

# Anästhesie

# Journal



Nr. 4 / Dezember 2010

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



- ▶ Anästhesiekongress SIGA / FSIA «Pain – Update 2011»
- ▶ Anästhesie bei chronischem Alkoholkonsum
- ▶ Gender-Diskussion

# SAME, SAME BUT DIFFERENT!



«GERD kann das Leben zur Hölle machen –  
**ES IST ZEIT FÜR EIN NEUES WOHLGEFÜHL»**

**ESOMEPR® MUPS®-Tabletten / ESOMEPR® i.v. Z:** Magnesii esomeprazolium trihydricum; MUPS®-Tabletten zu 20 mg und 40 mg. Natrii esomeprazolium, Natrii edetas, Natrii hydroxidum; Injektions-/ Infusionspräparat zu 40 mg. Liste B. I: oral und i.v., falls oral nicht möglich: Behandlung und Rezidivprophylaxe der Refluxösophagitis, symptomatischer gastroösophagealer Reflux, Heilung von durch NSAR (inkl. COX-2 selektiven NSAR) verursachten Magengeschwüren, Vorbeugung von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni bei Risikopatienten, die NSAR (inkl. COX-2 selektiven NSAR) einnehmen, Vorbeugung von erneuter Blutung bei blutendem Ulcus ventriculi/duodeni nach endoskopischer Blutstillung. Oral: Eradikation von Helicobacter pylori, Heilung von Helicobacter pylori-assoziiertem Ulcus duodeni, Rezidivprophylaxe von Helicobacter pylori-assoziierten Ulkuserkrankungen, pathologische Hypersekretion inkl. Zollinger-Ellison Syndrom und idiopathische Hypersekretion. D: oral und i.v.: Erwachsene/Jugendliche (12–18 Jahre, nur oral): Refluxösophagitis 1 x 40 mg/d, Rezidivprophylaxe bei Refluxösophagitis 1 x 20 mg/d, symptomatischer gastroösophagealer Reflux 1 x 20 mg/d. Erwachsene: Heilung von Ulcera (NSAR bedingt) 1 x 40 mg/d, Prophylaxe von Ulcera (NSAR bedingt) 1 x 20 mg/d. Vorbeugung von erneuter Blutung 40–80 mg i.v. während 30 Min – dann 8 mg/h i.v. während 3 Tagen – dann 1 x 40 mg/d oral. Erwachsene oral: Heilung/Rezidivprophylaxe von Helicobacter pylori-assoziiertem Ulcus duodeni 2 x 20 mg/d plus 1 g Amoxicillin plus 500 mg Clarithromycin, pathologische Hypersekretion 2 x 40–120 mg/d. Kinder 1–11 Jahre (>10 kg) oral: Refluxösophagitis <20 kg 10 mg/d, ≥20 kg 10–20 mg/d. **Kt:** Überempfindlichkeit gegenüber Esomeprazol und substituierten Benzimidazolen. **V:** bei Auftreten von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, anhaltendem Erbrechen, Dysphagie, Hämatemesis oder Melaena immer Abklärung einer Malignität. Schwangerschaft. **IA:** Ketoconazol, Itraconazol, Diazepam, Citalopram, Imipramin, Clomipramin, Phenytoin, Atazanavir, Nelfinavir, Cilostazol. **UW:** Hautausschlag, Juckreiz, Kopfschmerzen, Benommenheit/Schwindel, Störungen im Gastrointestinalbereich, Anstieg der Leberenzyme. Weitere Informationen: Arzneimittel-Kompodium der Schweiz oder AstraZeneca AG, 6301 Zug. [www.astrazeneca.ch](http://www.astrazeneca.ch)

**Impressum**

Anästhesie Journal 4 / Dezember 2010

Offizielles Organ der Schweizerischen  
Interessengemeinschaft für Anästhesie-  
pflege SIGA / FSIA  
Erscheint vierteljährlich  
WEMF-Auflage: 1520 Exemplare

Autorenrichtlinien unter:  
<http://www.siga-fsia.ch/journal.html>

**Website**

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

**Verlag / Inserateverwaltung /  
Layout / Redaktion**

Schweizerische Interessengemeinschaft  
für Anästhesiepflege SIGA / FSIA  
Stadthof, Bahnhofstrasse 7b  
6210 Sursee  
Tel. 041 926 07 65  
Fax 041 926 07 99  
E-Mail: [redaktion@siga-fsia.ch](mailto:redaktion@siga-fsia.ch)  
[www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch)

**SIGA / FSIA editorial board:**

Claudia Anderwert, Christine Berger  
Stöckli, Lars Egger, Marianne Riesen,  
Christine Rieder-Ghirardi

**Abonnemente**

für SIGA / FSIA-Mitglieder gratis  
Andere Inland: CHF 50.– / Jahr  
Ausland: CHF 65.– / Jahr

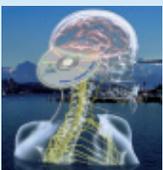
**Druck**

Multicolor Print AG, Sihlbruggstrasse 105a  
6341 Baar, Tel. 041 767 76 80

**Redaktions- und Inserateschluss**

Ausgabe 1 / 11: 14. Januar 2011  
Ausgabe 2 / 11: 15. April 2011  
Ausgabe 3 / 11: 15. Juli 2011  
Ausgabe 4 / 11: 14. Oktober 2011

© 2010 Verlag Anästhesie Journal



Titelbild:  
Vorschau auf den Anästhesie-  
kongress SIGA / FSIA vom  
30. April 2011 im KKL Luzern



# Editorial

**Chers lecteurs! Liebe Leser / innen!**

Le fait que nous ayons réussi à atteindre nos collègues de Suisse Romande, nous rend très heureux. Ist es uns gelungen, mit den ersten vier mehrsprachigen Journalen die Sprachgrenzen etwas aufzuweichen und das gegenseitige Verständnis zu wecken? Wir hoffen es.

Zweisprachig erscheinen, unseren Übersetzerinnen sei Dank, der Bericht zur ausserordentlichen Delegiertenversammlung des SBK / ASI sowie der Fachartikel Alkoholabusus und Anästhesie, welcher eine mit grosser Regelmässigkeit wiederkehrende Herausforderung aufzeigt.

Das Berner Anästhesie-Pflege-Symposium widmete sich den Komplikationen im anästhesiologischen Alltag. Dieser Bericht lässt es für uns Revue passieren.

Alles «Gender» oder was? Weiss Josefa Günthör diese Frage zu beantworten?

Nationales und Internationales:

Marianne Riesen und Marcel Künzler äussern sich zur aktuellen Entwicklung SIGA / FSIA – SBK / ASI. Aus Ljubljana vom Kick-Off-Meeting des Practice Committee der IFNA berichtet Lars Egger.

Endlich Salz in der Suppe ... Die «Leser/innen-Ecke» hat sich zu einer bilinguen, bildungspolitischen Diskussionsplattform entwickelt. Wunderbar – weiter so!

Depuis cette année, nous sommes également ravis que notre site internet [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch) contienne des pages en français.

Empfehlenswert unsere topaktuelle, zweisprachige Homepage [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch). Dem Zeitgeist entsprechend wird das editorial board künftig auch dort seine Spuren hinterlassen.

Übrigens: Wer kennt den Newsletter noch nicht?

Von ganzem Herzen wünsche ich allen frohe und besinnliche Weihnachten und ein glückliches Neues Jahr voller Gesundheit und Freude, Zuversicht und Kraft.

Du fond du coeur, je souhaite à tous un très joyeux Noël et une heureuse année 2011 remplie de santé, de joie, de confiance et de force.

Im Namen des SIGA / FSIA editorial board

Christine Berger Stöckli

**Inhaltsverzeichnis**

Ausserordentliche Delegiertenversammlung des SBK / ASI .....	4
Assemblée extraordinaire des délégués de l'ASI / SBK .....	6
Agenda .....	7
Swiss Resuscitation Council .....	7
Aus der Praxis für die Praxis – Blickwinkel der IFNA .....	8
Anästhesie bei chronischem Alkoholkonsum .....	9
Anästhesiekongress SIGA / FSIA «Pain – Update 2011» .....	13
Anesthésie chez les patients alcooliques .....	17
Komplikationen im Fokus Anästhesiepflege .....	21
Alles Gender? .....	22
Leser/innen-Ecke .....	25

# Ausserordentliche Delegiertenversammlung des SBK / ASI



Marianne Riesen,  
SIGA / FSIA Delegierte im Zentralvorstand  
SBK / ASI

## Bericht: M. Riesen, SIGA / FSIA Delegierte im Zentralvorstand SBK / ASI

### Geschätzte Kolleginnen und Kollegen,

An der letzten Hauptversammlung (HV) der SIGA / FSIA hat der Vorstand den Mitgliedern eine Ablösung vom SBK / ASI schmackhaft gemacht. Elsbeth Wandeler, Geschäftsführerin SBK / ASI hielt dem entgegen und hat uns eine finanzielle Besserstellung in Aussicht gestellt. Nach eingehenden Diskussionen haben die Anwesenden der HV der SIGA / FSIA über das Thema abgestimmt, und es wurde beschlossen, dass eine Trennung vom SBK / ASI nicht im Sinne der Mitglieder ist. Nach unserer Hauptversammlung haben sich alle Ordentlichen Interessengemeinschaften (OIGs), also der Schweizerische Verband der Mütterberaterinnen SVM,

die Schweizerische Interessengemeinschaft Intensivpflege IGIP, die Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege SIN und die SIGA / FSIA zusammengesetzt und dem SBK / ASI verschiedenste Lösungsvorschläge eingereicht, welche an der «Gurten-Tagung» des SBK / ASI behandelt werden sollten. An dieser Tagung, an der sich Delegierte und alle Präsidentinnen trafen, um Lösungsvorschläge auszuarbeiten, wurden unsere Vorschläge abgelehnt.

Um die Ziele des Projekts Orientation 2010plus umzusetzen, arbeitete der SBK / ASI neue Statuten aus. Diese wurden an der ausserordentlichen DV am 25.11.2010 genehmigt. Sie wurden während der letzten drei Jahre entwickelt. Der SBK / ASI will seine Strukturen verschlanken. Der Zentralvorstand (ZV) wird verkleinert und zum Exekutivorgan. Die Repräsentation der Sektionen und Fachverbände (OIGs) wird in der Präsidentinnen-Konferenz geschehen. Als übergeordnetes Organ amtiert weiterhin die Delegiertenversammlung (DV). Dieses Projekt ist wichtig für den SBK / ASI, da er vielfältige Aufgaben hat. Er engagiert sich in der Berufspolitik, der Bildungspolitik und der Gesundheitspolitik. Die Sektionen kümmern sich um arbeitsrechtliche Belange. Weitere Informationen können auf der Website des SBK / ASI eingesehen werden.

Es war ein schwieriger Prozess, die neuen Statuten zu erarbeiten. Der SBK / ASI-Präsident, Pierre Théraulaz, sagte in seiner Botschaft an der DV, dass die neuen Statuten ein Kompromiss seien und auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner beruhen. Die SBK / ASI-Führung gesteht auch ein, dass diese Statuten nicht alle gleich behandeln. Im Vorfeld dieser DV und während der Erarbeitung der Statuten haben sich die OIGs (Anästhesie, IPS, Notfall und Mütterberatung) immer vehement für eine Gleichstellung mit den Sektionen

eingesetzt. Erreicht wurde leider nur eine marginale Besserstellung. Bis anhin erhielten die OIGs vom SBK / ASI einen Beitrag von Fr. 34.– pro Mitglied, neu werden es Fr.40.– sein. Der Maximalbetrag von Fr.50 000.– wurde aufgehoben. Für die SIGA / FSIA resultieren ca. Fr. 4200.– Mehreinnahmen. Der SBK / ASI verspricht sich durch das Wegfallen des Limits von Fr. 50 000.– eine verstärkte Mitgliederwerbung bei den Fachverbänden. Es besteht neu die Möglichkeit, dass Personen auch über die Fachverbände und nicht nur über die Sektionen dem SBK / ASI beitreten können. Sie werden aber immer auch Sektionsmitglieder sein. Diese Doppelmitgliedschaft wurde bereits früher beschlossen. Das heisst, dass die Fachverbände keine Mitglieder haben dürfen, welche nicht auch im SBK / ASI Mitglied sind. Um dieses Problem zu lösen, haben die vier oben erwähnten OIGs im Vorfeld der DV des SBK / ASI den Antrag gestellt, eine Kategorie «Kollektivmitgliedschaft» einzuführen. Dies hätte die Probleme aus der Sicht der OIGs im Sinne eines Kompromisses elegant gelöst. Der Antrag wurde jedoch von der DV am 25.11.2010 mit einem deutlichem Mehr abgelehnt. Nun steht dem SBK / ASI viel Arbeit bevor. Die neuen, genehmigten Statuten erfordern eine Anpassung von allen Reglementen. Die Fachverbände sind mit diesem Resultat natürlich nicht glücklich.

### Kontakt:

Marianne Riesen  
SIGA / FSIA Delegierte im  
Zentralvorstand SBK / ASI  
Berufsschullehrerin WB Anästhesie  
Spital Limmattal  
8952 Schlieren  
marianne.riesen@spital-limmattal.ch

## Wie geht es weiter für die SIGA / FSIA und die anderen OIGs?

### Eine Einschätzung von M. Künzler, Präsident SIGA / FSIA

Was bedeuten diese neuen Statuten für uns?

Wir haben 757 SBK/ASI-SIGA/FSIA- und 270 direkte SIGA/FSIA-Mitglieder. Diese direkten Mitgliedschaften entsprechen nun nicht mehr den neuen Statuten des SBK/ASI. Nach den neuen Statuten müssten diese direkten Mitglieder zusätzlich in den SBK/ASI eintreten und die SIGA/FSIA dürfte keine direkten Mitglieder mehr aufnehmen.

Da sich die finanziellen Verbesserungen nicht in dem an der HV in Aussicht gestellten Rahmen bewegen, hat dies massive Konsequenzen für die SIGA / FSIA. Nur schon der Verlust der jetzigen direkten Mitglieder würde im Budget der SIGA/FSIA einen Fehlbetrag von über Fr. 40 000.– bewirken. Als Vergleich dazu sei der Finanzbeitrag des SBK/ASI genannt, welcher für die 757 SBK/ASI-SIGA/FSIA-Mitglieder knapp Fr. 30 000.– ausmacht.

Der Aufgabenkatalog der SIGA/FSIA ist in den letzten 2 Jahren durch die Neuausrichtung der Ausbildung und der damit verbundenen Unterstellung unter das BBT massiv gestiegen. Als Stichworte seien die Erarbeitung des Rahmenlehrplans, der Einsitz in der Entwicklungskommission usw. genannt. Welche Aufgaben weiter auf uns zukommen, wenn 2012 die letzten Ausbildungen, welche noch unter dem SBK/ASI laufen, abgeschlossen sind, ist im Moment schwer abschätzbar.

Diese Aufgaben müssen finanziert werden. Es ist kaum zu erwarten, dass dies der SBK/ASI oder das BBT tun werden. Wenn wir die Aufgaben zufriedenstellend für alle Anästhesiepflegenden erfüllen wollen, wird dies einen Grossteil der zur Verfügung stehenden Mittel binden. Viele Pro-

jekte, welche in der letzten Zeit zu Gunsten der Anästhesiepflege der Schweiz begonnen wurden, wären ernsthaft gefährdet.

Dies sind unter anderen:

- Die Zweisprachigkeit im Journal und auf der Webseite
- Der neue Newsletter
- Die Umsetzung einer Re-Zertifizierung und die damit verbundene weitere Professionalisierung der Anästhesiepflege
- Die hochstehende Qualität des Luzerner Kongresses
- Die SIGA/FSIA Geschäftsstelle als Anlaufpunkt für alle Probleme von Anästhesiepflegenden in der Schweiz
- Der Aufbau und die Unterstützung von Anästhesiepflege-Symposien

Der Vorstand wird weiter mit dem SBK zusammenarbeiten, wie dies auch im Sinne der SIGA/FSIA Hauptversammlung ist. Wir gehen davon aus, dass der SBK auf uns zukommen wird und hoffen, dass sich irgendwo ein schweizerischer Kompromiss ergibt. Ich bin persönlich sehr enttäuscht, dass der SBK/ASI eine Lösung gefunden hat, die FaGes aufzunehmen, aber für die OIGs nicht bereit war, einen Kompromiss zu suchen, welcher für diese tragbar und ohne Zwangsmitgliedschaften ist. Es wurde immer von der Gleichstellung der OIGs gegenüber den Sektionen gesprochen, leider ist dies dem SBK/ASI nicht gelungen. Ich möchte weiter an der SIGA/FSIA-Mitgliedschaft festhalten, welche es Anästhesiepflegenden ermöglicht, ohne SBK/ASI-Mitgliedschaft bei uns ihr Engagement zu zeigen.

#### Kontakt:

Marcel Künzler  
Präsident SIGA / FSIA  
dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF  
dipl. Rettungssanitäter HF  
marcel.kuenzler@sig-fsia.ch



Marcel Künzler,  
Präsident SIGA / FSIA

# Assemblée extraordinaire des délégués de l'ASI / SBK

**Rapport: M. Riesen, Déléguée SIGA / FSIA au sein du comité central de l'ASI / SBK**

## Chères et chers collègues,

Lors de la dernière assemblée générale (AG) de la SIGA / FSIA, le comité avait incité les membres à se détacher de l'ASI / SBK. Elsbeth Wandeler, secrétaire générale de l'ASI / SBK, s'était opposée à cela. Pour réagir à cette proposition à l'AG, elle avait laissé entrevoir une amélioration financière. Après d'intenses discussions, le sujet a été soumis au vote des personnes présentes lors de l'AG de la SIGA / FSIA et il a été décidé qu'une séparation de l'ASI / SBK n'était pas dans l'intérêt des membres. Après notre assemblée générale, toutes les Communautés ordinaires d'intérêts (COI), donc l'Association suisse des infirmières puéricultrices ASISP, la Communauté suisse d'intérêts pour soins intensifs CISI, la Communauté d'intérêts soins d'urgence suisse SUS et la SIGA / FSIA se sont rencontrées pour soumettre différentes propositions de solutions à l'ASI / SBK. Ces propositions devaient être traitées lors du «congrès du Gurten» de l'ASI / SBK. À l'occasion de ce congrès qui réunissait les délégués et toutes les présidentes en vue d'élaborer des propositions de solutions, nos propositions ont été rejetées.

Afin d'atteindre les objectifs du projet Orientation 2010 plus, l'ASI / SBK a élaboré de nouveaux statuts qui ont été approuvés lors de l'AD extraordinaire du 25.11.2010. Ces statuts ont été rédigés au cours des trois dernières années. L'ASI / SBK souhaite dégraisser ses structures. Le comité central (CC) comptera moins de personnes et deviendra l'organe exécutif. La représentation des sections et des associations spécialisées (COI) se fera dans le cadre de la conférence des présidentes. L'assemblée des délégués (AD) reste l'organe suprême. Ce projet est im-

portant pour l'ASI / SBK qui assume des tâches variées. Elle s'engage dans le cadre de la politique professionnelle, de la politique de formation et de la politique de santé. Les sections s'occupent des questions relatives au droit du travail. De plus amples informations sont disponibles sur le site Internet de l'ASI / SBK.

L'élaboration des nouveaux statuts était un processus difficile. Dans son message qu'il adressait à l'AD, le président de l'ASI / SBK, Pierre Théraulaz, expliquait que les nouveaux statuts étaient un compromis basé sur le plus petit dénominateur commun. La direction de l'ASI / SBK reconnaît également que ces statuts ne traitent pas tout le monde de la même façon. Avant cette AD et durant l'élaboration des statuts, les COI (anesthésie, CISI, urgence et infirmières puéricultrices) s'étaient toujours engagées avec véhémence pour obtenir l'égalité par rapport aux sections. Ce n'est malheureusement qu'une légère amélioration qui a pu être obtenue. Jusqu'à présent, l'ASI / SBK versait une contribution de 34.– par membre aux COI, elle versera désormais 40.–. Le montant maximal de Fr. 50 000.– a été supprimé. Pour la SIGA / FSIA, cela représente environ Fr. 4200.– de recettes supplémentaires. En supprimant la limite de Fr. 50 000.–, l'ASI / SBK espère que les associations spécialisées vont faire plus de publicité auprès des membres. Il est désormais aussi possible d'adhérer à l'ASI / SBK par le biais des associations spécialisées au lieu de passer obligatoirement par les sections. Ces personnes seront néanmoins également toujours membre d'une section. Cette double adhésion a été décidée déjà avant. Cela signifie que les associations spécialisées n'ont pas le droit d'accueillir des membres qui ne sont pas en même temps affiliés à l'ASI / SBK. Avant l'AD de l'ASI / SBK et dans le but de remédier à ce problème, les qua-

tre COI susmentionnées avaient présenté la proposition d'introduire une catégorie de «membre collectif» ce qui aurait permis, selon les COI, de résoudre le problème élégamment sous forme d'un compromis. Lors de l'AD du 25.11.2010, cette proposition a toutefois été rejetée par une large majorité. L'ASI / SBK a désormais beaucoup de travail. Les nouveaux statuts approuvés nécessitent l'adaptation de tous les règlements. Les associations spécialisées ne sont évidemment pas contentes avec ce résultat.

## Contact:

Marianne Riesen  
Déléguée SIGA / FSIA au sein du comité central de l'ASI / SBK  
Hôpital Limmattal  
8952 Schlieren  
marianne.riesen@spital-limmattal.ch

## Comment se présente l'avenir de la SIGA / FSIA et des autres COI ?

**Une estimation de M. Künzler, Président de la SIGA / FSIA**

Que signifient ces nouveaux statuts pour nous?

Nous comptons 757 membres ASI / SBK-SIGA / FSIA et 270 membres directs SIGA / FSIA. Ces membres directs ne correspondent désormais plus aux nouveaux statuts de l'ASI / SBK. Selon les nouveaux statuts, ces membres directs devraient adhérer en plus à l'ASI / SBK et la SIGA / FSIA n'aurait plus le droit d'accueillir des membres directs.

Parce que les améliorations financières ne correspondent pas à celles proposées à l'assemblée générale, ils résultent des conséquences massives pour la SIGA / FSIA. Rien que la perte des membres directs actuels signifierait un déficit de plus de Fr. 40 000.– au budget de la SIGA / FSIA.

Pour comparaison : pour les 757 membres ASI / SBK-SIGA / FSIA, la contribution financière de l'ASI / SBK s'élève à environ Fr. 30 000.-.

En raison de la réorientation de la formation et de la subordination à l'OFFT qui en découle, le catalogue des tâches de la SIGA / FSIA s'est massivement étoffé au cours des deux dernières années. Citons l'élaboration du plan d'études cadre, la participation dans la commission de développement, etc. Il est actuellement difficile d'estimer les tâches que nous devons assumer lorsque les dernières formations qui se déroulent encore sous l'ASI / SBK seront terminées en 2012.

Ces tâches doivent être financées. Il est peu probable que l'ASI / SBK ou l'OFFT s'en chargent. Si nous souhaitons remplir ces tâches à la satisfaction de toutes les infirmières et de tous les infirmiers anesthésistes, cela nécessitera une grande partie des moyens à disposition. De nombreux projets entrepris dernièrement en faveur

des soins en anesthésie en Suisse seraient sérieusement menacés.

Il s'agit entre autres des points suivants:

- Le bilinguisme dans le journal et sur le site Internet
- La nouvelle newsletter
- La mise en pratique d'une re-certification et la professionnalisation des soins en anesthésie qui en découle
- La qualité élevée du congrès de Lucerne
- Le secrétariat de la SIGA / FSIA comme centre de contact pour tous les problèmes des infirmières et infirmiers anesthésistes en Suisse
- La création et le soutien de colloques dédiés aux soins en anesthésie

Le comité poursuivra sa collaboration avec l'ASI / SBK, cela va également dans le sens de l'assemblée générale de la SIGA / FSIA.

Nous partons du principe que l'ASI / SBK nous contactera et nous espérons qu'un compromis suisse pourra être trouvé.

Personnellement, je regrette que l'ASI / SBK

ait trouvé une solution pour accueillir les assistantes en soins et santé communautaire mais qu'elle n'ait pas été prête à chercher un compromis supportable pour les COI sans affiliation obligatoire. On a toujours parlé de l'égalité des COI par rapport aux sections. L'ASI / SBK n'a malheureusement pas réussi à créer cette égalité. J'aimerais maintenir l'affiliation de la SIGA / FSIA qui permet aux infirmières et infirmiers anesthésistes de prouver leur engagement chez nous, sans s'affilier à l'ASI / SBK.

Traduction: Delta Traductions, Ursula Beck

#### Contact:

Marcel Künzler

Präsident SIGA / FSIA

dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF

dipl. Rettungssanitäter HF

marcel.kuenzler@sig-fsia.ch

## Agenda SIGA / FSIA

Datum	Veranstaltung / Thema	Ort
21. März 2011	HV SIGA / FSIA	Olten
30. April 2011	Anästhesiekongress SIGA / FSIA Pain-Update 2011	KKL Luzern

## Swiss Resuscitation Council



«Seit 18. Oktober 2010 sind die neuen Reanimationsrichtlinien des ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) in Kraft. Der Swiss Resuscitation Council SRC ist für die Umsetzung dieser Richtlinien in der Schweiz zuständig. Die geänderten Algorithmen (BLS/AED für Erwachsene und Kinder) sind ab sofort unter [www.resuscitation.ch](http://www.resuscitation.ch) einsehbar.»

«Les nouvelles directives de l'ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) pour la réanimation sont en vigueur depuis le 18 octobre 2010. Le Swiss Resuscitation Council (SRC) est responsable de leur mise en application en Suisse. Les algorithmes modifiés (BLS/AED pour adultes et enfants) peuvent dès maintenant être consultés sur le site [www.resuscitation.ch](http://www.resuscitation.ch).»

# Aus der Praxis für die Praxis – Blickwinkel der IFNA

L. Egger, Inselspital Bern

## Ausgangslage

Ein Baum der fällt,  
macht mehr Lärm,  
als ein Wald, der wächst.  
(Alter tibetanischer Spruch)

In diesem Sinne hat der Internationale Weltverband für Anästhesiepflege (International Federation of Nurse Anesthetists = IFNA) die letzten Jahrzehnte nachhaltig und still mit einer internationalen Professionalisierung der Anästhesiepflege geprägt.

Die IFNA hat den Beruf der Anästhesiepflege als Brückenbauerin global vereint. Sie versteht sich als unterstützender Partner, der aus globaler Perspektive die konkreten, landesspezifischen Bedürfnisse und Möglichkeiten einer sicheren, patientenzentrierten anästhesiologischen Versorgung der Gesamtbevölkerung sicherstellen will. Die IFNA hält sich daher eng an die Vorgaben des Weltverbands der Krankenpflege (International Council of Nurses = ICN) und die Berichte und Empfehlungen der WHO (World Health Organisation).

2010 hat der Vorstand der IFNA beschlossen, dass neben den Weiterbildungs-, Monitoring-, Praxis- und Ethik-Standards die

klinischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten von nicht-ärztlichen Anästhesisten mehr Aufmerksamkeit und Entwicklung erhalten müssen. Der Vorstand hat deshalb eine Praxis-Kommission einberufen, die mit Sandra Oullette (U.S.) als Vorsitzende, Vera Meeusen (NL) und Lars Egger (CH) besetzt wurde.

## Kick-Off der IFNA Praxis-Kommission (IFNA Practice Committee)

Das erste Treffen der Praxis-Kommission fand Anfangs November in Ljubljana (SLO) statt. Neben der Verabschiedung der Arbeitsziele durch den IFNA-Vorstand, wurden die bestehenden Standards (siehe oben) der IFNA überarbeitet und dem Vorstand zur Verabschiedung zurückgegeben. Die Praxis-Kommission hat ein globales Studiendesign betreffend Aufgaben und Verantwortlichkeiten von nicht-ärztlichen Anästhesisten erarbeitet. Es soll ein globaler IST-Zustand in Anlehnung an eine europäische Studie (Meeusen V. et al: Composition of the Anaesthesia Team: a European Survey. EurJAnaesthesiol 2010; 27:773–779) erfasst werden. Zudem wurden die ersten Steine für Empfehlungen für die kontinuierlich professionelle Weiterentwicklung (Continuous Professional Development = CPD) gelegt. Die Schlüsselqualifikationen von Gesundheitsberufen (Institute of Medicine: Health Profession Education, a Bridge to Equality. 2003)

werden bei der Erarbeitung von CPD-Konzepten eine wichtige Rolle spielen.

## Zukunftsmusik

Ab 2011 wird die IFNA regelmässig die anästhesiologischen Tätigkeiten von nicht-ärztlichen Anästhesisten erfassen. Die Daten werden in einem wissenschaftlich anerkannten (peer-reviewed) Journal publiziert. Sie dienen als Ausgangslage und Monitoring der Forschungsagenda der IFNA.

Die IFNA wird über Empfehlungen zu CPD einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hochstehende Professionalisierung leisten. Dank CPD setzt sich Anästhesiefachpersonal kontinuierlich mit den eigenen Kompetenzen und Entwicklungen in technischen, nicht-technischen und Verfahrensfertigkeiten sowie der beruflichen Haltung selbstkritisch auseinander. CPD unterstützt Anästhesiepflegende, Expertenleistungen zu erbringen, um den Anforderungen von Patienten und Partnern im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

## Kontakt:

Lars Egger, MME Unibe  
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF  
Universitätsklinik für Anästhesiologie  
und Schmerztherapie, Bereich  
Medizinische Lehre, Inselspital  
3010 Bern  
lars.egger@insel.ch



## Veranstaltungen auf unserer Website

Alle Veranstaltungen mit Detail- und Anmeldeinformationen finden Sie auch auf unserer Website. Neue Veranstaltungen können ausserdem via Website gemeldet werden.

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

# Anästhesie bei chronischem Alkoholkonsum

C. Anderwert, Spital Tiefenau, Spital Netz Bern

Patienten mit einer Sucht, z.B. Drogen, Alkohol oder Medikamente, brauchen andere Dosierungen von Narkosemitteln als suchtfreie Patienten. Zum Teil benötigen sie hohe Dosen Hypnotika, um eine optimale Schlaftiefe zu erreichen. Andere dagegen brauchen sehr geringe Dosen und müssen nach Operationsende lange betreut werden. Sucht ist ein umfangreiches Thema. In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der Alkoholsucht. Alkohol gehört in unserer Gesellschaft zum Alltag. In der Anästhesie müssen wir die Interaktionen von Alkohol und unseren Narkosemitteln kennen.

Als «Alkoholismus» bezeichnet man den Alkoholkonsum, der zu körperlichen und/oder psychischen Schäden führt. Eine Alkoholabhängigkeit liegt vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind (DSM-IV-Kriterien, American Psychiatric Association 1994). Die DSM-IV-Kriterien sehen im Gegensatz zur rein medizinischen Definition keine festgelegten Alkoholmengen vor (Vagts, S.3, 2007).

- starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren
- Kontrollverlust: Unfähigkeit, den Alkoholkonsum vernünftig zu steuern
- körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung des Alkoholkonsums
- Toleranzentwicklung, d.h. die Notwendigkeit immer höherer Dosen von Alkohol
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen
- anhaltender Alkoholkonsum trotz vorhandener, eindeutig schädlicher Folgen
- überdurchschnittlicher täglicher Zeitverbrauch, um Alkohol zu sich zu nehmen, Alkohol zu beschaffen oder die Folgen des Alkoholkonsums auszukurieren

Risikoarme Konsumierende sind diejenigen Personen, welche die empfohlenen Grenzwerte nicht überschreiten. Grenz-

werte für Männer sind maximal 3 Standardgetränke pro Tag, ausnahmsweise 4 Getränke pro Tag, auf mehrere Stunden verteilt. Die Grenzwerte für Frauen sind weniger als 2 Standardgetränke pro Tag, ausnahmsweise weniger als 4 Getränke pro Tag, auf mehrere Stunden verteilt. Ein Standardgetränk (ca. 12g reiner Alkohol) entspricht: 3 dl Bier, 1 dl Wein oder 2 cl Spirituosen. In Schweizer Spitälern wurde im Jahre 2003 bei 3,8% der Männer (8055)

und 1,5% (3804) der Frauen «Alkoholabhängigkeit» als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt. Der höchste Anteil war bei den 50- bis 54-jährigen Männern. Bei rund jeder 20. Person wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Aufgrund von Untersuchungen mit spezifischem Fokus auf den Alkoholkonsum wird angenommen, dass ca. 20% aller Spitaleintretenden Alkoholprobleme aufweisen ([http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/Wissen\\_Alkohol.pdf](http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/Wissen_Alkohol.pdf)).

## Alkoholkrankheit

Die Alkoholkrankheit hat eine hohe klinische und ökonomische Relevanz für alle medizinischen Disziplinen. Die Hälfte aller Unfälle mit Traumafolgen ist bedingt durch Alkohol. Alkoholranke Patienten haben eine verlängerte Krankenhausverweildauer und eine signifikant höhere postoperative Morbidität. In der operativen Medizin treten im Zusammenhang mit chronischem Alkoholmissbrauch Infektionen, Sepsis, kardiale Komplikationen und Blutungen 3–4 Mal häufiger auf,



als bei nicht alkoholkranken Patienten. Eine sorgfältige Erhebung des Alkoholkonsumverhaltens sollte ein wichtiger Teil jeder Anamnese sein. Hinsichtlich der Relevanz von Alkoholmissbrauch sollten gezieltes Screening, Interventionen und das bewusste Thematisieren des Alkoholproblems tägliche Routine in Ambulanzen, Notaufnahmen, bei Hausärzten und in Spitälern sein (Breuer et al. 2003). Patienten mit Suchterkrankungen haben häufiger Kontakt zu Einrichtungen der Notversorgung und damit zu Anästhesisten als zu speziellen Suchttherapeuten. Von den im Krankenhaus aufgenommenen Patienten weisen z. B. in chirurgischen Fächern 20–50% suchtmittelbezogene Störungen auf. Diese Patienten haben eine erhöhte Komorbidität (Spies, Neumann & Hampel 2006). Jage & Heid (2006) führen im Leitthema dieser Ausgabe zudem aus, dass eine perioperative Therapie nicht Therapie der Suchterkrankung sein kann. An dieser Stelle sollte die Abstinenz des Patienten nicht das Primat haben. Aber eine Abstinenz ist natürlich anzustreben, da sie kausal ansetzt.

### Effekte auf das Zentralnervensystem

Störungen der Feinmotorik, des Gedächtnisses und Wesensveränderungen sowie psychiatrische Krankheitsbilder, wie depressive Syndrome, Phobien und Halluzinationen, treten bei chronischem Alkoholkonsum häufiger auf, ebenso epileptische Anfälle. Dies ist unter anderem auf atrophische Hirnveränderungen (50% der Alkoholiker) und Demenzerkrankungen (10%) zurückzuführen (Herold 2005). Direkte toxische Alkoholverwirkungen sowie ernährungsbedingter Vitamin-B-Mangel führen bei 20–40% der Alkoholiker von peripherer bis zu autonomer Polyneuropathie.

### Effekte auf das Herz-Kreislauf-System

Bei chronischem Alkoholabusus von mehr als 80g Alkohol pro Tag, kann es zur dilatativen Kardiomyopathie (Kuhn 1978, McKenna 1998) mit eingeschränkter systolischer Pumpleistung (Gould 1970) und Arrhythmien, einer arteriellen Hypertonie (Klatsky 1995), koronarer Herzkrankheit und Apoplexgefahr kommen. Es treten vermehrt supraventrikuläre Tachykardien auf, jedoch können prinzipiell fast alle

Formen der Rhythmusstörungen auftreten. Die direkte toxische Wirkung des Alkohols auf das kardiale Erregungsleitungssystem sowie auf das autonome Nervensystem erhöht das Risiko hierfür (Cohen 1988). Der chronisch erhöhte Katecholaminspiegel bei chronischem Alkoholkonsum führt zu einer Herunterregulation der  $\beta$ -Rezeptoren im Myokard (Koga 1993), was die Entstehung eines insuffizienten Myokards, insbesondere des linken Ventrikels, begünstigt.

### Effekte auf den Gastrointestinaltrakt und das Splanikusgebiet

Chronischer Alkoholkonsum führt zu einer Veränderung der sekundären Peristaltik in den distalen zwei Dritteln des Oesophagus. Die Kontraktionsamplitude ist erhöht, ihre Dauer verlängert, und es kommt zu einer Zunahme von sogenannten «Double peaked»-Kontraktionen. Dies begünstigt, zusammen mit einem direkten toxischen Effekt des Alkohols auf die Schleimhaut des Oesophagus, die Refluxkrankheit.

### Alkoholinduzierte Leberschäden

An der Leber können drei verschiedene Krankheitsbilder, die alkoholbedingte Fettleber, Hepatitis und Leberzirrhose, hervorgerufen werden. Nur etwa 2–10% des aufgenommenen Ethanol werden unverändert über die Niere, die Lungen und die Haut ausgeschieden. Der weitaus wichtigere oxidative Abbau von Ethanol erfolgt ausschliesslich in der Leber, wobei in einem ersten Schritt das lebertoxische Acetaldehyd und in einem zweiten Schritt Acetat gebildet wird. Bei beiden Reaktionen entsteht NADH, das zusammen mit Acetyl-Coenzym A die Fettsäuresynthese anregt. Aufgrund dieser Mechanismen führt chronischer Alkoholabusus zu einer Alkohol-Fettleber. Bei chronischem Alkoholabusus wird das mikrosomale cytochrom-P450-Ethanol-oxidierende System (MEOS) aktiviert, das zunehmend mehr zum Alkoholabbau beiträgt und ebenfalls zur Bildung von Acetaldehyd führt. Letzteres ist hoch reaktiv, verursacht oxidativen Stress, stimuliert die Lipidperoxidation und bildet Acetaldehyd-Proteinprodukte, die wiederum Enzyme inaktivieren und die Kollagensynthese anregen. Im Rah-

men dieser Prozesse entstehen Zellnekrosen. Diese, wie auch Lymphozyten- und Fettsäureanreicherungen in der Leber, sind kennzeichnend für die Alkohol-Hepatitis, die häufigste Ursache einer Leberzirrhose. Diese wiederum begünstigt die Entstehung eines Leberzellkarzinoms. Die unter diesen Bedingungen vermehrte Lactatproduktion in der Leber bewirkt durch Hemmung des Anionencarriers in der Niere eine verminderte renale Harnsäureausscheidung und führt damit zur Hyperurikämie. Alkohol beeinträchtigt ferner die Gluconeogenese aus Aminosäuren, wodurch lebensbedrohliche Hypoglykämien entstehen können (Thews, S.446, 2007).

Folgende Zeichen werden sichtbar:

- vermehrte Gefässzeichnung im Gesicht
- Tremor
- gerötete Bindehäute
- Spider naevi

(M.V.Singer, S.Teyssen, 2005, S.430)

### Blutwerte

Der CDT-Wert wird bestimmt, weil er sehr verlässliche Aussagen über einen hohen Alkoholkonsum in den letzten 7–14 Tagen vor dem Test erlaubt. Er dient der:

- Differentialdiagnose von Leberfunktionsstörungen und Leberzirrhose
- Frage nach chronischem Alkoholmissbrauch bei Autofahrern, denen wegen erhöhtem Blutalkoholspiegel der Führerschein entzogen wurde
- Erkennung von Rückfällen während einer Entzugsbehandlung
- Diagnostik des chronischen Alkoholmissbrauchs bei Patienten chirurgischer und internistischer Stationen

Es wird jedoch immer wieder erwähnt, dass der CDT-Wert genetisch bedingt oder z. B. auch bei einer Lebererkrankung ansteigen kann. Als Mindestmenge Alkohol, die zum CDT-Anstieg führt, werden 50–80g Ethanol pro Tag, an mindestens sieben aufeinander folgenden Tagen angegeben (Stibler H., 1991, Salmela K.S., 1993) ([http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=967777984&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=967777984.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=967777984&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=967777984.pdf)). CDT-Wert-Bestimmungen werden an das Universitätsspital Zürich geschickt. Eine Analyse

des CDT-Wertes kostet 70 Taxpunkte à 90 Rappen (Telefongespräch mit Frau Xy, Laborantin am Universitätsspital Zürich im Mai 2009). Dieser Laborwert wird vor allem von Psychiatern und der Polizei angefordert. Von den Spitälern wird er selten verlangt, und auch bei der Abstinenzkontrolle kommt er eher selten zur Anwendung, da er zu teuer ist.

### Chemische und hämatologische Parameter

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht klinisch-chemischer und hämatologischer Parameter zur Diagnose von Alkoholmissbrauch.

Es gibt keinen spezifischen Parameter, der den Missbrauch von Alkohol nachweisen kann. Der chronisch überhöhte Alkoholkonsum wird meist erst im fortgeschrittenen Stadium durch pathologische Laborparameter, aufgrund der verursachten Organschäden, nachweisbar. Diese betreffen typischerweise das erythropoetische System und die Leber (Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998, S. 232).

### Pathophysiologie bei Alkoholentzugsdelir

Eine plötzliche Unterbrechung der Alkoholfuhr beim alkoholkranken Patient führt zu einer neuronalen Übererregbarkeit und zu einer vermehrten Katecholaminfreisetzung, was Entzugssymptome auslösen kann. Hierzu gehören Zittern, Schlaflosigkeit und Störungen des vege-

tativen Nervensystems, die sich in Hypertension, Tachykardie und Herzrhythmusstörungen zeigen. Zu den zusätzlichen Symptomen gehören: Desorientiertheit, Halluzinationen, Schwitzen, Temperaturerhöhung, hämodynamische Instabilität und Krampfanfälle.

Leichte Entzugssymptome nehmen innerhalb von 48 Stunden ab oder verschwinden ganz. Bei ca. 5% der Patienten kommt es jedoch zu schweren Entzugssymptomen, die unbehandelt einen lebensbedrohlichen Notfall darstellen können (Fresenius 2001). Durch die Zunahme der  $\beta$ -Rezeptoren wird die Reaktion auf Katecholamine während des Entzugs verstärkt (Natsuki 1991). Insgesamt kommt es zu einem Ungleichgewicht der Neurotransmitter. Die Acetylcholin synthese wird, bedingt durch eine Abnahme des zerebralen, oxidativen Metabolismus, verringert. Therapeutisch ergibt sich hierdurch eine Option mit Physostigmin, mit dem die zerebrale Acetylcholin konzentration wieder erhöht werden kann (Arzneimittelbrief 1987). Bei Alkoholentzug ist ferner die Aktivität der inhibierend wirkenden GABA-Rezeptoren reduziert, wodurch das Risiko für zerebrale Krampfanfälle steigt. Teilweise sind Grandmalanfalle erste Zeichen einer Entzugssymptomatik (Differenzialdiagnose: Hypoglykämie). Hier liegt aber auch der therapeutische Angriffspunkt für Benzodiazepine. Eine Hochre-

gulation von dopaminergen Rezeptoren im limbischen System verursacht eine vegetative Übererregbarkeit und macht Halluzinationen möglich (Therapie mit Haldol). Die ungebremste sympathische Aktivierung und Noradrenalinfreisetzung kann therapeutisch mit Clonidin (Ip Yam 1992) angegangen werden. Bei Entzug kommt es zu respiratorischer Alkalose, Hypokaliämie und Hypomagnesiämie. Dies erhöht das Risiko für Herzrhythmusstörungen zusätzlich. Delirförderlich sind ferner Zinkmangel sowie die vermehrte Freisetzung von zytotoxischen Sauerstoffradikalen.

### Delirprophylaxe

Zur perioperativen Prophylaxe dient die Prämedikation mit Benzodiazepinen in Kombination mit Clonidin. Clonidin sollte nicht als Monotherapeutikum eingesetzt werden. Haloperidol ist Mittel der Wahl im Falle eines schon beginnenden Delirs mit produktiven Psychosen, nicht jedoch zur präoperativen Delirprophylaxe (Vagts 2007).

### Pharmakologische Wechselwirkungen

Chronischer Alkoholkonsum führt zu einer erhöhten Kapazität der Leber, Alkohol zu metabolisieren. Gleichzeitig kommt es zu einer pharmakodynamischen Toleranz, so dass beim Alkoholiker für eine Intoxikation höhere Plasmaalkoholspiegel notwendig sind, als beim Nicht-Alkoholiker. Die dabei ebenfalls entstehende Kreuz-

	Normalwerte	Diagnostische Sensitivität (%)	Diagnostische Spezifität (%)	Praktikabilität	Normalisierung nach Entzug
<b>Leberenzyme</b>					
$\gamma$ -GT	< 28 U/l	50–90	ca. 70	++++	2–5 Wochen
GOT (ASAT)	< 18 U/l	30–50	ca. 90	++++	1–3 Wochen
GPT (ALAT)	< 22 U/l	20–45	ca. 70	++++	1–4 Wochen
GLDH	< 4 U/l	5–60	?	+++	?
$\beta$ -Hexosaminidas	< 6.2 U/l	hoch	?	+	2–4 Tage
<b>Hämatologische Parameter</b>					
MCV	< 92 / 100 fl	40 / 70–96	ca. 60	++++	1–3 Monate
CD-Transferrin	< 20 / 26 U/l	ca. 50–80	90–100	(++)	ca. 2 Wochen
HDL-Cholesterin	50 mg / dl (1,3 mmol / l)	ca. 50–90	hoch	+++	1–4 Wochen
Apolipoprotein A <sup>1/2</sup>		> 45	hoch	++	ca. 2 Wochen

toleranz gegenüber einer Reihe von sedierenden Medikamenten wird einerseits auf die erhöhte pharmakodynamische Toleranz, andererseits auf die erhöhte Metabolisierungsrate zurückgeführt. Die Toleranz gegenüber Thiopental beispielsweise ist durch eine Toleranz auf zellulärer Ebene bedingt (Veränderungen in der Expression von GABA-Rezeptoren), da die Wirkdauer von Thiopental als Einleitungsmedikament durch Umverteilungsmechanismen und nicht durch Metabolisierung bestimmt wird. Bei chronischem Alkoholabusus kann die Metabolisierung von Paracetamol zu seinen hepatotoxischen Metaboliten durch Enzyminduktion verstärkt sein. Gleichzeitig kann ein Glutathionmangel die Entgiftung dieser Stoffwechselprodukte einschränken, so dass hier schon moderate Überdosierungen von Paracetamol zu Leberschäden führen können (Vagts 2007).

#### **NSAR**

- Durch Acetylsalicylsäure und andere Salicylate geringe Erhöhung der Blutalkoholkonzentration
- Gefahr von Magenblutungen
- Bei Paracetamol eventuell erhöhte Toxizität

#### **Barbiturate (z. B. Thiopental)**

- Verstärkte Sedierung und Beeinträchtigung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit
- Hangover
- Gefahr von Intoxikationen

#### **Benzodiazepine und andere Hypnotika / Sedativa (z. B. Midazolam, Etomidat, Propofol)**

- Verstärkte Sedierung
- Beeinträchtigung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit
- Hangover
- Gefahr von Intoxikationen
- Gelegentlich paradoxe Wirkung von Benzodiazepinen

#### **Cephalosporine (z. B. Kefzol, Zinacef)**

- Bei einigen Cephalosporinen können disulfiram-ähnliche (Disulfiram; Alkoholentwöhnungsmittel) Reaktionen auftreten

#### **Opioide**

- Verstärkung der zentral dämpfenden Wirkung
- Gefahr von Polyintoxikationen

#### **Orale Antikoagulantien**

- Verminderung der Gerinnungshemmung

#### **Sympatholytika**

- Verstärkung der blutdrucksenkenden Wirkung durch Alkohol
- Bei Clonidin Verstärkung der sedierenden Wirkung durch Alkohol

#### **Sympathomimetika**

- Geringe Verminderung der Wirkung von Adrenalin und Noradrenalin (M. Soyka, 1997, S.140)

#### **Konsequenzen für die Anästhesie**

Bei Patienten mit chronischem Alkoholismus ohne hepatische Dekompensation sind aufgrund von Toleranz und gesteigertem Metabolismus häufig höhere Hypnotikadosierungen notwendig. Dasselbe gilt prinzipiell für Opiate.

Für die Narkoseführung beim Alkoholiker mit chronischem Alkoholismus und hepatischer Dekompensation sind hingegen nach normalen Einleitungsdosierungen häufig reduzierte Hypnotika- und Analgetikadosierungen erforderlich. Bei der Wahl der Medikamente spricht die geringe kreislaufdepressive Wirkung für Etomidat. Aber auch Propofol hat aufgrund seiner delirprophylaktischen Wirkung seinen Platz. Insbesondere bei Patienten mit Hypovolämie ist hier jedoch auf mögliche Hypotonien zu achten. Der kontinuierlichen Applikation ist gegenüber der Bolusapplikation den Vorzug zu geben. Bei der Wahl des volatilen Anästhetikums ist die Leberperfusion und Oxygenierung durch Isofluran am wenigsten beeinträchtigt, da Isofluran in der Lage ist, trotz Reduktion des Herzzeitvolumens und des portalvenösen Blutflusses, die gesamte Leberoxygenierung durch Erhalt des «Hepatic arterial buffer response» annähernd aufrechtzuerhalten. Zur Analgesie bieten sich aufgrund besserer Steuerbarkeit kurzwirksame Opiate (Remifentanyl), beziehungsweise Opiate mit kurzer kontextsensitiver Halbwertszeit (Sufentanyl) an. Auf die Verordnung von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sollte zum Schutz der gastralen und intestinalen Mukosa sowie der Niere vollständig verzichtet werden. Zur Rapid Sequence Induction ist die Muskelrelaxation mit Rocuronium oder Succinylcholin möglich. Eine Fortfüh-

ührung mit Rocuronium erfordert engmaschiges neuromuskuläres Monitoring, ebenso eine Fortführung mit Cis-Atracurium, dessen Vorteil in seiner organunabhängigen Metabolisierung liegt. Kontraindiziert sind bei bestehendem Alkoholspiegel sowie bei gleichzeitiger Alkoholgabe die Gabe von Metronidazol, einigen Cephalosporinen und Chloralhydrat, da sie unter diesen Umständen ein Antabus-Syndrom auslösen (Vagts, Iber & Nöldge-Schomburg, 2003, S.759).

Während der Operation kann es zu erhöhtem Blutverlust sowie schwer zu behandelnden intraoperativen Kreislaufinstabilitäten mit hypo- und hypertensiven Phasen sowie Brady- und Tachykardien kommen. Neben der perioperativen Delirprophylaxe muss bei längeren Operationen eine invasive Blutdruckmessung und ein zentralvenöser Katheter in Erwägung gezogen werden. Neben den zusätzlichen Monitoring- und Überwachungsmaßnahmen ist im Hinblick auf eine mögliche vital gefährliche Entzugssymptomatik eine postoperative Überwachung auf einer Intensivstation oder Intermediate Care Station dringend empfohlen (Vagts, Iber & Nöldge-Schomburg, 2003, S.759).

Als Konsequenz der geschilderten Beeinträchtigungen des Organismus durch Alkoholkonsum und des daraus resultierenden erhöhten anästhesiologischen Risikos scheint eine stärkere Berücksichtigung von regionalanästhesiologischen Verfahren durchaus sinnvoll. Für die Wahl des Verfahrens gelten prinzipiell die gleichen Kriterien wie bei jedem anderen Patienten. Voraussetzung ist, dass der Patient kooperativ sein muss. Er muss in der Lage sein, über einen möglicherweise längeren Zeitraum ruhig zu liegen (Vagts, Iber & Nöldge-Schomburg, 2003, S.759).

#### **Kontakt:**

Claudia Anderwert  
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF  
Spital Tiefenau, Spital Netz Bern  
Tiefenastrasse 112, 3004 Bern

Anästhesiekongress SIGA/FSIA  
30. April 2011 im KKL Luzern

# Pain – Update 2011

5 Credits  
der Ausbildungs-  
kommission der  
SGAR/SSAR



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

SIGA/FSIA Geschäftsstelle, Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee  
Tel. 041 926 07 65, Fax 041 926 07 99, E-Mail [info@sig-fsia.ch](mailto:info@sig-fsia.ch), [www.sig-fsia.ch](http://www.sig-fsia.ch)

# Pain – Update 2011

## Vormittag

Zeit	Thema	Referenten
08.00 – 09.10	Türöffnung, Besuch Industrieausstellung	
09.10 – 09.25	Kongresseröffnung	Herr Prof. Dr. med. Reinhard Larsen Facharzt Anästhesie und Buchautor
09.25 – 09.45	<b>Entstehung und Physiologie des Schmerzes</b>	Herr Dr. med. Andreas Siegenthaler Leiter ambulante Schmerztherapie, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital Bern
09.50 – 10.10	<b>Perioperatives Management bei Schmerzpatienten</b>	Herr Dr. med. Wilhelm Ruppen Ärztlicher Leiter Schmerzabteilung, Departement Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsspital Basel
10.15 – 10.35	<b>Chronische Schmerzpatienten in der Anästhesie Der psychologische Aspekt</b>	Frau Dr. phil. Brigitta Wössmer Leitende Psychologin, Abteilung für Psychosomatik, Innere Medizin, Universitätsspital Basel
10.35 – 10.45	Podiumsdiskussion	
10.50 – 11.25	Kaffeepause, Besuch Industrieausstellung	
11.25 – 11.45	<b>Evidenzbasiertes, perioperatives Analgesie-Konzept in der Fast Track Chirurgie</b>	Herr Prof. Dr. med. Christoph Konrad Chefarzt Anästhesie, Luzerner Kantonsspital
11.50 – 12.10	<b>Lokalanästhetika-Intoxikation Prävention und Detektion in der Kinderanästhesie</b>	Frau Dr. med. Jacqueline Mauch Oberärztin Anästhesie mit Spezialgebiet Kinderanästhesie, Kantonsspital Aarau
12.15 – 12.35	<b>Die Intoxikation mit Analgetika</b>	Herr Dr. med. Andreas Stürer Oberarzt, Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum Zürich
12.35 – 12.45	Podiumsdiskussion	
12.50 – 14.20	Mittagspause, Besuch Industrieausstellung	

## Nachmittag

Zeit	Thema	Referenten
14.20 – 14.30	<b>SIGA / FSIA News</b>	Herr Marcel Künzler, Präsident SIGA/FSIA
14.35 – 14.55	<b>Neuraltherapie</b>	Frau Dr. med. Angela Hähnsen Oberärztin Anästhesie, Stadtspital Triemli, Zürich
15.00 – 15.20	<b>Painmanagement in der Kinderanästhesie</b>	Herr Dr. med. Markus Oberhauser Leitender Arzt für Kinderanästhesie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen
15.25 – 16.05	<b>Schmerzgrenzen</b>	Frau Evelyne Binsack Bergführerin, Helikopterpilotin, Abenteurerin, Buchautorin
16.05 – 16.15	Podiumsdiskussion	
16.20	Verabschiedung, Ende der Tagung	Herr Marcel Künzler, Präsident SIGA / FSIA
16.30	Apéro im Panoramafoyer des KKL Luzern <b>Evelyne Binsack verkauft und signiert ihr Buch «Expedition Antarctica»</b>	
Ab 17.30	<b>Abendprogramm:</b> Geniessen Sie mit uns einen Abend <b>auf und am</b> Vierwaldstättersee. <b>Weitere Informationen auf <a href="http://siga-fsia.ch">siga-fsia.ch</a></b> <b>Separate Anmeldung auf dem Anmeldetalon, Kosten CHF 60.– pro Person</b>	

# Workshop

Parallel zum Vortragsprogramm wird ein Workshop angeboten. Die Teilnahme am Workshop ist im Kongresspreis inbegriffen. Die Buchung zur Teilnahme ist nur am Kongresstag am Workshop-Stand möglich. Workshop-Tickets können nach der Registrierung an einem separaten Stand bezogen werden. Bitte erscheinen Sie rechtzeitig zur Registrierung. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt «First come, first serve».

Zeit	Thema	Veranstalter
09.30 – 11.30	Herr Aeschmann, Direktor Spital Schwyz, Frau Majerus, Careanesth <b>DRG-Ville (Farmville für Fortgeschrittene)</b> Die Teilnehmenden übernehmen Rollen aus dem Spitalalltag (Direktor, CFO, PDL, OP-Manager usw.) und müssen ein Modellspital unter DRG-Bedingungen führen.	 <b>careanesth</b> Personal • Beratung • Administration im Gesundheitswesen

## Kongressinformationen

<b>Kongressort</b>	KKL Luzern																		
<b>Information</b>	SIGA/FSIA Geschäftsstelle, Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee, Tel. 041 926 07 65, Fax 041 926 07 99, E-Mail info@siga-fsia.ch																		
<b>Organisation</b>	SIGA/FSIA event																		
<b>Kongressgebühr</b>	<table><tr><td>Mitglieder SIGA/FSIA</td><td>CHF</td><td>130.–</td></tr><tr><td>Mitglieder der Partnerverbände (siehe www.siga-fsia.ch)</td><td>CHF</td><td>130.–</td></tr><tr><td>Nichtmitglieder</td><td>CHF</td><td>180.–</td></tr><tr><td>Abendprogramm</td><td>CHF</td><td>60.–</td></tr><tr><td>Tageskasse</td><td>CHF</td><td>200.–</td></tr><tr><td>Workshop</td><td colspan="2">im Kongresspreis inbegriffen</td></tr></table>	Mitglieder SIGA/FSIA	CHF	130.–	Mitglieder der Partnerverbände (siehe www.siga-fsia.ch)	CHF	130.–	Nichtmitglieder	CHF	180.–	Abendprogramm	CHF	60.–	Tageskasse	CHF	200.–	Workshop	im Kongresspreis inbegriffen	
Mitglieder SIGA/FSIA	CHF	130.–																	
Mitglieder der Partnerverbände (siehe www.siga-fsia.ch)	CHF	130.–																	
Nichtmitglieder	CHF	180.–																	
Abendprogramm	CHF	60.–																	
Tageskasse	CHF	200.–																	
Workshop	im Kongresspreis inbegriffen																		
<b>Credits SGAR/SSAR</b>	5 Credits																		
<b>Anmeldung</b>	www.siga-fsia.ch																		
<b>Workshop</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Buchung zur Teilnahme ist nur am Kongresstag möglich.</li><li>• Workshop-Tickets können nach der Registrierung an einem separaten Stand bezogen werden.</li><li>• Bitte erscheinen Sie rechtzeitig zur Registrierung.</li></ul>																		
<b>Anmeldeschluss</b>	<b>10. April 2011</b> Die Anmeldung ist verbindlich. Bei einer Annullierung kann die Teilnahmegebühr nur gegen Vorweisen eines Arztzeugnisses zurückerstattet werden.																		
<b>Anreise</b>	siehe www.siga-fsia.ch																		
<b>Vorschau</b>	<b>Reservieren Sie sich heute schon den Termin des Anästhesiekongresses SIGA/FSIA vom 28. April 2012 im KKL Luzern.</b>																		

Ganz herzlichen Dank unseren Big needle Sponsoren und unseren Small needle Sponsoren:



# Anmeldeformular

## Anästhesiekongress SIGA / FSIA vom 30. April 2011 im KKL Luzern: «Pain – Update 2011»

Wir empfehlen Ihnen die unkomplizierte Onlineanmeldung auf [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch)

Mitglieder folgender Verbände erhalten den vergünstigten Mitgliederpreis:  
**SIGA / FSIA, IGIP, SIN, SGAR (5 Credits), SBK, VSOA, VRS, Hebammen und TOA**

**Anmeldeschluss 10. April 2011:** Danach kommen Sie bitte an die Tageskasse.

(Bitte leserlich in Blockschrift schreiben)

\*Name ..... \*Vorname .....  
\*Strasse (Privatadresse) .....  
\*Postleitzahl und Ort .....  
\*E-Mail .....  
\*Spital/Arbeitgeber: .....  
\*Rechnungsadresse  
(falls nicht identisch mit Privatadresse) .....

Ich bin Mitglied des folgenden Verbandes und erhalte den vergünstigten Eintritt:

SIGA/FSIA     .....     Gutschein (Bitte der Anmeldung beilegen)

Die Angaben mit einem\* sind unerlässlich. Sie werden als Bestätigung die Zahlungsunterlagen bekommen. Dies kann bis zu **zwei** Wochen dauern. Kontaktieren Sie bitte bei Fragen die Geschäftsstelle.  
SBK Mitglieder sind nicht automatisch SIGA/FSIA Mitglieder. SBK Mitglieder können eine kostenlose SIGA/FSIA Mitgliedschaft auf unserer Webseite [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch) anmelden.

Ich melde mich an für:

<input type="checkbox"/> Vortragsprogramm		Mitglieder <sup>1</sup> : CHF 130.–
		Nichtmitglieder: CHF 180.–
<input type="checkbox"/> Abendprogramm	Geniessen Sie mit uns einen Abend auf und am Vierwaldstättersee (Das Platzangebot ist begrenzt und wird nach Anmeldungseingang vergeben.)	CHF 60.– (exkl. alkoholische Getränke)

<sup>1</sup> Mitglieder des SIGA/FSIA, IGIP, SIN, SGAR (5 Credits), SBK, VSOA, VRS, Hebammen und TOA

**Achtung: Die Teilnahme am Workshop ist im Preis inbegriffen. Die Anmeldung ist nur am Kongresstag am Workshop-Stand möglich.**

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....

Bitte kontaktieren Sie uns bei Fragen oder Problemen.  
Dieses Anmeldeformular bitte schicken oder faxen an:



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

SIGA/FSIA Geschäftsstelle, Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee  
Tel. 041 926 07 65, Fax 041 926 07 99, E-Mail [info@siga-fsia.ch](mailto:info@siga-fsia.ch), [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch)

# Anesthésie chez les patients alcooliques

C. Anderwert, hôpital Tiefenau, Spital Netz Berne

Les patients atteints de toxicomanie, par exemple drogues, alcool ou médicaments, ont besoin de doses d'anesthésiques différentes des autres patients. Une partie nécessite de fortes doses d'hypnotiques afin d'atteindre une profondeur de sommeil optimale. D'autres, cependant, ont besoin de très faibles doses et doivent être surveillés longuement après la fin de l'opération. La toxicomanie est un sujet important. Dans ce travail, l'accent est mis sur la dépendance à l'alcool. L'alcool, dans notre société, fait partie de la vie quotidienne. En anesthésie, nous avons besoin de connaître les interactions de l'alcool avec nos médicaments.

En tant qu'«alcoolisme», on se réfère à la consommation d'alcool qui mène à des dommages physiques et/ou psychologiques. On constate qu'une dépendance à l'alcool est présente si au moins trois des critères suivants sont respectés (critères DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revision 4*, American Psychiatric Association, 1994). Les critères du DSM-IV, contrairement à la définition purement médicale, ne fixent aucune quantité d'alcool définie (Vagts, p. 3, 2007).

- fort désir ou contrainte à consommer de l'alcool
- perte de contrôle: incapacité de contrôler une consommation d'alcool raisonnable
- syndrome de sevrage physique à la cessation de consommation d'alcool
- développement de la tolérance, à savoir la nécessité de doses de plus en plus élevées d'alcool
- négligence progressive d'autres intérêts
- consommation d'alcool continue malgré la présence de conséquences clairement néfastes
- consommation de temps quotidienne supérieure à la moyenne pour boire de l'alcool, pour se procurer de l'alcool ou

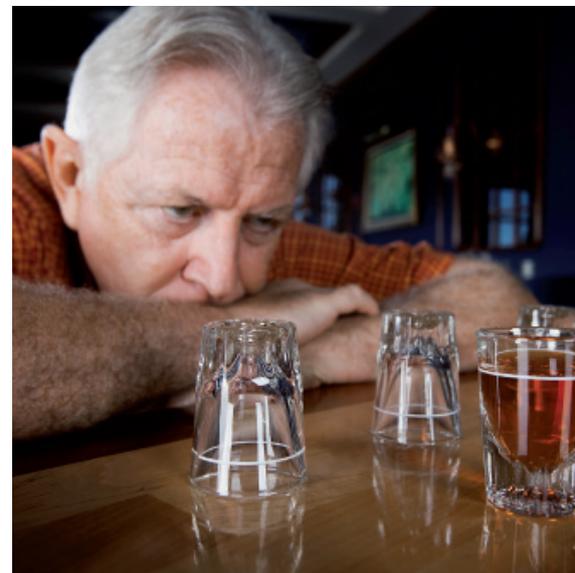
pour se remettre des conséquences de la consommation d'alcool.

Les consommateurs à faible risque sont les personnes qui ne dépassent pas les limites recommandées. Les limites pour les hommes sont de maximum trois verres standards par jour, exceptionnellement quatre verres par jour, répartis sur plusieurs heures. Les limites pour les femmes sont de moins de deux verres standards par jour, exceptionnellement quatre verres par jour répartis sur plusieurs heures. Un verre standard (environ 12 grammes d'alcool pur) équivaut à: 3 dl de bière, 1 dl de vin ou 2 cl d'alcool fort. Dans les hôpitaux suisses en 2003, 3,8% des hommes (8055) et 1,5% (3804) des femmes ont été diagnostiqués, de manière soit primaire soit secondaire, «dépendants à l'alcool». La proportion la plus élevée se trouvait chez les hommes âgés de 50-54 ans. Chez une personne sur 20, il a été diagnostiqué une dépendance à l'alcool. Selon des études ayant mis un accent particulier sur la consommation d'alcool, il est estimé qu'environ 20% de tous les patients entrants à l'hôpital présentent des problèmes d'alcool ([http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/Wissen\\_Alkohol.pdf](http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/Wissen_Alkohol.pdf)).

## Alcoolisme

L'alcoolisme a une grande importance clinique et économique pour toutes les disciplines médicales. La moitié de tous les accidents avec suites traumatiques est due à l'alcool. Les patients alcooliques ont un séjour à l'hôpital prolongé et une morbidité postopératoire significativement plus élevée. En médecine opératoire, on constate qu'il y a 3-4 fois plus d'infections, de septicémie, de complications cardiaques et de saignements en relation avec l'abus d'alcool chronique que chez les patients non alcooliques.

Une étude attentive des habitudes de consommation d'alcool devrait être un élément important de l'anamnèse. En raison de l'importance de l'abus d'alcool, il faudrait faire des dépistages précis, des interventions et prendre de manière consciente le problème de l'alcool dans la routine quotidienne des soins ambulatoires, des urgences, des médecins de famille et des hôpitaux (Breuer et al 2003). Les patients atteints de troubles de dépendance ont des contacts fréquents avec les soins d'urgence et donc avec des anesthésiologistes, plutôt qu'avec des



thérapeutes spécialisés dans les problèmes de dépendance. 20 à 50 % des patients hospitalisés montrent, p.ex en chirurgie, des perturbations liées au problème de la dépendance. Ces patients ont une co-morbidité augmentée (Spies, Neumann & Hampel, 2006). Jage & Heid (2006) rapportent, par ailleurs, dans le sujet principal de ce numéro, qu'un traitement péri-opératoire ne peut être le traitement de la toxicomanie. À ce stade, l'abstinence des patients n'est pas le plus important, mais il faut naturellement y aspirer pour éviter les effets secondaires néfastes.

### Effets sur le système nerveux central

Des troubles de la motricité fine, de la mémoire et des changements de personnalité, ainsi que des troubles psychiatriques tels que des syndromes dépressifs, des phobies et des hallucinations se produisent plus souvent lors de la consommation chronique d'alcool, de même que des crises d'épilepsie. Ceci est provoqué, entre autres, par des changements atrophiques du cerveau (50 % des alcooliques) et de maladies liées la démence (10 %) (Herold, 2005). Chez 20 à 40 % des alcooliques, les effets toxiques directs de l'alcool de même qu'un déficit alimentaire en vitamine B mènent à des polyneuropathies périphériques voire des neuropathies autonomes.

### Effets sur le système cardio-vasculaire

Un abus chronique de plus de 80 g d'alcool par jour, peut conduire à une cardiomyopathie dilatée (Kuhn 1978, McKenna 1998) avec des performances systoliques réduites (Gould 1970) et des arythmies, menant à de l'hypertension artérielle (Klatsky 1995), à des maladies coronariennes et à un risque d'AVC. Les tachycardies supra-ventriculaires sont augmentées et dès lors, presque toutes les formes d'arythmie peuvent se produire. L'effet toxique direct de l'alcool sur le système de conduction cardiaque, ainsi que sur le système nerveux autonome en augmente le risque (Cohen 1988). Les niveaux de catécholamines chroniquement élevés dans la consommation régulière d'alcool conduisent à un dérèglement des  $\beta$ -récepteurs dans le myocarde (Koga 1993), ce qui favorise la

formation d'une insuffisance myocardique, en particulier du ventricule gauche.

### Effets sur le tractus gastro-intestinal

La consommation chronique d'alcool entraîne une modification du péristaltisme secondaire dans les deux tiers distal de l'oesophage. L'amplitude de la contraction est augmentée, sa durée prolongée et cela conduit à une augmentation de ce qu'on appelle les contractions «Double peaked». Ceci favorise, en commun avec l'effet toxique direct de l'alcool sur la muqueuse de l'oesophage, le reflux gastro-oesophagien et ses conséquences.

### Dommages au foie induits par l'alcool

Dans le foie, trois différentes pathologies peuvent être provoquées, la stéatose du foie alcoolique, l'hépatite et la cirrhose. Seulement 2–10 % environ de l'éthanol absorbé est excrété sous forme inchangée par les reins, les poumons et la peau. C'est de loin au niveau du foie, que la plus importante dégradation oxydante de l'éthanol se produit et ce faisant, se forme, dans un premier temps de l'acétaldéhyde toxique pour le foie et dans un second temps, de l'acétate. De ces deux réactions se forme le NADH qui avec l'acétyl-coenzyme A, stimule la synthèse des acides gras. Ce sont ces mécanismes qui conduisent à la stéatose hépatique lors d'abus chronique d'alcool. Avec l'abus chronique d'alcool, le système microsomial d'oxydation de l'éthanol (MEOS) est activé, ce qui contribue de plus en plus au métabolisme de l'alcool et conduit également à la formation d'acétaldéhyde. Ce dernier, très réactif, provoque un stress oxydatif, stimule la peroxydation des lipides et forme des produits de protéines d'acétaldéhyde, qui à leur tour inactivent les enzymes et stimulent la synthèse du collagène. Dans le cadre de ces processus, on voit apparaître des nécroses cellulaires. Celles-ci, ainsi que l'accumulation de lymphocytes et de graisses dans le foie sont caractéristiques de l'hépatite alcoolique qui est la cause la plus fréquente de la cirrhose du foie. Celle-ci à son tour favorise l'émergence d'un carcinome hépatocellulaire. Dans ces conditions, l'augmentation de la production de lactate dans le foie cause dans le rein, par l'inhibition des transporteurs

d'anions, une diminution de l'excrétion rénale d'acide urique et conduit ainsi à l'hyperuricémie. L'alcool affecte également la néoglucogenèse à partir d'acides aminés, ce qui peut provoquer une hypoglycémie potentiellement mortelle. (Thews, p.446, 2007)

Les signes suivants deviennent visibles:

- dessin des vaisseaux augmenté au niveau du visage
  - tremblements
  - conjonctives rouges
  - naevi araignées
- (M.V.Singer, S. Teysen, 2005, p.430)

### Valeurs sanguines

Il faut déterminer la valeur CDT, car elle permet une information très fiable sur la consommation élevée d'alcool dans les 7–14 jours précédant le test. Elle sert:

- au diagnostic différentiel d'une dysfonction hépatique et d'une cirrhose du foie
- à la question de l'abus chronique d'alcool chez les conducteurs chez qui le permis de conduire a été retiré en raison d'un taux d'alcoolémie élevé
- à la détection d'une rechute au cours du traitement par l'abstinence
- au diagnostic de l'abus chronique d'alcool chez les patients dans les services de chirurgie et de médecine

Toutefois, il est mentionné à maintes reprises que la valeur CDT peut augmenter génétiquement ou également avec une maladie du foie. La quantité minimale d'alcool menant à l'augmentation de la CDT, est de 50 à 80 g d'éthanol par jour, durant au moins sept jours consécutifs (Stibler H., 1991, Salmela K.S., 1993) ([http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=967777984&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=967777984.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=967777984&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=967777984.pdf)). Les prélèvements de détermination des valeurs de CDT sont envoyés à l'hôpital universitaire de Zurich. Une telle analyse coûte 70 points Tarmed à 90 centimes (selon téléphone, en mai 2009, avec Mme Xy, laborantine à l'hôpital universitaire de Zurich). Cette analyse est avant tout demandée par les psychiatres et la police. Elle est rarement demandée dans les hôpitaux, et même pour le contrôle d'abstinence, elle est rarement utilisée, parce que trop coûteuse.

### Les paramètres chimiques et hématologiques

Le tableau suivant donne un aperçu de chimie clinique et des paramètres hématologiques pour le diagnostic de l'abus d'alcool.

Il n'existe pas de paramètres spécifiques pouvant prouver l'abus d'alcool. La consommation excessive chronique d'alcool n'est généralement détectable par des paramètres de laboratoire pathologiques qu'à un stade avancé, et ce en raison des dommages causés aux organes. Ceux-ci sont typiquement liés au système érythro-poïétique et au foie (Feuerlein, Kűfner & Soyka, 1998, p. 232).

### Physiopathologie du délire lié à la privation d'alcool

Une interruption brutale de l'approvisionnement d'alcool chez les patients alcooliques conduit à une hyperexcitabilité neuronale et une augmentation de la libération de catécholamines, ce qui peut causer des symptômes de sevrage. Ces effets comprennent des tremblements, des insomnies, des troubles du système nerveux végétatif, qui se manifestent par une hypertension artérielle, une tachycardie et des arythmies cardiaques. Des symptômes supplémentaires peuvent apparaître, tels que la désorientation, les hallucinations, la transpiration, l'augmentation de la température, l'instabilité hé-

modynamique et des crises de convulsion. Les symptômes légers diminuent dans les 48 heures ou disparaissent complètement. Cependant, environ 5% des patients présentent des symptômes de sevrage graves, qui non traités mènent chez 1-8% des patients à une urgence vitale (Fresenius, 2001). A cause de l'augmentation des  $\beta$ -récepteurs, la réponse aux catécholamines, pendant le sevrage, est renforcée (Natsuki, 1991). Globalement, cela mène à un déséquilibre des neurotransmetteurs. La synthèse de l'acétylcholine est réduite en raison d'une diminution du métabolisme oxydatif cérébral. Thérapeutiquement, cela se traduit par une option, selon laquelle, la concentration d'acétylcholine cérébrale peut être augmentée à nouveau avec de la physostigmine (lettre sur les médicaments, 1987). La qualité de l'activité inhibitrice des récepteurs GABA est également réduite avec le sevrage d'alcool, ce qui augmente le risque de convulsions. Parfois, une attaque de Grand Mal est le premier symptôme de sevrage (diagnostic différentiel: hypoglycémie). Cependant, on trouve ici le point d'attaque thérapeutique pour les benzodiazépines. Une régulation positive des récepteurs dopaminergiques dans le système limbique provoque une hyper réaction végétative et éventuellement des hallucinations (traitement par Haldol). L'activation sympathique ef-

frénée et la libération de noradrénaline peuvent être traitées avec de la clonidine (Ip Yam, 1992). Lors du sevrage s'installe une alcalose respiratoire, une hypokaliémie et une hypomagnésémie. Cela augmente aussi le risque de troubles du rythme. Une carence en zinc favorise aussi le délire, de même que la libération accrue de radicaux d'oxygène cytotoxiques.

### Prophylaxie du délire

Pour la prophylaxie péri-opératoire, on utilise des benzodiazépines en association avec de la clonidine pour la prémédication. La clonidine ne doit pas être utilisée seule. L'halopéridol est le médicament de choix dans le cas d'un délire déjà naissant avec psychose productive, mais pas pour la prophylaxie préopératoire du délire (Vagts, 2007).

### Interactions pharmacologiques

La consommation chronique d'alcool entraîne une augmentation de la capacité du foie à métaboliser l'alcool. Dans le même temps, une tolérance pharmacodynamique s'installe, de sorte que, chez les alcooliques, il faut un taux plasmatique d'alcool plus élevé pour une intoxication que chez les non alcooliques. Il en résulte une tolérance croisée face à un certain nombre de médicaments sédatifs qui est d'une part attribuée à la meilleure tolérance pharmacodynamique, et d'autre

	Normal	Sensibilité diagnostique (%)	Diagnostique spécifique (%)	Praticabilité	Normalisation après abstinence
<b>Enzymes hépatiques</b>					
$\gamma$ -GT	< 28 U/l	50–90	ca. 70	++++	2–5 semaines
GOT (ASAT)	< 18 U/l	30–50	ca. 90	++++	1–3 semaines
GPT (ALAT)	< 22 U/l	20–45	ca. 70	++++	1–4 semaines
GLDH	< 4 U/l	5–60	?	+++	?
$\beta$ -Hexosaminidas	< 6.2 U/l	élevé	?	+	2–4 jours
<b>Paramètres hématologiques</b>					
MCV	< 92 / 100 fl	40 / 70–96	ca. 60	++++	1–3 mois
CDT	< 20 / 26 U/l	ca. 50–80	90–100	(++)	ca. 2 semaines
Cholestérol HDL	50 mg / dl (1,3 mmol / l)	ca. 50–90	élevé	+++	1–4 semaines
Apolipoprotéine A <sup>1/2</sup>		> 45	élevé	++	ca. 2 semaines

part à l'augmentation du métabolisme. La tolérance au thiopental par exemple, est due à une tolérance au niveau de la cellule (changements dans l'expression des récepteurs GABA), puisque la durée d'action du thiopental, comme drogue d'induction, est déterminée par le biais des mécanismes de redistribution et non par le métabolisme. Avec l'abus chronique d'alcool, les métabolites hépatotoxiques du paracétamol peuvent être augmentées par l'induction enzymatique lors du métabolisme. Dans le même temps, un manque de glutathion peut restreindre la détoxification de ces métabolites, de sorte qu'à ce moment, un surdosage modéré de paracétamol peut entraîner une insuffisance hépatique (Vagts 2007).

#### **AINS**

- avec l'aspirine et autres salicylates, légère augmentation de la concentration en alcool dans le sang
- risque d'hémorragies digestives
- avec le paracétamol, risque d'augmentation de la toxicité

#### **Barbituriques (thiopental, par exemple)**

- sédation accrue et préjudice de la capacité psychomotrice
- gueule de bois
- risque d'intoxication

#### **Benzodiazépines et autres hypnotiques / sédatifs (par exemple midazolam, étomidate, propofol)**

- sédation accrue
- préjudice des performances psychomotrices
- gueule de bois
- risque d'intoxication
- parfois, effet paradoxal des benzodiazépines

#### **Céphalosporines**

##### **(par exemple Kefzol, Zinacef)**

- Certaines céphalosporines peuvent provoquer un effet Antabuse

#### **Opiacés**

- augmentation de l'effet dépressur central
- risque de polyintoxications

#### **Anticoagulants oraux**

- réduction de l'inhibition de l'anticoagulation

#### **Sympatholytiques**

- renforcement de l'effet antihypertenseur par l'alcool

- avec la clonidine, renforcement de l'effet sédatif par l'alcool

#### **Sympathicomimétiques**

- légère réduction de l'effet de l'adrénaline et de la noradrénaline (M. Soyka, 1997, p.140)

#### **Conséquences pour l'anesthésie**

Chez les patients atteints d'alcoolisme chronique sans décompensation hépatique, il est souvent nécessaire, en raison de la tolérance et de l'augmentation du métabolisme, d'augmenter les doses d'hypnotiques. Le même principe s'applique pour les opiacés. Cependant, pour la gestion de l'anesthésie chez les alcooliques chroniques avec décompensation hépatique, après utilisation de doses normales pour l'induction, il faut souvent réduire les doses d'hypnotiques et d'analgésiques. Le médicament de choix est l'etomidate, car il n'a que peu d'effets cardio-dépresseurs. Toutefois, le propofol a aussi sa place à cause de son effet prophylactique sur le délire. Il faut cependant prêter attention à une possible hypotension, en particulier en cas d'hypovolémie. L'application continue est préférable aux bolus. Dans le choix de l'anesthésique volatil, la perfusion du foie et l'oxygénation sont moins touchées avec l'isoflurane car celui-ci est en mesure, malgré la réduction du débit cardiaque et du débit sanguin veineux-porte, d'assurer l'ensemble de l'oxygénation hépatique, grâce à l'obtention approximative d'un l'effet tampon de l'artère hépatique («Hepatic arterial buffer response»). Pour l'analgésie, on proposera un opiacé d'action courte qui permet un meilleur contrôle ou des opiacés à demi-vie d'élimination courte (sufentanil). Il faudrait renoncer complètement à la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) afin de protéger la muqueuse gastrique et intestinale, ainsi que le rein. Dans la Rapid Sequence Induction, il est possible d'utiliser le rocuronium ou la succinylcholine pour la relaxation musculaire. La poursuite avec le rocuronium exige un monitoring neuromusculaire rapproché, de même qu'avec le cis-atracurium, dont l'avantage réside dans son métabolisme indépendant des organes. Il est contre-indiqué d'administrer du métronidazole, certaines céphalosporines

et de l'hydrate de chloral avec une alcoémie positive avérée de même que lors d'administration d'alcool car ils peuvent causer, dans ces circonstances, un syndrome antabuse (Vagts, Iber & Nöldge-Schomburg, 2003, p.759).

Au cours de l'opération, il peut se produire une augmentation des pertes sanguines de même qu'une instabilité hémodynamique difficile à traiter, avec des phases d'hypo- et d'hypertension, ainsi que des brady et tachycardies. En plus de la prophylaxie péri-opérative du délire, la nécessité d'une pression artérielle invasive et d'un cathéter veineux central doit être envisagée pour les longues opérations. Outre le monitoring et les mesures supplémentaires de surveillance, il est fortement recommandé d'avoir un suivi postopératoire dans un service de soins intensifs ou de soins continus en raison d'un possible syndrome de sevrage dangereux et pouvant engager le pronostic vital (Vagts, Iber & Nöldge-Schomburg, 2003, p.759).

En conséquence de la déficience de l'organisme due à la consommation d'alcool telle que décrite et le risque anesthésique accru qui en résulte, il semble indiqué de privilégier une procédure d'anesthésie loco-régionale. Pour le choix de la méthode, les critères sont en principe les mêmes que pour tous les autres patients. La condition est que le patient doit être coopératif. Il doit être capable de rester allongé tranquillement, même pendant une relativement longue période (Vagts, Iber & Nöldge-Schomburg, 2003, p.759).

Traduction: Christine Rieder-Ghirardi

#### **Contact:**

Claudia Anderwert  
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF  
Hôpital Tiefenau, Spital Netz Bern  
Tiefenaustrasse 112, 3004 Berne

# «Komplikationen im Fokus der Anästhesiepflege»

M. Giroud, Inselspital Bern

In der Anästhesiepflege sowie in anderen Berufsfeldern sind die Fachexperten und die Studierenden regelmässig mit Fehlern und Zwischenfällen konfrontiert. Meine Erfahrungen mit Fehlern sind zum Teil von negativen Erlebnissen geprägt.

Das Zusammenspiel aus zwischenmenschlichen Faktoren in akuten und lebensbedrohlichen Situationen, stellt eine echte Herausforderung für alle Beteiligten dar. Sich mit den beeinflussenden Faktoren auseinanderzusetzen, ist wichtig, um die Entstehungsmechanismen eines Zwischenfalles besser zu verstehen. Der stetige Wandel von äusseren Strukturen, denen wir im Berufsalltag ausgesetzt sind, stellt hohe Anforderungen an uns. Es werden Sparmassnahmen umgesetzt, der Zeitdruck nimmt kontinuierlich zu, und komplexe Patientensituationen tragen zu einem erhöhten Anästhesierisiko bei. Diese und ähnliche Faktoren begünstigen das Entstehen von Zwischenfällen.

Das diesjährige Berner Anästhesie-Pflege-Symposium mit dem Titel «Komplikationen im Fokus der Anästhesie-Pflege» hat mich besonders interessiert. Die drei Hauptreferate haben nützliche Inhalte aus verschiedenen Themenbereichen wie der Luftfahrt, den zwischenmenschlichen Faktoren und den rechtlichen Aspekten aufgegriffen. In Abwechslung zu den Referaten haben die Teilnehmenden die verschiedenen Inhalte in von Fachexperten moderierten Workshops diskutierend vertieft. So entstanden realisierbare Strategien für den individuellen Berufsalltag.

«Es ist nicht leicht, dem Captain die zu hohe Geschwindigkeit zu melden», dieser Satz stammt aus einem der Referate und hat uns den ganzen Tag begleitet. Es braucht Selbstvertrauen, um einen Fehler der vorgesetzten Person zu melden. Vor allem, wenn der Fehler durch Vorgesetzte selber begangen wird. Jeder Einzelne

kann seinen Beitrag leisten, um Vertrauen in einem Team zu fördern. Dafür braucht es eine kontinuierliche Entwicklung der Selbst- und Sozialkompetenzen und auch eine bewusste Selbstdisziplin, um konstruktive Kritik einzubringen und anzunehmen. Alle Beteiligten gehören zum Team, unabhängig in welcher Funktion oder in welcher Rolle sie handeln. In einem interdisziplinären Team ist eine hohe gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz aller Beteiligten unerlässlich. Ein transparenter Informationsfluss fördert ein besseres Verständnis zwischen den Beteiligten für betriebliche Notwendigkeiten und Prozessabläufe (z.B. Informationen über Sparmassnahmen oder das «Time-out» für den Informationsaustausch vor dem Eingriff).

Der Fokus auf der Qualitätssicherung ermöglicht die interne wie externe Überprüfung von geleisteter Arbeit. Evaluationen generieren wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung eines zuverlässigen Gesundheitssystems. Das Arbeiten nach Evidence-Based Practice sichert die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von getroffenen Massnahmen.

Durch regelmässige Fort- und Weiterbildungen können Einflussfaktoren und Ursachen für Zwischenfälle besser verstanden und präventiv angegangen werden. Mit regelmässigen Trainings im Anästhesieteam können notwendige Kompetenzen zur Bewältigung von kritischen Arbeitssituationen, z. B. in Form von Simulationen, erarbeitet und vertieft werden. Auch die nicht-technischen Fertigkeiten

(z.B. Informationssammlung, Planung, Vorbereitung, Koordination von Aktivitäten im Team usw.), die bei der Entstehung von Zwischenfällen eine bedeutende Rolle spielen, sollten kontinuierlich gelebt und vertieft werden. Durch die Übungen gewinnen Fachexperten die nötige Sicherheit in den Handlungs- und Teamabläufen, so dass beim Auftreten eines Zwischenfalles kompetentes Verhalten bestmöglich wird.

Die Anästhesiepflege engagiert sich für die Verbesserung der Patientensicherheit. Sie erbringt patientenzentrierte Spitzenleistungen, um den Patienten eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Die Resultatpräsentationen aus den verschiedenen Workshops zum Schluss des Symposiums ergaben eine reiche Strategiepallette zur Vermeidung und/oder raschen Bewältigung von Komplikationen.

## Kontakt:

Michèle Giroud  
Klinische Spezialistin Anästhesiologie  
Berufsschullehrerin, NDS HF Anästhesie  
Universitätsklinik für Anästhesiologie  
und Schmerztherapie  
Inselspital  
3010 Bern  
michele.giroud@bzpflege.ch

# Alles Gender?

J. Günthör, Krankenhaus Rudolfstiftung Wien

Der Begriff Gender taucht seit geraumer Zeit überall auf, er ist aber mehr als nur ein Modewort. Kurz erklärt: «Gender» ist das soziale Geschlecht. Gender bezeichnet die Geschlechtsidentität des Menschen als soziale Kategorie. Wer mit Gender den biologischen Unterschied zwischen Mann und Frau ausradieren will, hat die Grundidee nicht verstanden. Dass Gleichstellung und Chancengleichheit wichtig sind, dass jeder Mensch nach seinen Wünschen leben kann und soll, kann niemand leugnen.

Wie sieht es nun mit dem Verhältnis von Geschlecht und Arbeit aus? Was bedeutet Chancengleichheit in einem frauendominierten Beruf wie der Pflege? Gender-Mainstreaming ist aus der Pflege nicht mehr wegzudenken. In einem Bereich, in dem der Frauenanteil sowohl bei Pflegenden als auch bei Gepflegten bei weitem überwiegt, in dem mehr als 90% der Pflegeleistungen von Frauen übernommen werden, kann die Gender-Perspektive nicht unberücksichtigt bleiben. Kurz gesagt und vorweggenommen: Pflege ist weiblich, die *operative Führung* ist weiblich, aber die *strategische Führung* ist männlich besetzt. Aus diesen Überlegungen habe ich eine Umfrage unter 250 Mitarbeiterinnen in Deutschland und Österreich durchgeführt. Die folgenden Abschnitte geben die Antworten der subjektiv wahrgenommenen Unterschiede zwischen Frauen und Männern wieder.

## Zur Motivation von Frauen und Männern in der Pflege

Die Entscheidung, einen Pflegeberuf zu ergreifen, ist vor allem bei Männern nicht erste Wahl. Männer kommen nach wie vor zu einem grossen Teil über den Sanitätsdienst beim Bundesherr oder Zivildienst zum Pflegeberuf, wo erste Erfahrungen gesammelt und für sie das Berufsbild des Pflegers erfassbar wird.

Bei Frauen war der Pflegberuf hingegen für 2/3 der Befragten erste Wahl. Dabei ist kein deutliches Grundmuster in der Motivation zu erkennen. Von «Zufall» über «konnte mich nicht in einem Büro vorstellen» oder «wollte als kleines Kind schon Krankenschwester werden» ist alles zu vermerken. Grundsätzlich wird der sozialen Komponente und Berufung mehr Bedeutung beigemessen als bei männlichen Kollegen. Bei Männern fällt auf, dass kaum einer von Berufung spricht, höchstens als Erkenntnis im Nachhinein. Unterscheidet man zwischen einem pragmatischen Ansatz und einem sozial motivierten Ansatz, lässt sich bezüglich Motivation und weiterer Berufslaufbahn Folgendes erkennen. Von jenen, für die der Kontakt mit den Patienten einen Hauptgrund darstellt, den Pflegeberuf zu wählen, wird ein Aufstieg seltener angestrebt. Interessanterweise war bei den weiblichen Führungskräften der Pflegeberuf häufig die erste Berufswahl.

## Reaktion der Umwelt

Die Entscheidung von Männern, einen Pflegeberuf zu ergreifen, ist in unserer Gesellschaft nach wie vor ungewöhnlich und ruft oft gegensätzliche Reaktionen hervor, da der Pflegberuf noch sehr traditionell mit Bildern eines Frauenberufes assoziiert wird. Von männlichen Pflege-

fachkräften wird der Beruf selten als Frauenberuf klassifiziert. Diesbezüglich wird auf die Differenzierung «Frauenberuf» und «frauendominierter Beruf» hingewiesen. Was ändert sich mit den neuen Generationen an Pflegefachfrauen und -männern? Nehmen Männer vermehrt die Möglichkeit wahr, sich zum Pflegefachmann ausbilden zu lassen? Die Daten weisen eine wellenförmige Anstiegs- und Reduktionskurve auf. Im Schnitt der letzten 5 Jahre beträgt der Anteil der männlichen Studierenden in ganz Österreich 5–10%. Das Durchschnittsalter beläuft sich auf 19 Jahre. Auch bei den weiblichen Studierenden wird ein Trend zur «reiferen» Generation festgestellt. Die Dropout Rate ist sehr hoch und liegt bei beiden Geschlechtern bei ca. 30%. Jüngere Studierende werfen das Handtuch schneller.

## Ausbildung

Der durchschnittliche Männeranteil der Lehrenden bei den Pflegeschulen Wien, Niederösterreich, Oberösterreich liegt bei 26%. Es fällt auf, dass manche Schulen keine männlichen lehrenden Mitarbeiter beschäftigen. Der Männeranteil am Pflege-Universitätslehrgang ist mit 43% im Vergleich zum Anteil von 5–10% unter den Auszubildenden für die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege hoch. Der Anteil der Männer in der psychiatrischen Pflege beträgt 17,5%.

## Berufslaufbahn in der Pflege

Nach Erlangen des Pflegediploms führt der Weg mehrheitlich ins Krankenhaus. Konsens besteht darüber, dass Frauen und Männer andere Karrierewege einschlagen, und dass Pflegefachmänner zu Sonderabteilungen wie Intensiv-, Anästhesie-, oder Dialyseabteilungen tendieren. Der Männeranteil in der mobilen Pflege ist mit 2,8% auffallend gering. Statistische Analysen zeigen, dass Männer in

der mobilen Pflege häufig leitende Funktionen einnehmen.

### Chancengleichheit in den Organisationen für Führungspositionen

Es ist befremdend, dass ein System mit gleicher Arbeit, gleicher Gehaltsstufe, gleichem Geld eigentlich keine Ungleichheit produzieren können sollte, es aber trotzdem tut.

Frauen streben einen beruflichen Aufstieg seltener an als Männer. Männern ist die ausschliessliche Pflege rasch zu wenig. Sie versuchen, entweder vermehrt administrative Tätigkeiten zu erhalten, oder sie bewerben sich für hierarchisch höhere Positionen.

Häufig wird festgestellt, dass sich Frauen Führungsaufgaben nicht zutrauen. Dass sie vor der Verantwortung oder dem administrativen Mehraufwand zurückschrecken und somit freiwillig in der zweiten Reihe verbleiben. Um Frauen in Führungspositionen zu bringen, braucht es daher zusätzliche Motivation, Ermunterung und Ansporn. Oft müssen sie sich zwischen Familie und Berufskarriere entscheiden. Im Wiener Krankenanstaltenverbund sind Führungskräfte in den Pflegediensten zu 78% weiblich. In Intensiv-, Anästhesie, Dialyse- und OP-Einheiten beträgt der Anteil der weiblichen Führungskräfte 63%. Der Anteil von männlichem Pflegepersonal auf diesen Spezialstationen beträgt dagegen in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich 44% im Gegensatz zu etwa 8% auf Allgemeinstationen.

### Familie / Freizeitkomponente / Karenz

Im Pflegeberuf herrscht eine der höchsten Scheidungsraten (Ärzte, Rechtsanwälte, Polizei führen die Statistik an).

Von vielen Beschäftigten werden die 12h-Dienste gegenüber den 8h-Diensten bevorzugt. Dies ermöglicht es, mehr arbeitsfreie Tage zu haben. Für viele ist es kaum vorstellbar, fünf Tage in der Woche jeweils für 8 Stunden bei der Arbeit zu sein. Die Pausen zwischen den Diensten werden als positiv betrachtet und haben einen Einfluss darauf, keine Führungs- und Leitungsverantwortung zu übernehmen. Wenn es um Chancengleichheit geht, ist die Frage nach kinderbezogenen Unterbrechungen für die Betrachtung der Be-

rufsverläufe ebenfalls relevant. Für Männer ist Karenz kaum ein Thema.

Ungefähr zwei Drittel aller befragten Pflegefachfrauen haben Kinder. Die kinderlosen Frauen haben gemeinsam, dass sie zu 75% der Meinung sind, dass eine Vereinbarkeit ihres Berufes mit Kindern nur sehr schwer möglich ist. Führungskräfte in der Pflege sind zu 65% kinderlos. Der Anteil der kinderlosen Führungskräfte ist in den letzten Jahren zurückgegangen.

### Die Situation bei ÄrztInnen

Die Medizinische Fakultät der Universität Lübeck, die Universität Göttingen und das Universitätsklinikum Charité Berlin analysierten die Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten. Diese Fragebögen wurden auch zur Befragung an Intensivstationen in Österreich verwendet. 385 Fragebögen aus Deutschland und 173 Bögen aus Österreich konnten ausgewertet werden.

### Beruf oder Familie?

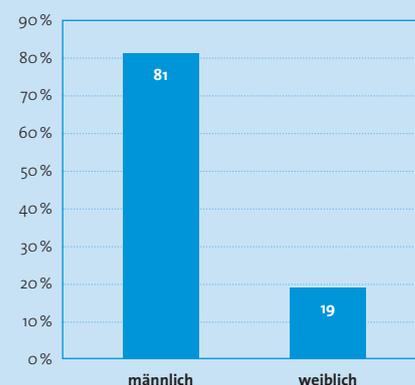
Von den 558 befragten Personen waren 301 (53%) verheiratet. Ärzte (66%) waren häufiger verheiratet als Ärztinnen (34%). Von 253 befragten Frauen haben 69 Kinder (27%). Von diesen haben 58% ein Kind und 37% zwei Kinder. Ärzte haben deutlich häufiger drei Kinder (20%) als Ärztinnen (5%).

Bei der Frage, ob ihnen durch die Kinderbetreuung berufliche Nachteile entstanden sind, haben nahezu 70% aller weiblichen Befragten mit ja geantwortet, gegenüber 14% der männlichen Befragten. Eine weitere Frage lautete, ob ÄrztInnen glauben, dass ihnen durch Kinder grundsätzlich berufliche Nachteile entstehen. Hier war das Antwortverhalten noch deutlicher: 92% der Ärztinnen bejahten die Frage gegenüber 25% ihrer männlichen Kollegen. Diese Einschätzung könnte auch eine Erklärung für die geringen Geburtenquoten bei Akademikerinnen sein. Die berufliche und familiäre Doppelbelastung wird auch bei der Frage nach Teilzeit deutlich. Nur ein Arzt gab an, in Teilzeit beschäftigt zu sein, gegenüber 16% der Ärztinnen.

### Die Habilitation ein Auslaufmodell?

Lediglich 13% der Ärztinnen wollen sich habilitieren, während 42% der Ärzte eine

### Referenten bei Intensivkongressen



Anteil der weiblichen und männlichen Referenten bei Intensivkongressen

(DIVI 2006 / 2008, WIT 2006 / 2007 / 2008 und AIC 2006 / 2007 / 2008)

Habilitation anstreben. Die geringe Habilitationsquote bei Ärztinnen spiegelt sich auch in der sonstigen Forschungsaktivität wieder. Hierbei spielen beispielsweise die Besuche von Fachkongressen eine Rolle. Zwar besuchen Frauen wie Männer nahezu ähnlich oft Kongresse, doch treten Männer wesentlich häufiger als Referenten (81%) auf als Frauen (19%). Zur Analyse wurden die Kongresse: DIVI 2006/2008, WIT 2006/2007/ 2008 und AIC 2006/2007/2008 herangezogen. Die Gründe, welche von Ärztinnen genannt wurden, waren mangelnde Unterstützung bzw. Freistellung von der Basis-Krankenversorgung, unflexible Kinderbetreuungszeiten, zuwenig Hort- und Krippenplätze, aber auch mangelndes Interesse an wissenschaftlichen Arbeiten an sich.

Ein wesentlicher Karriereknick stellt also die Kinderbetreuung dar. Die immer wieder politisch gebetsmühlenartig beschworenen Absichtserklärungen reichen eben nicht aus. Ein gut ausgebautes Kindertagesystem fehlt bislang. Dies ist eine grosse Hürde für berufstätige Frauen. Gute Kindergärten sind ein Basis-Service einer modernen Gesellschaft, das bietet Chancengleichheit.

### Sind Quoten die Lösung?

Für mich haben Quotenregelungen grundsätzlich einen negativen Beigeschmack. Quote kann heissen, dass jemand genom-

men wird, der nicht geeignet ist. Ich persönlich würde dies als Diskriminierung ansehen. Wenn man tatsächlich will, dass man Frauen in Top-Positionen antrifft, wird man sie auch finden. Überbewertet wird von Entscheidungsträgern oft der ökonomische Aspekt: Die Zuständigkeit für die Kinder liegt immer noch grösstenteils bei der Frau.

Sicherlich kann man auch die Ansicht vertreten, eine zwingende Quotenregelung sei notwendig, um die unbefriedigende Situation aktiv zu ändern. Egal ob eine Führungsposition von einem mittelmässig qualifizierten Mann oder einer Frau besetzt wird, Hauptsache die Quote wird erfüllt.

Ein bisschen liegt es auch an den Frauen selbst. Wenn ein Mann eine Stelle angeboten bekommt, sagt er oft sofort zu und wundert sich, wieso er nicht schon längst befördert wurde. Bietet man die Stelle eine Frau an, fährt ihr der Schreck in die Glieder, und sie fragt sich, «wie soll ich das meiner Familie beibringen», und traut sich das oft nicht wirklich zu.

Eine Quote erhöht die Zahl der Frauen in

Führungspositionen, aber nicht zwingend die Qualität. Qualifizierung ist meines Erachtens wichtiger als das Geschlecht. Und hier könnte man mit der Diskussion wieder von vorne beginnen. Im Leben erfolgreich zu sein, lässt sich nicht auf das Geschlecht oder auf Äusserlichkeiten, Geld, Status und Karriere reduzieren.

Unabhängig vom Gender-Aspekt kann jeder Mann und jede Frau ein gelungenes Leben haben, privat und beruflich. Viele Menschen erkennen ihre Stärken, doch nur wenige haben die Kraft, ihr Leben danach zu richten. Und, obwohl es einfach klingt, sich dem zu widmen, was man am liebsten tut und am besten kann und zu dem man sich eigentlich berufen fühlt, traut es sich nicht jeder zu. Viele erachten die Gefahr zu scheitern als zu gross. Oft ist auch das Gefühl, nicht das notwendige Selbstvertrauen dafür zu haben, zu stark.

Jemand, der erfolgreich ist, muss nicht zwangsläufig glücklich sein. Der Preis, der für Erfolg und Karriere bezahlt wird, ist häufig sehr hoch. Wenn wir in dem, was wir tun, aufgehen, empfinden wir Zufrie-

denheit. Gratulation all jenen, die ihren persönlichen Lebensweg zielstrebig gehen und wissen, was sie wollen.

(nach einem Vortrag bei den WIT-2009)  
Dieser Artikel ist in der Zeitschrift *IntensivNews-Schweiz* 1/2010 erschienen.

#### Quellen:

- Universität zu Lübeck, Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten in der Wissenschaft und Forschung an der Universität zu Lübeck, von Imke Krebs, Sabine Voigt Lübeck 2004
- Carmen Franz, Untersuchung spezieller Aspekte der Berufstätigkeit von Ärztinnen im Bereich Humanmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, in: Georgia 2001
- Gabriele Kaczmarczyk, Wissenschaftliche Arbeit und Qualifizierung am Universitätsklinikum, Charite, Berlin 2000

#### Kontakt:

DGKS Josefa Günthör  
Stationsleitung Intensivstation 12 A  
Krankenhaus Rudolfstiftung, Wien  
josefa.guenthoer@wienkav.at



## Dipl. Rettungssanitäter HF 3 Jahre

Start 29. August 2011 (inkl. TS)

## Dipl. Rettungssanitäter HF 1.5 Jahre

Start 9. Mai (separate Kursführung)

(NDS: Anästh/IPS/NF + DN Pflege)



### EMERGENCY Schulungszentrum AG

Birkenstrasse 49  
6343 Rotkreuz

Strengelbacherstrasse 17  
4800 Zofingen

Fon 041 511 03 11  
info@esz.ch, www.esz.ch

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mit Interesse habe ich die Beiträge im Anästhesiejournal Nr.3 vom September 2010 gelesen. Die Ausführungen zu den Berufsbildern des Rettungssanitäters und der Hebamme haben mir gut gefallen, da sie aufzeigen, welche Bedeutung die klinischen Beurteilungen und Handlungen in ihrem Umfeld haben. Allerdings habe ich den Artikel der Westschweizer Kollegen «Veränderung der Spezialisierung in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege» als grosses Jammern wahrgenommen. Ich habe mich gefragt, ob sie wohl Angst haben, von den Rettungssanitätern und Hebammen überrannt zu werden? Nach meinen Erfahrungen besteht dafür kaum Gefahr. Ich halte die Entscheide der OdA-Santé für gut, ja sogar noch etwas zu

wenig weit gehend. Weshalb sollte eine TOA, medizinische Laborantin oder Radiologieassistentin weniger gut sein? Ich habe zu Beginn meiner Anästhesiezeit mit einem älteren Kollegen zusammengearbeitet. Ich habe viel von ihm lernen können – gerade im Umgang mit den Patienten. Beiläufig erwähnte er, dass er vor der Anästhesie Physiotherapeut war. Er könnte heute nie eine Anästhesieweiterbildung absolvieren. Als langjähriger Schulleiter plädiere ich für eine weite Öffnung auf alle paramedizinischen Berufe. Denn nicht nur das, was zuvor gelernt wurde, zählt, sondern viel mehr, wie sich die Lernenden in der neuen Welt zurechtfinden. Und dazu zählt nicht nur die Schule, sondern ganz entscheidend die Praxis. Zusammen können Lernende geformt wer-

den, die die Anforderungen an eine/n gute/n Anästhesiepflegefachfrau/-mann erfüllen, und die darüber hinaus nicht nur die Sicherheit, sondern auch das Wohlbefinden, vor allem des wachen Patienten, im Blick haben. Ich bin sicher, das gelingt einer Hebamme oder einem Radiologieassistenten genauso gut, wie einer Pflegefachfrau. In diesem Sinn meine ich, dass weder Anästhesie- noch Intensiv-, noch Notfallpflege Angst davor haben müssen, von «Artfremden» überrannt zu werden. Im Gegenteil «Artfremde» werden alles daran setzen, im neuen Berufsfeld erfolgreich zu sein, nicht nur im technischen Sinn. Ich plädiere für eine breite Öffnung, denn die Praxis wird es zeigen!

*Martin Lysser*

## Réplique

Répondre au courrier des lecteurs réagissant aux articles des infirmiers anesthésistes romands sur le nouveau plan d'étude cadre (PEC)? C'est la question que je me suis posée, de crainte d'entrer dans la polémique. Ce sujet met justement le doigt sur une des différences culturelles qui sépare la Suisse Allemande et la Suisse Romande au niveau des formations infirmières post-diplôme. Le travail d'un infirmier anesthésiste ne se résume pas à une suite de gestes techniques, d'application de protocoles et d'enchaînement de diverses procédures. Rappelez-vous l'ouvrage au titre provocateur qu'a écrit Christine E. Whitten en 1990: «anyone can intubate»! Être capable de réaliser un enchaînement coordonné de gestes en respectant des critères de qualité, de sécurité, d'hygiène, de confort et j'en passe, n'est de loin pas suffisant pour faire un professionnel. Les démarches soignantes fondées sur l'analyse et la pratique réflexive, sur déontologie, l'éthique et le droit des patients associées aux compétences cliniques sont l'essence même du métier. Ces démarches nous obligent à concevoir chaque prise en charge d'un patient comme une activité unique et chaque fois différente. Il est assurément impensable de prétendre acquérir ces compétences par imitation ou par «compagnonnage» comme le laisse enten-

dre M. Lysser. Une formation spécialisée post-diplôme, conçue dans un programme favorisant alternance et pratique réflexive est une nécessité à ce niveau là de complexité et de responsabilités. L'évolution rapide que connaît l'anesthésie depuis plusieurs années nécessite de constantes mises à jours de la formation du personnel infirmier spécialisé. Raison pour laquelle le nouveau PEC était une nécessité souhaitée de part et d'autre de la Sarine... Cependant, la disparition du titre d'«infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation» et l'ouverture de cette formation post-diplôme (au même titre que celles en soins intensifs et en soins d'urgences) à du personnel non infirmier reste inacceptable aux yeux d'une grande majorité d'infirmiers et de médecins anesthésistes. Ça n'est pas par corporatisme ou par peur, mais bien pour des raisons profondément ancrées dans notre pratique et notre culture professionnelle que nous réagissons. Pour rappel, les médecins anesthésistes ont depuis toujours pratiqués leur art en étroite collaboration avec le personnel infirmier et ce bien avant que la nécessité d'une formation spécialisée ne devienne une nécessité. C'est ensuite l'ASI et la FSIA qui, par l'intermédiaire de la commission paritaire, ont mis sur pied une formation post-diplôme pour répondre à la complexité croissante de l'anesthésie. De cette démarche commune sont nés des

liens de confiance et un respect mutuel qui contribuent largement à assurer la sécurité et la qualité des prises en charge pour les patients. C'est justement cette étroite collaboration entre médecins anesthésistes et infirmiers anesthésistes qui tient à cœur des romands: on ne change pas une équipe qui gagne! Au final c'est la seule volonté de l'OFFT qui, en voulant créer des passerelles entre les formations de la santé, justifie et impose l'ouverture des spécialités infirmières à des professionnels de la santé non infirmier. Ça n'est assurément ni les patients, ni les médecins anesthésistes et ni la spécialité qui y gagne. Concevoir une offre en soins en partenariat avec les patients et leur entourage, réaliser des offres en soins dans la perspective d'une prise en charge interdisciplinaires, promouvoir la santé, coopérer et coordonner son activité avec tous les acteurs du système socio-sanitaire, évaluer ses prestations professionnelles, contribuer à la recherche en soins et en santé, participer aux démarches qualité tout en maîtrisant les connaissances spécifiques qu'exigent le travail en milieu hospitalier ne peuvent pas s'acquérir en une seule année de stage! L'affirmer serait une insulte pour le travail et la formation des infirmiers-ères avec une formation de base (ES ou HES). Profession dont, je vous le rappelle, nous sommes tous issus!

Ca n'est donc pas la peur des autres professions, avec qui nous collaborons depuis de nombreuses années, qui est à l'origine de nos réticences, mais bien l'ensemble des raisons ci-dessus. Avoir un titre d'infirmier (ES ou HES) est, à notre sens, un pré-requis

impératif pour faire une spécialisation en soins d'anesthésie, sous peine de fortement dévaloriser notre profession.

*François Magnin*

*Membre du comité de la SIGA / FSIA*

Die Leserbriefe widerspiegeln nicht unbedingt die Meinungen des editorial boards.

Die Beiträge der Leser/innen-Ecke erscheinen nur in ihrer Originalsprache.

Allfällige Literaturangaben zu den Leserbriefen finden Sie auf der Homepage [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch)

Wenn Sie Kontakt zu den Autor/innen wünschen, wenden Sie sich bitte an die Redaktion unter [redaktion@siga-fsia.ch](mailto:redaktion@siga-fsia.ch)

## Leserbrief

Ich beziehe mich auf den Artikel «Veränderung der Spezialisierung in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege» im Anästhesiejournal Nr.3, vom September 2010, von den Autoren C. Laville, K. Lecomte

Als Schulleiterin am «Schweizer Institut für Rettungsmedizin» verfolge ich die bildungs- und berufspolitischen Ereignisse in der Schweiz seit vielen Jahren mit grosser Aufmerksamkeit.

Es fällt mir auf, dass die Diskussionen gegen die Durchlässigkeit innerhalb der Berufe im Bereich Gesundheit HF, insbesondere auch die Zulassungsbedingungen zum NDS AIN, immer wieder die gleichen Argumente enthalten. Nämlich die Befürchtung, dass dies zu einem Qualitätsverlust führen könnte, und es wird die Frage aufgeworfen, ob es denn möglich ist, sogenannte «Nicht-Pflege-Personen» (Rettungssanitäter und Hebammen) die nötigen professionellen Pflegekompetenzen zu vermitteln und sie somit zu befähigen, ein NDS AIN zu absolvieren.

## Durchlässigkeit

2004 wurde in der Schweiz ein neues Berufsbildungsgesetz in Kraft gesetzt. Dieses Gesetz fördert und entwickelt (BBG Kap.1, Art.3):

- a. ein Berufsbildungssystem, das den Einzelnen die berufliche und persönliche Entfaltung und die Integration in die Gesellschaft, insbesondere in die Arbeitswelt, ermöglicht, und das ihnen die Fähigkeit und die Bereitschaft vermittelt, beruflich flexibel zu sein und in der Arbeitswelt zu bestehen
- d. die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bildungsgängen und -formen innerhalb der Berufsbildung sowie zwischen der Berufsbildung und den übrigen Bildungsbereichen
- e. die Transparenz des Berufsbildungssystems

## Qualität

Personalmangel ist allgemein im Gesundheitswesen ein aktuelles Thema. So sagt zum Beispiel der Bericht des Schweizer Gesundheitsobservatoriums Obsan (1) voraus, dass der Personalbedarf bis 2020 je nach Szenario um 13 bis 25 Prozent zunehmen könnte. Daraus wird ein Fehlbestand von 25000 bis 48000 Pflegenden prognostiziert. Ein nicht unbedeutender Anteil des Personals wird bereits heute von ausländischem, insbesondere deutschem Personal gestellt, für das zwar nach einer Analyse des SRK (2) eine Nachqualifikation für den adäquaten Einsatz in der Schweiz erforderlich ist, das jedoch häufig dazu eingesetzt wird, offene Stellen zu besetzen. So stellt sich neben der Frage nach Qualität auch die Frage: Was, wenn sich in den «Zubringerländern» auch ein Personalmangel entwickelt?

## Professionelle Pflegefähigkeiten bei «Nicht-Pflege-Personen»

In den Argumentationen gegen die Durchlässigkeit in den Gesundheitsberufen HF werden immer wieder Begriffe wie «Nicht-pflegerische Gesundheitsberufe» (3), oder wie hier «Nicht-Pflege-Personen» erwähnt, ohne dass der Begriff der Pflege genauer definiert wird.

«Professionelle Pflege wird (Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, «Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition», Elisabeth Spichiger (RN, PhD.) et al., 2006, S.45) (4) in zwei Kernsätzen definiert. Inhaltlich geht es um das Fördern und Erhalten von Gesundheit, das Vorbeugen von gesundheitlichen Schäden und das Unterstützen von Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien. Ziel sind bestmögliche Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie eine bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis

zum Tod für die betreuten Menschen».

«[Pflege] postuliert eine optimale Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, um bestmögliche Ergebnisse für Menschen mit Gesundheitsproblemen zu erzielen». «In den Worten der Definition ausgedrückt heisst dies, professionelle Pflegenden fördern und erhalten Gesundheit, beugen gesundheitlichen Schäden vor und unterstützen Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien».

## Fazit:

1. Das Ziel der OdASanté, die Durchlässigkeit innerhalb der Gesundheitsberufe zu fördern, ist eine klare Auflage des neuen Berufsbildungsgesetzes.
2. Die Qualität und der Personalmangel im Gesundheitswesen Schweiz lässt sich sowohl mittel- als auch langfristig ganz bestimmt nicht mit ausländischem Personal lösen.
3. Der Begriff «Professionelle Pflege» definiert sich nicht über die zeitliche Dauer des Patientenkontaktes, er beschränkt sich nicht auf den Ort Spital oder Klinik und er gibt uns keinen genauen Tätigkeitskatalog über zwingend zu verrichtende Massnahmen.
4. Es lässt sich nicht erkennen, warum der Dipl. RS HF oder die Hebamme ein «nicht-pflegerischer Gesundheitsberuf» sein soll.

## Um was geht es eigentlich?

Es geht darum die «neue» Bildungssystematik und das «neue» Berufsbildungsgesetz umzusetzen. Das heisst, in einem umfassenden Kontext zu denken und das Beste für die Studierenden im Bereich Gesundheit HF zu ermöglichen.

*Christine Hunziker*

*Dipl. Rettungssanitäterin HF*

*Dipl. Expertin Anästhesie NDS HF*

*Dipl. Erwachsenenbildnerin HF*



# Das starke Doppel für die Anästhesie

Jetzt umsteigen  
auf Space TCI

## Space TCI

- Eine Pumpe für alles - TCI/TIVA/PCA
- Plasma und effect site targeting mit Infusomat® et Perfusor®
- Vollautomatische Anästhesiedokumentation

## Propofol-® Lipuro

- Geringer Injektionsschmerz<sup>1-4</sup>  
-> als einziges Propofol-Präparat mehrfach dokumentiert
- Enthält Lipofundin® MCT/LCT als Trägerlipidemulsion  
-> Ist in der parenteralen Nährlösung NuTRiflex® Lipid enthalten

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AG | Hospital Care | Seesatz | 6204 Sempach | Tel 0848 830044 | Fax 0800 830043 | sales-hospital.bbmch@bbraun.com | www.bbraun.ch

Literatur: 1 Kunitz O et al. Propofol-LCT versus Propofol-MCT/LCT mit oder ohne Lidocain – Vergleichende Untersuchung zum Injektionsschmerz. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2004; 39: 10-4 | 2 Rau J et al. Propofol in an Emulsion of Long - and Medium Chain Triglycerides: The Effect on Pain. Anesth Analg 2001 93: 382-4 | 3 Larsen R et al. Propofol in a new formulation (Propofol MCT/LCT): Effect on injection pain in children. Anesthesist 2001; 50:676-8 | 4 Rochete A et al. Avoiding Propofol injection pain in children: a prospective, randomized, double-blinded, placebo-controlled study. BJA doi:10.1093/bja/aenl 69

Gekürzte Fachinformation Propofol-®Lipuro 1% und 2% Injektionsemulsion, Infusionsemulsion:

Z Propofol. Inj. Emulsion 1%/Inf. Emulsion 2% (1 ml): 10 mg/20 mg. I Einleitung und Erhaltung einer Vollnarkose ab 6 Mon., Sedierung bei Beatmung in der Intensivbehandlung ab 16 J. D siehe Arzneimittelkompendium KI Schwangerschaft < 16 J. (Sedierung). P Propofol-®Lipuro 1% Amp 5x20 ml. Inf FI 50 ml. 1% Inf FI 100 ml. 2% Inf FI 50 ml.



Erleben Sie selbst **sophisticated**  
*simplicity*



- Die arcomed TCI Pumpen sind in führenden Schweizer Krankenhäusern im täglichen Einsatz
- Einfachste Bedienung
- Kompaktes und robustes Design
- Übersichtliches und lichtstarkes LCD - Display
- Individuelle Programmierung und Anordnung der TCI Algorithmen und TIVA Programme wie:
  - Schnider, Marsh (1.6 TPeak und 4.0 TPeak), Minto
  - TIVA Dosiskalkulation z.B. mg/kg/h, ug/kg/min (u.a. mit Induktion) z.B. für Propofol, Ultiva, Noradrenalin usw.
- Speicher der letzten 6000 Ereignisse (applikationsunabhängig)
- Hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis
- arcomed Lifetime – Support-Garantie



ISO 9001 / ISO 13485 zertifiziert  
Zertifizierter Hersteller von  
Medizinprodukten der Klasse I  
und II nach EC 93/42

swiss made