

# 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



03 | 2021

➤ **Alle für ein JA zur Pflegeinitiative**

- Place de l'anesthésie locorégionale dans la chirurgie oncologique du sein
- Pflegefachpersonen MScN in der Anästhesiepflege – besteht Bedarf?

# *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 3, Oktober 2021 |  
Journal d'anesthésie 3, octobre 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

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

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

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

Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee

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

**Redaktion Gestaltung |  
Rédaction Conception**

wamag | Walker Management AG  
Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee

**SIGA / FSIA editorial board**

Maria Castaño  
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 4/21 13. November 2021 |  
Edition 4/21 13 novembre 2021

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



Titelbild:  
Alle für ein JA zur  
Pflegeinitiative



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,  
liebe Leserinnen und Leser

Das Gesundheitswesen wird auch 2021 von einem Thema dominiert: Sars-Cov-19 und die zusätzlichen Belastungen, bzw. die Überlastungen vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch innerhalb der Anästhesiepflege. Was wird uns der Herbst und Winter 2021 bringen? Ich schliesse mich den Worten unserer Präsidentin Michèle Giroud an: Bleiben Sie gesund und schauen Sie gut zu sich und Ihren Angehörigen.

Als Konsequenz auf die parlamentarischen Beratungen im Frühjahr und den ausgearbeiteten Gegenvorschlag, aber auch aufgrund der Erfahrungen innerhalb der ersten Pandemiewelle entschieden die Initianten und Initianten der Pflegeinitiative, dass die Schweizer Stimmbevölkerung am 28. November in der Volksabstimmung: «Für eine starke Pflege» die Gelegenheit einer definitiven Entscheidung erhalten sollte. So nähme gemäss der Mitteilung des Initiativkomitees, der vom Parlament erarbeitete, indirekte Gegenvorschlag wichtige Anliegen der Initiative auf, dieser reiche aber nicht aus, um die Qualität und die pflegerische Versorgung zu sichern. Daneben brauche es weitere Massnahmen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, genügend Pflegenden auszubilden und die Bedingungen gezielt zu verbessern, damit die bereits ausgebildeten Pflegenden nicht enttäuscht und ausgebrannt den Beruf verlassen würden. Denn zu wenig gutes oder fehlendes Personal gefährde die Pflegequalität in allen Bereichen, auch innerhalb der Anästhesiepflege. Für genaue Informationen lesen Sie den Artikel von Y. Ribi und M. Camenzind in dieser Ausgabe des Anästhesiejournal. Aber auch die Rubrik von M. Giroud, hinsichtlich der politischen Aktivitäten lege ich Ihnen nahe.

Die verschiedenen Ausbildungen, auch im anästhesiologischen Setting, würdigt L. Vetter mit ihren Co-Autoren im Artikel: «Pflegefachpersonen MScN in der Anästhesiepflege – besteht Bedarf?». Was denken Sie? Braucht es Pflegefachpersonen mit einem Mastertitel innerhalb der Anästhesie und würden Sie, wenn möglich, weitere Fort- und Weiterbildungen für einen diesbezüglichen Abschluss besuchen, wenn das mit einem NDS HF möglich wäre?

Neben der gesamten politischen Tagesaktualitäten und den möglichen berufspolitischen Ausichten möchten wir die Anästhesie nicht ganz vergessen. So geben wir Ihnen einen Einblick in ein spezielles anästhesiologisches Verfahren bei Patientinnen mit Mamma Tumor. Dieses wird am CHUV in Lausanne bei Patientinnen zielführend angewandt.

Ich wünsche Ihnen eine angeregte Lektüre. Bleiben Sie gesund und interessiert. Bei Anregungen und Meinungen schreiben Sie uns. Wir freuen uns von Ihnen zu hören.

Ihr Tobias Ries  
SIGA / FSIA editorial board

**Inhaltsverzeichnis | Sommaire**

News .....	4
Agenda .....	5
Politik in Bewegung .....	6
Politique en mouvement .....	6
Alle für ein JA zur Pflegeinitiative .....	8
Tous en faveur d'un OUI à l'initiative des soins .....	12
Anästhesiekongress/Congrès d'anesthésie SIGA / FSIA .....	16
Interview mit Sigrid Mauer .....	18
Interview de Sigrid Mauer .....	18
Place de l'anesthésie locorégionale dans la chirurgie oncologique du sein .....	20
Stellenwert der Lokoregionalanästhesie in der onkologischen Brustchirurgie .....	24
Pflegefachpersonen MScN in der Anästhesiepflege – besteht Bedarf? .....	28
Diplomarbeit .....	32
Buchempfehlung .....	33
Die Anerkennung von Aus- und Weiterbildungen des nicht ärztlichen- Anästhesiepersonals und Anästhesie-pflegenden durch die IFNA.....	34
La reconnaissance de la formation et de la formation continue du personnel en anesthésie non-médical et des infirmiers(ières) anesthésistes par l'INFAA .....	36



### Hauptversammlung SIGA/FSIA an der SwissAnaesthesia 2021

Das Programm der SwissAnaesthesia 2021 der SGAR und SIGA/FSIA vom 28.-30. Oktober 2021 in der Palexpo Genf ist online. 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 – 12.00 Uhr statt. Die Jahresrechnung 2020 wurde auf der Website [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch) publiziert unter «Mitglieder» - «Ihre SIGA/FSIA». Melden Sie sich jetzt an auf [www.swissanaesthesia.ch](http://www.swissanaesthesia.ch).

### Posterausstellung am Anästhesiekongress SIGA/FSIA 2022

Die letzten beiden Jahre sind wir «Durch Dick und Dünn» gegangen. Wir haben auch für dieses Jahr wieder viele spannende Referate zu einem breiten Themenspektrum zusammengestellt. Wir freuen uns, Sie am 23. April 2022 wieder real im KKL Luzern begrüßen zu dürfen. Es wird wieder ein Abendprogramm mit vielen Neuigkeiten angeboten. Ausserdem wird zum siebten Mal eine Posterausstellung durchgeführt. Präsentieren Sie Ihr praxisbezogenes Projekt, Ihre wissenschaftliche Arbeit oder Ihre Diplomarbeit einem breiten Publikum auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch. Wir freuen uns auf Ihre Posterbeiträge am jährlichen Anästhesiekongress SIGA/FSIA. Abstracts können ab sofort bis 14. Januar 2022 eingereicht werden. Das beste Poster erhält ein Preisgeld von Fr. 500.- mit grosszügiger Unterstützung des Spitalzentrums Biel. Sie finden den Call for abstracts unter [www.siga-fsia.ch/poster](http://www.siga-fsia.ch/poster).

### Nationalratsentscheid: CIRS-System muss geschützt sein

Laut dem Nationalrat müssen Lernsysteme in Spitälern zur Vermeidung von Fehlern geschützt werden. Der Bundesrat wird beauftragt, einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Bericht- und Lernsysteme in Spitälern wie Cirs-Systeme, Peer Reviews, Qualitätszirkel, klinische Audits und Momo-Konferenzen zu schaffen. Mit einer gesetzlichen Grundlage ist sicherzustellen, dass zu Lernzwecken dokumentierte Ereignisse nicht von Gerichten verwendet werden können. Wichtig ist zudem eine Abgrenzung zur Krankenakte sowie zu einem allfälligen Schadenfallregister, in dem schwerwiegende Zwischenfälle erfasst werden. [www.parlament.ch/de/ratbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184210](http://www.parlament.ch/de/ratbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184210)

### 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! Haben wir Ihr Interesse geweckt? Weitere Informationen finden Sie auf [www.siga-fsia.ch/sigafsia/offene-mandate](http://www.siga-fsia.ch/sigafsia/offene-mandate).

### SBK: Schutz der Pflegenden in der Covid-19 Pandemie dank Impfung

Der Welpflegeverband (ICN) ist alarmiert, denn weltweit sind bereits mehr als 115 000 Gesundheitsfachleute an SARS-CoV-2 gestorben. Der Schutz all jener, die sich um Erkrankte und Sterbende kümmern, hat für den ICN und den SBK höchste Priorität. Viele von Ihnen haben während der Epidemie unter besonderen Belastungen gearbeitet. Eine Umfrage des SBK im August 2020 zeigt, dass zu Beginn der Epidemie fast die Hälfte unserer Mitglieder ungenügend gegen das Virus geschützt war. Viele wurden angesteckt. Manche leiden heute an Long-Covid. In der Schweiz gibt es inzwischen ausreichend Schutzmaterialien und der SBK kämpft für Praxisempfehlungen, die den Schutz

der Pflegenden gewährleisten. Die SUVA hat nun dank unserer Interventionen eine Empfehlung publiziert, dass sich Pflegende beispielsweise bei der Körperpflege von Infizierten oder Verdachtspatienten mit einer FFP2 Maske schützen sollen. Mehr Informationen dazu finden Sie auf [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch) unter «News».

### Willkommen, liebe Funktionäre

Christoph Herzig ist neu in die SIGA/FSIA prehospital care eingetreten. Wir begrüßen dich herzlich und freuen uns auf deine tatkräftige Unterstützung!



### Danke und bye bye, liebe Funktionäre!

Wir verabschieden Ismaël Schneider aus dem Vorstand sowie der GIAL und Andreas Müller aus der SIGA/FSIA prehospital care. Wir danken euch für euer Engagement für die SIGA/FSIA und wünschen euch weiterhin alles Gute!

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

Le programme du congrès SwissAnaesthesia de la SSAR et de la SIGA/FSIA qui aura lieu du 28 au 30 octobre 2021 à Palexpo Genève est publié en ligne. 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](http://www.siga-fsia.ch/fr) sous « Membres » - « Votre SIGA/FSIA ». Inscrivez-vous dès maintenant via [www.swissanaesthesia.ch](http://www.swissanaesthesia.ch).

## Exposition de posters au Congrès d'anesthésie 2022

Au cours de ces deux dernières années, nous avons avancé «contre vents et marées». Cette année encore, nous avons organisé de nombreuses présentations passionnantes sur un large éventail de sujets. Nous nous réjouissons de vous accueillir à nouveau le 23 avril 2022 en présentiel au KKL de Lucerne. Après le congrès nous vous proposons un programme du soir avec des nouveautés.

En plus nous avons le plaisir de réaliser une exposition de poster pour la 7ème fois consécutive. Nous vous invitons à présenter votre projet de clinique, votre travail scientifique ou votre mémoire de diplôme à un large public en allemand, en français, en italien ou en anglais.

Profitez de cette occasion et participez à cette exposition en nous soumettant votre abstract dès maintenant et jusqu'au 14 janvier 2022. Le meilleur poster va gagner un prix de CHF 500.- avec le soutien généreux du Centre hospitalier Bienne. Vous trouverez le Call for abstracts sur [www.siga-fsia.ch/fr/poster](http://www.siga-fsia.ch/fr/poster).

## Décision du Conseil national: Les systèmes CIRS doivent être protégés

Selon le Conseil national, les systèmes d'apprentissage pour éviter les erreurs dans les hôpitaux doivent être protégés. Le Conseil fédéral est chargé de créer une base légale protégeant la confidentialité des systèmes de rapport et d'apprentis-

sage utilisés dans les hôpitaux, tels que les systèmes de déclaration des erreurs (Critical Incidence Report System, CIRS), les évaluations par les pairs, les cercles de qualité, les audits cliniques et les colloques de morbidité-mortalité. La loi garantira que les événements documentés à des fins d'apprentissage ne puissent pas être utilisés par les tribunaux. Il importe par ailleurs de séparer ces systèmes des dossiers médicaux et d'éventuels registres dans lesquels les incidents graves sont répertoriés.

[www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184210](http://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184210)

## 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 ! Est-ce que vous êtes intéressé ? Vous trouverez plus d'informations sur [www.siga-fsia.ch/fr/sigafsia/offene-mandate](http://www.siga-fsia.ch/fr/sigafsia/offene-mandate).

## ASI : Pandémie de Covid-19 - protection des soignants par la vaccination

Le Conseil international des infirmières (CII) est alarmé par le fait que plus de 115'000 professionnels de la santé dans le monde sont déjà morts du SRAS-CoV-2. La protection de toutes celles et tous ceux qui soignent les malades et les mourants est une priorité absolue pour le CII et l'ASI. Un grand nombre de ces professionnels ont subi un stress énorme durant la pandémie. L'enquête que nous avons menée en août 2020 révèle qu'au début de cette crise sanitaire, près de la moitié

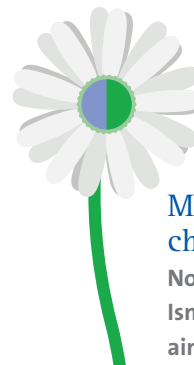
de nos membres n'étaient pas suffisamment protégés contre le virus. Beaucoup ont été infectés. Certains souffrent aujourd'hui du Covid long. Il existe actuellement suffisamment de matériel de protection en Suisse et l'ASI se bat pour des recommandations de pratique qui assurent la protection des soignants. Grâce à nos interventions, la SUVA a ainsi publié une recommandation qui précise que les soignants devraient se protéger avec un masque FFP2 lorsqu'ils effectuent par exemple des soins corporels aux patients infectés ou soupçonnés d'être infectés. Plus d'information sur [www.siga-fsia.ch/fr](http://www.siga-fsia.ch/fr) sous « News ».



## Soyez les bienvenus, chers responsables !

Christoph Herzig a rejoint la SIGA/FSIA prehospital care.

Nous te souhaitons cordialement la bienvenue et nous nous réjouissons de ton soutien actif !



## Merci et au revoir, chers responsables !

Nous prenons congé de Ismaël Schneider du GIAL ainsi que le comité et Andreas Müller de la SIGA/FSIA prehospital care. Nous les remercions pour leur engagement pour la SIGA/FSIA et leur adressons nos meilleurs vœux pour l'avenir !





# Jobs

aktuelle  
Stellenangebote  
[www.siga-fsia.ch/jobs](http://www.siga-fsia.ch/jobs)



## Agenda SIGA / FSIA

Datum   date	Veranstaltung   Manifestation	Ort   Lieu
28. – 30. Oktober 2021	SwissAnaesthesia 2021	Genf/Genève
29. Januar 2022	Berner Anästhesie Pflege Symposium BAPS 2022	Bern
<b>23. April 2022</b>	<b>Anästhesiekongress SIGA/FSIA</b>	<b>KKL Luzern</b>
<b>23 avril 2022</b>	<b>Congrès d'anesthésie SIGA/FSIA</b>	<b>Centre de la culture et des congrès Lucerne</b>
2 – 5 mai 2022	WCNA 2022	Croatia
12. November 2022	Herbstsymposium	Basel

Alle Fortbildungsdaten finden Sie auf [www.e-log.ch/agenda](http://www.e-log.ch/agenda) / Toutes les dates de formation vous trouverez sur [www.e-log.ch/fr/agenda](http://www.e-log.ch/fr/agenda)

## POLITIK IN BEWEGUNG

Die Strategiesitzung der SIGA/FSIA hat im August stattgefunden. Die Auswertung des vergangenen Jahres 2020 hat gezeigt, dass wir trotz der Pandemie viele Ziele erreicht haben. Selbstverständlich sind einige Projekte liegen geblieben und einige sind verzögert, aber wir dürfen über die erbrachte Leistung zufrieden sein. Nach dem Blick in der Vergangenheit haben wir in unserer Strategiesitzung wieder den Fokus auf die Zukunft gerichtet. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob wir als Verband auf die zukünftigen Herausforderungen genügend vorbereitet sind. Die Generation Y (1980 – 1995) ist bereits in der Anästhesiepflege und Mitglied der SIGA/FSIA. Langsam aber sicher wird uns die Generation Z (1995 – 2010) erreichen. Aber wie ticken die Menschen dieser beiden Generationen? Welche Auswirkungen haben ihre Bedürfnisse und Erwartungen auf die Verbandsarbeit und die Arbeitswelt? Wie müssen wir die Dienstleistung der SIGA/FSIA anpassen, um den Mitgliedern der Generation Y und Z gerecht zu werden? Wir haben uns mit diesen Fragen auseinandergesetzt und die Ergebnisse in die Strategie einfließen lassen. Wir werden uns in den nächsten Jahren

immer wieder mit diesen Fragen auseinandersetzen. Aus meiner Sicht ist es wichtig, dass sich sowohl die Führungspersonen, Berufsbildende, aber auch Berufskollegen mit den Bedürfnissen der neuen Generationen auseinanderzusetzen, um diese besser zu verstehen und die Zusammenarbeit optimal zu gestalten.

Die Vorbereitungen für die Abstimmungskampagne der Volksinitiative «Für eine starke Pflege» laufen auf Hochtouren. Seit Juli 2021 wurde ich in diesen Prozess eingebunden und es ist für mich eine Ehre an diesem historischen Ereignis mitwirken zu dürfen. Es ist unheimlich wichtig, dass wir diese Abstimmung gewinnen. Es ist DIE Möglichkeit, die verdiente Aufmerksamkeit für unsere Anliegen im Parlament zu bekommen und die Arbeitsbedingungen in der Pflege endlich zu verbessern. Seit vielen Jahren kämpft die Pflege für ihre Anliegen. Aber bis jetzt sind wir mit unserer politischen Arbeit erfolglos geblieben. Ich bin der Meinung, dass wir zum heutigen Zeitpunkt eine gute Chance haben, die Abstimmung zu gewinnen. So weit sind wir noch nie gekommen. Aus diesem Grund müssen wir unsere Kräfte vereinigen und gemein-

sam für den Erfolg kämpfen. Ich appelliere an Euch, die Pflegeinitiative zu unterstützen. Wir können es nur schaffen, wenn wir alle Kräfte mobilisieren! Die verschiedenen Möglichkeiten, wie Ihr die Pflegeinitiative unterstützen könnt, sind auf [www.pflegeinitiative.ch](http://www.pflegeinitiative.ch) erklärt.

Leider sieht es so aus, als würde uns eine 4. Pandemie-Welle erreichen. Die Zahlen der täglich an Covid-Neuinfizierten bleibt hoch und die Belastung innerhalb der Spitäler ebenfalls. Für viele von uns heisst es, dass wir erneut mit ausserordentlichen Arbeitsbedingungen konfrontiert werden. Aber, die letzten Monate haben ihre Spuren hinterlassen. Die Energiereserven und die Motivation sind nicht mehr wie im März 2020. Viele von uns sind müde und sind nicht mehr bereit, die Arbeit um jeden Preis zu bewältigen. Aus meiner Sicht ist es umso wichtiger, dass wir sparsam mit unserer Energie umgehen.

Ich wünsche Euch, viel Energie und Ausdauer, um die kommenden Belastungen hinsichtlich Corona-Pandemie durchzustehen und auch genügend erholsame Momente, um die Batterie wieder aufzuladen. Schaut gut zu Euch, Ihr seid wertvoll.

Michèle Giroud, Präsidentin

## POLITIQUE EN MOUVEMENT

La séance stratégique de la SIGA/FSIA a eu lieu en août. L'évaluation de l'année écoulée a montré que nous avons atteint de nombreux objectifs malgré la pandémie. Bien sûr, certains projets n'ont pas été réalisés et d'autres ont été retardés, mais nous pouvons nous estimer satisfaits des objectifs que nous avons atteint. Après avoir examiné le passé, nous nous sommes tournés vers l'avenir. Dans ce contexte, la question se pose de savoir si notre association est suffisamment préparée aux défis futurs. La génération Y (1980 – 1995) est déjà présente dans les soins d'anesthésie et en tant que membre de la SIGA/FSIA, et la génération Z (1995 – 2010) nous rejoindra d'ici peu. Mais qu'est-ce qui motive les personnes de ces deux générations? Quel impact leurs besoins et leurs attentes ont-ils sur le travail de l'association et sur le monde du travail? Comment devons-nous adapter les services de la SIGA/FSIA pour répondre aux besoins des membres des générations Y et Z? Nous avons traité ces questions et intégré les résultats dans la stratégie. Nous nous pencherons sur ces questions à maintes reprises au cours des

prochaines années. De mon point de vue, il est important, en tant que dirigeant(e), en tant que formateur(trice) professionnel(le) et aussi en tant que collègue de travail, de s'intéresser aux besoins des nouvelles générations afin de mieux les comprendre et d'optimiser la coopération.

Les préparatifs de la campagne de votation de l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts » battent leur plein. Je suis impliquée dans le processus depuis juillet 2021 et je suis honorée de faire partie de cet événement historique. C'est vraiment important que nous gagnions ce vote. C'est LA chance d'obtenir l'attention que nous méritons au Parlement afin d'améliorer enfin les conditions de travail dans les soins. Depuis de nombreuses années, le secteur des soins se bat pour défendre ses intérêts. Mais jusqu'à présent, nous avons échoué dans notre travail politique. Je pense qu'à l'heure actuelle, nous avons de bonnes chances de remporter le vote. Nous ne sommes jamais arrivés aussi loin auparavant. C'est pourquoi nous devons unir nos forces et lutter ensemble pour le succès. Je vous demande de soutenir

l'initiative des soins. Pour atteindre notre objectif, il faut mobiliser toutes nos forces! Les différentes manières dont vous pouvez soutenir l'initiative sont expliquées sur [www.initiative-soins-infirmiers.ch](http://www.initiative-soins-infirmiers.ch).

Pour l'instant, il semble qu'une quatrième vague de la pandémie va nous atteindre prochainement. Le nombre de personnes infectées par le Sars-CoV-2 est en augmentation, tout comme le nombre de patients hospitalisés. Pour beaucoup d'entre nous, experts en soins d'anesthésie, cela signifie que nous sommes une fois de plus confrontés à des conditions de travail extraordinaires. Les derniers mois ont laissé des traces. Les réserves d'énergie et la motivation ne sont plus les mêmes qu'en mars 2020. Beaucoup se sentent fatigués et ne sont plus prêts à affronter le travail à tout prix. De mon point de vue, il est d'autant plus important d'utiliser notre énergie avec parcimonie.

Je vous souhaite beaucoup d'énergie et d'endurance pour traverser la prochaine vague et aussi suffisamment de moments de repos pour recharger la batterie. Prenez bien soin de vous, vous êtes un atout précieux!

Michèle Giroud, présidente

# Alle für ein JA zur Pflegeinitiative

Yvonne Ribl, Martina Camenzind

Am 28. November entscheidet die Stimmbevölkerung über die Pflegeinitiative. Der vom Parlament erarbeitete indirekte Gegenvorschlag reicht nicht. Um die Qualität und die pflegerische Versorgung zu sichern, braucht es zwingend auch Massnahmen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Denn zu viele Pflegenden verlassen den Beruf, was die Pflegequalität in allen Settings je länger, je mehr gefährdet.

Um zu verstehen, warum die Schweiz auf einen Pflegepersonalnotstand zusteuert, reichen ein paar einfache Rechnungen. Seit Jahren werden nicht genug Pflegefachpersonen ausgebildet und zu viele verlassen den Beruf zu früh.

Die Pflegeinitiative geht diese Ursache des sich immer mehr zuspitzenden Mangels an, im Gegensatz zum indirekten Gegenvorschlag, der vor allem eine Ausbildungs-offensive enthält. Darum hat das Initiativkomitee am 18. Juni 2021 beschlossen, die Pflegeinitiative an die Urne zu bringen.

## Zu Wenige steigen ein...

Der Pflegenotstand ist längst Realität. Aktuell sind über 11 000 Pflegestellen in der Schweiz unbesetzt, davon 6200 für Pflegefachpersonen (Jobradar 2, 2021). Kein anderer Beruf hat mehr unbesetzte Stellen. Der Bedarf an zusätzlichen Pflegenden ist hoch. Zwischen 2019 bis 2029 braucht es zusätzlich 70 500 Pflegenden, davon 43 200 Pflegefachpersonen. Bis 2029 werden in der Schweiz 14 500 Pflegefachpersonen, also rund ein Drittel, zu wenig ausgebildet. Das zeigt der neue Versorgungsbericht von GDK, Obsan und OdASanté.

Etwas besser sieht es bei der Sekundarstufe II (FaGe, FaBe und AGS) aus, wo 80 Prozent der benötigten Abschlüsse erreicht werden. Angedacht wäre, dass 60 Prozent der FaGe nach der Lehre das Studium HF/FH beginnen, die anderen im Beruf FaGe weiterarbeiten. Hier stellt sich aber ein Problem, doch dazu später.

Der indirekte Gegenvorschlag setzt bei den Ausbildungszahlen an. Mit je 469 Millionen Franken von Bund und Kantonen während 8 Jahren sollen sie gesteigert werden. Unter anderem sieht der Gegenvorschlag vor, dass Studierende, die sich die Tertiärausbildung zur diplomierten Pflegefachperson HF oder FH nicht leisten können, finanziell unterstützt werden. Denn das finanzielle Opfer, das ausgebildete FaGe erbringen müssen, um das Diplom zu erreichen, ist gross: Der Ausbildungslohn der Studierenden beträgt um die 1000 bis 1200 Franken. Als ausgebildete FaGe im ersten Jahr verdient man zum Beispiel im Kanton Bern 4500 Franken (SBK Sektion Bern). Menschen, die nach ein paar Jahren als FaGe die Diplombildung in Angriff nehmen möchten, können diesen Schritt finanziell kaum stemmen, insbesondere wenn sie schon eine eigene Wohnung oder sogar eine Familie haben und nicht vom Partner, der Partnerin oder der Familie finanziell unterstützt werden. Was die Ausbildungszahlen betrifft, wäre der indirekte Gegenvorschlag also ein praktikabler Ansatz, umso mehr, als es den Parlamentarier:innen, die sich im Bundeshaus für die Pflege einsetzen gelungen ist, dass Kantone dazu verpflichtet sind, sich an den Ausbildungsbeiträgen für die Studierenden zu beteiligen. Doch er reicht nicht aus. Denn das Fass, das man füllen möchte, hat Löcher.

## ... und zu Viele steigen aus

Wie gross diese Löcher sind, zeigt ein Bericht des Gesundheitsobservatoriums Ob-



san: 42,5 % der Pflegefachpersonen, 41,7 % der Pflegenden der Sekundarstufe II und 37,7 % der Pflegenden ohne formelle Ausbildung verlassen den Beruf, d.h. sie wechseln Beruf, Branche oder geben die Erwerbstätigkeit auf. Bedenklich ist der hohe Anteil der unter 35-Jährigen bei den Berufsaustritten: 31,8 Prozent der diplomierten Pflegefachpersonen, 45,6 der Pflegenden der Stufe Sek II und 38,8 Pflegenden ohne formelle Ausbildung sind jünger als 35, wenn sie den Beruf verlassen.

Das sind hohe Zahlen und sie haben beunruhigende Konsequenzen, für die Versorgungsqualität, aber auch für die Fachkompetenzen der gesamten Pflegepersonals.

- Vor dem Hintergrund der schon oft genannten demografischen Entwicklung mit mehr hochaltrigen, chronisch und mehrfacherkrankten Menschen bräuchte es mehr qualifiziertes Pflegefachpersonal, also mehr diplomierte Pflegefachpersonen.
- Weil auch FaGe den Beruf frühzeitig verlassen, trocknet der Rekrutierungspool für die Diplombildung aus.
- Die zu tiefen Ausbildungszahlen schmälern zudem die Zahl jener Fachleute, die eine Spezialisierung anstreben, also z.B.

Tutti a favore di un SI all'iniziativa per delle cure forti

Articolo in Italia:  
<https://siga-fsia.ch/fr/membres/journal-da-nesthesie/traductions.html>



ein NDS in Anästhesie-, Intensiv- oder Notfallpflege, einen Master oder eine der neuen Höheren Fachprüfungen.

Ganz allgemein wird zu viel Arbeit auf zu wenige Schultern verteilt. Das ist jetzt schon so, und das wird sich zuspitzen, wenn nicht gehandelt wird.

### Die Verbleibenden: Überlastet und unterbezahlt

Immer häufiger hört man von Pflegenden, dass es kaum mehr möglich ist, 100 Prozent zu arbeiten. Immer öfter reduzieren auch junge Berufsleute ihr Pensum, nicht, weil sie es wollen, sondern weil sie fürchten, sonst nicht mehr lange durchzuhalten.

So schreibt etwa Notfallexpertin Leandra Kissling in ihrer Kolumne in der «Krankenpflege»: «Ein 100 %-Pensum ist für mich inzwischen physisch und psychisch schlicht nicht mehr möglich, da der Beruf zu belastend geworden ist. Meinem Kopf fällt es schwer, das zu akzeptieren, aber mein Körper zeigt mir, dass es nicht mehr geht. Mit nur 28 Jahren bereits mein Pensum zu reduzieren, war definitiv nie meine Absicht. Ich habe mich immer als sehr belastbare Person gesehen. Nun steht in meinem Antrag zur Pensumsreduktion als Begründung «Work-Life-Balance.»

Überlastete Pflegenden sind anfälliger dafür krankheitsbedingt auszufallen, ob nun aus

psychischen oder physischen Gründen. Die Covid-Pandemie hat das noch verschärft. Über den Facebook-Kanal des SBK schrieb im letzten Winter eine Pflegefachfrau, sie leide unter Panikattacken, wenn sie nur schon daran denke, dass sie zur Arbeit muss. Es mehren sich die Anzeichen, dass die Covid-Pandemie die Berufsfucht noch verstärkt hat. Auch Arbeitgeber melden mittlerweile, dass Pflegefachpersonen vermehrt kündigen.

Dass der Stress am Arbeitsplatz gross ist, untermauert das Forschungsprojekt STRAIN.<sup>1</sup> Unter anderem wurden über 19'000 Gesundheitsfachpersonen befragt, Ärzt:innen, Pflegenden, Hebammen und MTT-Berufsleute.

Detailliertere Ergebnisse für die Pflegeberufe zeigen, dass...

- **27% der Pflegenden** (alle Qualifikationsstufen) ihre gesetzlich festgelegten Pausenzeiten im Arbeitsalltag 'teilweise bis nie' einhalten können.
- **28% der Pflegefachpersonen** (HF/FH) in ihrem Arbeitsalltag 'oftmals bis immer' mit Überstunden rechnen müssen.
- **51% der Pflegefachpersonen** (HF/FH) Teilzeit arbeiten, aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.
- **31% der Pflegenden auf Sekundarstufe II** (bspw. FaGe) unter mässig bis starken Burnout-Symptomen leiden.
- **13% der Pflegenden** (alle Qualifikationsstufen) unter einer mässigen bis starken Beeinträchtigung im Alltag aufgrund von Wirbelsäulenbeschwerden betroffen sind.
- **18% der Pflegenden auf Sekundarstufe II** (bspw. FaGe) mehrmals im Monat oder sogar jeden Tag daran denken, den aktuellen Arbeitgeber zu wechseln.
- **15% der Pflegenden** (alle Qualifikationsstufen) mehrmals im Monat oder sogar jeden Tag daran denken, den Beruf zu verlassen.

<sup>1</sup> STRAIN wurde von 2017 bis Ende Juni 2021 in allen Sprachregionen der Schweiz durchgeführt. Ziel des STRAIN Projekts war es, Stressquellen, Stressreaktion und daraus entstehende Langzeitfolgen im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz dreimalig zu erfassen und mittels Intervention langfristig reduzieren. <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/strain/>



### Gesamtpaket Pflegeinitiative

Die Pflegeinitiative ist ein Gesamtpaket, das die heutige, unhaltbare Situation auf verschiedenen Ebenen angeht: Sie will die Arbeitsbedingungen verbessern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Sie verlangt, dass die Kompetenzen der Pflegefachpersonen anerkannt werden und dass die Sicherheit der Patient:innen gewährleistet wird.

Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, braucht es mehr Personal auf den Schichten, entsprechend dem Bedarf der Menschen, die gepflegt werden müssen. Dienstpläne müssen frühzeitig bekannt gemacht werden und verbindlich sein, es braucht Weiterentwicklungsmöglich-

keiten und einen angemessenen Lohn.

Die Arbeitszufriedenheit wird auch dadurch erhöht, dass die fachlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen anerkannt (und genutzt) werden. Oft hätten Pflegefachpersonen das Fachwissen, um dazu beizutragen, dass Patient:innen schneller genesen, und sie beim Management ihrer Krankheit besser zu unterstützen oder Angehörige besser einzubeziehen. Doch oft fehlt die Zeit dafür, die gesetzlichen Vorgaben erlauben kein eigenständiges Handeln, oder die Finanzierung ist nicht geregelt.

A propos Finanzierung: Die verschiedenen Finanzierungssysteme führen zu Fehlreizen (etwa bei den DRG) und Unterfinanzierung (z.B. im Langzeitbereich), oder

sie sind Gegenstand von zähen Verhandlungen zwischen Leistungserbringer:innen und Kassen und öffentlicher Hand (z.B. Tarmed).

Der daraus entstehende ökonomische Druck wirkt sich am Schluss unweigerlich auf die Pflegenden aus. Die Pflegeinitiative fordert daher, dass die Institutionen die nötigen Mittel erhalten, damit die pflegerischen Leistungen angemessen finanziert werden und diese Mittel in die Pflege investiert werden können. Angemessen heisst in diesem Zusammenhang auch, dass genügend und dem Bedarf der Patient:innen entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal angestellt wird. Damit sorgt die Pflegeinitiative auch dafür, dass die Pflegequalität sichergestellt wird.

## Pflegeinitiative: Meilensteine

- 27.4.2016: Der Nationalrat tritt nicht auf die parlamentarische Initiative «Für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» von Nationalrat Rudolf Joder ein. Sie verlangte, dass bestimmte Pflegeleistungen auch ohne ärztliche Verordnung von den Krankenkassen bezahlt werden müssen. Der SBK beschliesst kurz darauf, eine Volksinitiative zu ergreifen.
- 17.1.2017: Die Pflegeinitiative wird offiziell lanciert.
- 7.11.2017: Das Volksbegehren wird eingereicht. Schon nach 8 Monaten hatten über 120'000 Stimmberechtigte unterschrieben.
- März 2018: Der Bundesrat lehnt die Pflegeinitiative ab und will keinen direkten Gegenvorschlag erarbeiten.
- 7.11.2018: «Wer pflegt mich im Jahr 2030, lieber Bundesrat?» An einem landesweiten Aktionstag wird auf den Personalmangel aufmerksam gemacht. Gleichtags veröffentlicht der Bundesrat seinen ablehnenden Bericht zur Pflegeinitiative.
- 20.5.2019: Der indirekte Gegenvorschlag geht in die Vernehmlassung. Die parlamentarische Initiative 19.401 «Für eine Stärkung der Pflege – für mehr Patien-

tensicherheit und Pflegequalität» will Forderungen der Pflegeinitiative auf gesetzlicher Ebene umsetzen.

- Mai 2019–19.3.2021: National- und Ständerat ringen um den indirekten Gegenvorschlag. Am Ende entscheidet die Einigungskonferenz. Der Gegenvorschlag beinhaltet eine Ausbildungs offensive, finanziert mit je 469 Mio von Bund und Kantonen, und die Möglichkeit zur eigenständigen Abrechnung von Pflegeleistungen, unter Vorbehalt einer Anpassung der Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Am 19.3.2021 nehmen National- und Ständerat den Vorschlag an, der Nationalrat mit 1 Gegenstimme, der Ständerat einstimmig.
- 18.6.2021: Das Initiativkomitee beschliesst, die Pflegeinitiative an die Urne zu bringen.
- 28.11.2021: Volksabstimmung. Bei einem Ja von Volk und Ständen muss das Parlament die Umsetzung auf Gesetzesebene erarbeiten. Bei einem Nein (Volk und/oder Stände) tritt der indirekte Gegenvorschlag nach der Publikation im Amtsblatt in Kraft, vorausgesetzt niemand ergreift das Referendum.

## Kampagne

### *Wir alle sind die Pflegeinitiative*

Damit die Pflegeinitiative angenommen wird, braucht es nicht nur eine Mehrheit der Stimmbevölkerung, sondern auch das Ständemehr. Der Abstimmungskampf muss also auch in den Regionen geführt werden. Sie können die Kampagne aktiv unterstützen: [www.pflegeinitiative.ch](http://www.pflegeinitiative.ch)

### *Mobilisieren Sie Ihre Teams!*

Dieser Ausgabe liegt ein Mobilisierungsflyer bei. Helfen Sie, dass er möglichst viele Pflegenden erreicht, gerade jene, die nicht SBK-Mitglied sind. Hängen Sie ihn ans Anschlagbrett, legen Sie ihn im Stationszimmer auf, im Pausenraum.

### *Werden Sie aktiv in ihrer Nähe!*

Unterstützen Sie die Kampagne in einem Lokalkomitee und motivieren Sie Mitstreiter:innen! Die Lokalkomitees organisieren Standaktionen, die Verteilung von Flyern, schreiben Postkarten, usw. Sie bestimmen, wieviel Zeit sie einsetzen. [www.pflegeinitiative.ch/lokalcommittees](http://www.pflegeinitiative.ch/lokalcommittees)

### Lohnende Investition

Es ist hinlänglich bewiesen, dass es sich lohnt, in gut qualifiziertes Pflegepersonal zu investieren. Mehr diplomiertes Pflegefachpersonal in Akutspitälern verhindert Todesfälle und Komplikationen und spart teure Spitaltage. Eine entsprechende Studie von Michael Simon und Michael Gerfin auf der Grundlage von Daten des Bundesamts für Statistik ergab ein Sparpotenzial von bis zu 500 Millionen Franken pro Jahr. Für den Pflegeheimbereich errechnete die Studie Intercare der Universität Basel mögliche Einsparungen von 100 Millionen Franken, indem unnötige Spitaleinweisungen vermieden werden. Hochgerechnet auf den ganzen Langzeitbereich (ambulant und stationär) könnten bis zu

1.5 Milliarden Franken eingespart werden. Möglich wäre dies durch den Einsatz von speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen, die in der Lage sind, rasch und angemessen zu reagieren, wenn sich der Gesundheitszustand von Bewohner:innen und Klient:innen verschlechtert.

Um dieses Potenzial nutzen zu können, braucht es aber auch in der Langzeitpflege mehr diplomiertes Pflegefachpersonal, und auch mehr Pflegefachpersonen mit Master in einer APN-Rolle (Camenzind, 2021)

### Der Schlüssel hängt vor der Nase

«Wissen die Entscheidungsträger, dass der Schlüssel zur Lösung ihrer Probleme direkt vor ihrer Nase hängt?» fragte der

Geschäftsführer des International Council of Nurses ICN, Howard Catton am diesjährigen Online-Kongress des SBK. Das scheint (noch) nicht der Fall zu sein. Mit der Pflegeinitiative ist es uns aber möglich, sie darauf zu stossen. Die Chancen für ein Ja sind da, aber ein Sonntagsspaziergang wird es nicht. Viele Initiativen starten mit einer hohen Zustimmung, verlieren aber im Verlauf des Abstimmungskampfs empfindlich und scheitern am Ende an der Urne – vielleicht nicht am Volks- aber dann am Ständemehr. Darum braucht es den Einsatz von allen, in allen Regionen. Kämpfen wir also gemeinsam für ein JA zur Pflegeinitiative!

**Jetzt mit TWINT spenden!**



QR-Code mit der TWINT App scannen



Betrag und Spende bestätigen



### Zeigen Sie Flagge!

Informieren Sie Ihr Umfeld über die Pflegeinitiative. Erklären Sie, warum das Ja zur Pflegeinitiative wichtig ist und bestellen Sie Kampagnenmaterial. Der SBK produziert Balkonfahnen, Flyer, grosse und kleine Kleber und Buttons. Das Material können Sie bestellen auf [www.pflegeinitiative.ch/artikel-bestellen](http://www.pflegeinitiative.ch/artikel-bestellen)

### Bleiben Sie informiert!

Abonnieren Sie den Newsletter und las-

sen sich über den Verlauf der Kampagne informieren.

[www.pflegeinitiative.ch](http://www.pflegeinitiative.ch)

### Helfen Sie, die Kampfkasse zu füllen!

Jeder Beitrag hilft, um die Sichtbarkeit der Kampagne zu erhöhen, und sei er noch so klein. So können Sie (und Ihr Umfeld) spenden:

Online auf [pflegeinitiative.ch](http://pflegeinitiative.ch)

Überweisung auf

PC 31-460246-9

IBAN CH22 0900 0000 3146 0246 9

Mit TWINT-Code

### Referenzen

Camenzind, Martina (2020): Die Beweise liegen auf dem Tisch: Pflege spart Milliarden. In *Krankenpflege* 9/2021:13-17.

GDK, Obsan und OdASanté, 2021: Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021 <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/gesundheitspersonal-der-schweiz-nationaler-versorgungsbericht-2021>

OdaSanté.ch: Statistik der Berufsein- und austritte. Verfügbar unter <https://www.odasante.ch/medien/#content>

Peter, Karin (2021): SBK Sektion Bern. Lohnrechner [www.meinlohn.ch](http://www.meinlohn.ch)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan: Obsan Bericht 1/2021: Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2021/obsan\\_01\\_2021\\_bericht\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2021/obsan_01_2021_bericht_0.pdf)

STRAIN-Studie: <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/strain/> (Ergebnisse werden in der Ausgabe 10/2021 der *Krankenpflege* vorgestellt werden.)

### Autorinnen

Yvonne Ribi, Geschäftsführerin SBK

Martina Camenzind, Redaktorin

Krankenpflege

[info@pflegeinitiative.ch](mailto:info@pflegeinitiative.ch)

Bildnachweis: P. Schäublin/SBK-ASI

# Tous en faveur d'un OUI à l'initiative des soins

Yvonne Ribli, Martina Camenzind

Le 28 novembre, la population se prononcera sur l'initiative pour des soins infirmiers forts. Le contre-projet indirect élaboré par le Parlement n'est pas suffisant. Afin de garantir la qualité et les soins infirmiers, il est impératif de prendre des mesures pour améliorer les conditions de travail. En effet, trop d'infirmiers (ères) quittent la profession, ce qui compromet de plus en plus la qualité des soins dans tous les domaines.

Il suffit de faire quelques calculs simples, pour comprendre pourquoi la Suisse se dirige vers une pénurie de personnel infirmier. Depuis des années, le nombre d'infirmiers(ières) formé(e)s est insuffisant et beaucoup trop de personnel soignant quitte à profession trop tôt.

Contrairement au contre-projet indirect, qui contient principalement une offensive de formation, l'initiative pour des soins infirmiers forts propose des mesures pour améliorer les conditions de travail et ainsi combattre la pénurie d'infirmiers(ières) qui ne cesse de s'aggraver. C'est pourquoi le comité d'initiative a décidé le 18 juin 2021 de soumettre l'initiative à la votation populaire.

## Trop peu reprennent une activité professionnelle en tant qu'infirmière...

Le rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé, rédigé par la CDS et l'OdaSanté en 2016, prévoit un besoin annuel de 6075 d'infirmiers(ières) diplômé(e)s. En 2020, nous avons atteint pour la première fois un taux de 3050 diplômés en soins infirmiers, ce qui représente 50% de cet objectif; durant les années précédentes, il y a eu beaucoup moins de diplômés en soins infirmiers (OdaSante.ch). En d'autres termes, pour répondre à la demande, il serait nécessaire de former deux fois plus d'infirmiers (ères) diplômé(e)s. La situation est un peu meilleure pour le degré secondaire II, notamment pour les ASSC. En 2020, 4860 personnes ont terminé cet apprentissage désormais très popu-

laire. Cela représente 83% de la demande prévue de 5849 par an. L'idée serait que 60% des ASSC commencent une formation d'infirmiers(ières) diplômé(e)s (ES/HES) après l'apprentissage, tandis que les 40% restant continueraient à travailler comme ASSC. Cependant, il y a un problème ici, mais nous y reviendrons plus tard.

Le contre-projet indirect intervient sur les effectifs de formation. Le nombre de personnes formées en soins infirmiers doit être augmenté grâce à un soutien financier de 469 millions de francs suisses de la part de la Confédération et des cantons pendant 8 ans. Le contre-projet prévoit notamment de soutenir financièrement les étudiant(e)s qui n'ont pas les moyens de suivre une formation tertiaire ES ou HES pour devenir infirmiers(ières) diplômés(es). En effet, la diminution de salaire que les ASSC formé(e)s doivent prendre en compte pour obtenir le diplôme est importante: le salaire de formation des étudiant(e)s en soins infirmiers est d'environ 1000 à 1200 francs par mois. Dans le canton de Berne, par exemple, un(e) ASSC formé(e) gagne 4500 francs la première année (section ASI Berne). Les personnes qui souhaitent suivre une formation en soins infirmiers après avoir travaillé quelques années en tant qu'ASSC peuvent difficilement gérer cette étape financièrement, surtout si elles ont déjà leur propre appartement ou même une famille et qu'elles ne sont pas soutenues financièrement par leur partenaire ou leur famille. Le contre-projet indirect serait donc une solution acceptable, en ce qui concerne les

Tutti a favore di un SI all'iniziativa per delle cure forti  
Articolo in Italia:  
<https://siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions.html>



effectifs de formation, d'autant plus que les parlementaires qui s'engagent pour les soins infirmiers au Parlement fédéral ont réussi à obliger les cantons à participer aux contributions de formation des étudiant(e)s. Mais ce n'est pas suffisant, car le tonneau qu'ils veulent remplir n'a pas de fond.

## ... et beaucoup trop d'entre eux abandonnent la profession d'infirmiers (ères)

L'ampleur de ces écarts est illustrée par le dernier rapport de l'observatoire de la santé Obsan : 42,5% des infirmiers(ières) diplômé(e)s, 41,7% du personnel soignant du niveau secondaire II et 37,7% du personnel soignant sans formation formelle quittent la profession, c'est-à-dire qu'ils changent de métier, de secteur ou renoncent à leur emploi. (Voir le graphique du rapport de l'Obsan, p.6).

La forte proportion de jeunes de moins de 35 ans qui quittent la profession est inquiétante: 31,8% des infirmiers(ères) diplômé(e)s, 45,6% du personnel soignant de niveau secondaire II et 38,8% du personnel soignant sans formation formelle ont moins de 35 ans lorsqu'ils quittent la profession.

Ces chiffres sont élevés et ont des conséquences inquiétantes, non seulement pour la qualité des soins, mais aussi pour les compétences professionnelles de l'ensemble du personnel infirmier.

- L'évolution démographique souvent évoquée, prévoit un nombre plus important de personnes très âgées avec de multiples maladies chroniques nous avons donc besoin de davantage de personnel infirmier qualifié, c'est-à-dire d'infirmiers(ères) diplômé(e)s.
- Comme les ASSC quittent également la profession de manière précoce, le nombre de recrues pour la formation d'infirmiers(ières) diplômé(e)s se tarit également.
- Le nombre trop faible d'effectifs de formations réduit également le nombre de professionnels qui aspirent à une spécialisation, par exemple des études post-diplôme en soins d'anesthésie, en soins intensifs ou en soins urgentistes, un master ou l'un des nouveaux diplôme fédéraux.

En général, trop de tâches sont réparties sur trop peu de professionnels. C'est déjà le cas aujourd'hui et la situation va empirer si des mesures ne sont pas prises tout de suite.

### Ceux qui restent sont surmenés et pas assez payés

De plus en plus, le personnel soignant avoue qu'il n'est plus possible de travailler à 100 %. Toujours plus de jeunes professionnels réduisent également leur charge de travail, non pas parce qu'ils le veulent, mais parce qu'ils craignent de ne pas pouvoir tenir longtemps à ce rythme. Par exemple, l'experte en soins d'urgence Leandra Kissling écrit dans sa chronique du numéro actuel de « Soins infirmiers »: « Pour moi ce n'est tout simplement plus possible physiquement et mentalement de travailler à 100%, car la profession est devenue trop stressante. J'ai du mal à l'accepter, mais mon corps me montre que ce n'est plus possible. Je n'ai jamais eu l'intention de réduire ma charge de travail à l'âge de 28 ans seulement. J'ai toujours considéré que j'étais une personne capable de prendre beaucoup de charges. Maintenant, je demande une réduction du temps de travail pour retrouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée ».

Le personnel soignant surchargé risque d'être contraint de prendre des congés de maladie, que ce soit pour des raisons men-

tales ou physiques. La pandémie de covid a exacerbé la situation. Sur la page Facebook de l'ASI, une infirmière a écrit l'hiver dernier qu'elle souffrait de crises de panique rien qu'à l'idée de devoir se rendre au travail. Il est de plus en plus évident que la pandémie de covid a augmenté le nombre de professionnel qui quitte la profession. Les employeurs signalent également qu'il y a de plus en plus de démission chez les infirmiers(ières).

Le projet de recherche STRAIN confirme que le stress sur le lieu de travail est élevé. Entre autres, plus de 19 000 professionnels de la santé ont été interrogés: médecins, infirmières, sages-femmes et professionnels MTT.

Des résultats détaillés pour les professionnels de la santé montrent que...

- **27% du personnel soignant** (tous niveaux de qualification confondus) ne peuvent respecter « que partiellement ou jamais » les temps de pause réglementaires dans leur travail quotidien.
- **28% des infirmiers(ères) diplômé(e)s** (ES/HES) doivent « souvent jusqu'à toujours » faire des heures supplémentaires dans leur travail quotidien.
- **51% des infirmiers(ières) diplômé(e)s** (ES/HES) travaillent à temps partiel en raison de la difficulté de concilier vie professionnelle et vie privée.
- **31% du personnel soignant du degré secondaire II** (par exemple ASSC) souffrent de symptômes d'épuisement modérés à sévères.
- **13% du personnel soignant** (tous niveaux de qualification confondus) souffrent d'un handicap modéré à grave dans la vie quotidienne en raison de problèmes de colonne vertébrale.
- **18% du personnel soignant du degré secondaire II** (par exemple ASSC) pensent à changer leur employeur actuel plusieurs fois par mois, voire tous les jours.
- **15 % du personnel soignant** (tous niveaux de qualification confondus) pensent à quitter leur emploi plusieurs fois par mois, voire tous les jours.

<sup>1</sup> STRAIN a été réalisé de 2017 à fin juin 2021 dans toutes les régions linguistiques de Suisse. L'objectif du projet STRAIN était de recenser à trois reprises les sources de stress, les réactions au stress et les conséquences à long terme qui en découlent dans le quotidien professionnel des professionnels de la santé en Suisse et de les réduire à long terme par le biais d'une intervention. <https://www.bfh.ch/fr/recherche-bfh/projets-de-referance/strain/>



### L'initiative pour des soins infirmiers forts: un ensemble de mesures globales

L'initiative sur les soins infirmiers est un ensemble de mesures globales qui aborde la situation insoutenable d'aujourd'hui sous différents aspects: elle vise à améliorer les conditions de travail et à augmenter la satisfaction au travail. Elle exige que les compétences des infirmiers(ières) diplômé(e)s soient reconnues et que la sécurité des patient(e)s soit garantie.

Pour améliorer les conditions de travail et augmenter la satisfaction dans la profession, il faut davantage de personnel en service, en fonction des besoins des patient(e)s. Les plans de travail doivent être communiqués à l'avance et être contraignants, il doit y avoir des possibilités de développement dans la profession et une rémunération adéquate.

La satisfaction au travail est également accrue par la reconnaissance (et l'utilisation) des compétences professionnelles des infirmiers(ères). Souvent, les infirmiers(ères) auraient l'expertise nécessaire pour aider les patients à se rétablir plus rapidement, pour mieux les soutenir dans la gestion de leur maladie ou pour mieux impliquer les proches. Cependant, les infirmiers (ères) n'ont pas assez de temps pour soigner les patient(e)s de cette façon. D'autre part, les prescriptions légales ne leur permettent pas d'agir de façon autonome ou le financement des prestations de soins n'est pas réglementé.

Les différents systèmes de financement conduisent à des mauvaises incitations (p. ex. DRG) et à un sous-financement (p. ex. dans le secteur des soins longue durée), ou alors, ils font l'objet de négociations diffi-

ciles entre les prestataires de services, les caisses d'assurance maladie et le secteur public (p. ex. Tarmed).

La pression économique qui en résulte a inévitablement des répercussions sur les infirmiers(ières). L'initiative pour des soins infirmiers forts exige donc que les institutions reçoivent les fonds nécessaires pour que les services infirmiers soient financés de manière adéquate et que ces fonds puissent être investis dans les soins infirmiers. Cela signifie aussi que l'on engage suffisamment de personnel infirmier qualifié pour répondre aux besoins des patients. De cette manière, l'initiative pour des soins infirmiers forts permet également de garantir la qualité des soins infirmiers.

## Initiative pour des soins forts – Étapes importantes

- 27.4.2016 : Le Conseil national ne soutient pas l'initiative parlementaire « Accorder plus d'autonomie au personnel soignant » du conseiller national Rudolf Joder. Celle-ci exigeait que certaines prestations de soin soient prises en charge par les caisses d'assurance maladie, même sans prescription médicale. Peu de temps après, l'ASI décide de lancer une initiative populaire.
- 17.1.2017 : L'initiative populaire pour des soins forts est officiellement lancée.
- 7.11.2017 : L'initiative populaire pour des soins forts est déposée. Après seulement 8 mois, plus de 120 000 signatures ont été récoltées.
- Mars 2018 : Le Conseil fédéral rejette l'initiative pour des soins infirmiers forts et ne veut pas élaborer un contre-projet direct.
- 7.11.2018 : « Qui me soignera en 2030, cher Conseiller fédéral ? » Une journée d'action nationale attire l'attention sur la pénurie de personnel soignant. Le même jour, le Conseil fédéral publie son rapport négatif sur l'initiative pour des soins infirmiers forts.
- 20.5.2019 : Le contre-projet indirect est mis en consultation. L'initiative parlementaire 19.401 « Pour un renforcement des soins infirmiers - une sécurité des patients accrue et une meilleure qualité des soins » vise à mettre en œuvre les exigences de

l'initiative sur des soins infirmiers forts au niveau législatif.

- Mai 2019-19.3.2021 : Le Conseil national et le Conseil des États négocient le contre-projet indirect. Pour finir, c'est la conférence de conciliation qui prend la décision. Le contre-projet prévoit une offensive de formation, financée par la Confédération et les cantons, pour un montant de 469 millions de francs chacun. En plus, il prévoit aussi la possibilité de facturer de manière autonome certaines prestations de soins, sous réserve d'une adaptation des contrats entre les prestataires de soins et les caisses maladie. Le 19.3.2021, le Conseil national et le Conseil des États adoptent la proposition, le Conseil national avec 1 voix contre, le Conseil des États à l'unanimité.
- 18.6.2021 : Le comité d'initiative décide de soumettre l'initiative pour des soins infirmiers forts aux urnes.
- 28.11.2021 : Votation populaire. Si le peuple et la majorité des cantons acceptent l'initiative, le Parlement doit élaborer la mise en œuvre au niveau législatif. Si l'initiative n'est pas acceptée (peuple et/ou majorité des cantons), le contre-projet indirect entre en vigueur après sa publication dans la feuille officielle, pour autant que personne ne dépose de référendum.

## Campagne

### *Nous sommes tous l'initiative pour des soins infirmiers forts*

Pour que l'initiative pour des soins infirmiers forts soit acceptée, il faut non seulement une majorité du corps électoral, mais aussi une majorité des cantons. La campagne de votation doit donc également être menée dans les régions. Vous pouvez soutenir activement la campagne : [www.initiative-soins-infirmiers.ch](http://www.initiative-soins-infirmiers.ch)

### *Mobilisez vos équipes!*

Un dépliant de mobilisation est joint au numéro du mois de septembre du journal « Soins infirmiers ». Aidez-nous à atteindre le plus grand nombre possible d'infirmiers(ères), en particulier celles et ceux qui ne sont pas membres de l'ASI. Distribuez le dépliant dans votre institution, épinglez-le sur le tableau d'affichage, mettez-le dans le bureau du personnel soignant et dans la salle de pause. Vous pouvez commander des exemplaires auprès de la section ASI ou par e-mail à [info@initiative-soins-infirmiers.ch](mailto:info@initiative-soins-infirmiers.ch)

### Un investissement rentable

Il est prouvé qu'il est rentable d'investir dans du personnel infirmier bien qualifié. Le personnel infirmier qualifié au niveau tertiaire permet de prévenir les décès et les complications dans les hôpitaux et ainsi d'économiser des journées d'hospitalisation qui sont très coûteuses. Une étude scientifique de Michael Simon et Michael Gerfin, basée sur les données de l'Office fédéral de la statistique, a démontré un potentiel d'économie allant jusqu'à 500 millions de francs suisses par année. Pour le secteur des établissements médicaux-sociaux, l'étude Intercare de l'Université de Bâle a calculé des économies potentielles allant jusqu'à plus de 100 millions de francs suisses en évitant des admissions superflues à l'hôpital. Extrapolé sur l'ensemble du secteur des soins

longue durée (ambulatoire et stationnaire), jusqu'à 1,5 milliard de francs pourrait être ainsi économisé. Cela serait possible grâce au recours à du personnel infirmier spécialement formé, capable de réagir rapidement et de manière appropriée lorsque l'état de santé des patient(e)s se détériore. Toutefois, pour pouvoir utiliser ce potentiel, il faut également davantage de personnel infirmier qualifié dans les soins longue durée, ainsi que davantage de personnel infirmier titulaire d'un master dans un rôle d'infirmier(ière) de pratique avancée (Camenzind, 2021).

### La solution se trouve sous nos yeux

« Est-ce que les responsables politiques savent que la solution aux problèmes se trouve juste sous leur yeux? » a deman-

dé Howard Catton, directeur général du Conseil international des infirmières (CII), au congrès en ligne de l'ASI de cette année. Cela ne semble pas être encore le cas. Mais avec l'initiative pour des soins infirmiers forts, il nous reste une chance de les convaincre. Les chances d'obtenir un OUI existent, mais ce ne sera pas une mince affaire. De nombreuses initiatives commencent avec un niveau élevé d'approbation, mais perdent ensuite beaucoup de voix au cours de la campagne de votation et échouent finalement dans les urnes - peut-être pas à cause du vote populaire, mais à cause de la majorité des cantons. C'est pourquoi nous avons besoin de l'engagement de chacun, dans toutes les régions. Luttons donc ensemble pour un OUI à l'initiative sur des soins infirmiers forts!

**Faites un don avec TWINT !**



Scannez le code QR avec l'app TWINT



Confirmez le montant et le don



### Devenez actif dans votre région!

Soutenez la campagne au sein d'un comité local et motivez vos collègues à y participer! Les comités locaux organisent de nombreuses actions comme des stands, distribuer des dépliants, envoyer des cartes postales, etc. Vous décidez vous-mêmes du temps que vous voulez y consacrer. [www.initiative-soins-infirmiers.ch](http://www.initiative-soins-infirmiers.ch)

### Affichez la bannière de l'initiative!

Informez votre entourage de l'initiative pour des soins infirmiers forts. Expliquez pourquoi un OUI à l'initiative pour des soins infirmiers forts est important. Vous pouvez commander du matériel de campagne. L'ASI produit des bannières, des dépliants, de grands et petits autocollants et des badges. Vous pouvez commander le matériel à l'adresse suivante [www.initiative-soins-infirmiers.ch](http://www.initiative-soins-infirmiers.ch)

### Restez informé!

Inscrivez-vous à la newsletter et soyez informé de l'évolution de la campagne. [www.initiative-soins-infirmiers.ch](http://www.initiative-soins-infirmiers.ch)

### Aidez-nous à collecter les fonds nécessaires pour la campagne!

Chaque contribution, aussi minime soit-elle, contribue à accroître la visibilité de la campagne de votation. Voici comment vous (et votre environnement) pouvez faire un don :

En ligne : [initiative-soins-infirmiers.ch](http://initiative-soins-infirmiers.ch)  
Transfert sur les comptes suivants:  
PC 31-460246-9  
IBAN CH22 0900 0000 3146 0246 9  
Avec le code TWINT

### Références

- Camenzind, Martina (2020): Des preuves tangibles: les soins font économiser des milliards. Soins infirmiers 9/2021:50-53. CDS et l'OdaSanté 2016 : Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé.  
CDS, Obsan et OdaSanté, 2021: Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021 <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/personnel-de-sante-en-suisse-rapport-national-2021>  
OdaSanté.ch: Statistik der Berufsein- und austritte. Verfügbar unter [@Christine: je n'ai pas trouvé ce document](https://www.odasante.ch/fr/medias/#content)  
Peter, Karin (2021): SBK Sektion Bern. Lohnrechner [www.meinlohn.ch](http://www.meinlohn.ch)  
Observatoire suisse de la santé Obsan: Obsan rapport 1/2021: Personnel de santé en Suisse: sorties de la profession et effectif <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/personnel-de-sante-en-suisse-sorties-de-la-profession-et-effectif>  
Étude STRAIN : <https://www.bfh.ch/fr/recherche-bfh/projets-de-reference/strain/> (les résultats de cette étude seront publiés dans l'édition 10/2021 de Soins Infirmiers)

### Auteurs

Yvonne Ribbi, secrétaire générale de l'ASI  
Martina Camenzind, rédactrice Soins Infirmiers  
[info@initiative-soins-infirmiers.ch](mailto:info@initiative-soins-infirmiers.ch)  
Photo: P. Schäublin/SBK-ASI

Ganz herzlichen Dank unseren Sponsoren:

Nous adressons nos chaleureux remerciements à nos sponsors:



Edwards





# Die gestandene Anästhesiepflegende

Unsere Interview-Serie, in der Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger Berufserfahrung ihre Sicht der Dinge im Wandel der Zeit schildern, geht in die zweite Ausgabe. Diesmal berichtet uns Sigrid Mauer aus ihrem grossen Erfahrungsschatz und über die Entwicklungen der Anästhesiepflege, sie hautnah miterlebt hat.

## *Frau Mauer, Warum haben Sie den Beruf der Anästhesiepflege gewählt?*

**Sigrid Mauer:** Ich habe ursprünglich die kombinierte Intensiv- und Anästhesieausbildung in Deutschland gemacht und in der Schweiz den Fähigkeitsausweis Anästhesie erworben.

Ich wollte von Beginn an eine Tätigkeit mit mehr Verantwortung und weniger Routine ausüben. Das fand ich zunächst in der Intensivmedizin, wo ich mehrere Jahre gearbeitet habe. Doch im Laufe der Zeit powerte mich diese Tätigkeit physisch und psychisch aus, sodass ich mich zum Wechsel in die Anästhesie entschloss. Ich arbeite jetzt über dreissig Jahre in der Anästhesie und habe den Wechsel noch nie bereut.

## *Was schätzen Sie am Beruf der Anästhesiepflege?*

Ich mag die abwechslungsreichen Tätigkeiten mit den verschiedenen Anästhesietechniken und mit den unterschiedlichsten Patienten und Krankheitsbildern, die in der Narkoseführung berücksichtigt werden müssen. Ausserdem schätze ich das selbstständige Arbeiten.

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

Die Überwachung der Patienten hat sich über den Zeitraum von mehr als dreissig Jahren massiv verbessert. Ich habe in den 1980er-Jahren das erste Pulsoximeter kennengelernt, damals ein Kasten so gross wie ein Koffer. Und heute? ein kleiner Fingerclip. Ausserdem sind die heutigen Anästhesiemethoden wesentlich schonender, siehe PONV, und komfortabler für die Patienten als früher die üblichen Gasnarkosen mit Halothan oder Isofluran.

## *Was hat sich negativ verändert?*

Ich denke hier vor allem an den immer mehr zunehmenden Zeitdruck an allen Fronten, immer schneller, immer mehr. Die Arbeitsqualität leidet darunter und macht die Mitarbeitenden unzufrieden. Jeder von uns möchte seine Arbeit so gut wie möglich machen, braucht aber eben auch die angemessene Zeit dafür.

## *Was denken Sie über die kontinuierliche Entwicklung in der Anästhesiepflege deren Folgen für die Pflegeexperten/innen Anästhesiepflege?*

Ich finde, die Entwicklung zu mehr Professionalisierung gut, auch Weiterbildungen, die zu höheren Schulabschlüssen

## SERIE

führen. Was ich eher kritisch sehe, ist die Entwicklung hin zum reinen technischen Anästhesieassistenten analog den TOAs. Das führt in eine berufliche Sackgasse, die ich nicht gut finde. Für mich gehört zur Anästhesiepflege zwingend eine pflegerische Vorbildung dazu, welche die Verknüpfung zwischen pflegerischem Wissen und Anästhesietätigkeit ungemein erleichtert und bereichert. Ich persönlich habe noch jahrelang von den Kenntnissen aus der Intensivmedizin für die Anästhesie profitiert.

## *Was wünschen Sie sich für die Zukunft für die Anästhesiepflege?*

Eine Entwicklung hin zu mehr selbstständiger Tätigkeit, natürlich zusammen mit einer umfangreicheren Ausbildung auch auf universitärem Niveau, zur «Nurse Anesthetist» nach amerikanischem Muster.

Insgesamt wünsche ich mir gut ausgebildete Anästhesiepflegende mit einer breitem Wissen, die selbstständig und eigenverantwortlich tätig sein können.



**Sigrid Mauer**

dipl. Exp. Anästhesiepflege NDS HF

### **Kontakt über:**

info@siga-fsia.ch

# Interview

# Les soignants en anesthésie expérimentés

Notre série d'entretiens, dans laquelle des collègues ayant de nombreuses années d'expérience professionnelle décrivent leur vision des choses au fil du temps, aborde la deuxième édition. Cette fois, Sigrid Mauer nous parle de la richesse de sa large expérience et des développements en matière de soins anesthésiques qu'elle a pu vivre de près.

## SERIE

### *Madame Mauer, pourquoi avez-vous choisi la profession des soins d'anesthésie?*

**Sigrid Mauer :** J'ai d'abord suivi la formation combinée soins intensifs et anesthésie en Allemagne et obtenu le certificat d'anesthésie en Suisse. Dès le départ, je voulais exercer une activité avec plus de responsabilités et moins de routine. J'ai d'abord découvert cela aux soins intensifs, où j'ai travaillé plusieurs années. Mais avec le temps cette activité m'a épuisé physiquement et mentalement, j'ai donc décidé de passer à l'anesthésie. Je travaille en anesthésie depuis plus de trente ans et je n'ai jamais regretté ce changement.

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

J'aime les activités variées avec les différentes techniques d'anesthésie et avec les patients et les tableaux cliniques les plus divers qui doivent être pris en compte dans la gestion de l'anesthésie. J'apprécie également de pouvoir travailler de manière autonome.

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

Le suivi des patients s'est considérablement amélioré au cours des trente dernières années. J'ai connu le premier oxygène de pouls dans les années 1980. À l'époque, c'était une boîte de la taille d'une valise. Et aujourd'hui? une petite pince à doigt. De plus, les méthodes d'anesthésie d'aujourd'hui sont beaucoup plus douces, voir les NVPO, et plus confortables pour le patient que l'anesthésie habituelle avec des gaz tels que l'halothane ou l'isoflurane dans le passé.

### *Qu'est-ce qui a changé négativement?*

Je pense principalement à la course contre la montre croissante sur tous les fronts, il faut aller de plus en plus vite. La qualité du travail s'en ressent et rend les employés insatisfaits. Chacun de nous veut faire son travail aussi bien que possible, mais nous avons aussi besoin du temps approprié pour le faire.

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

Je pense que l'évolution vers plus de professionnalisme est bonne, y compris une formation continue qui mène à des diplômes d'études supérieures. Ce que je

vois de manière assez critique, c'est l'évolution vers une formation d'assistant en anesthésie purement technique analogue aux TSO. Cela mène à une impasse professionnelle que je n'aime pas. Pour moi, les soins anesthésiques nécessitent une formation préalable en soins infirmiers, ce qui facilite et enrichit grandement le lien entre les connaissances infirmières et le travail en anesthésie. J'ai personnellement bénéficié des connaissances acquises en soins intensifs pour l'anesthésie pendant de nombreuses années. .

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

Une évolution vers une activité plus autonome, assortie bien sûr d'une formation plus poussée également au niveau universitaire, pour devenir « Nurse Anesthetist » sur le modèle américain. Dans l'ensemble, j'aimerais des infirmières en anesthésie bien formées avec de vastes connaissances qui peuvent travailler de manière indépendante et responsable.



**Sigrid Mauer**

Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES

#### Contact sur:

info@sigaf-fsia.ch

# Interview

# Place de l'anesthésie locorégionale dans la chirurgie oncologique du sein

Dr Alexandra Othenin-Girard, Prof. Dr. Eric Albrecht

La chirurgie du sein est une opération fréquente que ce soit pour des raisons oncologiques mais aussi reconstructrices. Les patientes opérées du sein expérimentent fréquemment des douleurs importantes dans la période post-opératoire. La chirurgie mammaire est aussi un facteur de risque pour les nausées et vomissements post-opératoires (1). Ces patientes sont de plus à risque de développer des douleurs chroniques dont un des facteurs de risque est la sévérité des douleurs aiguës (1, 2). Dans ce contexte, l'anesthésie locorégionale est particulièrement intéressante, permettant à la fois de diminuer les douleurs postopératoires mais aussi la consommation d'opiacés, réduisant ainsi les nausées et vomissements. Pendant longtemps, l'anesthésie péridurale thoracique, les blocs paravertébraux et les blocs intercostaux étaient pratiqués. Le développement de l'utilisation de l'ultrason a conduit à la description et la pratique de nouveaux blocs, appelés blocs de paroi qui se caractérisent par l'injection d'un large volume d'anesthésique local dans des plans musculaires, permettant ainsi l'anesthésie de nerfs périphériques cheminant dans ces plans (3, 4). Ces techniques, dont l'injection se fait à distance des structures critiques telles que le cordon médullaire ou la plèvre, sont décrites comme plus sûres que les précédentes (4). La connaissance de l'anatomie du thorax et de la région mammaire est essentielle afin de proposer la technique d'anesthésie locorégionale la plus appropriée à la procédure chirurgicale (2, 4). La douleur postopératoire ne se limite pas à l'atteinte cutanée mais provient également de structures plus profondes comme les muscles ou fascia.

Dans cet article, nous allons décrire l'anatomie de la poitrine, les différentes tech-

niques d'anesthésie locorégionale et discuter de leur application en fonction de l'atteinte chirurgicale.

## Innervation de la poitrine (figure 1)

### *Innervation du sein et des tissus cutanés et sous-cutanés*

Les 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> nerfs intercostaux assurent l'innervation sensitive du sein. Ils sont issus des rameaux ventraux des nerfs spinaux et cheminent dans l'espace intercostal. Au niveau de la ligne axillaire, ils se divisent en une branche latérale et une branche antérieure. La branche latérale innerve les quadrants latéraux du sein et de la région alvéolaire. Elle perfore les muscles intercostaux interne et externe, ainsi que le muscle grand dentelé. La branche antérieure innerve les quadrants médiaux du sein et du sternum. Elle perfore le fascia du muscle intercostal externe, proche du sternum. Ces branches latérale et antérieure forment un réseau nerveux avec de fréquentes anastomoses entre elles, ne suivant alors pas la segmentation stricte des dermatomes cutanés. En plus des nerfs intercostaux, la partie supérieure du sein est innervée par le nerf supraclaviculaire provenant du plexus cervical superficiel.

### *Innervation de la paroi thoracique*

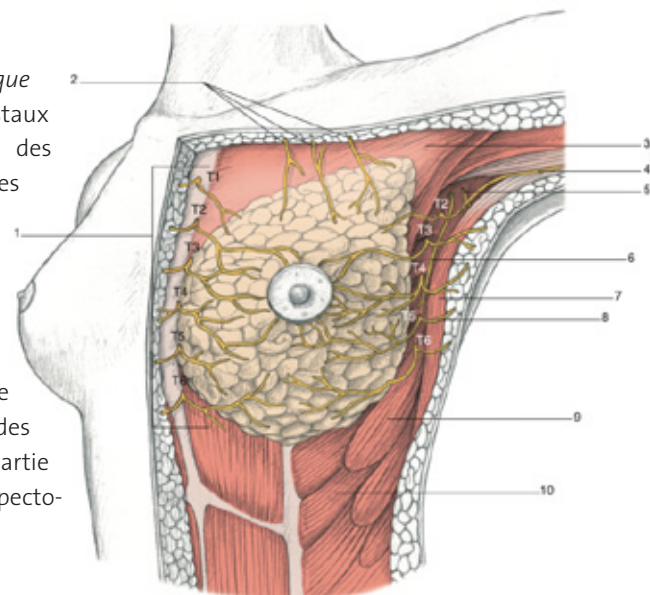
Mis à part les muscles intercostaux dont l'innervation provient des nerfs intercostaux, les muscles de la paroi thoracique sont innervés par le plexus brachial. Le nerf pectoral latéral, issu des branches C5-C7, innerve la partie supérieure du muscle grand pectoral. Le nerf pectoral médial, issu des branches C7-T1, innerve la partie inférieure du muscle grand pecto-

ral ainsi que le muscle petit pectoral. Les deux nerfs partent de la région axillaire. Le nerf pectoral latéral va cheminer dans le plan entre le muscle grand et petit pectoral, tandis que le nerf pectoral médial va cheminer en profondeur du muscle petit pectoral puis donner une branche antérieure pour la partie inférieure du muscle grand pectoral.

Le muscle grand dentelé est, quant-à-lui innervé par le nerf thoracique long, issu des racines C5-C7. Le muscle grand dorsal est innervé par le nerf thoracodorsal, issu des racines C6-C8.

Bien que ces nerfs ne contribuent pas à l'innervation des tissus cutanés et mammaires, ils vont avoir un impact sur la douleur postopératoire lors de chirurgie du sein. En effet, les muscles et leur fascia sont régulièrement lésés et étirés lors de la procédure chirurgicale.

Figure 1 Innervation de la poitrine. Extrait de : Eric Albrecht, Sébastien Bloc, Hugues Cadas, Véronique Moret. Manuel pratique d'anesthésie locorégionale échoguidée, 2<sup>ème</sup> édition, page 244. Copyright © 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



### *Innervation de la région axillaire*

Le nerf intercostobrachial, issu de la branche latérale du nerf intercostal T2, traverse les muscles intercostaux et le muscle grand dentelé, avant d'innover la région axillaire. Ce nerf va recevoir des anastomoses d'autres nerfs intercostaux mais aussi du plexus brachial.

### **Techniques d'anesthésie loco-régionale**

#### *Bloc paravertébral*

Le bloc paravertébral consiste en l'injection d'anesthésique local dans l'espace paravertébral, réalisé de nos jours sous guidage échographique. Cet espace virtuel est délimité médialement, par les corps vertébraux et les disques intervertébraux ; en avant et latéralement, par la plèvre pariétale et le fascia endothoracique ; et en arrière, par le ligament costotransverse. Cet espace contient les rameaux dorsaux et ventraux des racines spinales, la chaîne ganglionnaire sympathique, des vaisseaux et du tissu adipeux. Après injection, l'anesthésique local s'étend en direction crâniocaudale mais aussi latéralement dans l'espace intercostal, ainsi que dans l'espace péri-dural par les foramens intervertébraux. Des ponctions à différents étages permettent d'étendre le bloc sensitif. De plus, il est possible d'insérer un cathéter dans l'espace paravertébral afin d'assurer une perfusion continue d'anesthésique local pour prolonger l'analgésie dans la phase postopératoire.

A noter qu'une complication possible est la ponction de la plèvre pouvant conduire à un pneumothorax (5).

#### *Bloc intercostal*

Les nerfs intercostaux peuvent être anesthésiés individuellement le long de leur

cheminement entre les côtes. L'anesthésie des branches cutanées latérales permet l'analgésie des quadrants latéraux et médiaux du sein.

#### *Blocs de paroi*

Le principe des blocs de paroi est l'injection d'anesthésique local en regard de plans musculaires, plutôt qu'autour du nerf ciblé. En raison de la diffusion d'une large quantité d'anesthésique local à travers les plans intermusculaires, différents rameaux nerveux vont être anesthésiés (4).

L'avantage de ces blocs est qu'ils peuvent être effectués une fois la patiente endormie. L'injection n'étant pas effectuée directement en regard de nerfs, ni au niveau de la moelle épinière, il n'existe pas de risque de lésion nerveuse directe.

#### *Pectoral nerves (PECS) block (figure 2)*

Initialement, le PECS I décrivait l'injection de 10 ml d'anesthésique local entre les plans musculaires du muscle grand et petit pectoral. Cette première injection permet d'anesthésier le nerf pectoral médial et latéral. Cette technique a ensuite été adaptée (PECS II) afin de permettre une meilleure couverture de la région axillaire, avec une injection supplémentaire de 20 ml d'anesthésique local entre le muscle petit pectoral et le muscle grand dentelé au niveau de la troisième et quatrième côte (5). Celle-ci permet ainsi d'anesthésier les nerfs intercostaux et le nerf thoracique long.

Une méta-analyse de 16 études a comparé l'anesthésie générale avec PECS block versus l'anesthésie générale sans technique loco-régionale pour la chirurgie du sein. Dans cette méta-analyse, il a été démontré que le PECS block permet de diminuer les douleurs post-opératoires, ainsi que les nausées et vomissements post-opératoires comparé

### **Bibliographie**

1. Fecho K, Miller NR, Merritt SA, Klauber-DeMore N, Hultman CS, Blau WS. Acute and Persistent Postoperative Pain after Breast Surgery. *Pain Medicine*. 2009;10(4):708-15.
2. Woodworth GE, Ivie RMJ, Nelson SM, Walker CM, Maniker RB. Perioperative Breast Analgesia: A Qualitative Review of Anatomy and Regional Techniques. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2017;42(5):609-31.
3. Grape S, El-Boghdadly K, Albrecht E. Analgesic efficacy of PECS vs paravertebral blocks after radical mastectomy: A systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2020;63:109745.
4. Chin KJ, Versyck B, Pawa A. Ultrasound-guided fascial plane blocks of the chest wall: a state-of-the-art review. *Anaesthesia*. 2021;76 Suppl 1:110-26.
5. Abrahams M, Derby R, Horn J-L. Update on Ultrasound for Truncal Blocks: A Review of the Evidence. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 2016;41(2):275-88.
6. Grape S, Jaunin E, El-Boghdadly K, Chan V, Albrecht E. Analgesic efficacy of PECS and serratus plane blocks after breast surgery: A systematic review, metaanalysis and trial sequential analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2020;63:109744.
7. Jacobs A, Lemoine A, Joshi GP, Van de Velde M, Bonnet F, the PWGc. PROSPECT guideline for oncological breast surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia*. 2020;75(5):664-73.

à l'absence d'utilisation de technique loco-régionale (6). Une revue systématique et méta-analyse a comparé l'efficacité du bloc para-vertébral et des blocs de paroi (PECS et serratus plane blocks) lors de mastectomie radicale avec ou sans curage ganglionnaire axillaire. Il existe une évidence faible que les blocs de paroi réduisent plus les douleurs à 2h post-opératoire comparé aux blocs para-vertébraux. Cette différence marginale n'est plus présente au-delà des deux premières heures (3).

#### Bloc du muscle grand dentelé

Le bloc du muscle grand dentelé consiste en l'injection d'un anesthésique local au-dessus ou en-dessous du muscle grand

dentelé au niveau de la cinquième côte sur la ligne médio-axillaire. Ainsi, le nerf thoracodorsal, thoracique long et les branches latérales des nerfs intercostaux sont anesthésiés.

#### Infiltration locale

L'infiltration locale consiste à injecter des anesthésiques locaux dans les berges du site chirurgical en fin d'intervention, geste réalisé par le chirurgien. Facile à réaliser, cette technique est moins efficace que les précédentes (7).

#### Discussion

En raison de l'innervation complexe de la poitrine, aucune technique seule ne per-

met une couverture complète de la région atteinte par l'acte chirurgical. Une tumeurrectomie ne nécessite l'analgésie que des nerfs intercostaux. Par contre, une mastectomie nécessite à la fois l'analgésie des nerfs intercostaux mais aussi des nerfs issus du plexus brachial. Il en va de même pour la mise en place de prothèses qui s'introduiront généralement sous les muscles pectoraux. Le curage ganglionnaire axillaire nécessite l'anesthésie des nerfs intercostaux pour l'atteinte cutanée et des nerfs issus du plexus brachial pour les structures profondes.

De par son côté laborieux (multiples injections nécessaires), les complications potentielles (pneumothorax, lésion du

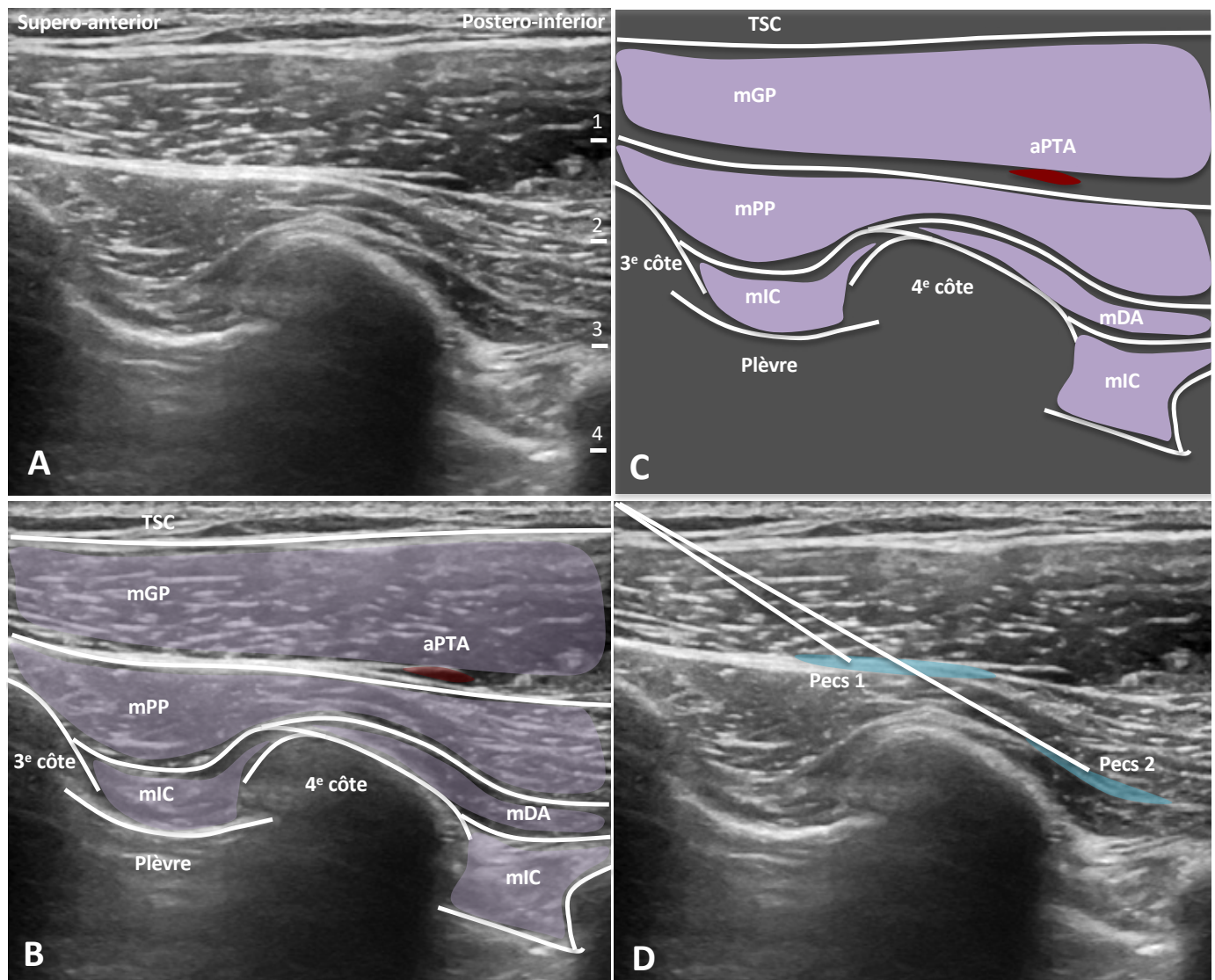


Figure 2 Blocs Pecs (profondeur de champ : 1-3 cm). A. Image échocardiographique native ; B. Image échocardiographique annotée ; C. Représentation schématique ; D. Insertion de l'aiguille dans le plan et injection de l'anesthésique local entre les muscles grand pectoral (mGP) et petit pectoral (mPP) (Bloc Pec 1). Pour un bloc Pec 2, l'injection est complétée par une autre entre le muscle petit pectoral et le muscle dentelé antérieur (mDA). aPTA : branche pectorale de l'artère thoracoacromiale ; mIC : muscles intercostaux ; TSC : tissu sous-cutané. Extrait de : Eric Albrecht, Sébastien Bloc, Hugues Cadas, Véronique Moret. Manuel pratique d'anesthésie locorégionale échoguidée, 2<sup>ème</sup> édition, page 247. Copyright © 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

paquet vasculo-nerveux) et son effet analgésique limité aux tissus cutanés et sous-cutanés, le bloc intercostal n'est plus recommandé dans la chirurgie du sein.

Le bloc paravertébral permet l'anesthésie de la région axillaire, du sein et des structures superficielles. Par contre, ce bloc ne permet pas une couverture des muscles de la paroi thoracique innervés par les nerfs pectoraux provenant du plexus brachial, ainsi que la région cutanée sous-claviculaire dont l'innervation provient des nerfs supraclaviculaires. Adapté à des chirurgies telles que les mastectomies, il nécessite plusieurs injections afin d'assurer une couverture adéquate des nerfs T2-T6. Il est de plus associé à des complications potentiellement graves (pneumothorax, injection périurale ou sous-arachnoïdienne).

Le PECS II, effectué au niveau de la 3ème ou 4ème côte, est adapté à l'analgésie de

la région axillaire, de la paroi thoracique et de ses muscles, ainsi que des quadrants latéraux du sein. Associé à une infiltration locale pour les quadrants médians, il permet une couverture analgésique large pour la mastectomie avec ou sans curage ganglionnaire axillaire, mais aussi la mise en place de prothèses. Pouvant se faire après l'induction de l'anesthésie générale, ce bloc ne s'accompagne pas d'inconfort pour la patiente. Le geste échoguidé s'effectuant à un seul niveau par une unique ponction, il est rapide à effectuer et n'est pas à risque de complications majeures.

En pratique, nous recommandons l'infiltration locale par l'opérateur lors de tumorectomie et le PECS II lors de mastectomies que ce soit avec ou sans curage ganglionnaire. De même, la mise en place d'une prothèse qui sera introduite sous le muscle pectoral se prête à l'analgésie par PECS II.

### Conclusion

L'anesthésie locorégionale a sa place dans la prise en charge de la chirurgie mammaire. Afin d'associer la technique la plus adaptée à l'atteinte chirurgicale, il est essentiel de comprendre l'innervation sensitive de la poitrine. Les blocs de paroi tels que le PECS II sont des techniques rapides à effectuer, sans inconfort pour la patiente et sûres. Ce sont actuellement les techniques à recommander en cas de mastectomie, alors qu'une infiltration par le chirurgien est suffisante en cas de tumorectomie.

### Contact

Dr Alexandra Othenin-Girard  
 Prof. Dr. Eric Albrecht  
 Service d'Anesthésiologie  
 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,  
 Université de Lausanne, Lausanne, Suisse  
[eric.albrecht@chuv.ch](mailto:eric.albrecht@chuv.ch)



## Narkosegeräte der Flow-Familie

### Bestmögliche Anästhesieversorgung Ihrer Patienten

Unsere Narkosegeräte erleichtern die tägliche Arbeit, indem sie postoperative Komplikationen vermeiden und den Einsatz von Narkosemitteln minimieren.



◀ Scannen Sie den QR Code  
und erfahren Sie mehr

# Stellenwert der Lokoregionalanästhesie in der onkologischen Brustchirurgie

Dr. Alexandra Othenin-Girard & Prof. Dr. Eric Albrecht

Abteilung für Anästhesiologie, Universitätsspital Lausanne, Universität Lausanne, Lausanne, Schweiz

Die Brustoperation ist sowohl in der Onkologie als auch in der Rekonstruktion ein häufig durchgeführter Eingriff. Die im Brustbereich operierten Patient\*innen leiden postoperativ häufig unter starken Schmerzen. Nach einer Brustoperation treten außerdem häufig Übelkeit und Erbrechen auf (1). Bei diesen Patient\*innen ist das Risiko für chronische Schmerzen höher, welche oftmals mit dem Schweregrad akuter Schmerzen zusammenhängen (1, 2).

In diesem Zusammenhang ist eine Lokoregionalanästhesie besonders interessant, da sie einerseits postoperative Schmerzen lindert und andererseits die Einnahme von Opiaten und somit das Auftreten von Übelkeit und Erbrechen verringert wird. Lange Zeit stellten thorakale Periduralanästhesie, Paravertebralknaden und Interkostalblockaden die Standardverfahren dar. Die Weiterentwicklung und der zunehmende Einsatz von Ultraschall führte zur Beschreibung und Durchführung neuer Blockaden, auch periphere Rumpfwandblockaden genannt. Diese zeichnen sich durch die Injektion eines größeren Volumens an Anästhetikum in die Muskulatur aus, wodurch die darin verlaufenden peripheren Nerven betäubt werden (3, 4). Diese Techniken, bei denen die Injektion in einiger Entfernung zu kritischen Strukturen wie dem Rückenmark oder dem Brustfell erfolgt, gelten als sicherer als die vorhergehenden (4).

Kenntnisse über die Anatomie des Thorax und des Brustbereichs sind für die Wahl der geeigneten Lokoregionalanästhesie für den entsprechenden Eingriff essentiell (2, 4). Postoperative Schmerzen beschränken sich nicht auf Hautveränderungen, sondern können ebenso von tieferliegenden Strukturen wie Muskeln oder Faszien herrühren.

In diesem Artikel wird die Anatomie der Brust sowie verschiedene Techniken der Lokoregionalanästhesie beschrieben und ihre Anwendung je nach chirurgischem Eingriff besprochen.

## Innervation der Brust (Abbildung 1)

### *Innervation der Brust sowie der Haut- und Unterhautgewebe*

Der 2., 3., 4. und 5. Interkostalnerv stellen die sensible Innervation der Brust sicher. Sie gehen von den ventralen Ästen der Spinalnerven aus und verlaufen in den Interkostalraum. Auf Höhe der Axillarlinie spalten sie sich in einen lateralen und einen anterioren Ast auf. Der laterale Ast innerviert die lateralen Quadranten der Brust und der Alveolen. Er perforiert die internen und externen Interkostalmuskeln sowie den Musculus serratus anterior. Der anteriore Ast innerviert die medialen Quadranten der Brust und des Sternums. Er perforiert die Faszien der externen Interkostalmuskeln in der Nähe des Sternums. Diese lateralen und anterioren Äste bilden ein Nervennetz mit häufigen Anastomosen und folgen demnach nicht der strikten Segmentierung von Dermatomen.

Neben den Interkostalnerven wird der obere Bereich der Brust durch den superklavikulären Nerv des superfiziellen Plexus cervicalis innerviert.

### *Innervation der Brustwand*

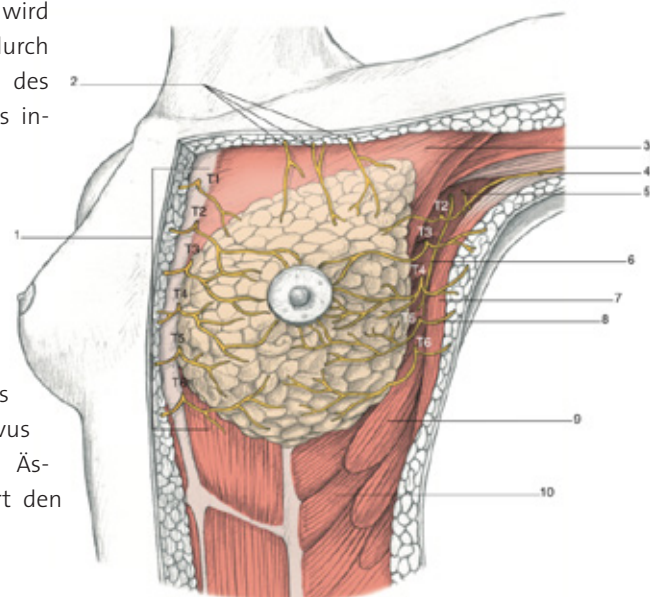
Die Muskeln der Brustwand, mit Ausnahme der durch die Interkostalnerven innervierten Interkostalmuskeln, werden vom Plexus Brachialis innerviert. Der laterale Nervus pectoralis, welcher von den Ästen C5-C7 ausgeht, innerviert den

oberen Bereich des Musculus pectoralis major. Der mediale Nervus pectoralis, welcher von den Ästen C7-T1 ausgeht, innerviert den unteren Bereich des Musculus pectoralis major sowie den Musculus pectoralis minor. Beide Nerven entstehen in der Axillarregion. Der laterale Nervus pectoralis verläuft in der Ebene zwischen dem Musculus pectoralis major und minor, wohingegen der mediale Nervus pectoralis tiefer im Musculus pectoralis minor verläuft und anschließend einen anterioren Ast für den unteren Bereich des Musculus pectoralis major bildet.

Der Musculus serratus anterior wird durch den Nervus thoracicus longus, ausgehend von den Wurzeln C5-C7, innerviert. Der Musculus latissimus dorsi wird durch den Nervus thoracodorsalis innerviert, welcher von C6-C8 ausgeht.

Obwohl diese Nerven nicht für die Inner-

**Abbildung 1: Innervation der Brust Auszug aus: Eric Albrecht, Sébastien Bloc, Hugues Cadas, Véronique Moret. Manuel pratique d'anesthésie locorégionale échoguidée, 2. Ausg., S. 244. Copyright © 2019 Elsevier Masson SAS. Alle Rechte vorbehalten.**



vation der Haut- und Brustgewebe zuständig sind, haben diese einen Einfluss auf die postoperativen Schmerzen einer Brustoperation. Tatsächlich werden die Muskeln und ihre Faszien während des chirurgischen Eingriffs regelmäßig geschädigt und gedehnt.

#### *Innervation der Axillarregion*

Der Nervus intercostobrachialis, welcher vom lateralen Ast des Interkostalnervs T2 ausgeht, verläuft durch die Interkostalmuskeln und den Musculus serratus anterior und innerviert anschließend die Axillarregion. Dieser Nerv entwickelt Anastomosen an den anderen Interkostalnerven sowie am Plexus brachialis.

### **Techniken der Lokoregionalanästhesie**

#### *Paravertebralblockade*

Bei der Paravertebralblockade wird ein Lokalanästhetikum in den paravertebralen Raum injiziert. Dieser Schritt erfolgt heutzutage sonographisch gestützt. Dieser Hohlraum wird medial von den Wirbelkörpern und den Bandscheiben, vorn und lateral vom Brustfell und der Fascia endothoracica und hinten vom Ligamentum costotransversum begrenzt. Der Bereich umfasst die dorsalen und ventralen Äste der Spinalwurzeln, den Truncus sympathicus, Gefäße und Fettgewebe. Nach der Injektion breitet sich das Lokalanästhetikum in cranio-caudaler Richtung und lateral in den Interkostalraum sowie durch die intervertebralen Foramen in den Periduralraum aus. Punktionen auf unterschiedlichen Höhen ermöglichen die Ausbreitung der sensorischen Blockade. Darüber hinaus ist es möglich, einen Katheter in den paravertebralen Raum einzuführen, um eine kontinuierliche Infusion mit dem Lokalanästhetikum zu gewährleisten und so die Analgesie während des postopera-

tiven Zeitraums zu verlängern. Es sei angemerkt, dass die Punktion des Brustfells zu einem Pneumothorax führen kann (5).

#### *Interkostalblockade*

Die Interkostalnerven können entlang ihres Verlaufs zwischen den Rippen individuell anästhesiert werden. Eine Anästhesie der seitlichen Hautäste ermöglicht die Analgesie der lateralen und medialen Quadranten der Brust.

#### *Periphere Rumpfwandblockade*

Das Prinzip der peripheren Rumpfwandblockaden besteht in der Injektion eines Lokalanästhetikums in die Muskulatur und nicht um den Zielnerv. Aufgrund der Verteilung einer großen Menge Lokalanästhetikum durch die verschiedenen Ebenen zwischen den Muskeln werden verschiedene Nervenäste anästhesiert (4). Der Vorteil dieser Blockaden besteht darin, dass sie durchgeführt werden können, sobald der/die Patient\*in eingeschlafen ist. Da die Injektion nicht direkt in die Nerven oder in das Rückenmark erfolgt, besteht kein Risiko einer direkten Nervenläsion.

#### *Pecs-Blockade (Abbildung 2)*

Anfänglich umfasste die PECS I-Blockade die Injektion von 10 ml Lokalanästhetikum zwischen die Muskelebenen des Musculus pectoralis major und minor. Diese erste Injektion ermöglichte dann die Betäubung des medialen und lateralen Nervus pectoralis. Diese Technik wurde anschließend angepasst (PECS II), um eine bessere Abdeckung der Axillarregion zu gewährleisten. Dies wird mit Hilfe einer zusätzlichen Injektion von 20 ml Lokalanästhetikum zwischen den Musculus pectoralis minor und den Musculus serratus anterior auf Höhe der dritten und vierten Rippe erreicht (5). Dadurch können anschließend die Inter-

### **Literaturverzeichnis**

1. Fecho K, Miller NR, Merritt SA, Klauber-DeMore N, Hultman CS, Blau WS. Acute and Persistent Postoperative Pain after Breast Surgery. *Pain Medicine*. 2009;10(4):708-15.
2. Woodworth GE, Ivie RMJ, Nelson SM, Walker CM, Maniker RB. Perioperative Breast Analgesia: A Qualitative Review of Anatomy and Regional Techniques. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2017;42(5):609-31.
2. Grape S, El-Boghdadly K, Albrecht E. Analgesic efficacy of PECS vs paravertebral blocks after radical mastectomy: A systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2020;63:109745.
4. Chin KJ, Versyck B, Pawa A. Ultrasound-guided fascial plane blocks of the chest wall: a state-of-the-art review. *Anaesthesia*. 2021;76 Suppl 1:110-26.
5. Abrahams M, Derby R, Horn J-L. Update on Ultrasound for Truncal Blocks: A Review of the Evidence. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 2016;41(2):275-88.
6. Grape S, Jaunin E, El-Boghdadly K, Chan V, Albrecht E. Analgesic efficacy of PECS and serratus plane blocks after breast surgery: A systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2020;63:109744.
7. Jacobs A, Lemoine A, Joshi GP, Van de Velde M, Bonnet F, the PWGc. PROSPECT guideline for oncological breast surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia*. 2020;75(5):664-73.

kostalnerven und der Nervus thoracicus longus anästhesiert werden.

In einer Meta-Analyse aus 16 Studien wurde die Vollnarkose unter Anwendung von PECS-Blockaden mit der Vollnarkose ohne lokoregionale Technik bei Brustoperationen untersucht. Im Rahmen dieser Meta-Analyse wurde gezeigt, dass die PECS-Blockade postoperative Schmerzen sowie das Auftreten von Übelkeit und Erbrechen nach dem Eingriff im Vergleich zu einer Anästhesie ohne lokoregionale Technik verringert (6). In einem systematischen Überblick und einer Meta-Analyse wurde die Wirksamkeit der Paravertebralblockade und der peripheren Rumpfwandblockaden (PECS und Serratus Plane Blocks) bei einer radikalen Mastektomie mit oder ohne axillärer Lymphknoten-dissektion untersucht. Es liegen schwache Hinweise darauf vor, dass periphere Rumpfwandblockaden die Schmerzen zwei Stunden nach dem Eingriff stärker lindern als

Paravertebralblockaden. Dieser marginale Unterschied besteht jedoch nach den zwei ersten Stunden nicht mehr (3).

#### Blockade des Musculus serratus anterior

Die Blockade des Musculus serratus anterior umfasst die Injektion eines Lokalanästhetikums ober- oder unterhalb des Musculus serratus anterior auf Höhe der fünften Rippe auf der mittleren Axillarlinie. Auf diese Weise werden der Nervus thoracodorsalis, der Nervus thoracicus longus und die seitlichen Äste der Interkostalnerven anästhesiert.

#### Lokale Infiltration

Bei der lokalen Infiltration wird durch den Chirurgen ein Lokalanästhetikum in den Rand des Operationssitus injiziert. Diese Technik ist zwar einfach durchzuführen, jedoch weniger wirksam als die vorhergehenden (7).

#### Diskussion

Durch die komplexe Innervation der Brust mit den versorgenden Nerven liefert keine einzeln angewandte Technik eine vollständige Betäubung der von dem Eingriff betroffenen Region. Bei einer Tumorektomie ist nur eine Analgesie der Interkostalnerven notwendig. Dagegen erfordert eine Mastektomie sowohl die Betäubung der Interkostalnerven als auch der vom Plexus brachialis ausgehenden Nerven. Dasselbe gilt beim Einsetzen von Prothesen, welche in der Regel unter der Brustmuskulatur liegen. Bei einer axillären Lymphknoten-dissektion ist eine Betäubung der Interkostalnerven für Hautveränderungen und der vom Plexus brachialis ausgehenden Nerven für tieferliegende Strukturen erforderlich.

Aufgrund der schwer erreichbaren Lage (mehrere Injektionen erforderlich), möglicher Komplikationen (Pneumothorax,

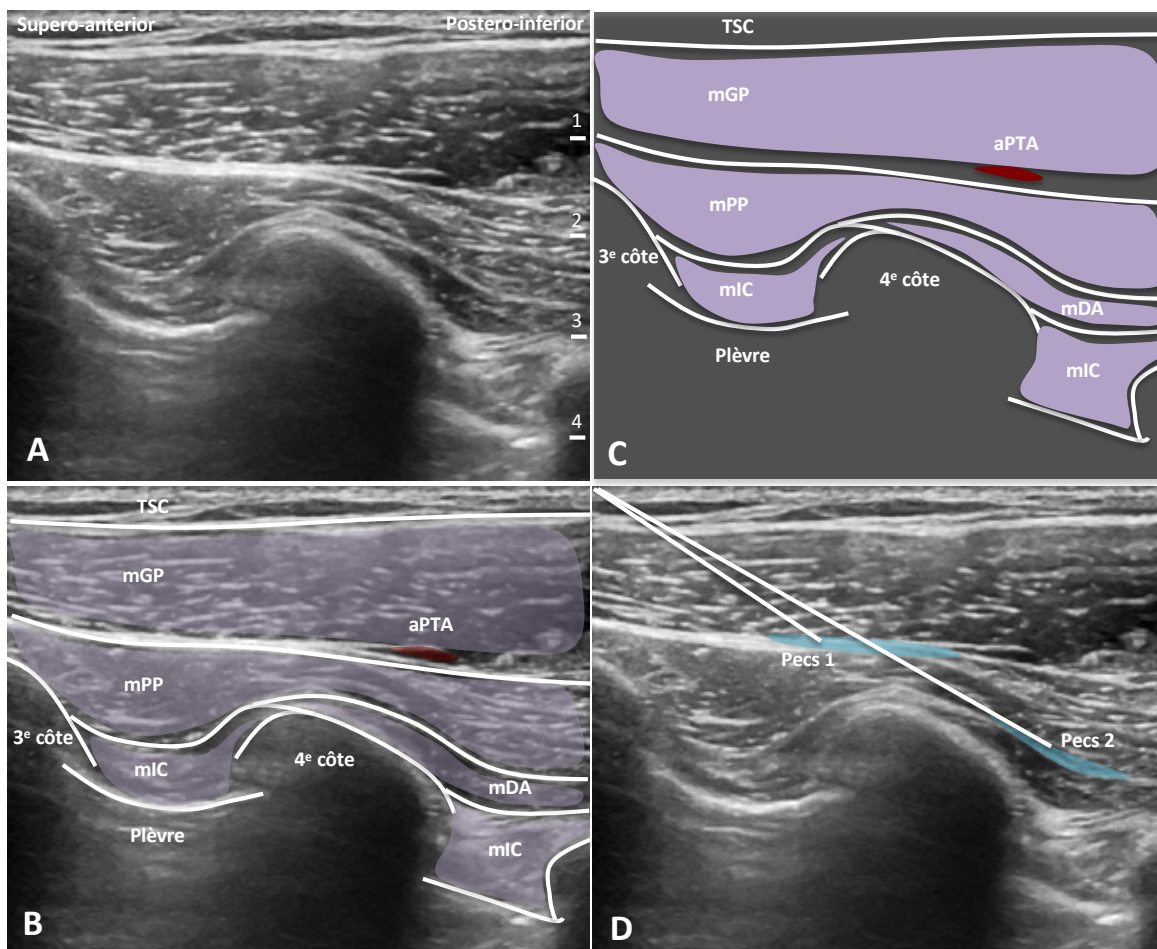


Abbildung 2: PECS-Blockaden (Tiefenschärfe: 1-3 cm). A. Nativaufnahme, B. Kommentiertes Echokardiogramm, C. schematische Darstellung, D. Einführen der Nadel in die Ebene und Injektion des Lokalanästhetikums zwischen den Musculus pectoralis major (mGP) und den Musculus pectoralis minor (mPP) (Pecs-Block 1). Für eine Pecs II-Blockade erfolgt eine weitere Injektion zwischen dem Musculus pectoralis minor und dem Musculus serratus anterior (mDA). aPTA: Ramus pectoralis der Arteria thoracoacromialis, mIC: Interkostalmuskulatur, TSC: Unterhautgewebe. Auszug aus: Eric Albrecht, Sébastien Bloc, Hugues Cadas, Véronique Moret. Manuel pratique d'anesthésie locorégionale échoguidée, 2. Ausg., S. 247. Copyright © 2019 Elsevier Masson SAS. Alle Rechte vorbehalten.

Läsion des neurovaskulären Faserbündels) und der auf den Bereich der Haut- und Unterhautgewebe begrenzten analgetischen Wirksamkeit wird die Interkostalblockade für Brustoperationen nicht länger empfohlen.

Die Paravertebralblockade ermöglicht die Betäubung der Axillarregion, der Brust und der oberflächlichen Strukturen. Dagegen wirkt diese Blockade nicht im Bereich der Muskeln der Brustwand, welche von den Pektoralnerven des Plexus brachialis innerviert werden, sowie im subklavikulären Hautgebiet, welches durch die supraklavikulären Nerven innerviert wird. Da diese Technik für Eingriffe wie Mastektomien geeignet ist, sind mehrere Injektionen erforderlich, um eine ausreichende Betäubung der Nerven T2-T6 zu gewährleisten. Sie wird außerdem mit potenziell schweren Komplikationen in Verbindung gebracht (Pneumothorax, Epidural- oder subarachnoidale Anästhesie).

Eine auf Höhe der 3. Rippe durchgeführten PECS II-Blockade ist auf die Analgesie

der Axillarregion, der Brustwand und ihrer Muskeln sowie der lateralen Quadranten der Brust ausgerichtet. Sie geht mit einer lokalen Infiltration für die mittleren Quadranten einher und ermöglicht eine umfassende Betäubung für die Mastektomie mit oder ohne axillärer Lymphknotendissektion oder das Einsetzen von Prothesen. Diese Blockade kann nach Einleitung der Vollnarkose durchgeführt werden und ruft bei den Patient\*innen keine Beschwerden hervor. Das ultraschallgestützte Verfahren erfolgt an einer Stelle über eine einzelne Punktion, ist schnell durchgeführt und geht nicht mit schwerwiegenden Komplikationen einher.

In der Praxis wird bei einer Tumorektomie die lokale Infiltration durch den Chirurgen und bei Mastektomien mit oder ohne Lymphknotendissektion eine PECS II-Blockade empfohlen. Auch für das Einsetzen einer Prothese unter dem Brustmuskel eignet sich eine Analgesie durch eine PECS II-Blockade.

### Schlussfolgerung

Die Lokoregionalanästhesie hat einen hohen Stellenwert bei der Betreuung von Brustoperationen. Um die geeignete Technik für den jeweiligen Eingriff auszuwählen, ist es wichtig, die sensible Innervation der Brust zu verstehen. Periphere Rumpfwandblockaden wie PECS II sind Techniken, die schnell, sicher und ohne Beschwerden für den Patienten durchgeführt werden können. Dies sind die derzeitigen Techniken, die für eine Mastektomie empfohlen werden, während im Falle einer Tumorektomie eine Infiltration durch den/die Chirurg\*in ausreichend ist.

### Kontakt

Dr. Alexandra Othenin-Girard  
Prof. Dr. Eric Albrecht  
Anästhesiologie  
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,  
Université de Lausanne, Lausanne, Suisse  
eric.albrecht@chuv.ch

PEOPLE WHO HEALTHCARE.

by anandic

## IHR PARTNER FÜR DIE THERMOREGULATION

Wir sind lieferfähig. Die Einwegkassetten sowie weiteres Zubehör sind ab unserem Lager in Feuerthalen ZH verfügbar.



Fluido Compact



Fluido AirGuard



Fluido Irrigation

**anandic**  
MEDICAL SYSTEMS

8245 Feuerthalen  
1010 Lausanne  
3400 Burgdorf

Postfach, Stadtweg 24  
Av. des Boveresses 56  
Kirchbergstrasse 105

Phone 0848 800 950  
Phone 021 653 64 08  
Phone 031 981 38 34

[www.anandic.healthcare](http://www.anandic.healthcare)

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

# Pflegefachpersonen MScN in der Anästhesiepflege – besteht Bedarf?

Luzia Vetter, Karsten Boden, Antoinette Conca

## Ausgangslage

Im Studium der Pflegewissenschaft (MScN) an der Berner Fachhochschule absolvieren die Studierenden Transferpraktikas in der Pflegeforschung und in den Bereichen der Praxisentwicklung. Ein solches Praktikum wurde von einer Pflegeexpertin, die im Bereich der Anästhesiepflege arbeitet, im Kantonsspital Aarau (KSA) in der Fachabteilung Pflegeentwicklung absolviert. Im KSA wurde im Jahr 2018 ein Laufbahnmodell Pflege implementiert, das zum Ziel hat, den Pflegefachpersonen ihre Fachlaufbahn abzubilden (Siehe Abbildung 1). Somit kann sich eine Pflegefachperson nicht nur eine Laufbahn in der Bildung oder im Management, sondern auch eine fachliche Laufbahn planen.

Einen Abschluss als Expert\*in Anästhesiepflege NDS HF ist im Laufbahnmodell des KSA auf Stufe vier, Fachexpert\*in Pflege ausgebildet (KSA, 2018). Im angelsächsischen Raum wird die Pflege-Expert\*in Anästhesiepflege einer Rolle als Advanced Nurse Practitioner (ANP) zugeschrieben (Tracy & O'Grady, 2018). In der Schweiz sind ANP-Rollen in der Anästhesiepflege noch nicht etabliert und die Reglementierung von ANP ist in der Schweiz in Erarbeitung. Vom Berufsverband der Pflegefachpersonen werden die ANP-Rollen folgendermassen definiert: «Eine Pflegeexpertin APN ist eine registrierte Pflegefachperson, welche sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Pflegeexpertinnen APN sind fähig, in unterschiedlichsten Settings vertiefte und erweiterte Rollen zu übernehmen und diese

in eigener Verantwortung im interprofessionellen Team auszufüllen. Die Kernkompetenzen einer Pflegeexpertin APN sind: direkte klinische Praxis, Experten-Coaching, Beratung, Ethische Entscheidungsfindung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, klinisches und fachspezifisches Leadership und Forschungskompetenz.» (ANP, 2020). Für den Titel einer ANP ist in der Schweiz der Bildungsabschluss eines Masters of Science Level notwendig (APN-CH, 2020). In der Schweiz werden die Bildungsgänge auf Hochschulstufe zur Erlangung des Titels Master of Science in Nursing (MScN) seit dem Jahr 2000 angeboten.

## Ziel und Fragestellung

Im Rahmen des genannten Transferpraktikums soll herausgefunden werden, ob und wie Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss auf Hochschulstufe in der Schweiz im Setting der Anästhesiepflege eingesetzt werden. Des Weiteren soll mit dieser Umfrage auch herausgefunden werden, ob aus Sicht der Führungspersonen in der Anästhesiepflege ein Bedarf an Pflegeexpert\*innen in diesem Bereich besteht.

## Methode

Die Umfrage wurde nach Rücksprache mit der Präsidentin der SIGA-FSIA per Email an die Leitungspersonen der Anästhesiepflege in der Schweiz via Geschäftsstelle der SIGA-FSIA versendet. Die Befragung wurde in französischer und deutscher Sprache versandt und konnte in diesen Sprachen während drei Wochen im Oktober 2020 ausgefüllt werden. Die Befragung umfasste zehn Fragen mit unterschiedlichen Antwortformaten zu den Themen Einsatzgebiete, Arbeitsfelder, Bedarf

einer Pflegeexpertin in der Anästhesiepflege, bestehende Zusatzausbildungen bei Expert\*innen Anästhesiepflege und übergeordnete Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Pflegeentwicklung. Die Antworten wurden beschreibend mithilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet.

## Resultate

Von den angeschriebenen Personen mit Leitungsfunktion Anästhesiepflege in Spitälern der ganzen Schweiz haben 29 den Fragebogen angeklickt, um an dieser Umfrage teilzunehmen. Vollständig ausgefüllt wurde der Fragebogen, mit der Ausnahme, dass eine Person die Region nicht angegeben hat von 19 Personen. Die Mehrheit (n=16) arbeitet in der Deutschschweiz. Es sind alle Grössen von Spitälern (Universitätsspital bis Regionalspital, inklusive Privatklinik) als Arbeitsumgebungen vertreten. Insgesamt haben vier Institutionen eine Pflegefachperson mit einem Abschluss auf Masterstufe (MScN) in der Anästhesiepflege angestellt.

## Einsatzgebiete der Pflegefachpersonen MScN in der Anästhesiepflege

Die Pflegefachpersonen MScN sind in der direkten klinischen Praxis in der Anästhesie und Schmerztherapie als Pflegeexpertinnen, im Qualitätsmanagement (Qualitätskontrolle), in der Organisation von Weiterbildungen, in Managementfunktion oder in einer übergeordneten Funktion als Koordinierende der Pflegebereiche eingesetzt. Die Verantwortung für die Erstellung von Standards und Guidelines wurde ebenfalls ihrem Arbeitsfeld zugeteilt. Eine befragte Institution gibt an, dass sie eine Pflegefachperson im Masterstudium haben und das Ziel der Institution ist, dass



# Laufbahnmodell Pflege

**Direktor/-in Departement Pflege & MTTD  
PdH, MAS Management oder MBA/EMBA**



Abbildung 1: Das Laufbahnmodell der Fachentwicklung Pflege im KSA Quelle: Kantonsspital Aarau, Laufbahnmodell (internes Dokument)

jeder Bereich in dieser Institution über eine Pflegefachperson mit einem Masterabschluss verfügt.

*Notwendigkeit und mögliche Einsatzgebiete für Pflegefachpersonen mit MScN in der Anästhesiepflege:*

Bei der Frage, ob es Pflegende mit einem Hochschulabschluss innerhalb der Anästhesiepflege braucht, geben rund die Hälfte

der Antwortenden (n=10) an, dass sie einen Bedarf haben und die andere Hälfte (n=9) findet, dass kein Bedarf besteht.

Einen Mehrwert für die Anästhesiepflege durch die Pflegefachpersonen mit einem MScN sehen neun Befragte (50%) in folgenden Bereichen (Mehrfachnennungen möglich):

- Evidenzbasierte Medizin und Pflege (3)
- Professionalisierung der Pflege (3)

- Konzeptionelles Arbeiten und Implementierung von Pflegekonzepten (2)
- Qualitätssicherung
- Weiterentwicklung der Pflegequalität
- In den Fachverbänden - Klarheiten mit der SGAR (Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Rettungsmedizin) schaffen
- Umsetzen der Abmachungen in den einzelnen Kliniken

- Unterordnete ärztliche Handlungen, z.B. «Pfleagesaal»
- Forschung
- Lehre
- Projektmanagement
- Wirtschaft (2)
- Keinen (Anästhesiepflegefachpersonen arbeiten in Delegation eines Facharztes für Anästhesie)
- «Es ermöglicht, sich in den Bereichen Aufgaben/ Kompetenzen/ Verantwortung zusammen mit dem ärztlichen Bereich neu auszurichten, neue Rollen zu definieren, die Kernkompetenzen der Pflege max. auszuschöpfen. Letztlich hat es auch Potential Kosten einzusparen, weil Aufgaben (AKV), welche aktuell beim Arzt angesiedelt sind der Pflege übertragen werden können. Und eine hohe Pflegequalität (auch vom Personalschlüssel/Grademix abhängig) spart per se Kosten, weil Komplikationen und «iatrogene» Zwischenfälle reduziert werden können».

#### *Mögliche Arbeitsfelder und optimaler Arbeitseinsatz:*

Als Arbeitsfelder für diese Pflegefachpersonen wurden vorwiegend die Pflegeforschung und Dozententätigkeit in der Anästhesiepflege genannt. An zweiter Stelle wurde die Entwicklung und Implementierung von Konzepten in der Anästhesiepflege und die Professionsentwicklung der Anästhesiepflege im eigenen Betrieb genannt. In der Durchführung von (ethischen) Fallbesprechungen und Entwicklung und Implementierung von Pflegekonzepten im Aufwachraum sahen die Hälfte der Befragten einen Bedarf. Der Einsatz in der Schmerztherapie (akut und chronisch) wurde noch knapp von einem Drittel als sinnvoller Einsatz angesehen.

Rund die Hälfte der Befragten (n=9) ordnen die Tätigkeiten von Beratungen und Schulfungen auf der Anästhesie und den Bettenstationen klinischen Tätigkeiten zu. So wird ein optimaler Arbeitseinsatz von sieben befragten Personen (36%) im klinischen Feld gesehen, inklusive Dienstbetrieb, mit wenigen administrativen Aufgaben. Rund ein Drittel der Befragten (5 Personen) würden diese spezialisierten Pflegefachpersonen ebenfalls im klinischen Feld einsetzen. Die jedoch vorwiegend ausserhalb des

Dienstbetriebs und ebenfalls mit wenigen administrativen Aufgaben betrauen. Nur zwei Personen sehen den optimalen Arbeitseinsatz von Pflegefachpersonen mit einem MScN ausschliesslich auf konzeptueller Ebene (im Büro).

#### *Zusatzausbildungen von Expert\*innen Anästhesiepflege und Einsatzbereiche dieser Personen:*

In den befragten Institutionen sind die Zusatzausbildungen der Expert\*innen Anästhesiepflege vorwiegend in den Bereichen Ausbildung und Schmerztherapie auszu-machen:

- verschiedene CAS Abschlüsse in Management/Leadership (2)
- CAS bis MAS in Pädagogik, MME
- SVEB (2)
- Berufsbildende
- Schmerz
- Hypnose (2)
- BScN

Weiter werden Spezialisierungen in der klinischen Praxis oder dem Management aufgeführt:

- Intensivpflege
- CAS Clinical Assessment
- CAS OP-Management

Die Expert\*innen Anästhesiepflege mit den Zusatzausbildungen werden vorwiegend in der Bildung am Lernort Praxis (mehrere Nennungen) und als Dozenten an den Berufsbildungszentren eingesetzt. Als weiteren Bereich wurde die Schmerztherapie (Pain Nurse) genannt. In einem Schmerzzentrum wird eine Pflegesprechstunde (ALG-Pflegekonsultation) im Bereich der Neuromodulation entwickelt. Eine Person engagiert sich im Berufsverband der Anästhesiepflege. Personen mit besonderen Funktionen arbeiten im Schichtbetrieb mit.

Übergeordnete Zusammenarbeit mit dem Bereich Pflegeentwicklung in der Institution:

Die übergeordnete Zusammenarbeit mit dem Bereich Pflegeentwicklung in den Kliniken existiert in fünf der 19 Kliniken. Die Pflegefachpersonen auf Masterstufe in der Anästhesiepflege haben dort Einsitz in verschiedenen Gremien wie zum Beispiel dem Ausschuss Fachentwicklung Pflege, in dem

alle Pflegeexpert\*innen einsitzen. Standards an der Schnittstelle von Pflege allgemein und der Anästhesiepflege werden so gemeinsam erstellt. Eine Zusammenarbeit mit weiteren Pflegeexpert\*innen aus anderen Bereichen der Klinik wie zum Beispiel der Intensivpflege oder Notfallpflege wird genannt. In einer Klinik ist die Fachverantwortliche Pflegefachfrau Anästhesie fachlich der Pflegeentwicklung unterstellt. Mit der Pflegeentwicklung findet somit ein regelmässiger Austausch statt, plus zweimal pro Jahr eine Re-traite. Die Fachabteilung Pflegeentwicklung bietet auch die Begleitung von Studierenden (BScN und MScN) an. Acht Befragte finden es schade, dass bislang keine regelmässige übergeordnete Zusammenarbeit mit dem Bereich Pflegeentwicklung stattfindet.

#### **Zusammenfassung:**

Von den Personen, die sich von der Umfrage angesprochen fühlten, haben rund 52% an der Umfrage teilgenommen. Die Romandie ist bei den Antworten untervertreten, obschon der Fragebogen sowohl in Deutsch als auch in Französisch ausgefüllt werden konnte. Möglicherweise ist dies, weil die zweite Welle der Covid-Pandemie zu diesem Zeitpunkt startete und die Westschweiz mehr von dieser betroffen war, was die Arbeitslast der Leitungspersonen in der Anästhesiepflege erhöhte. Die Verteilung der Spitäler bezüglich Grösse zeigt sich ausgeglichen. Es geben nur vier Institutionen an, eine Pflegefachperson mit einem Masterabschluss in der Anästhesiepflege angestellt zu haben.

Die Anästhesiepflege ist ein zweijähriges Nachdiplomstudium (NDS), welches nach einem Jahr Berufspraxis im Akutsetting der Stufe einer Höheren Fachschule gestartet werden kann (OdaSanté, 2019). Ein Masterstudium in Pflegewissenschaft ist jedoch auf Stufe Hochschule (Fachhochschule oder Universität) angesiedelt, bei dem keine Leistungen aus dem NDS HF angerechnet werden. Die Ausbildung für eine Pflegefachperson MScN und einer Zusatzqualifikation in Anästhesiepflege dauert entsprechend lange.

Die Arbeitsgebiete dieser Pflegefachpersonen MScN in der Befragung entsprechen den Rollen einer Advanced Nurse Practi-

tioner (ANP), wie sie Hamric und Spross (2018) beschreiben, deren Standardwerk immer wieder referenziert wird. Die Rolle als ANP enthält gemäss dieser Definition Praxistätigkeit und passt damit zur Beschreibung der Pflegefachperson MScN Anästhesiepflege durch die Institutionen, die den Schwerpunkt des Arbeitsfeldes in der direkten klinischen Praxis sehen. Bei den Befragten wird auch «Guidance und Coaching», wie sie bei der ANP Anästhesiepflege bei Hamric und Spross beschrieben sind, als klinische Tätigkeit angesehen (Tracy & O'Grady, 2018). Für die Bezeichnung einer ANP-Rolle spricht auch, dass diese Pflegefachpersonen MScN in der Schmerztherapie, einem spezialisierten Bereich der Anästhesiepflege, eingesetzt werden. Nur zwei der befragten Personen sehen das Arbeitsfeld für diese Personen ausschliesslich auf konzeptioneller Ebene, ohne direkte klinische Tätigkeit.

#### *Nutzen für die Praxis und mögliche Arbeitsfelder eines MScN in der Anästhesie:*

Einen Bedarf und Mehrwert durch eine Anstellung von Pflegefachpersonen MScN in der Anästhesiepflege sehen die Befragten in der Professions- und Praxisentwicklung der Anästhesiepflege und der Implementierung von Standards an der Schnittstelle zu den Bettenstationen. Ebenso werden die Entwicklung und Implementierung von Pflegestandards in der Anästhesiepflege und die Führung von (ethischen) Fallbesprechungen als mögliche Tätigkeiten von Pflegeexpert\*innen in der Anästhesie gesehen. Einsätze in der Schmerztherapie werden kaum genannt. Eine befragte Person sieht keinen Mehrwert durch eine Anstellung einer Pflegefachperson MScN, weil die Anästhesie als Fachgebiet einer ärztlichen Tätigkeit entspricht, in der die Anästhesiepflegefachperson auf Delegation arbeitet (SGAR-SSAR, 2020). Die validierten Standards der Anästhesiepflege (Herion, Egger, Greif, & Violato, 2019) bilden jedoch die eigenständigen und eigenverantwortlichen Anteile der Arbeit einer Anästhesiepflegefachperson ab. Anästhesiepflege ist weitreichender als das Ausführen der Anästhesie in Delegation des ärztlichen Dienstes.

#### *Spezialisierungen für eine Laufbahn in der Anästhesiepflege*

Als Weiterbildung nach dem Fachausweis zur Diplomierten Expert\*innen Anästhesiepflege wird vorwiegend eine Laufbahn in der Bildung oder im Bereich Management eingeschlagen. Erwähnt werden noch Weiterbildungen im Bereich der Schmerztherapie, inklusive Hypnose. Eine übergeordnete Zusammenarbeit mit dem Bereich der Pflegeentwicklung existiert in nur vier von 18 Institutionen. Einige bedauern, dass diese Zusammenarbeit nicht strukturell verankert ist. Weil Weiterbildungen als mögliches Arbeitsfeld für eine Pflegefachperson MScN gesehen werden, wäre es interessant zu wissen, inwiefern eine Zusammenarbeit zwischen den Berufsbildenden der Anästhesie und der Pflegeentwicklung in den verschiedenen Häusern ist. Möglicherweise ist in diesem Bereich Potenzial für die Professionsentwicklung in Spitälern, die keine Pflegefachperson MScN in der Anästhesiepflege angestellt haben, vorhanden.

#### **Schlussfolgerungen**

In der Schweiz gibt es noch wenige Expert\*innen Anästhesiepflege mit einem MScN, die im Setting der Anästhesiepflege angestellt sind. Ein Laufbahnmodell in der Fachentwicklung Pflege muss zwingend alle Stufen der Bildungssystematik abbilden. Mögliche Arbeitsfelder für Pflegefachpersonen MScN im Setting der Anästhesie werden in der Rolle einer ANP gesehen. Einen Bedarf solcher ANP-Rollen und Nutzen durch diese wird von den befragten Personen angegeben. Ein mögliches Potenzial in der Professionsentwicklung der Anästhesiepflege besteht in der engen Zusammenarbeit zwischen den Berufsbildnern und dem Bereich der Pflegeentwicklung, falls die Institution über keine ANP verfügt.

#### **Literatur**

- APN-CH (2020). Greenpaper angesehen am 29. November 2020 von [https://www.apn-ch.ch/documents/498219/514757/2020+10+30+DEF.GreenPaper\\_neues+Logo.pdf/5bfaa62c-0693-6a6d-d527-6df6b9c3d916?t=1604074673019](https://www.apn-ch.ch/documents/498219/514757/2020+10+30+DEF.GreenPaper_neues+Logo.pdf/5bfaa62c-0693-6a6d-d527-6df6b9c3d916?t=1604074673019)
- Herion, C., Egger, L., Greif, R., & Violato, C. (2019). Validating international CanMEDS-based standards defining education and safe practice of nurse anesthetists. *Int Nurs Rev*, 66(3), 404-415. doi:10.1111/inr.12503
- OdaSanté. (2019). Rahmenlehrplan für Nachdiplomstudien Anästhesiepflege, Intensivpflege, Notfallpflege. Retrieved from [https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante/docs/Nachdiplomstudium/190219\\_RLP\\_AIN\\_d.pdf](https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante/docs/Nachdiplomstudium/190219_RLP_AIN_d.pdf)
- SGAR-SSAR. (2020, 01.01.2020). Standards und Empfehlungen, Version 2020. Retrieved from [https://sgar-ssar.ch/fileadmin/user\\_upload/sgar-ssar/public/Services/Richtlinien\\_Standards\\_und\\_Empfehlungen/SGAR\\_Standards\\_und\\_Empfehlungen\\_2020.pdf](https://sgar-ssar.ch/fileadmin/user_upload/sgar-ssar/public/Services/Richtlinien_Standards_und_Empfehlungen/SGAR_Standards_und_Empfehlungen_2020.pdf)
- Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2018). Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing-E-Book: An Integrative Approach: Elsevier Health Sciences.

#### **Kontakt**

Luzia Vetter  
Pflegeexpertin Klinik für Anästhesie-  
Rettungsmedizin und Schmerzmedizin  
Luzerner Kantonsspital  
[luzia.vetter@sigafsia.ch](mailto:luzia.vetter@sigafsia.ch)

Karsten Boden  
Direktor Departement Pflege & MTTD  
Kantonsspital Aarau

Antoinette Conca  
Leiterin Pflegeentwicklung  
Kantonsspital Aarau



Diplomarbeit auf [www.siga-fsia.ch/beruf/abschlussarbeiten](http://www.siga-fsia.ch/beruf/abschlussarbeiten)

## Postoperatives Delir – was kann die Anästhesie tun?

### Abstract

Das postoperative Delir (POD) ist eine Komplikation, welche bei Patienten in allen Altersgruppen auftritt. Es ist eine organisch ausgelöste, akut auftretende, fluktuierende Veränderung des Geisteszustandes. Es ist verbunden mit einer höheren Komplikationsrate, Abnahme kognitiver Fähigkeiten, verlängerten Hospitalisationsdauer, höheren Kosten und einer erhöhten Mortalität (Aldecoa et al., 2017, S.194). Bei gewissen Eingriffen liegt das Risiko eines POD bei bis zu 20-40% und je nach Grösse des Eingriffs und der geringeren kognitiven Reserve nimmt das Risiko zu (Radtko, Franck & Wilhelm, 2018, S.571-573). Die Verminderung des Risikos eines POD ist also von hohem, interdisziplinärem Interesse.

Die Problemformulierung beinhaltet die Frage nach pflegerischen oder medikamentösen Interventionen, welche bei erwachsenen Patienten im anästhesiologischen Setting das Risiko eines postoperativen Delirs senken. In der Diplomarbeit

werden die Definition sowie die Pathophysiologie erarbeitet. Es werden pflegerische Massnahmen dargelegt, die Wahl des Anästhesieverfahrens, der Anästhetika und (Co-) Analgetika diskutiert, sowie der Nutzen einzelner medizintechnischer Hilfsmittel aufgezeigt. Die Informationen werden nach prä-, intra- und postoperativ gegliedert und umfassen die Phase vom Prämedikationsgespräch bis zur unmittelbar postoperativen Phase. Die Literaturrecherche basiert auf aktuellen, evidenzbasierten Artikeln sowie Fachbüchern.

In dieser Diplomarbeit wird aufgezeigt, dass Anästhesiepflegefachpersonen sehr viele Massnahmen zur Delirprävention durchführen können. Beispielsweise wurde ein Instrument entworfen, welches bei der Risikoeinschätzung und Planung der Anästhesie unterstützen soll. Gewisse Medikamente sind bekannt delirogen und deren Einsatz sollte gut durchdacht werden. Antidelirogene Medikamente wie  $\alpha$ 2-Agonisten sollten bei Hochrisikopatienten unter Berücksichtigung der

unerwünschten Wirkungen erwogen werden. Jede Anästhesie sollte zur Vermeidung von zu tiefen Narkosen mittels Neuromonitoring überwacht werden. Ein multimodales Anästhesiekonzept wird in jedem Fall empfohlen.

Im Schlussteil werden die vorgestellten Interventionen und Medikamente untereinander sowie mit unserer Praxis verglichen. Wir bringen die einzelnen Ergebnisse in Zusammenhang und folgern daraus Konsequenzen für unser zukünftiges Handeln. Diese Konsequenzen haben wir in einer Übersicht zusammengestellt.

### Kontakt:

Lynn Christoph  
lynn.christoph@insel.ch

### Autoren:

Amanda Christoph, Lynn Christoph,  
Tim Gangwisch  
Dipl. Experten Anästhesiepflege NDS HF

## Das Emergence Delir in der pädiatrischen Anästhesie

**Beim pädiatrischen Emergence Delir handelt es sich um eine postoperative Störung des Bewusstseins bei Kindern aufgrund einer Anästhesie. In einer Diplomarbeit am Universitätsspital Basel soll das pädiatrische Emergence Delir überblicksmässig beschrieben werden.**

Das pädiatrische Emergence Delir kann sich bei den betroffenen Kindern mit Anzeichen einer Verwirrtheit, einer Überempfindlichkeit gegenüber äusseren Reizen und einer motorischen Hyperaktivität zeigen. Die genauen pathophysiologischen Vorgänge sind bis heute noch nicht geklärt und werden weiter erforscht.

### Vielfältige Symptome

Das Spektrum eines pädiatrischen Emergence Delir ist breit. So reichen die möglichen Symptome von einer mässigen Agitation, mit einer weiterhin möglichen Kontaktaufnahme, bis hin zu einem aus-

geprägten Delir, ohne dass eine Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Kind möglich ist.

Es kommt zu ungezielten Bewegungen in Form von Schlagen und Treten, trostlosem Weinen, einem abgewandten oder starren Blick, eventuell vergesellschaftet mit geschlossenen Augen. Das Emergence Delir gilt als selbstlimitierend; allerdings besteht durch unkontrollierte Bewegungen das Risiko einer Selbst- und/oder Fremdverletzung. Die betroffenen Kinder benötigen eine verlängerte Aufenthaltsdauer im Aufwachraum, was mehr Personalressourcen bindet und somit zu höheren Kosten führt. Zusätzlich sinkt das Vertrauen der Eltern zum Personal, da die Symptome als schlechte Behandlung interpretiert werden.

### Thema der Diplomarbeit

Die Identifikation des Emergence Delirs, die Ursachenerkennung und das Auf-

zeigen von effizienten Behandlungsstrategien bilden den Schwerpunkt der Diplomarbeit. Die umfassende Literaturrecherche in deutsch- und englischsprachigen Datenbanken und Fachzeitschriften ermöglicht die Entwicklung einer Behandlungsempfehlung, welche nicht erst beim Auftreten von Symptomen ansetzt, sondern bereits den Einsatz von prophylaktischen Massnahmen als relevant einschätzt.

### Kontakt:

Jasmin Wolf  
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF

Universitätsspital Basel  
Anästhesiologie  
Spitalstrasse 21  
4031 Basel  
Mail: [jasmin.wolf@usb.ch](mailto:jasmin.wolf@usb.ch)

## Laufbahnplanung auf



excellence | experience | education



Die ideale Plattform für Berufs- und Bildungsprofile von Gesundheitsfachpersonen, weil

- alle Diplome und Zeugnisse an einem Ort zentral und elektronisch abgelegt sind
- ein stets aktueller Lebenslauf generiert werden kann
- man log-Punkte und ein Zertifikat für alle besuchten Weiterbildungen erhält.

e-log wurde vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen SBK und der Schweizerischen Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege SIGA/FSIA entwickelt.



e-log ist für SBK- und SIGA/FSIA-Mitglieder kostenlos.

**JETZT REGISTRIEREN: [e-log.ch](https://e-log.ch)**



## Standards in der Anästhesie

Ein gewichtiges Buch mit praktischen «Hands-on»-Empfehlungen für sicheres Handeln. Es soll helfen die perioperative Patientenversorgung zu verbessern und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Es beantwortet tatsächlich viele Fragen, die sich vor dem Durchführen einer Anästhesie stellen. Es wird kurz und präzise geschildert was zu beachten ist bzw. woran man denken muss. Der einheitliche Kapitelaufbau ist hilfreich, vor allem wenn man das Buch immer wieder hervornimmt. Alle wichtigen Fachgebiete und deren Eingriffe sind mit spezifischen Abläufen übersichtlich dargestellt. Von Material und Medikamenten inkl. Dosierung bis hin zu Handlungsabläufen. Die Illustration besteht aus Fotos, Sonografie- oder Anatomiebildern, die klar

alles relevante darstellen. Die Punktion von Gefässen wird ebenso beschrieben wie die Regionalanästhesietechniken – einzig was die Blutsperre bzw. -leere betrifft konnte ich keine Anmerkung oder Handlungsanweisung finden. Sollte ich das übersehen haben, wäre ich über eine Rückmeldung von Ihnen sehr erfreut. Insgesamt ein schönes, nützliches Buch – jedoch keines für die Kühltasche, denn dafür ist es mit seinen 2kg Gewicht zu schwer – auch zu gross, es gehört in ein Regal, wo man es sich jederzeit nehmen kann. Wer digitalisiert unterwegs ist kann sich dieses Werk als e-book herunterladen als pdf oder epub. Sollten Sie es sich anschaffen wollen, prüfen Sie die Preise – sie variieren von CHF 196.– bis CHF 245.–. Das soeben veröffentlichte Buch ist jedoch auf jeden Fall einen Blick wert.

Editor:	Michael Winterhalter Timur Puschnann
EAN:	9783132431089
ISBN:	978-3-13-243108-9
Format:	Fester Einband e-book (epub, pdf)
Hersteller:	Thieme
Herausgeber:	Thieme
Genre:	Medizinische Fachberufe
Anzahl Seiten:	608
Gewicht:	2022g
Größe:	H270mm x B195mm x T38mm
Jahr:	2021

# Die Anerkennung von Aus- und Weiterbildungen des nicht ärztlichen-Anästhesiepersonals und Anästhesiepflegenden durch die IFNA

Marianne Riesen

**Anästhesieausbildungen:** dabei handelt es sich um Ausbildungen, bei denen keine Pflegeausbildung vorausgesetzt wird. Solche finden sich z.B. in den Niederlanden, Tunesien, Indonesien. Es sind solide Ausbildungen, die meist mit einem Bachelor abschliessen und mindestens drei Jahre, in den Niederlanden sogar vier Jahre dauern. Die Absolventen dieser Programme erfüllen die Standards der International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA) in sehr hohem Masse.

**Anästhesieweiterbildungen:** das sind Ausbildungen, wie wir sie in der Schweiz kennen. Voraussetzung zur Weiterbildungszulassung ist ein Pflegediplom. Die Weiterbildung muss mindestens zwei Jahre dauern. Bei beiden Ausbildungen handelt es sich um nicht – ärztliches Anästhesiepersonal

## Ein internationaler Blick auf das nicht – ärztliche Anästhesiepersonal

In einer grossen Anzahl Länder beträgt die totale Anzahl von Anästhesiepersonal (ärztlich und nicht – ärztlich) weniger als 5 pro 100 000 Einwohner. Das heisst, dass eine sehr grosse Anzahl Menschen auf dieser Welt keinen Zugang zu sicherer Chirurgie haben, wenn sie diese dringend brauchen. Die World Federation of Societies of Anesthesiologists (WFSA) fand 2017 (1) in einem Survey heraus, dass weltweit in 50 von 77 untersuchten Ländern, nicht-ärztliches Anästhesiepersonal tätig ist. Tatsache ist, dass das nicht – ärztliche Anästhesiepersonal einen grossen Anteil der Anästhesie – Belegschaft ausmacht, speziell in Ländern mit limitierten Ressourcen. Sieht man sich das obige Bild an, ist es dringend notwendig, die Anzahl der Anästhesiefachleute weltweit zu erhöhen. Dabei reicht die Konzentration auf die Ausbildung von Ärzten nicht aus. Es braucht einen Ausbildungseffort bei beiden Gruppen und zwar weltweit. Leider ist die nicht – ärztliche Gruppe immer noch sehr heterogen. Das Spektrum reicht von gut ausgebildeten Anästhesiepflegenden und anderem nicht – ärztlichem Anästhesiepersonal mit Bachelor- und/oder Masterabschlüssen bis zu nicht-standardisierten Kurzausbildungen (z.B. on – the – job). Letzteres kann zu sehr unsicherer Anästhesiepraxis führen (1).

## IFNA's Globale Standards

Die Patientenversorgung bedarf grosser Koordination, was sehr gute interprofessionelle Teamarbeit voraussetzt. Das Anästhesiepersonal muss fähig sein,

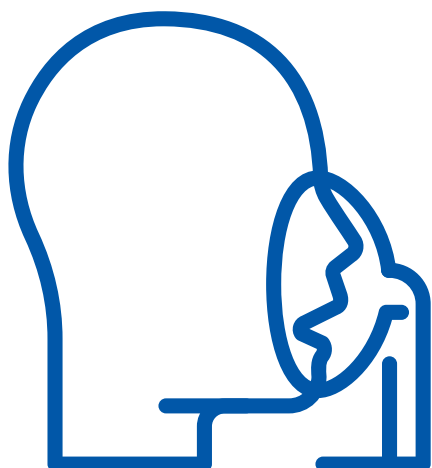
Technologie, Information und Wissen zusammenzubringen. Das heisst, dass die Teammitglieder neben der Patientenversorgung auch gut kommunizieren, organisieren und koordinieren müssen.

Grosse Veränderungen in den medizinischen und pflegerischen Ausbildungen haben den sogenannten Kompetenz – basierten Curricula zum Durchbruch verholfen. D.h. die erforderlichen Kompetenzen des Berufs müssen explizit so beschrieben werden, dass sie messbar sind. Damit kann das Stellenprofil des Berufes gut definiert werden und ermöglicht einen klaren Blick auf den jeweiligen Bereich der Verantwortung der Berufsgruppe. Durch die Messbarkeit ist auch eine Qualitätssicherung möglich.

Die IFNA entwickelte seit ihrer Gründung professionelle Standards des nicht-ärztlichen Personals. Die aktuellen Standards zur Ausbildung findet man unter [www.ifna.site/app/uploads/2015/08/IFNA-STANDARDS-2016.pdf](http://www.ifna.site/app/uploads/2015/08/IFNA-STANDARDS-2016.pdf). Die Standards sind so formuliert, dass sie den Variationen der verschiedenen nicht – ärztlichem Anästhesiepersonen gerecht werden. Die IFNA Standards in der Schweiz den Anästhesiepflegenden bekannt sein, da die SIGA / FSIA diese übernommen hat. Zu finden unter [www.siga-fsia.ch/beruf/berufsbild/standards](http://www.siga-fsia.ch/beruf/berufsbild/standards).

**IFNA's Anesthesia Program Approval Process (APAP) zu Deutsch: Die Anerkennung von Anästhesie Aus – und Weiterbildungen durch IFNA**

The Anesthesia Program Approval Process of the International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA)  
Article in English:  
<https://siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions.html>



Die IFNA postuliert, dass eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Menschheit möglich ist, wenn für das nicht – ärztliche Anästhesiepersonal global gültige Standards vorliegen. Die weitgehendste Einhaltung dieser Standards sind Voraussetzung für eine Anerkennung. Die IFNA würdigt auch die Anstrengung verschiedener Ausbildungsinstitutionen weltweit, sich auf gemeinsame Standards zu einigen. Ebenso ist sie sich bewusst, dass die wirtschaftliche Entwicklung und die Ressourcen weit voneinander abweichen können. Genauer über die Anerkennung findet sich in der Operational Policies unter: [www.ifna.site/app/uploads/2017/06/Operational-Policies-APAP-June-2017.pdf](http://www.ifna.site/app/uploads/2017/06/Operational-Policies-APAP-June-2017.pdf).

Um eine Verbesserung herbei zu führen, startete die IFNA im Jahr 2010 weltweit mit der Anerkennung von Anästhesieausbildungen. Auf Englisch reden wir vom Anesthesia Program Approval Process (APAP). Im Folgenden wird diese Abkürzung benutzt.

Die Ausbildung von nicht – ärztlichem Anästhesiepersonal ist wichtig, um den Mangel an qualifiziertem Personal zu reduzieren und mehr Menschen weltweit Zugang zu sicherer Anästhesie und Chirurgie zu gewähren. APAP wird als Beispiel gesehen, wie die Pflege helfen kann, Versorgungslücken zu schliessen und gleichzeitig ein System der Qualitätsverbesserung zu fördern. Am 25. 05. 2021 hat der ICN die Anästhesiepflege als Advanced Practice Nursing anerkannt. Die ICN konformen Guidelines finden sich unter: [www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN\\_Nurse-Anaesthetist-Report\\_EN\\_WEB.pdf](http://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_EN_WEB.pdf)

#### **APAP bietet drei Stufen der Anerkennung an. Die jeweilige Anerkennungsdauer beträgt 5 Jahre**

1. Registration (Level 1): das Kursmaterial\* und das Curriculum werden nicht evaluiert. Solche Programme sind für Personal, welches den Anästhesisten assistiert. Die Anzahl der Lektionen und die Dauer der Praxiseinsätze reichen nicht aus, um die globalen Standards der IFNA in grossem Umfang zu erreichen. Das Curriculum wird auf der

Website der IFNA nur zur Information gezeigt.

2. Recognition (Level 2) (Anerkennung): Das Kursmaterial\* und das Curriculum werden online evaluiert und exakt an den IFNA Standards gemessen. Danach werden Fragebögen für die Lehrpersonen und Studierenden online gestellt. Beide Gruppen beurteilen die Weiterbildung unabhängig voneinander und anonym. Die Fragebögen werden von der Universität Lund, Schweden, ausgewertet. Die IFNA Standards müssen weitgehendst erreicht werden. Der Qualitätsstandard solcher Programme ist sehr hoch. Level 2 gibt es deshalb, weil die meisten dieser Programme keine Pflegepersonen in ihre Programme aufnehmen. Es gibt allerdings auch Programme, die für eine Akkreditierung in Frage kämen. Sie bewerben sich freiwillig für Level 2, weil sie die Kosten für eine Akkreditierung nicht aufbringen wollen.
3. Akkreditierung (Level 3): Der Prozess ist genau derselbe wie bei Level 2 bis und mit der Auswertung der Fragebögen. Zusätzlich gibt es aber noch einen zweitägigen Besuch von zwei IFNA Bildungspersonen. Es wird alles nochmal vor Ort genau überprüft. Es müssen alle Standards erfüllt sein, sind es Zutritts-, oder Aufnahmekriterien für Berufsfachpersonen Anästhesie zu diesen Ausbildungen ist zwingend ein Pflegediplom. Während Level 1 und 2 gratis sind, ist Level 3 kostenpflichtig.
4. Deemed Akkreditierung (gültige Akkreditierung): Wenn es offiziell gültige Standards der Regierung (Bildungsministerium oder Gesundheitsministerium) gibt, die äquivalent zu den IFNA Standards sind oder dieser sogar über treffen, kann die IFNA diese als gültig ansehen. Ein solches Programm erhält eine Level 3 Akkreditierung.

#### **Folgende Kriterien müssen dafür erfüllt sein:**

- Bestätigung, dass das Programm die Standards der IFNA für Level 3 alle erreicht. Der Vergleich der jeweiligen nationalen Standards mit den IFNA Standards wird vom IFNA Bildungsausschuss gemacht.

- Der Vergleich muss vom Executive Committee der IFNA genehmigt werden.
- Eine aktuelle Kopie einer national anerkannten Akkreditierungsbehörde, die belegt, dass die Ausbildungsstätte die vorgegebenen nationalen Standards voll erreicht.
- Eine Kopie des aktuellen Curriculums

Diese Akkreditierung kostet 1500 Schweizer Franken und dauert 5 Jahre. [www.ifna.site/ifna-accrreditation-program/approval-process-for-nurse-anesthesia-programs](http://www.ifna.site/ifna-accrreditation-program/approval-process-for-nurse-anesthesia-programs)

Alle Programme werden von den Mitgliedern des IFNA Education Committee evaluiert. Die Anerkennung erfolgt letztlich durch das IFNA Executive Committee.

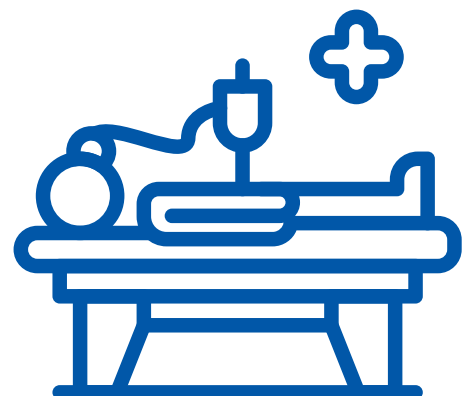
#### **Kontakt**

Marianne Riesen  
APAP Manager IFNA  
[info@sigaf-sia.ch](mailto:info@sigaf-sia.ch)

#### **Literatur**

1) The WFSA Global Anesthesia Workforce Survey. Peter Kempthorne, MBChB, FANZCA,\*† Wayne W. Morriss, MBChB, FANZCA,†‡ Jannicke Mellin-Olsen, MD, DPH,†§ and Julian Gore-Booth, MA† . September 2017 • Volume 125 • Number 3 [www.anesthesia-analgesia.org](http://www.anesthesia-analgesia.org)

\*Kursbeschreibungen, Portfoliomuster, Beurteilungsformulare, Logbücher, Qualifizierung des Lehrpersonals, Anzahl Theoriestunden, Praxiscurriculum, Zugangskriterien zur Weiterbildung, Abschlusskriterien



# La reconnaissance de la formation et de la formation continue du personnel en anesthésie non-médical et des infirmiers(ières) anesthésistes par l'INFA

Marianne Riesen

**Les formations d'anesthésie:** il s'agit de formations pour lesquelles aucune formation en soins infirmiers n'est requise. On les trouve, par exemple, aux Pays-Bas, en Tunisie et en Indonésie. Il s'agit de formations solides qui se terminent généralement par un diplôme de bachelor et durent au moins trois ans, voire quatre ans aux Pays-Bas. Les diplômés de ces formations répondent dans une très large mesure aux normes de la Fédération internationale des infirmiers anesthésistes (IFNA).

**Formations continues en soins d'anesthésie:** il s'agit de formations telles que nous les connaissons en Suisse. La qualification requise pour accéder à formation conti-

nue est le diplôme d'infirmier(ière). La formation dure au moins 2 ans. Les deux formations sont destinées au personnel d'anesthésie non médical.

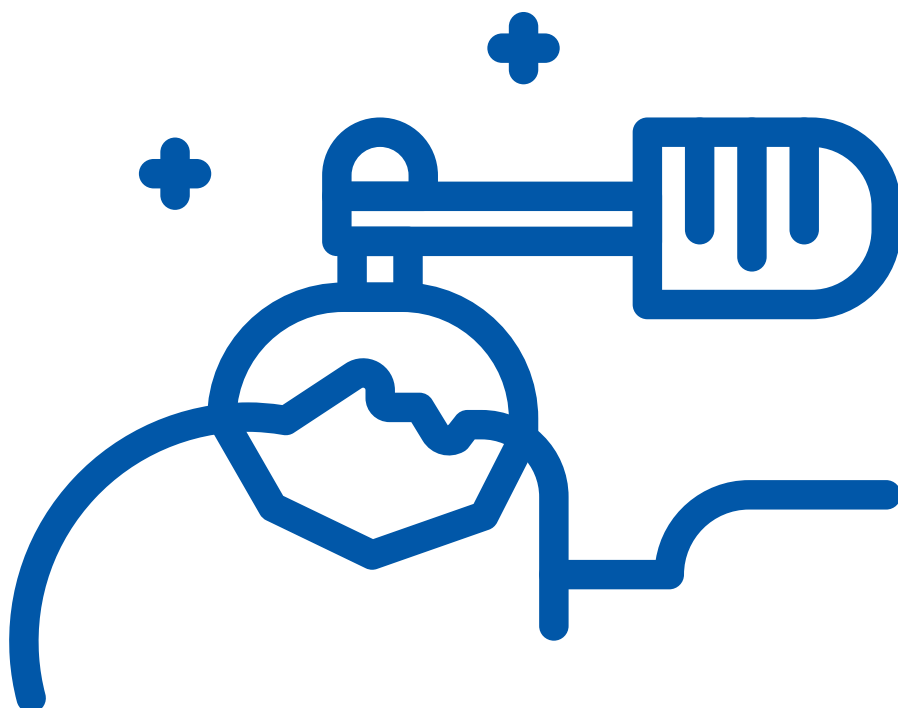
## Un regard international sur le personnel d'anesthésie non médical

Dans beaucoup de pays, le nombre total de personnel d'anesthésie (médical et non médical) est inférieur à 5 pour 100 000 habitants. Cela signifie qu'un très grand nombre de personnes dans le monde n'ont pas accès à une chirurgie sûre lorsqu'elles en ont vraiment besoin.

La Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes (WFSA) a constaté dans une enquête en 2017 (1) que 50 des

77 pays qui ont fait partie de l'enquête, ont du personnel d'anesthésie non médical. Le fait est que le personnel d'anesthésie non-médical représente une grande partie du personnel d'anesthésie, surtout dans les pays aux ressources limitées. Si on regarde le tableau ci-dessus, il est urgent d'augmenter le nombre de professionnels en anesthésie dans le monde. Il ne suffit pas de se concentrer sur la formation des médecins. Il est nécessaire de former des médecins et du personnel non-médical et ce, à l'échelle mondiale. Malheureusement, le personnel non-médical est encore très hétérogène. Les formations divergent entre les infirmiers(ières) anesthésistes bien formé(e)s, le personnel non-médical titulaires d'un bachelor et/ou d'un master

The Anesthesia Program Approval Process of the International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA)  
Article in English:  
<https://siga-fsia.ch/fr/membres/journal-danesthesie/traductions>.



et les formations courtes non standardisées (par exemple, on the job). Ces dernières peuvent conduire à une pratique de l'anesthésie très peu sûre (1).

### Les normes mondiales de l'IFNA

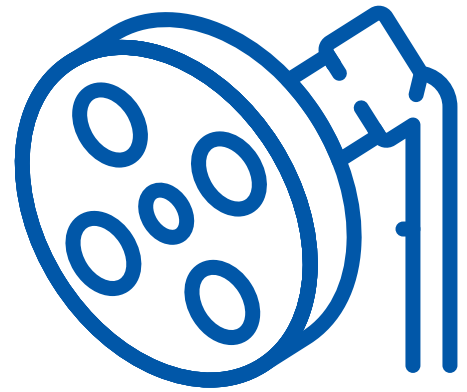
La prise en charge des patients exige une grande coordination, ce qui nécessite une excellente collaboration au sein de l'équipe. Le personnel d'anesthésie doit être capable de réunir la technologie, l'information et les connaissances. Cela signifie qu'en plus d'offrir des soins spécialisés aux patients, ils communiquent de façon professionnelle, ils participent à la formation, ils dirigent et prennent des décisions. Des changements majeurs dans la formation médicale et infirmière ont permis aux programmes d'études basés sur les compétences de se faire valoir. Cela signifie que les compétences requises de la profession doivent être définies clairement de manière à pouvoir être évaluées. Ainsi, le champ professionnel peut être défini avec précision. Cela permet d'avoir une vision claire du domaine de compétences de la profession. L'évaluation permet également d'assurer la qualité.

Depuis son existence, l'IFNA a développé des normes professionnelles. Celles-ci définissent le champ professionnel du personnel d'anesthésie non-médical. Les normes actuelles en matière de formation peuvent être consultées à l'adresse suivante : ([www.ifna.site/app/uploads/2015/08/IFNA-STANDARDS-2016.pdf](http://www.ifna.site/app/uploads/2015/08/IFNA-STANDARDS-2016.pdf)). Les normes sont formulées de manière à tenir compte des différentes catégories de personnel en anesthésie non-médical. Les normes de l'IFNA devraient être connues, puisque la SIGA/FSIA les a adoptées. Vous les trouvez sous [www.siga-fsia.ch/beruf/berufsbild/standards](http://www.siga-fsia.ch/beruf/berufsbild/standards)

### IFNA's Anesthesia Program Approval Process (APAP) en français: la reconnaissance par l'IFNA de la formation et de la formation continue en anesthésie.

L'IFNA estime que l'amélioration des services de santé pour l'humanité est possible en appliquant des normes mondiales pour le personnel d'anesthésie non-médical. L'IFNA apprécie les efforts déployés par les diverses institutions de formation du monde entier pour se mettre d'accord sur des normes communes. Elle reconnaît également que le développement économique et les ressources peuvent diverger considérablement. Vous trouverez plus de détails sur la reconnaissance dans les «Operational Policies» sur le site de l'IFNA: ([www.ifna.site/app/uploads/2017/06/Operational-Policies-APAP-June-2017.pdf](http://www.ifna.site/app/uploads/2017/06/Operational-Policies-APAP-June-2017.pdf)).

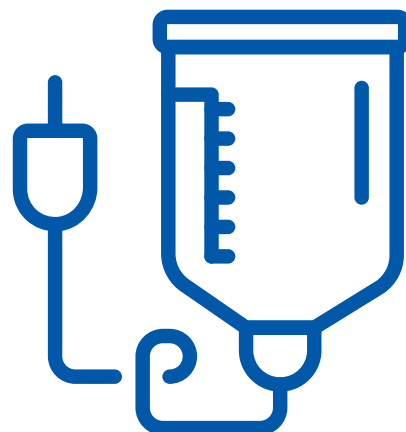
Afin d'apporter une amélioration, l'IFNA a commencé à reconnaître les formations en anesthésie dans le monde entier en 2010. En anglais, on parle de «Anesthesia Program Approval Process» (APAP). Cette abréviation sera utilisée dans le texte qui suit. La formation du personnel d'anesthésie non-médical est importante pour réduire la pénurie de personnel qualifié et permettre à davantage de personnes dans le monde à avoir accès à une anesthésie et à une chirurgie sûres. L'APAP est considéré comme un exemple de manière dont les soins infirmiers peuvent contribuer à atténuer la pénurie de professionnels de la santé en favorisant des systèmes d'amélioration de la qualité professionnelle. Le 25 mai 2021, le CII a reconnu les soins infirmiers d'anesthésie comme des soins infirmiers de pratique avancée. Les directives sur la pratique infirmière avancée des infirmières anesthésistes sont disponibles à l'adresse suivante : [www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN\\_Nurse-Anaesthetist-Report\\_EN\\_WEB.pdf](http://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_EN_WEB.pdf)



### Littérature

- 1) The WFSA Global Anesthesia Workforce Survey. Peter Kempthorne, MBChB, FANZCA,\*† Wayne W. Morriss, MBChB, FANZCA,†‡Jannicke Mellin-Olsen, MD, DPH,†§ and Julian Gore-Booth, MA† . September 2017 • Volume 125 • Number 3 [www.anesthesia-analgesia.org](http://www.anesthesia-analgesia.org)

\* Descriptions du cursus, exemples de portfolio, formulaires d'évaluation, carnets de bord de formation, qualification du corps enseignant, nombre d'heures de théorie, programme de formation pratique, qualifications requises à la formation continue, objets de la procédure de qualification.





**L'APAP propose trois niveaux de reconnaissance. La période de reconnaissance pour chaque niveau est de 5 ans**

1. **Registration (niveau 1) (enregistrement):** le dossier de la formation\* et le cursus ne sont pas évalués. Ces programmes sont destinés au personnel assistant les médecins anesthésistes. Le nombre de leçons et la durée des travaux pratiques ne sont pas suffisants pour atteindre les normes internationales de l'IFNA. Le cursus est présenté sur le site de l'IFNA à titre informatif.
2. **Recognition (niveau 2) (reconnaissance):** le dossier de la formation\* et le cursus sont évalués en ligne, exactement selon les normes de l'IFNA. Des questionnaires sont ensuite mis en ligne pour le corps enseignants et pour les étudiants. Les deux groupes évaluent la formation de manière indépendante et anonyme. Les questionnaires sont évalués par l'Université de Lund, en Suède. Les normes de l'IFNA doivent être respectées en grande partie. Le niveau de qualité de ces programmes est très élevé. Le niveau

2 existe parce que la plupart de ces formations n'acceptent pas le personnel soignant dans leurs programmes. Cependant, il existe des programmes qui pourraient être considérés pour l'accréditation mais ils s'inscrivent volontairement au niveau 2 parce qu'ils ne veulent pas déboursier les frais de l'accréditation.

3. **Accréditation (niveau 3) :** Le processus est exactement le même que pour le niveau 2 y compris l'évaluation des questionnaires. En outre, il y a une supervision durant deux jours de deux enseignants de l'IFNA. Tout est vérifié sur place. Toutes les normes doivent être respectées. Un diplôme d'infirmier est obligatoire pour l'admission à ces formations. Si les niveaux 1 et 2 sont gratuits, le niveau 3 est payant.

4. **Accréditation acquise:** s'il existe des normes gouvernementales officiellement valables (ministère de l'éducation ou ministère de la santé) qui sont équivalentes ou supérieures aux normes de l'IFNA, l'IFNA peut les considérer comme valables. Un tel programme recevra une accréditation de niveau 3.

Les critères suivants doivent être remplis :

- Confirmation que le cursus répond à toutes les normes de l'IFNA pour le niveau 3. La comparaison des normes nationales respectives avec les normes de l'IFNA est effectuée par le comité de formation de l'IFNA.
- La comparaison doit être approuvée par le comité exécutif de l'IFNA.
- Une copie actuelle d'un organisme d'accréditation reconnu au niveau national prouvant que le prestataire de formation satisfait pleinement les normes nationales définies.
- Une copie du cursus actuel.

Cette accréditation coûte 1500 francs suisses et dure 5 ans.

[www.ifna.site/ifna-accreditation-program/approval-process-for-nurse-anesthesia-programs/](http://www.ifna.site/ifna-accreditation-program/approval-process-for-nurse-anesthesia-programs/)

Tous les programmes sont évalués par les membres du comité de formation de l'IFNA. La reconnaissance est accordée finalement par le comité exécutif de l'IFNA.

#### Contact

Marianne Riesen  
APAP Manager IFNA  
info@sigafsia.ch

# SwissAnaesthesia 2021



Joint Annual Congress

Palexpo Geneva 28–30 October 2021

The power and challenges of interdisciplinarity  
in perioperative medicine

Pre congress workshop on  
Perioperative Medicine  
in the real World at HUG  
on October 27<sup>th</sup>

Bild: © Genève Tourisme; www.geneve.com

 **SGAR**  
**SSAR**

Schweizerische Gesellschaft  
für Anästhesiologie und Reanimation

Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation  
Società Svizzera di Anestesiologia e Rianimazione  
Swiss Society for Anaesthesiology and Resuscitation

**SIGA**  
**FSIA**



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

# IHR PARTNER FÜR UMFASSENDE GESAMTLÖSUNGEN

**mindray**  
**ZOLL**



Jetzt informieren: [procamed.ch](http://procamed.ch)

 **procamed**  
cardiac medical systems