verpackungen, die Blutdruckmanschette, Gespräche mit Patienten und mit interdisziplinären und interprofessionellen Kollegen können in der Anzahl schnell zu Lärm werden. Der Lärm im Arbeitsalltag kann die Erholungszeit von Patienten stark beeinträchtigen.

Im Spital sind die Pflegenden und die Ärzte in ihrer gewohnten Umgebung. Kommunikation ist im Arbeitsalltag innerhalb des Gesundheitswesens ein relevanter Aspekt – wir geben dabei wichtige Informationen an unsere interdisziplinären und interprofessionellen Partner weiter und erhalten solche; und natürlich sprechen wir mit unseren Klienten, den Patienten. Zur verbalen Kommunikation kommen weitere Geräusche hinzu wie zum Beispiel Gerätealarme und das Aufreißen von Verpackungen des Materials, das im Arbeitsalltag nötig ist. Die Geräuschkulisse gehört zur täglichen gewohnten Umgebung des Personals. Anders für die Patienten. Die Umgebung ist für sie ungewohnt, die Geräusche nicht vertraut, fremde Menschen und Gespräche, die für sie keinen Zusammenhang haben. Sarkar et al [1] haben die Auswirkungen von Lärm auf die Patientenzufriedenheit und -erholung wissenschaftlich untersucht. Dieser Artikel befasst sich mit der Studie «Erhöhte Patientenzufriedenheit im Aufwachraum durch die Implementierung eines Programms zur kontrollierten Lärmreduktion».

Die Auswirkungen von Lärm im Spital sind relevant für die Genesung der Patienten. Lärm unterbricht die Erholungszeit und beeinträchtigt so die Patientenzufriedenheit [2]. Eine weitere Studie konnte nachweisen, dass in der stationären Umgebung aufgrund von wiederholten Störungen durch Besucher, Geräte, Technik und Personal die Schlaffähigkeit der Patienten erschwert wird [3]. Die physiologischen

und psychologischen Auswirkungen von Lärm können zu Schlafunterbrechung oder -entzug, veränderter Immunfunktion, vermehrten Entzündungen, Erhöhung des Blutdrucks, der Herzfrequenz und des systemischen Gefässwiderstands,

Bruit quotidien normal ou vacarme?

Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions.html

Senkung des Kohlenhydrat-Stoffwechsels und Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit führen [4]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, den Geräuschpegel während einer Ruhezeit nicht über 40 Dezibel (dB) ansteigen zu lassen [5]. Extremer Lärm ist als belastendes Element im klinischen Umfeld nachgewiesen; trotzdem wird der von der WHO bestimmte maximale Geräuschpegel ständig überschritten und kann die Gesundheit und Genesung beeinträchtigen [6,7].

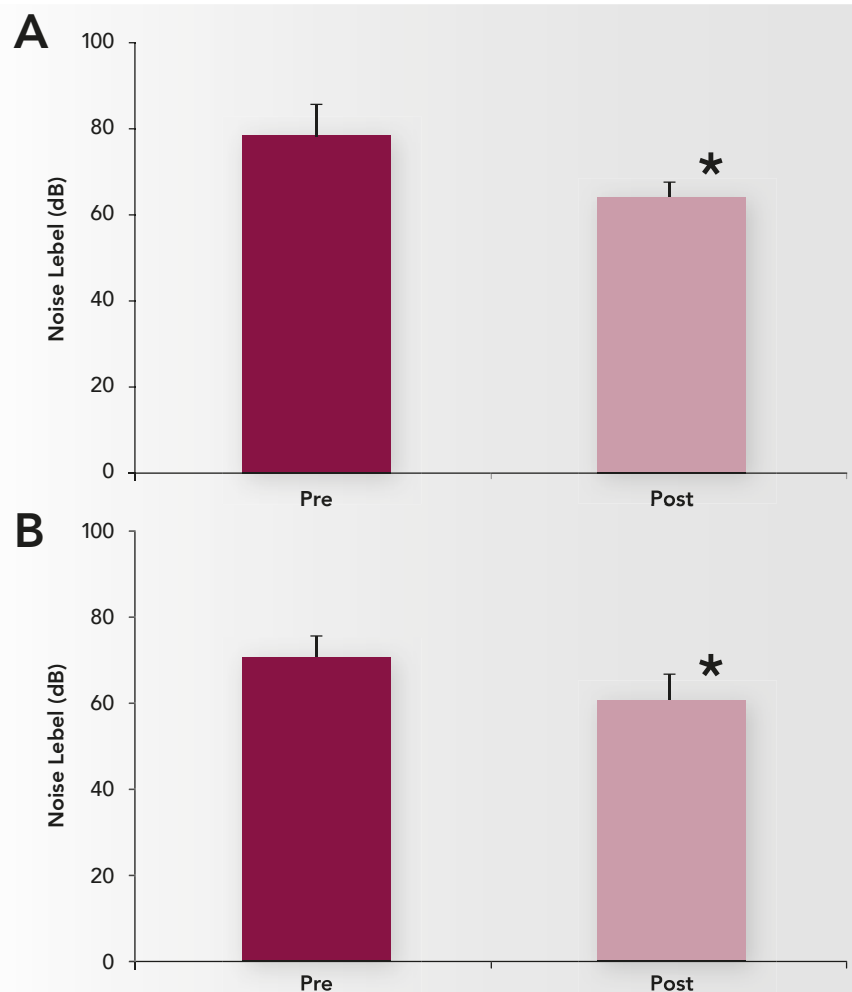


Abb. 1: Durchschnittlicher Geräuschpegel vor und nach Implementation von LRP (A) tagsüber und (B) nachts [1].

Der durchschnittliche Geräuschpegel im Aufwachraum (AWR) beträgt 67,1 dB. 56 Prozent des Lärms von über 65 dB wurden durch Personalgespräche verursacht, während Umgebungsgeräusche wie z. B. Alarmer weniger als 10 Prozent ausmachen [7]. Im Bemühen, den Lärm in Spitälern zu reduzieren, haben einige Studien ein Lärmreduktionsprogramm erfolgreich im Bereich der Patientenpflege implementiert [8–10]. Keine davon wurde in einem AWR durchgeführt.

Patienten, die sich von einer Anästhesie erholen, können eine Kombination aus postoperativen Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen und Desorientierung erleben. Der Aufenthalt im AWR macht einen Grossteil der perioperativen Erfahrung für die Patienten aus und prägt die Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt. Für die Patientenzufriedenheit, die Erholungsfähigkeit und für die allgemeine Genesung ist eine ruhige Umgebung mit möglichst wenigen, minimalen Störungen im AWR wichtig. Sarkar et al [1] stellten die Hypothese auf, dass eine gezielte Schulung des Pflegepersonals mithilfe eines Programmes zur Lärmreduzierung, die Patientenzufriedenheit und -erholung verbessert.

Methode

Mit einer Umfrage erfasste Sarkar et al [1] vor und nach Implementation eines strukturierten Lärmreduktions-Programms (LRP) die Patientenzufriedenheit und den Geräuschpegel im AWR. Befragt wurden elektive volljährige chirurgische Patienten (leicht bis schwer chronisch krank), die ambulant oder stationär im Spital verweilten. Zudem mussten die Patienten eine Vollnarkose erhalten haben und sich mindestens acht Stunden im AWR befunden haben, damit eine umfassende Meinung über die Zufriedenheit aussagekräftig war. Kognitiv musste die Fähigkeit für die Beantwortung der Umfrage bestehen. Stark sedierte oder noch intubierte Patienten waren ausgeschlossen. Die Patienten wurden vier Stunden nach Eintritt im AWR zu Patientenzufriedenheit und Erholungsfähigkeit befragt. Der Geräuschpegel wurde zwischen 9.00 Uhr und 5.00 Uhr morgens stündlich mit einem Dezibel-Lesegerät erfasst.

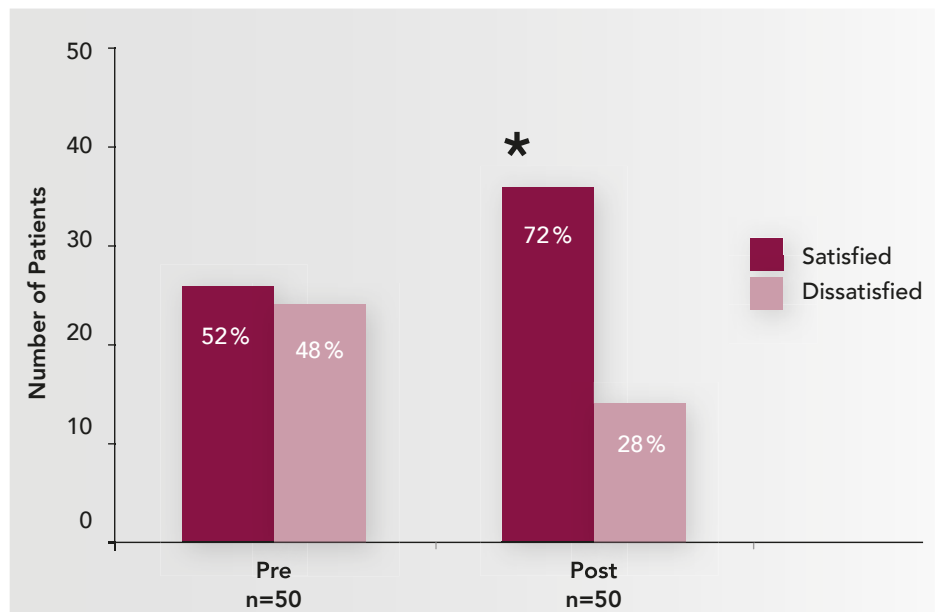


Abb. 2: Patientenzufriedenheit mit dem Geräuschpegel vor und nach der Implementation von LRZ [1]

Lärmreduktions-Programm (LRP)

Das LRP wurde in zwei Zeitspannen pro Schicht, von 24.00 bis 4.00 Uhr (Schlaf-Wach-Zyklus) und von 14.00 bis 16.00 Uhr (höchstes Lärmaufkommen), aktiv angewandt. In beiden Zeitspannen gab es keinen Schichtwechsel. Die Schichtleitung war instruiert, auf laute Gespräche und erhöhte Geräuschkentwicklung zu achten und diese aktiv zu reduzieren (Bsp. Aufforderung, leiser zu sprechen und Alarmer zu unterbrechen).

Das LRP bestand unter anderem aus:

- Dimmen der Lichter, um das Personal auf die Ruhezeit aufmerksam zu machen
- Bemühung, Geräuschpegel bei Personalgesprächen zu reduzieren
- Betonung, dass Alarmer rechtzeitig quittiert oder stummgeschaltet werden
- Besuch und Personal wurden gebeten, leise zu sprechen

Resultate

50 Patienten haben vor der Implementation und nach der Implementation des LRP teilgenommen.

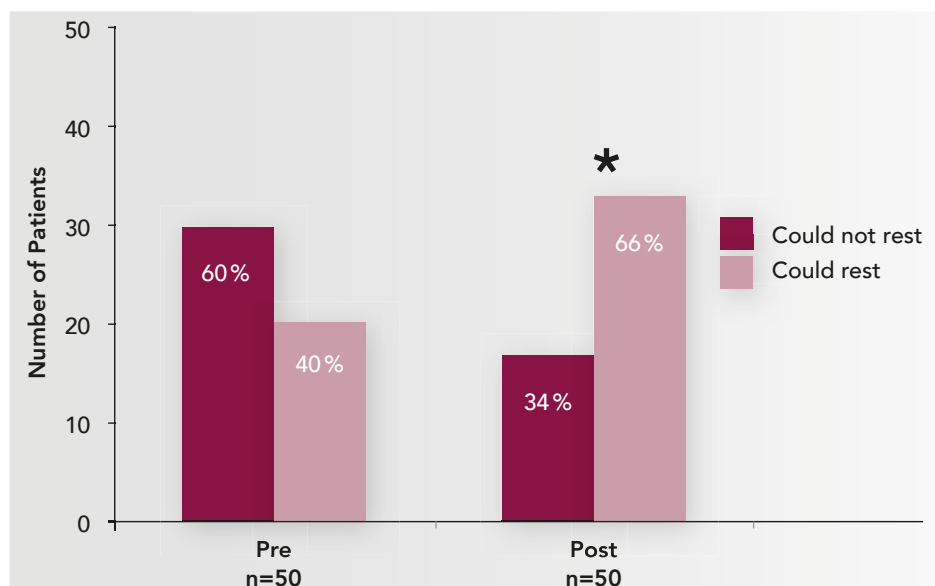


Abb. 3: Erholungsfähigkeit der Patienten vor und nach der Implementation von LRZ [1].

Geräuschpegel:

Der Geräuschpegel vor Implementation des LRP wurde an drei nicht aufeinanderfolgenden Tagen gemessen, um den Grundpegel zu bestimmen. Der Höchstwert betrug – zwischen 12.00 und 14.00 Uhr – durchschnittlich 85.93 dB. Der Lärm war das Ergebnis aus einer Kombination von Gesprächen (zwischen Patienten, Angehörigen und Personal), Monitoralarmen, Telefonklingeln und Umgebungsgeräuschen. Nach der Einführung des LRP kam es zu einem deutlichen Rückgang des durchschnittlichen Geräuschpegels während der Tages- und Nachtzeiten. Zusammenfassend gab es eine signifikante Abnahme von 77,5 dB ($\pm 7,91$) auf 63,7 dB ($\pm 3,72$) während der Tageszeit und von 70,5 dB ($\pm 5,01$) auf 59,7 dB ($\pm 6,99$) während der Nachtzeit (Abb. 1).

Patientenzufriedenheit und Erholungsfähigkeit:

Vor dem LRP gab etwa die Hälfte der Patienten an, mit dem Geräuschpegel im AWR und der Möglichkeit, sich zu erholen bzw. zu schlafen, zufrieden zu sein (52 %). Zwei Wochen nach der Einführung des LRP gab es einen signifikanten Anstieg der Patientenzufriedenheit mit dem Geräuschpegel im AWR (72 %), (Abb. 2).

Vor der Implementation des Programms gab weniger als die Hälfte der Patienten an, dass sie sich beim aktuellen Geräuschpegel im AWR erholen konnte (40 %). Zwei Wochen nach der Einführung des LRP gab es einen signifikanten Anstieg bei der Erholungsfähigkeit (66 %), (Abb. 3).

Diskussion

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind die folgenden:

1. Der hohe Ausgangswert des Geräuschpegels tagsüber innerhalb AWR.
2. Nur 40 % der Patienten gaben an, vor dem LRP sich erholen zu können.
3. Ein gezieltes LRP senkte den Geräuschpegel signifikant.
4. Die Lärmreduktion führte zu signifikanten Verbesserungen der Patientenzufriedenheit und der Erholungsfähigkeit.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Schulung des Personals im AWR und geringfügige Verhaltensänderungen den Geräuschpegel signifikant reduziert.

Ebenfalls wird die Patientenzufriedenheit erhöht, ohne dass kostspielige strukturelle Änderungen im AWR vorgenommen werden müssen. Andere Untersuchungen haben ebenfalls gezeigt, dass die Implementation von Lärmreduzierung durch das Personal Vorteile bringt, z. B. auf der Intensivstation für Erwachsene und auf einer orthopädischen Akutstation [11,12]. Diese Untersuchungen stützen die Ergebnisse der im vorliegenden Artikel besprochenen Studie, dass kostengünstige Umgebungsanpassungen und die Schulung des Personals den Geräuschpegel effektiv reduzieren und gleichzeitig die Patientenzufriedenheit steigt.

Die Studie zeigt auch Limitationen: Zum Beispiel konnte das LRP den Lärm nicht unter den Maximalwert der WHO-Empfehlung (40dB) senken. Die Patienten wurden nicht randomisiert und keine Langzeit Follow-up-Daten erhoben, um einen Langzeiteffekt des LRP zu eruieren.

Schlussfolgerung

Die vorliegend besprochene Studie zeigt, dass die Implementation einer Lärmreduktion durch das Personal die Erholungsfähigkeit und Zufriedenheit der Patienten erhöht. Da Lärm im Spital mit kostensparenden und einfachen Strategien reduziert werden kann, denken Sie am nächsten Arbeitstag daran. Die Patienten werden es Ihnen danken.

Sammeln Sie e-log-Punkte

Fragen zu diesem Artikel auf www.siga-fsia.ch/fragen

Collectez des points e-log

Questions sur www.siga-fsia.ch/fr/questions



Literaturverzeichnis

1. Sarkar, M., Rock, P., Rowen, L., & Hong, C. (2021). Increased Patient Satisfaction in the Postanesthesia Care Unit with the Implementation of a Controlled Noise Reduction Program. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, (2021); 36(1), 3–7.
2. Choiniere, D. The effects of hospital noise. *Nurs Adm Q* (2010); 34(4), 327–333.
3. Gabor, J., Cooper, A., & Hanly, P. Sleep disruption in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*, (2001); 7(1), 21–27.
4. Pilkington, S. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalized patients. *Nurs Stand*, (2013); 27(49), 35–42.
5. WHO Regional Office for Europe. Night Noise Guidelines for Europe. World Health Organization. (2009).
6. Yoder, J., Staisiunas, P., Meltzer, D., Knutson, K., & Arora, V. Noise and sleep among adult medical inpatients: Far from a quiet night. *Arch Intern Med*, (2012); 172(1), 68–70.
7. Allaouchiche, B., Duflou, F., Debon, R., Bergeret, A., & Chassard, D. Noise in the postanesthesia care unit. *Br J Anaesth*, (2002); 88(3), 369–373.
8. Xie, H., Kang, J., & Mills, G. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Crit Care*, (2009); 13(2), 208.
9. Richardson, A., Thompson, A., Coghill, E., Chambers, I., & Turnock, C. Development and implementation of a noise reduction intervention programme: A pre- and postaudit of three hospital wards. *J Clin Nurs*, (2009), 18(23), 3316–3324.
10. Cabrera, I., & Lee, M. Reducing noise pollution in the hospital setting by establishing a department of sound: A survey of recent research on the effects of noise and music in health care. *Prev Med*, (2000); 30(4), 339–345.
11. Kol, E., Demircan, A., Erdogan, A., Gencer, Z., & Erengin, H. The effectiveness of measures aimed at noise reduction in an intensive care unit. *Workplace Health Saf*, (2015); 63(3), 539–545.
12. Gardner, G., Collins, C., Osborne, S., Henderson, A., & Eastwood, M. Creating a therapeutic environment: A non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. *Int J Nurs Stud*, (2009); 46(6), 778–786.

Kontakt:

Elena Camenzind
Pflegeexpertin MScN, INSELSPITAL,
Universitätsspital Bern
Universitätsklinik für Anästhesiologie
und Schmerztherapie (KAS)
Freiburgstrasse
3010 Bern



COVID 19 – Herausforderungen in der Anästhesie

Diplomarbeit auf <https://siga-fsia.ch/beruf/abschlussarbeiten.html>

COVID-19 ist eine neuartige Erkrankung, die 2019 erstmals in der Volksrepublik China und kurz darauf in zahlreichen europäischen Ländern beobachtet wurde. COVID-19 steht für Corona Virus Disease 2019 (Corona-Virus-Krankheit 2019). COVID-19 ist die Bezeichnung für die Erkrankung als solche, das auslösende Virus nennt sich SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrom-Corona-Virus (schweres, akutes respiratorisches Syndrom)) (Berthold Bein, 2020).

Die Diplomarbeit «COVID 19 – Herausforderungen in der Anästhesie» setzt sich mit den Herausforderungen auseinander, die bei einem COVID-19 positiven Patienten entstehen, wenn er operiert werden muss.

Um das Krankheitsbild, das bei der Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 entsteht, zu verstehen, wird im Vorfeld kurz die Physiologie des Gasaustausches bearbeitet. Auch das ARDS, das bei einem schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung entstehen kann, wird kurz erläutert. Die zugehörigen Schwierigkeitsgrade des

ARDS, die verschiedenen anwendbaren Strategien und was bei diesen zu beachten ist, werden in der Arbeit aufgezeigt. Der Vollständigkeit halber wird auch auf Symptome wie Husten, Schnupfen und Fieber sowie auf die Diagnostik mittels PCR-Test (Polymerase-Ketten-Reaktion) bei einer SARS-CoV-2-Infektion eingegangen. Dabei werden die folgenden, bisher erforschten Komplikationen beschrieben:

- Pulmonale Schädigung
- Thromboseneigung
- Neurologische Komponente

Um das Krankheitsbild aus anästhesiologischer Sicht zu betrachten, wird immer wieder Bezug auf den Operationsbereich genommen. Es wird erläutert, was aus hygienischer Sicht alles bedacht werden muss, welchen Aufwand es mit sich bringt und welcher Isolationsweisung die betreuten Personen eines COVID-19-positiven Patienten unterstellt sind.

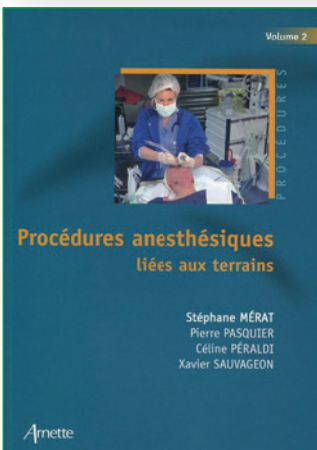
Um zu verstehen, welcher Isolationsstandard angewendet werden muss, werden

die verschiedenen Übertragungswege des SARS-CoV-2-Virus erläutert: Was sind die Unterschiede zwischen einer Tröpfcheninfektion, einer Aerosolübertragung und einer Infektion durch Kontakt? Neben der sehr aufwendigen Isolation, die geschultes Personal benötigt, ist auch die intraoperative Betreuung eine grosse Herausforderung.

Die Schwierigkeiten der Beatmung bei einem Patienten mit einem schweren ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrom) ist für die Anästhesiepflegenden eine grosse Herausforderung. Die Operation an sich ist auch für einen Patienten ohne COVID-19 schon eine körperliche Belastung. Doch bei Patienten, die am Virus SARS-CoV-2 erkrankt sind, besteht für die in die Behandlung involvierten Personen eine deutlich riskantere Grundvoraussetzung.

Kontakt:

Nicole Schneiderat,
dipl. Expertin NDS HF
nicole.schneiderat@ksb.ch



Procédures anesthésiques liées aux techniques chirurgicales

Pour faire suite à la présentation du premier volume du livre de la maison d'édition «Arnette», nous allons présenter le deuxième. Ce livre traite de la prise en charge du patient en lien avec ses antécédents.

La structure du livre reste similaire à celle concernant «les techniques chirurgicales». En effet, les auteurs sont les mêmes et ils ont développé vingt-sept chapitres qui détaillent les différentes problématiques médicales qu'un patient pourrait avoir.

Dans chaque chapitre, les caractéristiques et les rappels physiopathologiques sont détaillés. Ensuite, les particularités sont réparties selon les phases opératoires:

- Pré opératoire (évaluation et préparation)
 - Per opératoire (prise en charge anesthésique, problèmes et risques)
 - Post opératoire (réveil, surveillance, complications précoces et retardées)
- De manière générale, ce livre est très

schématique et structuré. Les informations sont très facilement repérables et on peut y retrouver facilement les informations les plus importantes. Malgré cela, il reste très général.

Ce livre est très pratique car il permet en peu de temps de cibler les éléments prioritaires pour une prise en charge du patient spécifique à son état de santé. Son format permet aussi de l'avoir dans la poche de la blouse ; il peut être consulté à tout moment, aussi peu avant l'arrivée du patient au bloc opératoire. Pour cela, il est fortement recommandé pour les étudiants car il leur permet de rester focalisés et structurés en retrouvant rapidement les informations nécessaires. Bonne lecture!

Contact:

Davide Casellini
Expert en soins d'anesthésie diplômée EPD ES
davide.casellini@siga-fsia.ch

Éditeur: Arnette

EAN:

ISBN: 978-2-7184-1409-6

Format:

Nombre de page: 278

Poids: Taille: L: 210mm x L: 150 mm x H: 100 mm

Année: 2016

Pays: France

Infusionssysteme von Mindray

Infusionstherapie neu definiert



- Grosser Full-Touch-Bildschirm
- Flexible Andocklösungen mit 2 - 24 Steckplätzen
- Werkzeugloses Design
- Farbcodierungssystem zur Verhinderung von Medikationsfehlern



Jetzt informieren: [benefusion.ch](https://www.benefusion.ch)