

careanesth

jobs im schweizer gesundheitswesen



**WIR LASSEN SIE
NICHT SITZEN**

Festanstellungen, Temporär- und Springer-Einsätze

Nelkenstrasse 15
CH-8006 **Zürich**

Tel. +41 44 879 79 79
Fax +41 44 879 79 80

info@careanesth.com
www.careanesth.com

Impressum

Anästhesie Journal 1, Februar 2016/
Journal d'anesthésie 1, février 2016

Offizielles Organ der Schweizerischen
Interessengemeinschaft für
Anästhesiepflege SIGA / FSIA/
Organe officiel de la Fédération Suisse
des infirmiers (ères) anesthésistes SIGA / FSIA

Erscheint vierteljährlich/
Paraît trimestriellement

Auflage: 1800 Exemplare/
Edition: 1800 exemplaires

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

**Verlag, Insetateverwaltung,
Layout, Redaktion/
Edition, Administration des annonces,
Annonces, Mise en page, Rédaction**
Schweizerische Interessengemeinschaft
für Anästhesiepflege SIGA / FSIA /
Fédération Suisse des infirmiers (ères)
anesthésistes SIGA / FSIA
Stadthof, Bahnhofstrasse 7b
6210 Sursee
Tel./Tél 041 926 07 65
Fax 041 926 07 99
E-Mail/Email: redaktion@siga-fsia.ch
www.siga-fsia.ch

SIGA / FSIA editorial board

Christine Berger Stöckli
(Übersetzungen F, D / traductions F, A)
Maria Castaño
Christine Ducrest-Binggeli
Christine Rieder-Ghirardi
(Übersetzungen D, F / traductions A, F)
Tobias Ries Gisler

Abonnemente / abonnements

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

Druck / Impression

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

Inserateschluss / Délai pour les annonces

Ausgabe 2/16: 25. Juni 2016
Edition 2/16: 25 juin 2016

© 2016 Verlag Anästhesie Journal
© 2016 anesthésie Journal Editions



Titelbild:
Wissengesellschaft



Editorial

Chères et chers collègues,

C'est avec grand plaisir que j'introduis le premier journal de cette année 2016 centré sur l'évolution des compétences dans les soins d'anesthésie.

De nouvelles opportunités s'ouvrent à la profession: non seulement dans le cadre du bloc opératoire mais également lors de la visite préopératoire (voir l'article de Virgine Millard) et lors d'interventions endoscopiques à l'extérieur du bloc opératoire (voir l'article de Robert Douredjam). Mme Chollet-Rivier l'avait déjà souligné lors du congrès du GIAL en 2014.

Il est important que cette évolution se fasse dans un cadre déterminé avec des guidelines de sécurité adaptés. Une première étape sera de valider nos compétences et nos formations post grades. La nouvelle plateforme e-log CPD (développement professionnel continu) créée par l'ASI et la SIGA/FSIA nous permettra de valider nos acquis tout au long de notre vie professionnelle. Elle sera mise en ligne le 14 mars 2016.

En attendant, je vous invite à y jeter un coup d'œil et à vous familiariser avec le tout nouveau site de la SIGA/FSIA qui est l'organisation suisse qui représente notre profession dans tous les cantons et dans nos 3 langues nationales.

Une association suisse forte et homogène est un tremplin indispensable pour faire évoluer notre profession et défendre ses intérêts dans un contexte européen.

Je vous souhaite bonne lecture et n'hésitez pas à me communiquer vos commentaires concernant cette édition.

Christine Ducrest

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

News	4
Wie kann Expertise sichtbar gemacht werden?	8
Die Kommission education stellt sich vor	12
La commission education se présente	13
Leser/innen-Ecke	14
Le coin des lecteurs	14
Buchempfehlung	15
Diplomarbeiten als Poster dargestellt	22
L'anesthésiste dans la consultation pré opératoire	28
L'anesthésie pratiquée par des non-anesthésistes?	31
Agenda	35

1300. Mitglied

Frau Claudia Kühl aus St. Gallen ist unser 1300. Mitglied. Die SIGA/FSIA setzt damit ihr Wachstum fort. Innerhalb eines Jahres ist die Mitgliederzahl um 100 Mitglieder gestiegen. Frau Kühl hat die SIGA/FSIA-Mitgliedschaft 2016 geschenkt erhalten. Wir freuen uns, bald schon das 1400. Mitglied zu begrüßen; unterstützen Sie uns dabei!



Andreas Mathies, Mitglied SIGA/FSIA management, gratuliert Claudia Kühl, 1300. SIGA/FSIA-Mitglied.

e-log ab März 2016 in der Vollversion verfügbar

Nach den aussagekräftigen Tests im Dezember 2015 und der anschliessenden Behebung von noch vorhandenen Fehlern sind Anfang Februar 2016 die Tests auf der produktiven Plattform erfolgt. Ebenfalls ist die Website mit ausführlichen Informationen (www.e-log.ch) nun online.

Bereits seit Mitte Januar läuft die Anmeldung für den Anästhesiekongress SIGA/FSIA 2016 über diese Plattform. Die Vollversion steht den Mitgliedern der SIGA/FSIA ab dem 14. März 2016 kostenlos zur Verfügung. Für Nicht-Mitglieder besteht die Möglichkeit der kostenpflichtigen Nutzung.



Einstufung NQR der NDS HF Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege (AIN)

Die SIGA/FSIA sowie die weiteren Fachverbände der Intensiv- und Notfallpflege haben erfolgreich gegen die Einstufung der NDS HF AIN in den NQR lobbyiert. Der Vorstand OdASanté hat an seiner Sitzung vom 8. Dezember 2015 entschieden, die Veröffentlichung der Einstufung NQR des NDS HF AIN sowie die Abgabe von Diplomzusätzen für dipl. ExpertInnen Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege NDS HF zurückzustellen.

Die NDS HF werden vom Bund nicht in den NQR eingestuft, da sie formal dem Weiterbildungsgesetz und nicht dem Berufsbildungsgesetz zugeordnet werden. OdASanté hat von Beginn weg angeboten, diese Einstufung selber zu machen. Unter dem Eindruck des vorliegenden Resultates (Einstufung des NDS HF AIN auf Niveau 6 statt wie erwartet auf Niveau 7 des NQR) haben es die Mehrheit der Mitglieder der Entwicklungskommission sowie die Berufsverbände abgelehnt, diese zu veröffentlichen und Diplomzusätze auszustellen. Der Vorstand OdASanté trägt mit seinem Beschluss den eingebrachten Bedenken der Berufsleute Rechnung.

Anfang 2016 wird die Überprüfung des Rahmenlehrplans lanciert und Ende 2016 wird die allfällige Überführung der NDS in höhere Fachprüfungen durch den Vorstand OdASanté neu beurteilt. Der Vorstand OdASanté hat deshalb entschieden, mit einer Veröffentlichung des Resultates zur Einstufung des NDS HF AIN in den NQR bis Ende 2016 zu warten.

Die Einstufungen NQR der anderen 13 formalen Abschlüsse unter der Trägerschaft von OdASanté werden vom SBFI im Juli 2016 publiziert.

Projekt «future»

Die SIGA/FSIA lanciert das Projekt «future» und stützt den Prozess der Meinungsbildung gewichtiger berufspolitischer Entscheidungen, welche dieses Jahr vorbereitet und gefällt werden breiter ab. SIGA/FSIA befasst sich im Projekt mit der Thematik der berufspolitischen Positionierung. Ziel ist es, basierend auf Recherchen ein Argumentarium zu erarbeiten, aufgrund dessen das weitere Vorgehen (Planung) festgelegt werden kann. Wegen folgender Themen wurde das Projekt lanciert:

- ▶ Revision des RLP NDS HF AIN
- ▶ Positionierung auf Stufe 7 NQR (EQR)
- ▶ Prüfung einer allfälligen Überführung NDS HF AIN in eine HFP (diesbezügliche Positionierung festlegen)

Die externe Projektleitung Nina Hänsl, Walker Management AG, sowie die Vertreter dieser wurden vom Vorstand bestimmt. Es sind dies:

- ▶ Ueli Wehrli, SIGA/FSIA president
- ▶ Nicole Krestan, vice-president, SIGA/FSIA, management
- ▶ Claude Laville, GIAL und SIGA/FSIA education
- ▶ Martin Salzmann, SIGA/FSIA education, Mitglied Entwicklungskommission NDS HF AIN
- ▶ Michèle Giroud, SIGA/FSIA education
- ▶ Nadine Morgenthaler, SIGA/FSIA management
- ▶ Marianne Riesen, SIGA/FSIA practice & IFNA education committee
- ▶ Lars Egger, IFNA practice committee
- ▶ Kurt Sperl, Mitglied Entwicklungskommission NDS HF AIN
- ▶ Jean-Michel Vasse, GIAL und SIGA/FSIA education
- ▶ Gabi Haldemann, SIGA/FSIA education

Neue Website ist online

Die neue Website der SIGA/FSIA ist online! Testen Sie die frische, aufgeräumte und zielgruppenorientierte Darstellung, und melden Sie uns zurück was Ihnen gefällt und was noch verbessert werden könnte (info@sig-fsia.ch).
www.sig-fsia.ch – damit du immer weisst, was läuft!



Danke und Willkommen, liebe Funktionäre!

Helene Gafner hat ihre Leitungsfunktion für die Ausbildung der NDS HF Anästhesie am Berner Bildungszentrum Pflege an Maria Castaño übergeben. Wir sagen Helene danke für den jahrelangen Einsatz. Michèle Giroud wird Einsitz in der SIGA/FSIA education nehmen. Wir begrüssen sie und freuen uns auf ihre neuen Impulse. Maria Castaño arbeitet bereits seit längerem aktiv im SIGA/FSIA editorial board mit.



Maria Castaño



Michèle Giroud

1300^{ème} membre

Madame Claudia Kühl de St-Gall est notre 1300^{ème} membre. La SIGA/FSIA poursuit ainsi sa croissance. En une année, le nombre de membres a augmenté de 100 membres. L'affiliation à la SIGA/FSIA a été offerte à Madame Kühl pour 2016. Nous nous réjouissons d'accueillir bientôt le 1400^{ème} membre. Aidez-nous à y arriver!



Andreas Mathies, membre de la commission SIGA/FSIA management, félicite Claudia Kühl, le 1300^{ème} membre de la SIGA/FSIA.

e-log disponible en version complète dès mars 2016

Après les tests probants en décembre 2015 et la correction des quelques erreurs constatées, les tests ont été menés sur la plate-forme productive début février 2016. Le site internet avec des informations détaillées (www.e-log.ch) est désormais également activé.

L'inscription pour le congrès d'anesthésie de la SIGA/FSIA 2016 se déroule déjà depuis la mi-janvier via cette plate-forme. Les membres de la SIGA/FSIA disposeront gratuitement de la version complète dès le 14 mars 2016. Les non-membres ont la possibilité de passer par une utilisation payante.

Classification CNC des EPD ES en soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence

La SIGA/FSIA et d'autres associations professionnelles ont fait du lobbying contre la classification des EPD ES AIU dans le CNC et ceci avec succès. Lors de sa séance du 8 décembre 2015, le comité de l'OdASanté a décidé de reporter la publication de la classification des EPD ES AIU dans le CNC et la remise des suppléments aux diplômes pour les expert/-es diplômés/-es EPD ES en soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence.

La Confédération n'intègre pas les EPD ES dans le CNC puisque formellement, elles sont soumises à la loi sur la formation continue et non à la loi sur la formation professionnelle. Dès le début, l'OdASanté avait proposé de procéder elle-même à cette classification. Compte tenu du résultat disponible (classification des EPD ES AIU au niveau 6 au lieu du niveau 7 présumé du CNC), la plupart des membres de la commission de développement ainsi que les associations professionnelles ont refusé la publication et l'établissement des suppléments aux diplômes. Avec sa décision, le comité de l'OdASanté tient compte des doutes exprimés par les professionnels.

Début 2016, la vérification du plan d'études cadre sera lancée et fin 2016, le comité de l'OdASanté réévaluera l'éventuel passage des EPD à des examens professionnels supérieurs. De ce fait, le comité de l'OdASanté a décidé d'attendre avec la publication du résultat concernant la classification des EPD ES AIU dans le CNC jusqu'à fin 2016.

La classification CNC des 13 autres diplômes formels sous la responsabilité de l'OdASanté sera publiée par le SEFRI en juillet 2016.

Projet «future»

La SIGA/FSIA lance le projet «future» et appuie plus largement le processus de la formation d'opinion concernant des décisions importantes sur le plan de la politique professionnelle qu'il faudra préparer et prendre au cours de cette année. Dans le cadre de ce projet, la SIGA/FSIA se penche sur le thème du positionnement au niveau de la politique professionnelle, le but étant d'élaborer un argumentaire en se référant à des recherches. Sur la base de cet argumentaire, la marche à suivre (planification) pourra être définie. Le projet a été lancé en raison des points suivants:

- ▶ Révision du PEC EPD ES AIU
- ▶ Positionnement au niveau 7 CNC (EQR)
- ▶ Examen d'un éventuel passage des EPD ES AIU en EPS (définir le positionnement à ce sujet)

Le comité a désigné la direction externe du projet avec Nina Hänsl, Walker Management AG ainsi que les représentants. Il s'agit des personnes suivantes:

- ▶ Ueli Wehrli, président de la SIGA/FSIA
- ▶ Nicole Krestan, vice-président, SIGA/FSIA management
- ▶ Claude Laville, GIAL et SIGA/FSIA education
- ▶ Martin Salzmänn, SIGA/FSIA education, membre de la commission de développement EPD ES AIU
- ▶ Michèle Giroud, SIGA/FSIA education
- ▶ Nadine Morgenthaler, SIGA/FSIA management
- ▶ Marianne Riesen, SIGA/FSIA practice & IFNA education committee
- ▶ Lars Egger, IFNA practice committee
- ▶ Kurt Sperl, membre de la commission de développement EPD ES AIU
- ▶ Jean-Michel Vasse, GIAL et SIGA/FSIA education
- ▶ Gabi Haldemann, SIGA/FSIA education

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

News

SIGA/FSIA science sucht Sie!
01.02.2016
SIGA/FSIA science eine Arbeitsgruppe wurde im Februar 2016 gegründet.
» mehr erfahren

SIGA/FSIA event sucht Sie!
01.02.2016
SIGA/FSIA event ist eine Kommission, die für die Organisation des ...
» mehr erfahren

Erklärung Sichere Chirurgie Schweiz
07.07.2016
In einem nationalen Pilotprogramm hat Patientensicherheit Schweiz...
» mehr erfahren

SBK-Befragung: Weichenstellung für die Zukunft
18.12.2016
An der Delegiertenversammlung im Juni 2016 wird über die zukünftige...
» mehr erfahren

Member of: **FNA**

Webpartner: **Dräger**

Agenda
Aktuelle Ankünfte und Events der SIGA/FSIA 2016
» mehr erfahren

CPD
Hier gelangen Sie zur Umfrage der CPD
» mehr erfahren

Jobs
Finden Sie Ihre Stelle in unseren Stellengloben
» mehr erfahren

GIAL
Group regional Gruppo regionale
» mehr erfahren

Le nouveau site internet est en ligne

Le nouveau site internet de la SIGA/FSIA est en ligne!

Testez la nouvelle présentation fraîche et gaie adaptée aux groupes cibles et dites-nous ce qui vous plaît et ce qui pourrait encore être amélioré (info@sig-fsia.ch).
www.sig-fsia.ch – pour être au courant de ce qui se passe!



Merci et bienvenue, chers fonctionnaires!

Helene Gafner a remis sa fonction de responsable de la formation des EPD ES anesthésie au Centre de formation bernois Soins à Maria Castaño. Nous adressons nos remerciements à Helene pour son engagement pendant de longues années. Michèle Giroud siègera à la commission SIGA/FSIA education. Nous lui souhaitons la bienvenue et attendons volontiers ses nouvelles idées. Maria Castaño travaille déjà depuis un certain temps activement au sein de l'editorial board de la SIGA/FSIA.



Maria Castaño



Michèle Giroud

Wie kann Expertise sichtbar gemacht werden?

Marianne Riesen, Nadja Falà, Lars Egger

Lehrgänge im tertiären Bereich schliessen oft mit einer Diplomarbeit ab. In der beruflichen Weiterbildung stehen dabei andere Qualitätskriterien im Vordergrund als in der Wissenschaft.

Der Beitrag fasst Inhalt und Diskussion des Input-Referats von Marianne Riesen am Workshop anlässlich des SGAR-Kongresses vom 13. November 2015 in St. Gallen zusammen.

Der Workshop richtete sich an Fach- und Lehrpersonen, Personen der Berufsbildung, Studierende des NDS HF Anästhesie und der HF Rettungssanität. Diese Ausbildungen gehören dem Tertiär-B-Bereich, also der höheren Berufsbildung, an. Um den Abschluss in diesen Berufen zu erlangen, wird eine Diplomarbeit vorausgesetzt (OdASanté 2012). Diplomarbeiten können die alltägliche Praxis der Anästhesiepflege sowie die professionelle Haltung und Handlung, also die berufliche Expertise aufzeigen. Diplomarbeiten können als Grundlage für Poster dienen. Für Poster, die auf akademischen Arbeiten beruhen, bestehen global gültige Richtlinien. Diese sind jedoch für Diplomarbeiten NDS HF oder HF nicht ohne Anpassung anwendbar. Während der Diskussion über mögliche Richtlinien zeigten sich drei wichtige Aspekte:

1. Die Studierenden stehen für die Erstellung der Diplomarbeiten unter massivem Zeitdruck.
2. Die Studierenden haben oft nicht genügend Selbstbewusstsein und Unterstützung, ihre Arbeiten ansprechend und korrekt zu präsentieren und
3. sind nicht primär die Studierenden für die Entwicklung von Expertise verantwortlich, sondern die Diplomierten.

Wissensebenen im Gesundheitswesen

Gemäss Crisp & Chen (2014) sind Gesundheitsberufe wissensintensive Bereiche mit verschiedenen Qualifikationen auf

verschiedenen Wissensebenen. Die erste sogenannte informative Phase dient der Grundausbildung. Die zweite, formative Phase vermittelt Werte und Verhaltensweisen, die dazu führen, Mitglieder einer Profession auszubilden. Die dritte Phase, nämlich die transformative, fördert die Entwicklung von Führungspersonen und Change Agents, die fähig sind, Visionen zu vermitteln und das Gesundheitswesen zu transformieren. Eine Herausforderung für die transformativen Kräfte ist die Koordination und Kollaboration zwischen den Gruppen mit informativem, formativem und transformativem Bildungshintergrund.

Die Gesundheitsfachleute werden immer noch weitgehend mono-disziplinär ausgebildet. Es gibt die Medizinausbildung, die Pflegeausbildung und traditionellerweise finden diese Ausbildungen unabhängig voneinander statt. Der Anspruch, dass die Gesundheitsfachleute danach interprofessionell und in variierender Teamzusammensetzung zusammenarbeiten sollen, ist sehr hoch und erfordert regelmässiges Training und einen hohen Grad an Professionalität.

Die Wissensgesellschaft

«Der Trend zur Wissensgesellschaft heisst nicht immer mehr Hochschulbildung, sondern dass die Produktion von immer neuen Wissens-elementen durchdrungen wird» (Strahm, 2014, S. 72). Der Beweis dafür zeigt sich in den sich ständig wan-

Comment rendre visible l'expertise?
Article en français sur
Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal.html

delnden Anforderungen. Deshalb ist die Meinung völlig falsch, dass die Wissensgesellschaft ausschliesslich über die akademische Bildung erreicht und nur durch sie ökonomisch wirksam wird. Eine treibende Kraft der Innovationsfähigkeit der Schweiz ist der hohe Bildungsgrad in der Berufswelt, insbesondere im nichtakademischen Bereich (Strahm 2014).

Die wissensintensiven Bereiche wachsen

Die Wissensintensität und die Anforderungen an die Lernbereitschaft in der Berufsbildung steigen, ebenso die Mobilität und Flexibilität. Lernen wird ein Schlüsselfaktor zur Erhaltung der Vermittlungs- und Beschäftigungsfähigkeit. Eigeninitiative und Selbstverantwortung in der Weiterbildung werden wichtiger. Insgesamt sind die Ansprüche an die Selbst- und Sozialkompetenzen vielfältiger und umfassender geworden. Deshalb muss die höhere Berufsbildung gezielt aufgewertet werden. Die Schweiz kann sich den internationalen Trends im Bildungswesen nicht entziehen. Sie muss, wie im Hochschulbereich, eine proaktive Rolle bei der Aufwertung der hochstehenden Berufsbildungsqualität einnehmen. Dabei ist die Frage zu klären, welche Tertiär-B-Ausbildungen wirklich Tertiärcharakter haben und welche postsekundär sind (Schellenbauer et.al. 2010).

Infolge der Personenfreizügigkeit ist eine Titeläquivalenz der Abschlüsse höherer Berufsbildungsberufe gegenüber ausländischen Hochschulabsolventen von zunehmender Bedeutung. Die Schwierigkeiten der Qualifikationsbeschreibung benachteiligen Schweizer Berufsleute im Ausland. Mit der Zunahme ausländischer Vorgesetzter, die das schweizerische Berufsbildungssystem nicht kennen, werden sie zunehmend auch in der Schweiz benachteiligt (Strahm 2014).

Wissenschaft und Berufsbildung

Wissenschaft «bezeichnet die Fähigkeit, Wissen durch Beweisverfahren (z. B. Folgen, Messen, Quellenkunde) zu sichern und auszubauen, einzelne Gebiete voneinander abzugrenzen und das Wissen von ihnen nach innerwissenschaftlichen Kriterien (Allgemeingültigkeit, Systematisierung, Verifikation) zu einem einheitlichen Zusammenhang zusammenzuschliessen» (Herder, 1995, S. 1090). Das akademische Studium ist eingebunden in Wissenschaftsprozesse. Diese folgen dem Prinzip der fachsystematischen Strukturierung der Lehr- und Lerninhalte, die für die Grundlagen in der Regel höchst abstrakte, auf die Breite der Disziplin zielende und sie begründende Theorien vermitteln. Nicht selten besteht die Grundbildung aus Grundlagenfächern wie Mathematik und Naturwissenschaften. So absolviert z. B. ein angehender Mediziner oder Ingenieur im Grundlagenstudium zunächst umfangreiche mathematisch-naturwissenschaftliche Studien, bevor er sich im Hauptstudium den anwendungs-

bezogenen Fachinhalten zuwendet. Die Berufspraxis wird nach dem Studium erworben (Rauner 2010).

Ein wichtiger Bestandteil der Wissenschaft ist die Forschung. Sie wird in Grundlagenforschung und angewandte Forschung unterteilt. Die Grundlagenforschung versucht die bislang unbekanntesten Objekte, Verhaltensmechanismen, Grundstrukturen oder Funktionszusammenhänge elementarer Art zu klären. Die angewandte Forschung will die praxisbezogenen, oft technischen Probleme lösen. Sie verfolgt eine wirtschaftliche Nutzung und findet sowohl an Hochschulen als auch in der freien Wirtschaft statt. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in technischen Entwicklungen oder neuen Verfahren umgesetzt.

Im Unterschied zu den wissenschaftlichen Vorgehensweisen mit ihren abstrakten und definierten Kategorien basiert das prozedurale Wissen auf praktischen Begriffen und deren Bedeutungen. Diese entwickeln sich im Laufe der beruflichen Sozialisation

und Kompetenzentwicklung. Das handlungsleitende praktische Wissen wird dadurch ausgezeichnet, dass die unzähligen praktischen Erfahrungen die professionsbezogenen gedanklichen Konzepte bilden. Während es bei wissenschaftlichen Kategorien darauf ankommt, möglichst schlanke, eindeutige und abstrakte Definitionen zu formulieren, entwickeln sich die praktischen Konzepte auf der Grundlage reflektierter Arbeitserfahrung und deren Diskurs innerhalb der Berufsgruppe stetig weiter. Die Qualifizierung der Beschäftigten für die direkt wertschöpfenden Arbeitsprozesse in geregelten Berufsbildungssystemen bleibt der Dreh- und Angelpunkt für eine hohe Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit moderner Ökonomien (Rauner 2010; Strahm 2014). Im Gegensatz zur wissenschaftlichen Ausbildung mit einer breiten Theorieabstützung und hoher Abstraktion folgt die traditionelle Berufslehre einem eher umgekehrten Prinzip. Die berufliche Kompetenzentwicklung vollzieht sich als ein Prozess des Hineinwachsens in einen Beruf anhand beruflicher Entwicklungsaufgaben nach den Prinzipien des Novizen-Experten-Paradigmas. Die Stufen der Herausbildung des abstrakten handlungs-erklärenden Wissens, das schliesslich über den Beruf hinausweist, werden am Ende der Ausbildung erreicht (Rauner 2010).

Die Realität der Praxis

Oft haben Praktiker das Gefühl, von den Entscheidungen, die ihre Arbeit betreffen, ausgeschlossen zu sein, was zu einem Gefühl der Isolation, Machtlosigkeit und nicht selten zu einem Burnout führen kann. Schön (1987) beschrieb diese Isolation als sumpfiges Tiefland, wo die Probleme unklar und verwirrend sind und einer technischen Lösung oft widerstehen. Im Gegensatz dazu gibt es eine karge Hochebene, wo sich die Probleme mit forschungsbasierten, technischen Lösungen relativ leicht bewältigen lassen. Der Sumpf stellt die vielfältige Topografie der beruflichen Praxis dar. Ironischerweise werden die Probleme der



kargen Hochebene von Individuen und der Gesellschaft als relativ unwichtig erlebt, während diejenigen des Sumpfs von grösster menschlicher Bedeutung sind. Aus diesem Grund leuchtet es ein, Wege zu finden, aus den trüben und verwirrenden Problemen des Sumpfs zu lernen. Schöns Metapher bringt die Diskussion der Workshop-Teilnehmenden treffend auf den Punkt. Diese waren sich einig, dass Expertise vor allem durch diplomiertes Personal sichtbar gemacht werden soll. Die Studierenden sind mit Arbeit und Studium der Berufsgrundlagen genug belastet und müssen nicht primär die Berufsentwicklung vorantreiben. Die Diplomierten sind die Vorbilder für professionelles Verhalten und die Studierenden werden von ihnen in den Beruf sozialisiert. Zeit, Arbeitsbelastung, Führungsstil sowie die Grösse des Spitals wird von den Teilnehmenden als bestimmend für die Arbeit an der Expertise verstanden. Den personellen Engpässen und der Zeitknappheit fallen immer zuerst die Ausbildung und die professionelle Weiterentwicklung zum Opfer.

Den Mitarbeitern muss für ihre Weiterbildung, Arbeit und Innovationsfähigkeit sehr viel mehr Wertschätzung von den Vorgesetzten entgegengebracht werden. Um Kompetenz zu entwickeln, bewähren sich Entwicklungsansätze, die Eigenverantwortung, kontinuierliches, praxisorientiertes Lernen sowie die Entstehung einer lernenden Kultur fördern (Aiken et al., 2003; McCormack & Slater 2006). Eine solche Kultur wird unter anderem durch einen partizipativen Führungsstil gefördert, welcher Pflegenden ein hohes Mass an Mitsprache bei Entscheidungen im eigenen Arbeitsfeld ermöglicht und so zu verbesserten Patientenergebnissen führt (George et al. 2002).

Die in vielen Spitälern angebotenen Fort- und Weiterbildungen reichen häufig nicht aus, sich rasch an neue Arbeitssituationen anzupassen. Deswegen wird ein nicht unerheblicher Anteil «on the Job» gelernt (Berings et al., 2007). Alle lerntheoretischen Konzepte gehen davon aus, dass Lernen durch Erleben und Interpretieren erfolgt und damit an Handeln und Reflektieren gebunden ist. Dies gilt gleichermassen für die schulische

wie die betriebliche Aus- und Weiterbildung. Es erscheint daher aus lerntheoretischer Sicht besonders wichtig, reflexive Prozesse in der betrieblichen Ausbildung und vor allem im beruflichen Handeln zu verankern (Müller 2009). Genau hier setzt die Kooperation zwischen Management und Bildung an. Die Bildungsfachleute können Praktizierende unterstützen, das Lernen «on the Job» so zu dokumentieren, dass die Lernleistungen sichtbar werden.

Diplomarbeiten zeigen Expertise

Durch eine Diplomarbeit soll der Autor nachweisen, dass er in der Lage ist, ein Problem in einer vorgegebenen Frist selbstständig mit Hilfe von geeigneter Literatur zu bearbeiten. Eigenständige Forschungsanteile sind kein erforderlicher Teil der Arbeit. Die Workshop-Teilnehmenden fanden, dass Diplomarbeiten und auf ihnen basierende Poster ein Statement für Expertise sein können, aber sie sollen auch zu Diskussionen und beruflicher Weiterentwicklung anregen. Als Promotoren wurden Berufsbildner, Qualitätsmanager, Vorgesetzte, Pflegewissenschaftler und Pflegeexperten angesehen. Man war sich einig, dass die Arbeit vom Betrieb mitgetragen werden muss. Poster und Diplomarbeiten können z. B. ein Qualitätsprojekt der Praxis oder eine fachthematische Vertiefung mit dem Ziel einer «Best-Practice»-Definition präsentieren. Dadurch wird die Relevanz für den Betrieb gesteigert und die Arbeit kann als Teamerfolg deklariert werden. Die Teamentwicklung wird verbessert und den Autoren wird durch die Anwendung in der Praxis und durch die offizielle Präsentation Wertschätzung entgegengebracht. Expertise wird vor allem durch die Darstellung reflektierter Arbeitserfahrung sichtbar gemacht. Miller & Babcock (2000) zitieren Dewey (1933), der sagt, dass der Wert der Reflexion sich im daraus resultierenden Handeln zeigt. War eine Handlung erfolgreich, sollte man herausfinden, welche Faktoren dafür ausschlaggebend waren. Genau dasselbe gilt für den Misserfolg oder sonstige kritische Ereignisse. Das Reflektieren von beruflichen Handlungen führt zu Veränderungen in der Praxis und ermöglicht eine effektive kontinuierliche berufliche Entwicklung und

Expertise. Poster-Ausstellungen an nationalen Kongressen sind geeignet, diese zu zeigen.

Möglichkeiten bei Diplomarbeiten NDS HF

Akademische Forschungsarbeiten müssen von einer Ethik-Kommission genehmigt werden, wenn Messungen oder Versuche an Personen (Patienten, Gesundheitsfachleute usw.) Teile dieser Arbeiten sind (Bortz & Döring 2003; LoBiondo-Wood & Haber 2014). Eigene Forschungen sind in den Diplomarbeiten der HF und des NDS HF nicht erforderlich. Deshalb eignen sich folgende Vorgehensweisen:

1. reflektive Bearbeitung eines Themas mit Hilfe von Literatur
2. Reflexionen von positiven bzw. negativen Ereignissen in der Praxis (Fallbeispiele)
3. Projektarbeiten, die der Qualitätsverbesserung dienen

Strukturierte Reflexion

Um die vielen praktischen Erfahrungen für das handlungsleitende praktische Wissen verfügbar zu machen, müssen diese Erfahrungen reflektiert werden. Der Begriff «Reflexion» hat viele Bedeutungen. Für Miller & Babcock (2000) bedeutet sie eine geistige Tätigkeit, bei der ein Ereignis ins Gedächtnis zurückgerufen und darüber nachgedacht wird. Dabei geht es im Besonderen darum, die Bedeutung und den Sinn des Ereignisses zu verstehen. Reflexion macht es möglich, Ereignisse zu verarbeiten und sie aus allen erdenklichen Blickwinkeln zu betrachten. Die Teilnehmenden des Workshops hatten mit strukturierter Reflexion gute Erfahrungen gemacht. Diese wird als Möglichkeit gesehen, gezielt Fragestellungen durch Studierende ohne akademische Ausbildung zu bearbeiten. Die Teilnehmenden waren der Meinung, dass gut ausgeführte Abschlussarbeiten zur Qualitätsoptimierung und Professionalisierung im Beruf beitragen. In der Praxis wird die strukturierte Reflexion bereits gelebt, jedoch sollten die Studierenden vermehrt geschult werden.

Reflexionsformen

Reflexion ist ein höchst individueller Vorgang, deshalb ist es hilfreich, sich von Beginn an eine Struktur anzueignen. Man kann beispielsweise ein Journal mit reflektierten Ereignissen führen, eine Situationsanalyse machen oder sein eigenes Handeln reflektieren. Eine gut strukturierte Reflexionsmethode ist DATA (Peters 1991):

1. D Describe (Beschreiben)
2. A Analyze (Analysieren)
3. T Theorize (Theorien über Alternativen suchen)
4. A Act (Agieren)

1. Beschreiben eines kritischen Ereignisses aus der Praxis, welches z. B. zu neuen Erkenntnissen geführt hat, welches verändert werden soll, welches eine grosse Herausforderung war etc. Bei diesem Punkt sollte man sich die Was- und Wie-Fragen stellen
2. Bestimmen von Faktoren, welche zum Ereignis beigetragen haben. Dies können Annahmen, Regeln oder Anweisungen sein. Es gilt der Versuch, die Theorie hinter den Annahmen zu finden. Hier geht es um die Warum- und Welche-Fragen
3. Theorien über Alternativen suchen und eine neue Richtung aufzeigen. Welches theoretische Wissen hätte ich anwenden sollen? Welche Team-Aspekte versprechen eine Verbesserung?
4. Festlegen eines neuen Handlungsplans, der näher an der aktuellen Evidenz liegt. Welche Konsequenzen können aus den Theorie-Alternativen und neuen Erkenntnissen gezogen werden? Welche Wege gibt es, die angepassten Erkenntnisse in der Praxis umzusetzen und warum sollten sie umgesetzt werden? Hat diese Reflexion mein Wissen verändert, wenn ja in welcher Weise?

Ebenso hilfreich sind die sieben Schritte des kritischen Denkens nach Dewey (1997):

1. Identifizierung der Fakten und Themen eines Problems
2. Identifizierung und Erforschung der verursachenden Faktoren
3. Suchen und Beurteilen von benötigtem Wissen, um Antworten, Möglichkeiten und Richtlinien zu erarbeiten

4. Vergleichen der Stärken und Limitationen der Möglichkeiten
5. Einführen der Möglichkeit, die das Problem am ehesten löst
6. Überwachen der eingeführten Möglichkeit und deren Outcome sowie Modifizieren der Strategie, wenn nötig
7. Beurteilung des Outcome, sowohl auf die positiven wie auf die negativen Effekte

Fazit

Während wissenschaftliches Arbeiten global klar strukturiert und durch die Forschungstheorie definiert ist, kommen in der Berufsbildung und in der späteren Berufspraxis reflektive Methoden zur Anwendung. Um diese Expertise sichtbar zu machen, können Poster erstellt werden. Die Richtlinien für diese Art von Posters sind andere als in wissenschaftlichen Settings. Die Entwicklung dieser Richtlinien muss mit der Praxis sowie gemeinsam mit den Berufsbildnern und Bildungsanbietern erfolgen, um die Akzeptanz und Unterstützung hoch zu halten. Mit der konsequenten Anwendung von Reflexionsmethoden durch Diplomierte und Studierende können die Berufspraxis konstruktiv kritisch reflektiert, Probleme bearbeitet und Projekte durchgeführt werden. Für eine wirksame Sichtbarkeit von Expertise sollten sich zukünftige Richtlinien für die Beurteilung von Diplomarbeiten, Fachartikeln und -Postern an strukturierten Reflexionsmethoden orientieren. Richtlinien zur Erstellung von Postern können unter info@sigma-fsia.ch bezogen werden. Berufsangehörige, die Poster erstellen wollen, können sich für Unterstützung an die Kommission SIGA/FSIA wenden.

Kontakt:

Marianne Riesen
SIGA/FSIA practice, IFNA education
marianne.riesen@bluewin.ch
Nadja Falà
SIGA/FSIA practice,
Pflegeexpertin cand. MSc Pflege,
dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF,
Inselspital Bern
Lars Egger
Wiss. Mitarbeiter am Zentrum für
medizinische Bildung, MME Uni Bern,
Rettungssanität Bern

Literatur

- Aiken L. H., Clarke S. P., Cheung R. B., Sloane D. M., Silber J. H. (2003) Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 290:1617–1623.
- Berings M. G., Poel R. F., Simons P. R., van Veldhoven M. J. (2007) The Development and Validation of the On-the-Job Learning Styles. Questionnaire for the Nursing Profession. *Journal of Advanced Nursing*, 58:480–492.
- Bortz J & Döring N (2003) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3. Aufl. Berlin, Springer.
- Crisp N & Chen L (2014) Global Supply of Health Professionals. *N Engl J Med.*; 370:950–7.
- Dewey, J. (1997) *Democracy and Education: an Introduction to the Philosophy of Education*. Revised Edition. New York: Free Press.
- George, V. et al. (2002) Developing Staff Nurse Shared Leadership Behavior in Professional Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly*, 26:44–59.
- LoBiondo-Wood G. & Haber J. (2014) *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 8th Edition. Elsevier, Mosby.
- McCormack B., Slater P. (2006) An Evaluation of the Role of the Clinical Education Facilitator. *Journal of Clinical Nursing*, 15:135–144.
- Miller M. A. & Babcock D. E. (2000) *Kritisches Denken in der Pflege*. Bern, Hans Huber.
- Müller K. (2009) *Implementierung eines Lernaufgabekonzeptes in die betriebliche Pflegeausbildung*. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen.
- OdA Santé, *Rahmenlehrplan Anästhesie – Intensiv – und Notfallpflege, angepasste Version*, 2012.
- Peters J (1991) *Strategies for Reflective Practice*. In: *Professional Development for Educators of Adults*. New Directions for Adult and Continuing Education No. 51, edited by R. Brockett, San Francisco, Jossey-Bass.
- Rauner F (2010) *Demarkationen zwischen beruflicher und akademischer Bildung und wie man sie überwinden kann*. A+B Forschungsberichte Nr. 7/2010 Bremen, Heidelberg, Karlsruhe: A+B Forschungsnetzwerk FG Berufsbildungsforschung (I:BB) Universität Bremen Institut für Berufspädagogik und Allgemeine Pädagogik Universität Karlsruhe.
- Schellenbauer P., Walser R., LePori D., Hotz-Hart B & Gonon P. (2010) *Die Zukunft der Lehre. Die Berufsbildung in einer neuen Wirklichkeit*. Redaktion: Lukas Egli. Avenir Suisse 100, Think Tank for Economic and Social Issues.
- Schön D. (1987) *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey Bass London.
- Strahm R (2014) *Die Akademisierungsfalle. Warum nicht alle an die Uni müssen*. Hep Bildungsverlag.

Die Kommission education stellt sich vor

Mitglieder

- 1 Markus Gautschi**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, Studiengangleiter NDS HF Anästhesie, Berufsbildung Aargauische Fachschule für AN/IP/NF (afsain), Kantonsspital Aarau
- 2 Sabine Fix**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, MAS Educational/Management ZFH, Studiengangleiterin NDS HF Anästhesie, Höhere Fachschule Gesundheit, Zentralschweiz (HFGZ), Luzern
- 3 Michèle Giroud**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Berufsschullehrerin MAS A&PE, NDS HF Anästhesiepflege, Berner Bildungszentrum Pflege
- 4 Matteo Gianinazzi**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, Studiengangleiter NDS HF Anästhesie, Berufsbildung, Ospedale regionale Lugano
- 5 Gabi Haldemann**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Berufsbildung NDS HF Anästhesie, Kantonsspital Winterthur
- 6 Rosemarie Iseli**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Berufsbildung NDS HF Anästhesie, Ensemble hospitalier de la côte, Morges
- 7 Claude Laville**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, Studiengangleiter NDS HF Anästhesie, Universitätsspital (Chuv), Lausanne
- 8 Paloma Nardella**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Berufsbildung NDS HF Anästhesie, Kantonsspital Baden
- 9 Ines Rossknecht**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Studiengangleiterin NDS HF Anästhesie, Fachschule für AN/IN/NF (Z-INA), Zürich
- 10 Martin Salzmann**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, MAS Pädagogik, Studiengangleiter NDS HF Anästhesie, Berufsbildung, Fachschule für AN/IN/NF, St. Gallen
- 11 Christoph Schori**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, MAS Educational Technology, Studiengangleiter NDS HF Anästhesie, Berufsbildung, Universitätsspital Basel
- 12 Jean-Michel Vasse**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, Leitender Ausbilder NDS HF, Kantonsspital Freiburg
- 13 Sven von Niederhäusern**
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF, MAS Adult und Professional Education, Abteilungsleiter Education, Luzerner Kantonsspital, Luzern
- 14 Renate Wagner**
Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Bildungsverantwortliche NDS HF Anästhesie, Stadtpital Triemli Zürich

Sven von Niederhäusern

In einer Serie stellen wir die Kommissionen der SIGA/FSIA vor – in dieser Ausgabe die Kommission education.

Die Kommission der SIGA/FSIA education besteht aus zurzeit 14 Mitgliedern, welche aus allen Sprachregionen der Schweiz kommen. So werden die deutsche, französische und italienische Schweiz berücksichtigt und in Diskussionen involviert. Die Sitzungen, welche in der Regel drei Mal im Jahr stattfinden, werden auf Deutsch und Französisch gehalten. Dies bedingt eine grosse Flexibilität vor allem auch von den Mitgliedern der lateinischen Schweiz. Der personelle Ausbau der Kommission, der seit gut einem Jahr neben den Bildungsanbietern auch vermehrt Weiterbildungsverantwortliche aus der Praxis integriert hat, fördert die Meinungsvielfalt. Die Weiterbildung zur dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF ist ein gemeinsames Projekt der Bildungsanbieter und Praxisorte. Mit diesem Schritt können die Bedürfnisse der Weiterbildungsorte verstärkt miteinbezogen werden.

Die Hauptaufgaben...

... der SIGA/FSIA education sind die Entwicklung des Berufes und des Berufsbildes, die Umsetzung der Bildungsstrategie, die Unterstützung eines Fort- und Weiterbildungskonzeptes für die Anästhesiepflege und die Sicherstellung der Vertretung in der Entwicklungskommission RLP NDS AIN HF. Dies bedeutet konkret, dass in der Kommission Themen diskutiert werden, welche die Weiterbildung und deren Qualität betreffen. Die genannte Zusammensetzung der Gruppe gibt auch die Möglichkeit, Probleme oder Schwierigkeiten einzelner zu analysieren und Vorgehensweisen zu harmonisieren. Punkte wie die Diplomarbeit, der mögliche Weg für eine Überführung in eine HFP oder Qualitätssteigerungsmassnahmen werden diskutiert. Wie jede Kommission bekommt auch die SIGA/FSIA education Aufgaben vom Vorstand, welche sie zu erledigen hat.

In naher Zukunft wird sich die SIGA/FSIA education mit der allfälligen Überführung in eine HFP befassen müssen. Anfang des Jahres 2016 findet eine Befragung betreffend Revision des Rahmenlehrplans AIN statt. Auch hier wird die Kommission stark beteiligt sein. Mit Martin Salzmann, welcher Mitglied der Entwicklungskommission RLP NDS HF AIN ist, wird der Informationsfluss und die Aktualität der Themen sichergestellt.

Auch die SIGA/FSIA practice hat gewisse Überschneidungen mit der SIGA/FSIA education. Ines Rossknecht stellt hier eine optimale Kommunikation und einen gezielten Austausch sicher.

In den letzten Jahren war sehr viel Bewegung in der Weiterbildung zur dipl. Expertin, zum dipl. Experten Anästhesiepflege. Dies wird sich auch in Zukunft nicht ändern. Es stehen viele wichtige Aufgaben an, die neben allen andern Kommissionen auch die SIGA/FSIA education fordern wird.

Kontakt:

Sven von Niederhäusern
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF
MAS Adult und Professional Education
Abteilungsleiter Education
Luzerner Kantonsspital, Luzern
sigamail@gmx.ch



La commission education se présente

Sven von Niederhäusern

Dans le cadre d'une série, nous présentons les commissions de la SIGA / FSIA – dans ce numéro, il s'agit de la commission education.



8 Actuellement, la commission education de la SIGA/FSIA compte 14 membres qui représentent toutes les régions linguistiques de la Suisse. Ainsi, on prend en considération les régions germanophones, francophones et italo-phones de la Suisse en les incluant dans les discussions. En règle générale, les séances ont lieu trois fois par année et se déroulent en allemand et en français. Cela implique une certaine flexibilité surtout de la part des membres de la Suisse latine.



L'extension de la commission qui intègre depuis une bonne année aussi des responsables de la formation continue issus de la pratique en plus des centres de formation encourage le pluralisme d'opinion. La formation continue d'expert/-e diplômé/-e en soins d'anesthésie



EPD ES est un projet commun des centres de formation et des lieux de formation pratiques. Cette étape permet de mieux intégrer les besoins des lieux de formation continue.



Les tâches principales ...

... de la commission education sont le développement de la profession et du profil professionnel, la mise en œuvre de la stratégie de formation, le soutien d'un concept de formations et de formations continues

en soins d'anesthésie et l'assurance de la représentation au sein de la commission de développement PEC EPD ES AIU. Concrètement, cela signifie que la commission traite des thèmes qui concernent la formation continue et sa qualité. La composition susmentionnée du groupe permet aussi d'analyser les problèmes ou difficultés particuliers et d'harmoniser les procédures. On discute ainsi p.ex. du travail de diplôme, de la possibilité de passer à un EPS ou de mesures permettant d'augmenter la qualité. À l'instar de toute autre commission, l'éducation doit assumer des tâches qui lui sont confiées par le comité.

Prochamment, l'éducation devra traiter la possibilité d'un passage à un EPS. Début 2016, un questionnaire concernant la révision du Plan d'études cadre AIU aura lieu. Là encore, la commission sera fortement impliquée.

Avec Martin Salzmann qui est membre de la commission de développement PEC EPD ES AIU, on assure le flux d'information et l'actualité des thèmes.

Certains domaines de la commission practice s'imbriquent dans ceux de l'éducation. Dans ce contexte, Ines Rossknecht assure une communication optimale et un échange ciblé.

Au cours de ces dernières années, la formation continue d'expert/-e diplômé/-e en soins d'anesthésie a considérablement évolué. Cela ne changera pas. Il faudra traiter de nombreuses tâches importantes qui nécessiteront l'implication de toutes les autres commissions mais aussi celle de l'éducation.

Contact:

Sven von Niederhäusern
Expert en soins d'anesthésie EPD ES
MAS Adult und Professional Education
Responsable de formation
Hôpital cantonal, Lucerne
sigamail@gmx.ch

Membres

- 1 Markus Gautschi**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Ecole de formation professionnelle d'Argovie pour les soins intensifs, l'anesthésie et les urgences (afsain), Hôpital cantonal, Aarau
- 2 Sabine Fix**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, MAS Educational/Management ZFH, Directrice de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Haute École Spécialisée Santé de Suisse Centrale (HFGZ), Lucerne
- 3 Michèle Giroud**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, MAS Adult und Professional Education, formation EPD ES, soins d'anesthésie, Centre de formation des soins, Berne
- 4 Matteo Gianinazzi**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Formation professionnelle, Hôpital régional de Lugano
- 5 Gabi Haldemann**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, Formation professionnelle EPD ES, Anesthésie, Hôpital cantonal, Winterthur
- 6 Rosemarie Iseli**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, Formation professionnelle EPD ES, Anesthésie, Ensemble hospitalier de la côte, Morges
- 7 Claude Laville**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Chuv), Lausanne
- 8 Paloma Nardella**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, Formation professionnelle EPD ES, Anesthésie, Hôpital cantonal, Baden
- 9 Ines Rossknecht**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Ecole professionnelle pour les soins intensifs, l'anesthésie et les urgences (Z-INA), Zurich
- 10 Martin Salzmann**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, MAS pédagogie, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Formation professionnelle, Ecole professionnelle pour les soins intensifs, l'anesthésie et les urgences, St. Gall
- 11 Christoph Schori**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, MAS Educational Technology, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Formation professionnelle, Hôpital Universitaire, Bâle
- 12 Jean-Michel Vasse**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, Directeur de formation EPD ES, Hôpital cantonal, Fribourg
- 13 Sven von Niederhäusern**
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES, MAS Adult und Professional Education, Responsable de formation, Hôpital cantonal, Lucerne
- 14 Renate Wagner**
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES, Responsable de la formation EPD ES, soins d'anesthésie, Hôpital Triemli, Zurich

Démisionner pour protester

à propos des problèmes que pose l'obtention a posteriori du titre HES (OPT)

Je vous adresse ce courrier dans le but d'expliquer les raisons de ma démission du rôle de praticien formateur HES.

Comme vous le savez, nous autres infirmières et infirmiers avons le triste privilège de subir une discrimination voulue par nos autorités. Aujourd'hui, la possibilité d'obtenir un bachelors a posteriori nous est pratiquement impossible. Pour rappel, d'autres soignants comme les sages-femmes et les physiothérapeutes ont bénéficié de cette procédure sans lourdeurs administratives dès 2009. Il aura fallu 6 ans à l'OFFT, devenue entretemps SEFRI, pour obtenir ce cadeau empoisonné: l'ordonnance sur l'obtention a posteriori du titre d'une haute école spécialisée 414.711.5. du 4 juillet 2000 (Etat le 1^{er} janvier 2015). N'ayant pas une formation complémentaire selon la liste très restrictive de cette ordonnance et bien qu'ayant plus de 30 ans d'expérience, obtenu deux formations certifiantes de soins intensifs et d'anesthésie, il m'a été suggéré

de reprendre – à l'âge de 57 ans – le chemin de l'école en soins infirmiers et de faire deux années pour éventuellement recevoir ce fameux bachelors. Je vous laisse imaginer mon désarroi face à cette proposition un brin grotesque – j'avoue ne pas avoir eu l'audace d'en parler à mon employeur – car de praticien formateur, je serais redevenu élève. Cette situation ubuesque soulève également la question suivante: un PF-HES n'ayant pas de bachelors peut-il encadrer un étudiant bachelors? En résumé, j'ai les compétences pour faire un suivi auprès de futurs infirmières et infirmiers, mais pas celles de recevoir un bachelors a posteriori. Comprenne qui peut.

Personnellement j'ai fait le choix de refuser cette situation et j'ai renvoyé mon certificat de PF par validation à la HES-SO, je suis donc «démisionnaire ou PF non-actif» selon la terminologie officielle. Démisionner n'est pas un acte facile, car c'est également un constat d'échec, mais cela permet d'être

cohérent avec soi-même et c'est surtout l'ultime moyen de protester face à une situation injuste. Cette dernière pouvant se modifier si d'autres saisissent cette voie de protestation ... Pour terminer et comme il est toujours bon d'avoir un «coup» d'avance, il est peut-être temps de se mobiliser pour un master a posteriori.

*Pierre-Alain Meyer
cocopame@hotmail.com*

Réponse de l'ASI

L'ASI est consciente des difficultés et de l'arbitraire qui prévalent dans l'application de la loi sur l'attribution du titre HES a posteriori. C'est pourquoi, elle soutient plusieurs recours, actuellement en cours de traitement, auprès du Tribunal administratif fédéral. L'ASI restera fortement engagée dans ce dossier tant qu'une solution acceptable ne sera pas acquise.

Brigitte Neuhaus, responsable du département Formation

Demission aus Protest

Über die Probleme mit dem nachträglichen Erwerb des Fachhochschultitels (NTE)

Ich wende mich mit diesem Schreiben an Sie, um Ihnen die Gründe für meine Demission als FH-Praktikumsleiter zu erklären.

Wie Sie wissen, sind wir Pflegefachleute einer Diskriminierung durch unsere Behörden ausgesetzt. Zurzeit ist es uns praktisch unmöglich, einen Bachelor nachträglich zu erwerben. Zur Erinnerung: in anderen Pflegeberufen (z.B. Hebammen und Physiotherapeuten) ist dieses Verfahren seit 2009 ohne grossen administrativen Aufwand möglich. Das BBT, das inzwischen zum SBFI wurde, brauchte 6 Jahre, um dieses «Geschenk» anzubieten: die Verordnung zum nachträglichen Erwerb des Fachhochschultitels 414.711.5. vom 4. Juli 2000 (Stand per 1. Januar 2015). Da ich über keine ergänzende Ausbildung gemäss der sehr beschränkten Liste dieser Verordnung verfüge und obwohl ich auf eine über 30-jährige Erfahrung zurückblicken kann und zwei zertifizierende Ausbildungen in Intensiv- und Anästhesiepflege habe, wurde mir – mit 57 Jahren – nahegelegt, in der Pflegefachschule wieder die

Schulbank zu drücken, um nach zwei Jahren eventuell diesen berühmten Bachelor zu erhalten. Bestimmt können Sie sich vorstellen, wie verwirrt ich nach diesem doch etwas grotesken Vorschlag war – und gebe zu, es nicht gewagt zu haben, mit meinem Arbeitgeber darüber zu sprechen – denn als Praktikumsleiter wäre ich wieder Schüler geworden. Diese abstruse Situation führt auch zu folgender Frage: Kann ein FH-Praktikumsleiter ohne Bachelor einen Bachelor-Studenten betreuen? Kurz gesagt habe ich zwar die Kompetenzen, um die künftigen Pflegefachleute zu betreuen, es fehlen mir jedoch die nötigen Kompetenzen, um nachträglich einen Bachelor zu erwerben. Das verstehe wer will. Ich persönlich habe beschlossen, diese Situation abzulehnen und habe mein Praktikumsleiter-Zertifikat zur Validierung an die HES-SO zurückgeschickt. Deshalb bin ich gemäss offizieller Terminologie «zurückgetretener oder inaktiver Praktikumsleiter». Es ist nicht einfach zu demissionieren, kann dies doch auch als Misserfolg ausgelegt werden. Ande-

rerseits kann man so kohärent mit sich selbst sein und es ist auch das letzte Mittel, um gegen eine ungerechte Situation zu protestieren, die ändern könnte, wenn auch andere diesen Protestationsweg wählen ...

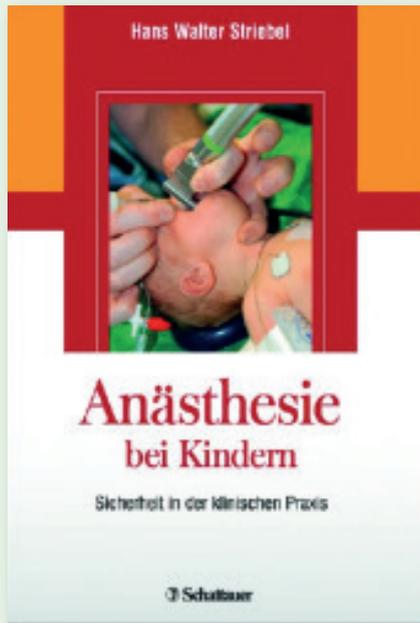
Als Abschluss und da es immer gut ist, einen Schritt voraus zu sein, ist es vielleicht an der Zeit, sich für ein nachträgliches Masterdiplom zu mobilisieren.

*Pierre-Alain Meyer
cocopame@hotmail.com*

Antwort des SBK

Dem SBK sind die Schwierigkeiten und die Willkür bei der Anwendung des Gesetzes zum nachträglichen Erwerb des FH-Titels bewusst. Deshalb unterstützt er mehrere Rekurse, die zurzeit beim Bundesverwaltungsgericht bearbeitet werden. Der SBK engagiert sich weiterhin für dieses Thema, solange keine annehmbare Lösung gefunden wurde.

Brigitte Neuhaus, Leiterin der Abteilung Bildung



Buchempfehlung: Anästhesie bei Kindern

- Einband: Gebundene Ausgabe
- Seitenzahl: 361
- Auflage: 1. Auflage 2012
- ISBN: 978-3-7945-2822-6
- Verlag: Schattauer GmbH

«Anästhesie bei Kindern» steht auf dem Einband denn auch: «Sicherheit in der klinischen Praxis».

Mit diesem Buch bzw. e-book kann man sich tatsächlich Sicherheit im Umgang mit Kindern in unserem Arbeitsumfeld erarbeiten. Es geht auf die Besonderheiten und Risiken der Anästhesie bei Kindern ein und gibt zudem klare Anweisungen zur Vermeidung bzw. Therapie eventueller Komplikationen. Es konzentriert sich auf klinisch Wesentliches und ist in die Praxis umsetzbar. Grundlagen werden erörtert und wie auch alle andern Themen mit Bildern verdeutlicht. Das Buch

führt über alle Anästhesieformen und -verfahren. Typische, aber auch spezielle anästhesiologische Probleme aller Altersstufen werden übersichtlich thematisiert. Das letzte Kapitel ist den lebensrettenden Massnahmen bei Kindern gewidmet. Bemerkenswert ist, dass Fotos und Aquarellzeichnungen vom Autor selbst aufgenommen oder erstellt wurden.

Das Werk ist ideal einerseits für angehende Dipl. Experten / Expertinnen Anästhesiepflege zum Erlernen, andererseits für erfahrene zum regelmässigen Auffrischen der essenziellen Kenntnisse!

Kontakt:

Maria Castano
 Berufsschullehrerin MAS A&PE, NDS HF
 Anästhesiepflege
 Berner Bildungszentrum Pflege
 maria.castano@bzpflege.ch

Anästhesien bei Kindern verlangen spezielle Kenntnisse und sind für die meisten Anästhesiepflegenden eine besondere, nicht alltägliche Aufgabe. Kein Wunder dass sich viele absichern wollen, um das Richtige zu tun. Im Werk «Anäs-



La SIGA/FSIA management est une commission de la SIGA/FSIA avec les tâches suivantes:

- Traitement des demandes des membres concernant les relations de travail, les contrats, les thèmes relevant de la direction.
- Échange et formation d'opinion SIGA/FSIA concernant des thèmes de gestion (consultatif à l'attention du comité).
- Mise en place et coordination d'un réseau d'infirmiers anesthésistes dans une fonction dirigeante dans toute la Suisse.

Nous sommes à la recherche d'un/-e expert/-e en soins d'anesthésie diplômé/-e dans une fonction dirigeante qui ...

- dispose d'une expérience de direction (au moins 2 ans)
- est fiable et communicatif/-ve et qui sait prendre des initiatives et peut s'appuyer sur un réseau.
- connaît le système de santé suisse.
- est prêt/-e à s'engager pour la SIGA/FSIA et à participer régulièrement aux séances (4 x par année).
- maîtrise de préférence deux langues avec – si possible – des connaissances d'allemand et de français.

Nous offrons ...

- une activité dans un entourage dynamique et intéressant.
- un soutien par un secrétariat professionnel.
- des jetons de présence et une indemnité des frais selon le règlement des frais.
- un dossier bénévolat pour l'activité au sein de l'association.

Nous attendons volontiers votre candidature (lettre de motivation avec curriculum vitae) que vous voulez bien faire parvenir à info@sig-fsia.ch **d'ici le 30 avril 2016.**

Pour de plus amples informations et en cas de questions, Nicole Krestan, présidente de la SIGA/FSIA management (tél. professionnel: 031 300 99 40) ou Markus Werner, secrétaire général (info@sig-fsia.ch) sont volontiers à votre disposition.

SIGA/FISA
 Stadthof, Bahnhofstrasse 7b
 6210 Sursee
 Tél. 041 926 07 65
 Fax 041 926 07 99
info@sig-fsia.ch



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

SIGA/FSIA science sucht Sie!

SIGA/FSIA science, eine Arbeitsgruppe, wurde im Februar 2007 gegründet. Ihre Aufgabe ist der Inhalt der zukünftigen Kongresse, die Herausforderung, die Bedürfnisse unserer Mitglieder zu ergründen und ein unserer Zeit angepasstes Programm mit interessanten Dozenten zusammenzustellen. Sie gehört der Kommission SIGA/FSIA event an.

Zur Ergänzung des bestehenden Teams suchen wir eine kommunikative Persönlichkeit, die ...

- zuverlässig, initiativ, kreativ und gut organisiert ist
- im schweizerischen Gesundheitswesens gut vernetzt ist
- lange Berufserfahrung hat
- über pädagogische Kenntnisse verfügt
- bereit ist, sich wöchentlich eine gewisse Zeit für die SIGA/FSIA zu engagieren
- selbständiges Arbeiten gewohnt ist
- wenn möglich Deutsch- und Französischkenntnisse mitbringt

Zu Ihren Aufgaben gehören...

- die Evaluation des Kongressthemas und die Gestaltung des wissenschaftlichen Kongressprogrammes
- die Evaluation und Selektion von Dozenten
- von der ersten Kontaktaufnahme bis hin zum Kongress erster Ansprechpartner der Dozenten
- Betreuung der Dozenten am Kongress
- strategische Weiterentwicklung der Kongressthemen in enger Zusammenarbeit mit der Kommission SIGA/FSIA event
- administrative Arbeiten
- Teilnahme an Sitzungen der SIGA/FSIA event
- Teilnahme an Sitzungen der SIGA/FSIA science
- Kontakte mit anderen Fachgesellschaften pflegen

Wir bieten ...

- eine Tätigkeit in einem dynamischen und interessanten Umfeld
- Unterstützung durch eine professionelle Geschäftsstelle sowie externe Spezialisten
- Sitzungsgelder und Spesenentschädigung gemäss Spesenreglement

Sie dürfen sich auf eine vielseitige Aufgabe in einem aufgeschlossenen Team freuen. Über Ihre Bewerbung (Motivationsschreiben mit Lebenslauf) an info@sig-fsia.ch freuen wir uns.

Für weitere Informationen und Fragen stehen Ihnen Conny Schweizer, Vorsitzende SIGA/FSIA event (conny.schweizer@sig-fsia.ch/ 079 554 76 11) oder Markus Werner, Geschäftsführer (info@sig-fsia.ch) gerne zur Verfügung.

SIGA/FISA

Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee
Tel. 041 926 07 65, Fax 041 926 07 99 info@sig-fsia.ch



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

La SIGA/FSIA science vous cherche !

La SIGA/FSIA science est un groupe de travail rattaché à la commission SIGA/FSIA event – fut créé en février 2007. Le groupe de travail a la tâche de définir le contenu des futurs congrès, le défi consistant à identifier les besoins de nos membres et à composer un programme adapté à notre époque avec des conférenciers intéressants.

Pour compléter notre équipe, nous sommes à la recherche d'une personnalité communicative qui ...

- est fiable, créative et bien organisée et qui sait prendre des initiatives
- est bien intégrée dans le réseau de santé suisse
- dispose d'une longue expérience professionnelle
- possède des connaissances pédagogiques
- est prête à consacrer chaque semaine un certain temps à la SIGA/FSIA
- est habituée à travailler de manière autonome
- dispose si possible de connaissances d'allemand et de français

Vos tâches englobent ...

- l'évaluation du thème du congrès et la structuration du programme scientifique du congrès
- l'évaluation et la sélection des conférenciers
- être la première personne de contact des conférenciers depuis le premier contact jusqu'au congrès
- l'encadrement des conférenciers durant le congrès
- le développement stratégique des thèmes du congrès en étroite collaboration avec la commission SIGA/FSIA event
- des travaux administratifs
- la participation aux séances de la commission SIGA/FSIA event
- la participation aux séances du groupe de travail SIGA/FSIA science
- l'entretien des contacts avec d'autres sociétés de discipline

Nous offrons ...

- une activité dans un entourage dynamique et intéressant
- un soutien par un secrétariat professionnel et par des spécialistes externes
- des jetons de présence et une indemnité des frais

Un travail varié vous attend dans une équipe motivée. Nous attendons volontiers votre candidature (lettre de motivation avec curriculum vitae) que vous voulez bien faire parvenir à info@sig-fsia.ch.

Pour de plus amples informations et en cas de questions, Conny Schweizer, présidente de la SIGA/FSIA event (conny.schweizer@sig-fsia.ch/ 079 554 76 11) ou Markus Werner, secrétaire général (info@sig-fsia.ch) sont volontiers à votre disposition.

SIGA/FISA

Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee
Tel. 041 926 07 65, Fax 041 926 07 99 info@sig-fsia.ch

SIGA
FSIA



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



Spuren
eines
Lebens

Les
traces
de la
vie

5.5 Credits
SIGA / FSIA
SGAR / SSAR



**Traduction française
simultanée**

Zeit heure	Thema Thème	Referenten Conférenciers
08.00–09.15	Türöffnung, Besuch Industrieausstellung <i>Ouverture des portes, visite de l'exposition industrielle</i>	
09.15–09.25	Begrüssung <i>Accueil</i>	Herr Ueli Wehrli SIGA/FSIA Präsident
09.25–09.45	1900–2016	Herr Prof. Emeritus Albert Urwyler Departement Anästhesiologie Universitätsspital Basel
09.50–10.10	Wie das Herz schlägt <i>Comment le cœur bat</i>	Herr Prof. Dr. med. Miodrag Filipovic Stv. Chefarzt Klinik für Anästhesiologie/Intensivmedizin Kantonsspital St. Gallen
10.15–10.35	Auf den Punkt gebracht <i>Droit au but</i>	Herr Prof. Dr. Klaus Peter Rippe Pädagogische Hochschule Karlsruhe ethik im diskurs Zürich
10.40–10.45	Podiumsdiskussion <i>Table ronde</i>	Herr Marcel Künzler
10.45–11.15	Kaffeepause, Besuch Industrieausstellung <i>Pause café, visite de l'exposition industrielle</i>	
11.15–11.35	Behandlungspfad <i>Chemin clinique</i>	Herr PD Dr. med. Stephan Blumenthal Leitender Arzt Anästhesie und Intensivmedizin Stadtpital Triemli Zürich
11.40–12.00	Früh unterwegs <i>Départ précoce</i>	Herr PD Dr. med. Riccardo Pfister Leitender Arzt Neonatologie Universitätsspital Genève
12.05–12.25	Katastrophe <i>Catastrophe</i>	Herr Matthias Volken Einsatzleiter Grossereignis Kt. Wallis
12.30–12.35	Podiumsdiskussion <i>Table ronde</i>	Herr Marcel Künzler
12.35–14.05	Mittagspause, Besuch Industrieausstellung <i>Pause de midi, visite de l'exposition industrielle</i>	
13.20–13.50	Guided Poster Tour	
14.05–14.35	news, trends und updates <i>news, trends et updates</i>	Herr Ueli Wehrli SIGA/FSIA Präsident
14.40–15.00	Wenn es schwer wird <i>Lorsque cela commence à peser</i>	Herr Dr. med. Andreas Weiss Leitender Arzt Anästhesie und Intensivmedizin Spital Limmattal
15.05–15.25	Kann man wirklich alles ersetzen? <i>Peut-on vraiment tout remplacer?</i>	Herr PD Dr. med. Franz Immer Cardiovascular Surgeon FMH CEO Swisstransplant
15.30–15.50	Wo bin ich? <i>Où suis-je?</i>	Frau Prof. Dr. med. Beatrice Beck Schimmer Leitende Ärztin Institut für Anästhesiologie UniversitätsSpital Zürich
15.55–16.15	Spuren des Lebens <i>Traces de la vie</i>	Frau Sarah Denner Dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF Mercy Ship
16.20–16.25	Podiumsdiskussion <i>Table ronde</i>	Herr Marcel Künzler
16.25–16.30	Verabschiedung, Ende der Tagung <i>Clôture, fin du congrès</i>	Herr Ueli Wehrli SIGA/FSIA Präsident
16.30	Apéro Panoramafoyer KKL Luzern <i>Apéro Foyer panoramique KKL Lucerne</i>	

Abendprogramm | Programme de la soirée

Der Kongress wird nicht spurlos an Ihnen vorbei gehen. Lassen Sie die Eindrücke Revue passieren und geniessen Sie den Event in lockerer und einzigartiger Atmosphäre!

(Das Platzangebot ist begrenzt und wird nach Anmeldungseingang vergeben.)

Weitere Informationen auf www.siga-fsia.ch.

Separate Anmeldung auf dem Anmeldetalon, Kosten CHF 65.00 pro Person.

Le congrès ne va pas vous décevoir. Laissez-vous surprendre par toutes ses impressions surprenantes et appréciez l'événement dans une atmosphère détendue et unique.

(Le nombre des places est limité, les places sont attribuées dans l'ordre d'inscription.)

De plus amples informations sont disponibles sur www.siga-fsia.ch.

Inscription individuelle via le bulletin d'inscription, frais CHF 65.00 par personne.

Kongressinformationen / Informations sur le congrès

Kongressort / Lieu de congrès	KKL Luzern / Centre de culture et de congrès Lucerne		
Information	SIGA / FSIA, Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee, Tel. 041 926 07 65, Fax 041 926 07 99, E-Mail info@siga-fsia.ch		
Organisation	SIGA / FSIA event		
Kongressgebühr / Tarif	Mitglieder SIGA / FSIA	CHF	110.-
	Membres SIGA / FSIA		
	Mitglieder der Partnerverbände (siehe www.siga-fsia.ch)	CHF	110.-
	Membres des associations partenaires (voir www.siga-fsia.ch)		
	Nichtmitglieder	CHF	220.-
	Non-membres		
	Tageskasse Mitglieder	CHF	140.-
	Caisse du jour		
	Tageskasse Nichtmitglieder	CHF	250.-
	Caisse du jour		
	Abendprogramm	CHF	65.-
	Programme de la soirée		
Credits / Crédits SGAR / SSAR	5.5 Credits		
Anmeldung / Inscription	www.siga-fsia.ch		
Anmeldeschluss / Délai d'inscription	23. März 2016 / 23 mars 2016		
	Die Anmeldung ist verbindlich. Bei einer Annullierung kann die Teilnahmegebühr nur gegen Vorweisen eines Arztzeugnisses zurückerstattet werden. L'inscription est définitive. Lors d'une annulation, les frais de participation ne pourront être remboursés que sur présentation d'un certificat médical.		
Anreise / Arrivée	siehe www.siga-fsia.ch / voir www.siga-fsia.ch		
Vorschau / Aperçu	Reservieren Sie sich heute schon den Termin des Anästhesiekongresses SIGA / FSIA vom 22. April 2017 im KKL Luzern. Réservez dès maintenant la date du congrès d'anesthésie SIGA / FSIA du 22 avril 2017 au Centre de culture et de congrès Lucerne dans votre agenda.		

Ganz herzlichen Dank unseren **big needle** Sponsoren:

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



Ganz herzlichen Dank unseren **small needle** Sponsoren:

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





Anmeldeformular / Bulletin d'inscription

Wir empfehlen Ihnen die unkomplizierte Onlineanmeldung auf www.siga-fsia.ch
Nous vous conseillons de vous inscrire simplement en ligne sur www.siga-fsia.ch

(Bitte leserlich in Blockschrift schreiben/Merci d'écrire lisiblement en caractères d'imprimerie)

Name* Nom	Vorname* Prénom
Strasse (Privatadresse)* Rue (adresse privée)	Postleitzahl/Ort* Code postal/lieu
E-Mail	Tel. Tél.
Arbeitgeber Employeur	
Rechnungsadresse* (falls nicht identisch mit Privatadresse) Adresse de facturation (si différente de l'adresse privée)	

Die Angaben mit einem * sind unerlässlich. Sie werden als Bestätigung die Zahlungsunterlagen bekommen. Dies kann bis zu **zwei** Wochen dauern.
SBK Mitglieder sind nicht automatisch SIGA/FSIA Mitglieder. SBK Mitglieder können eine kostenlose SIGA/FSIA Mitgliedschaft auf unserer Webseite www.siga-fsia.ch beantragen.
Les informations marquées d'un * sont indispensables. Vous recevrez la facture en guise de confirmation. Cela peut prendre jusqu'à **deux** semaines.
Les membres de l'ASI ne sont pas automatiquement membres de la SIGA/FSIA. Sur notre site Internet www.siga-fsia.ch, les membres de l'ASI peuvent demander une affiliation gratuite à la SIGA/FSIA.

Ich melde mich an für / Je m'inscris pour:

inkl. MwSt./incl. TVA

Vortragsprogramm / Programme de conférences
 Mitglieder/membres: CHF 110.–
 Nichtmitglieder/Non-membres: CHF 220.–

Ich bin Mitglied des folgenden Verbandes und erhalte den vergünstigten Eintritt:
Je suis membre de l'association suivante et je bénéficie du prix d'entrée préférentiel:

<input type="checkbox"/> SIGA / FSIA	<input type="checkbox"/> SGI / SSMI	<input type="checkbox"/> SIN / SUS	<input type="checkbox"/> SGAR / SSAR	<input type="checkbox"/> SVPOL
<input type="checkbox"/> SBK / ASI	<input type="checkbox"/> VSOA / ASMAC	<input type="checkbox"/> VRS / ASA	<input type="checkbox"/> SHV / FSSF	<input type="checkbox"/> SBV TOA / APS TSO

Gutschein/Bon (Bitte der Anmeldung beilegen/à joindre à l'inscription)

J'ai besoin d'écouteurs pour la traduction en français

Abendprogramm / Programme de la soirée (all inclusive) CHF 65.–

Anmeldeschluss 23. März 2016: Danach kommen Sie bitte an die Tageskasse.
Délai d'inscription 23 mars 2016: Après cette date, veuillez vous rendre à la caisse du jour.

Dieses Anmeldeformular bitte schicken oder faxen an:
Merci d'envoyer ou de faxer ce bulletin d'inscription à:

SIGA / FSIA
Geschäftsstelle
Stadthof | Bahnhofstrasse 7b | 6210 Sursee
Tel. +41 (0) 41 926 07 65 | Fax +41 (0) 41 926 07 99
info@siga-fsia.ch | www.siga-fsia.ch

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

Ort/Datum
Lieu/date
.....
Unterschrift
Signature
.....



Carestation™ 650

Der kompakte Anästhesiearbeitsplatz

Die Carestation™ 650 ist ein kompakter, flexibler und intuitiv zu bedienender Anästhesiearbeitsplatz. Der Arbeitsplatz wurde konzipiert, um Anästhesisten bei den hohen Anforderungen von heute zu unterstützen.

Hauptmerkmale

- Elegantes, modernes Design mit kompakter Bauweise, das auch für enge Platzverhältnisse geeignet ist
- Leicht und einfach zu bedienendes 15-Zoll-Touchscreen-Display
- Intuitive CARESCAPE™ Benutzeroberfläche für eine einheitliche Carestation-Bedienphilosophie
- Integriertes CARESCAPE™ Atemwegsmodul
- Zeitsparende Tools, die den Workflow in der Anästhesie verbessern
- Erweiterbare Software- und Hardware-Funktionen: individuell konfigurierbare Carestation™
- Die ecoFLOW Display-Option kann Anästhesisten bei der Minimierung des Risikos hypoxischer Gasmischungen unterstützen und gleichzeitig durch die Verwendung von Low- und Minimal-Flowraten mit kontinuierlicher Gasüberwachung zur Reduzierung des Narkosegasverbrauchs beitragen

Beatmung

- Kleines, kompaktes Beatmungssystem, das speziell für die Minimal-Flow-Anästhesie konzipiert wurde
- Schnelle Gaskinetik für schnelles Ein- und Auswaschen
- Alle Beatmungsmodi verfügbar

Kontaktieren Sie uns per Telefon **0848 800 900**
oder per Mail: **info@anandic.com**



ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

CH-8245 Feuerthalen
CH-1010 Lausanne
CH-3173 Oberwangen

Stadtweg 24
Av. des Boveresses 56
Mühlestrasse 20

Phone (+41) 0848 800 900
Phone (+41) 021 653 64 08
Phone (+41) 031 981 38 34

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

www.anandic.com



Diplomarbeiten als Poster dargestellt

Tobias Ries Gisler

Das Poster eignet sich hervorragend, um Komplexes wie Diplomarbeiten kurz zusammenzufassen.

Bereits zum dritten Mal in Folge haben Studierende des Nachdiplomstudiengangs Anästhesie am Universitätsspital Basel am letztjährigen Herbstsymposium die Ergebnisse ihrer Diplomarbeiten in Form von Posters einem breiten Publikum vorgestellt. Diese Darstellungen haben die Autorinnen Sarina Hostettler, Vanessa Laver, Délia Löffler sowie Autor Ken Mischler zusätzlich und auf freiwilliger Basis erarbeitet. Dafür sei ihnen im Namen des Organisations-Komitees des Herbstsymposiums herzlich gedankt. Es ist ihnen gelungen, ihre Diplomarbeiten auf den Postern kurz und prägnant zu präsentieren. Die bearbeiteten Themen sind innerhalb der Anästhesie für die alltägliche Praxis der dipl. Experten/-innen der Anästhesiepflege NDS HF relevant und hilfreich.

Sarina Hostettler

widmet sich in ihrer Diplomarbeit mit dem Titel: «Das postoperative Delir, Ursachen, Erkennung und Prävention» den verschiedenen Arten und Symptomen von Delirien. Ebenfalls beschreibt sie verschiedene Risikofaktoren, die die Entwicklung von Delirien fördern können. Sie weist daneben auf Massnahmen in der Prävention hin und beschreibt verschiedene Therapieansätze mit pharmakologischen, aber auch nicht-pharmakologischen Ansätzen sowie zwei Screening- und Assessment-Instrumente, mit denen ein postoperatives Delir erfasst werden kann. Diese Instrumente können als Hilfsmittel für die dipl. Experten/-innen der Anästhesiepflege NDS HF im Alltag dienen, ein post-

operatives Delir rasch zu erkennen. Sarina Hostettler geht den folgenden Fragestellungen nach:

1. Welches sind die pathophysiologischen Abläufe, die zu einem postoperativen Delir führen?
2. Welche perioperativen Massnahmen zur Vermeidung bzw. welche Assessments zur gesicherten Feststellung eines postoperativen Delirs können die Anästhesiepflegenden in ihre Arbeit integrieren?

Vanessa Laver

geht in ihrer Arbeit mit dem Titel «Lungenprotektive Beatmung in der Anästhesie» auf einen Kernpunkt in der Anästhesie ein. Sie widmet sich dem Thema der Beatmung und deren Auswirkungen auf das Lungengewebe. Ihre konkreten Fragestellungen sind:

1. Welche Auswirkungen haben Beatmungsdrücke auf die Lunge?
2. Was ist die «Best Practice» der lungenprotektiven Beatmung (LPB) in der Anästhesie?

Durch die maschinelle Beatmung können Lungenschädigungen hervorgerufen werden. Vanessa Laver beschreibt die verschiedenen Formen einer beatmungsassoziierten Lungenschädigung, aber auch Prinzipien der Vorbeugung. Die unterschiedlichen Aspekte sind in Form einer Tabelle dargestellt und eignen sich daher auch für den «eiligen Leser» als Leitlinie für eine intraoperative protektive Beatmung.

Die vier Diplomarbeiten sind auf www.siga-fsia.ch aufgeschaltet.

Délia Löffler

zeigt in ihrer Arbeit «Zeugen Jehovas im perioperativen Bereich» detailliert die grundlegenden Haltungen von Menschen dieser Glaubensrichtung zum Thema Blut und Blutprodukte. Délia Löfflers Fragestellung lautet:

Welches sind die Herausforderungen und Besonderheiten bei der Betreuung von Patienten im perioperativen Bereich, die der Glaubensgemeinschaft Zeugen Jehovas angehören?

Das Ziel der Autorin ist, ein geeignetes anästhesiologisch-perioperatives Management und Massnahmen zur Reduktion des intraoperativen Blutverlustes aufzuzeigen.

Ken Mischler

geht in seiner Arbeit «Perioperativer Myokardinfarkt» den Fragestellungen nach:

1. Was sind die Risikofaktoren für das Auftreten eines perioperativen Myokardinfarktes bei nicht-kardiologischen Operationen?
2. Entspricht der Behandlungsstandard «Intraoperative Myokard Ischämie» meines Ausbildungsspitals den aktuellen Empfehlungen der Literatur?

Der Autor beschreibt mögliche klinische Risikofaktoren, die zur Erkennung mutmasslicher Myokardinfarkte hilfreich sein können, sowie einen strukturierten Behandlungsstandard für betroffene Patienten. Dieser Standard ist nach Ken Mischler praxisnah und kann daher für die dipl. Experten/-innen der Anästhesiepflege NDS HF in der Praxis sehr relevant und hilfreich sein.

Kontakt:

Tobias Ries Gisler
MNS, Anästhesie
Universitätsspital Basel
tobias.ries-gisler@usb.ch

Das postoperative Delir

Ursachen, Erkennung und Prävention

Autorin: Hostettler, S.; Mentor: Klimkait, M.; Korrektur: Schori, Ch.

Fragestellung

- Welches sind die pathophysiologischen Abläufe, die zu einem postoperativen Delir führen?
- Welche perioperativen Massnahmen zur Vermeidung bzw. welche Assessments zur gesicherten Feststellung eines postoperativen Delirs können die Anästhesiepflegenden in ihrer Arbeit integrieren?

Definition

Unspezifisches hirnorganisches Syndrom, welches gehäuft in einem Zeitraum von 24 bis 72 Stunden postoperativ auftritt.

Symptome: z.B. Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstörungen, gestörter Schlaf-/Wach-Rhythmus, Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit, Hyperaktivität oder Lethargie, etc.

Bekannte Subtypen:

- **Aufwach-Delir**
- **Hyperaktives Delir**
- **Hypoaktives Delir**
- **Gemischtes Delir**

Risikofaktoren

Bereich	Umstand
Patient	Alter >65 Jahre, vorbestehende kognitive Beeinträchtigung, vorangegangenes Delir, ZNS Erkrankung, erhöhte Durchlässigkeit Blut-Hirn-Schranke, schlechter Ernährungsstatus
Umgebung	soziale Isolation, Reizüberflutung, Sehschwäche, Hörschwäche, Immobilität, neue Umgebung, Stress, Fixierung
Medikamente	Polypharmazie, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, psychoaktive oder/und anticholinerge Medikamente
Prozeduren	perioperativ, Art des Eingriffs, Notfalleintritt, Operationsdauer, Blasenkatheter
Medizinisch	Schwere der Begleiterkrankungen, Verbrennungen, HIV, Organversagen, Infektionen (HWI), Hypoxämie, Fraktur, Hypothermie / Fieber, Elektrolytstörungen, Dehydratation, geringer Serumalbuminwert, Nikotinentzug, unkontrollierte Schmerzen

Präventionsmassnahmen / Therapie

Der Entstehung eines Delirs kann gemäss den heutigen Erkenntnissen nicht sicher entgegen gewirkt werden. Dennoch sind folgende Massnahmen zu empfehlen:

- **Nichtmedikamentöse Mehrkomponentenstrategie**
- **Pharmakologische Prophylaxe**
- **Symptomatische medikamentöse Therapie**

Screening- und Assessment-Instrumente

zur Erfassung bzw. Erkennung eines postoperativen Delirs:

- **DOS** (Delirium Observation Screening Scale)
- **CAM** (Confusion Assessment Method)



Literatur

- Bickel, H. (2007) Deutsche Version der Confusion Assessment Method / CAM zur Diagnose eines Delirs. *Psychosomatische Konsiliarpsychiatrie*, (3), 224-228.
- Göttel, N. & Steiner, L. A. (2013) Postoperatives Delirium: Früherkennung, Prävention und Therapie. *Schweiz Med Forum*, 13 (26), 522-526.
- Hasemann, W., Kressig, R. W., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M. & Spirig, R. (2007) Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege*, (20), 191-204.
- Hasemann, W., Hafner, M., Kressig, R. W. & Spirig, R. (2010) Delirprävention- das Basler Modell. *Therapeutische Umschau*, 95-99.
- Schmitt, T.-K. & Pajonk, F.-G. (2008) Postoperatives Delir beim Intensivpatienten. *Anästhesist*, (4), 403-431.
- Schubert, M., Massarotto, P., Wehrli, M., Lehmann, A., Spirig, R. & Hasemann, W. (2010) Entwicklung eines interprofessionellen Behandlungskonzepts „Delir“ für eine medizinische und eine chirurgische Intensivstation. *Pflegewissenschaft*, (18), 316-323.
- Siegemund, M., Massarotto, P., Reuthebuch, O. & Pargger, H. (2011) Postoperatives Delirium: Pathophysiologie und Diagnose Teil 1. *Schweiz Med Forum*, 11 (20), 354-357.
- Siegemund, M., Massarotto, P., Reuthebuch, O. & Pargger, H. (2011) Postoperatives Delirium: Pathophysiologie und Diagnose Teil 2. *Schweiz Med Forum*, 11 (21), 367-369.



Lungenprotektive Beatmung in der Anästhesie

Autor: Vanessa Laver Mentor: Matthias Klimkait

Hintergrund:

- Die Beatmung – wichtiger Bestandteil in der Anästhesie
- Lungenschädigung durch maschinelle Beatmung möglich

Fragestellung der Literaturrecherche:

- Welche Auswirkungen haben Beatmungsdrücke auf die Lunge?
- Was ist die „best practice“ der lungenprotektiven Beatmung (LPB) in der Anästhesie?

Ergebnisse:

1. Beatmungsassoziierte Lungenschädigung (VALI)
 - **Atelektasentrauma** (Niedriges Tidalvolumen ohne PEEP)
 - **Barotrauma** (hohes Tidalvolumen & hohe Atemwegsspitzen drücke)
 - **Biotrauma** (SIRS/MODS): Folge von Atelektasen- oder Barotrauma
2. Prinzipien der intraoperativen lungenprotektiven Beatmung

Atemwegsspitzen druck	<ul style="list-style-type: none"> • Atemwegsspitzen druck <30 mbar • Erhöhter intrathorakaler Druck wird durch höhere Atemwegsspitzen drücke ausgeglichen
PEEP	<p>PEEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intraoperativ >5 mbar bis 20 mbar • Während Einleitung (Atelektaseprophylaxe) • Während Anästhesie-Ausleitung (Aspirationsschutz) • Nicht bei Schocksymptomatik • 5-12 mbar reduziert pulmonale Infektionsrate <p>Kein PEEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein PEEP erhöht die perioperative Morbiditätsrate • PEEP < 5 mbar ist nicht lungenprotektiv
Tidalvolumen	<ul style="list-style-type: none"> • 9-15 ml/Kg = hohes Tidalvolumen • 6-8 ml/Kg = niedriges Tidalvolumen (möglicherweise sinnvoll bei Risikopatienten) • Ideales Körpergewicht: ♂ Körpergröße in cm-100-5%; ♀ Körpergröße in cm-100-10%
Rekrutmanöver	<ul style="list-style-type: none"> • Möglicherweise sinnvoll nach jeder Anästhesie- Einleitung • Bei Oxygenationsstörung • Allerdings: Keine Evidenz
Perioperative positive pressure ventilation:	<ul style="list-style-type: none"> • PSV+PEEP / CPAP perioperativ und gegebenenfalls auch Postoperativ fortführend

Diskussion:

Pro	Kontra
VALI möglicherweise bei Lungengesunden	Lungengesunde = niedriges Risiko für VALI Mehrheit = Lungengesunde bei Elektiven Eingriffen
Postoperativ pulmonale Komplikationen erhöhen Mortalität und Morbidität	LPB erhöht Mortalität/Morbidität (niedriges Tidalvolumen & PEEP 2,2-2,5 mbar)
Prophylaxe gegen VALI ist einfach	Ungenügende Evidenz für die LPB

Schlussfolgerung:

- Unterschiedliche Risikofaktoren begünstigen möglicherweise eine VALI
- Postoperative pulmonale Komplikationen sind das Resultat aus einem multifaktoriellen Geschehen
- Die LPB ist womöglich sinnvoll
- Eine nicht LPB kann zu VALI führen



Zeugen Jehovas im perioperativen Bereich

Autorin: Löffler D. Mentor: Klimkait M.

Fragestellung:

Welches sind die Herausforderungen und Besonderheiten bei der Betreuung von Patienten im perioperativen Bereich, die der Glaubensgemeinschaft Zeugen Jehovas angehören?

Ziel der Arbeit:

- Das anästhesiologische perioperative Management bei Anhängern der Glaubensgemeinschaft Zeugen Jehovas aufzeigen.
- Massnahmen zur Reduktion des intraoperativen Blutverlustes erfassen.

Juristisch-medizinische Aspekte:

- **Volljährig:** Selbstbestimmungsrecht. Meist Patientenverfügung vorhanden.
- **Minderjährige (bis 14. Jahre):** Erziehungsberechtigte missbrauchen Sorgerecht bei Ablehnung einer lebensrettenden Bluttransfusion. Schutz des Kindes muss berücksichtigt werden. Fehlende Einwilligung zu Bluttransfusion über KESB beantragen. Im Notfall für das Kind entscheiden.
- **Medizinisches Personal:** Im Notfall Verpflichtung zu medizinischer Versorgung, auch wenn ablehnende Haltung bezüglich Blutprodukten bekannt ist. Bei elektive Eingriffen Verweigerung möglich.

Anhänger:

- 2014: 8,2 Millionen Zeugen Jehovas weltweit
- 19106 in der Schweiz
- 1600 in Basel
- ➔ Kleines Patientengut mit eventuellen intraoperativen unvorhersehbaren Probleme

Grundlegende Haltung der Zeugen Jehovas zu Fremd- und Eigenblut

Haltung	Fremdblut				Eigenblut
	Vollblut				
Nicht akzeptiert	Erythrozyten	Leukozyten	Thrombozyten	Plasma	• Präoperative Eigenblutspende und Lagerung für spätere Reinfusion
Individuelle Entscheidung	Erythrozytenfraktionen • Hämin • Hämoglobinfaktoren	Leukozytenfraktionen • Interferone	Thrombozytenfraktionen	Plasmafraktionen • Albumin • Gerinnungsfaktoren • Fibrinogen • Immunglobuline	• Akute normovolämische Hämodilution • Dialyse • Herz-Lungen-Maschine • Blutrückgewinnung

Zeugen Jehovas treffen persönliche Entscheidungen, was sie guten Gewissens akzeptieren können. Wichtig ist daher aus Sicht der Anästhesie mit jedem Patienten abzuklären, mit welchen Produkten und Verfahren er/sie einverstanden ist.

Tabelle 1: In Anlehnung Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, (2012).

Perioperatives Management

Ziel: Risikofaktoren erkennen, welche die Kompensation einer auftretenden Anämie bei grossen Blutverlusten beeinträchtigen könnte

Präoperative Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Erkennung und Behandlung einer Anämie • Bestimmung der Blutgerinnung und Therapie • Aufklärung und Abklärung bezüglich Einsatz von Blutprodukten und technischen Verfahren für fremdblutsparende Massnahmen • Patientenverfügung vorhanden? 	Postoperative Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion Blutverlust und Optimierung der Gerinnung • Überwachung Intensivstation abklären • Shivering, Tachykardie und Hypertonie vermeiden • Adäquate Schmerztherapie nach dem Schema von Vargas • Bei relevanter Blutung Reintervention Chirurgie oder interventionelle Radiologie
Intraoperative Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Regional – Allgemeinanästhesie • Überwachung gemäss Minimal Safety Standards • Volumenstatus überwachen (Urinausscheidung, Blutverlust, ZVD, PPV, eventuell Pulmonalkatheter) • Reduktion des Blutverlustes durch: Chirurg, Blutsperr, Lagerung, lokale Blutstillung, Cell Saver (Autolog) 	Aufgabe der Anästhesie: <ul style="list-style-type: none"> • Volumenmanagement • Normothermie • Kontrollierte Hypotension • Unterstützende Massnahmen beim Gerinnungsmanagement • Retransfusion Cell Saver (Autolog) Blut • Fortführung der Anästhesie

Literatur:

- Ethikausschuss der Stiftung Kreuznacher Diakonie. (2011). Grundsätze zur Behandlung von Zeugen Jehovas. *Stiftung Kreuznacher Diakonie*, 2-21
- Gerull, S. (2011). Leitfaden für Transfusionsmedizin und Hämovigilanz. Universitätsspital Basel Standard.
- Gombotz, H. & Hofmann, A. (2013). Patient Blood Management. *Anästhesist*, 62, 519-527
- Habler, O. & Voss, B. (2010). Perioperatives Management bei Zeugen Jehovas. *Anästhesist*, 59, 297-311.
- Jehovas Zeugen (2015). *Neue-Welt-Übersetzung der heiligen Schrift*. [Zugriff 13.04.2015 auf <http://www.jw.org/de/publikationen/bibel/nwt/bibelbuecher/apostelgeschichte/15/>]
- Schelling, P. & Lippstreu, C. (2010). Der Glaube der Zeugen Jehovas und der ärztliche Heilaufrag. *Anästhesist*, 43, 47-52.
- Schweizerische Interessensgemeinschaft für Anästhesiepflege. (2015). *Unser Beruf, Berufsprofil dipl. Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF*. [Zugriff 19.04.2015 auf <http://www.siga-fsia.ch/beruf/beruf/>]
- Singbartl, G. & Walther-Wenke, G. (2014). Transfusionspraxis. *Springer*, 2. Auflage, 253-267.
- Ulsenheimer, K. (2010). Ablehnung von Fremdblut durch Zeugen Jehovas. *Anästhesist*, 59, 312-318.
- Vereinigung Jehovas Zeugen der Schweiz. (2009). Jehovas Zeugen in der Schweiz und Liechtenstein. *Watch Tower Thun*, 3-16.
- Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. (2012). Religiöser und ethischer Standpunkt zur Thematik medizinische Behandlung. *Wachtturm*, 3/13.
- Wikipedia. (2012). *Lehre der Zeugen Jehovas*. [Zugriff 12.01.2015 auf http://de.wikipedia.org/wiki/Lehre_der_Zeugen_Jehovas]



Perioperativer Myokardinfarkt

Autor: Mischler K.

Mentor: Klimkait M.

Fachbegleitung: Greve I.



Der perioperative Myokardinfarkt stellt eine komplexe, oftmals multifaktorielle kardiale Komplikation dar. Die Kriterien für einen akuten Myokardinfarkt definieren sich dabei durch die **myokardiale Ischämie** (EKG Veränderungen, typische klinische Zeichen) verbunden mit dem Nachweis einer **myokardialen Nekrose** (deutlicher Anstieg / Abfall eines kardialen Biomarkers - bevorzugt Troponin)

Fragestellungen

- Was sind die Risikofaktoren für das Auftreten eines Perioperativen Myokardinfarktes bei nicht kardiologischen Operationen ?
- Entspricht der Behandlungsstandard "Intraoperative Myokard Ischämie" meines Ausbildungsspitals den aktuellen Empfehlungen der Literatur ?

Klinische Risikofaktoren - Revised Cardiac Risk Index nach Lee

- Ischämische Herzerkrankung (Angina Pectoris und / oder vorangegangener Myokardinfarkt)
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall oder transiente ischämische Attacke (TIA)
- Nierenfunktionseinschränkung über 170 µmol/l oder 2 mg/dl oder Kreatinin-clearance < 60 ml/min
- Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus
- Risikooperation (z.B. grosse Gefässeingriffe)

Anzahl klinische Risikofaktoren	Risiko für kardiale Komplikationen
0-1	niedriges kardiales Risiko
2	mittleres kardiales Risiko
3 oder mehr	hohes kardiales Risiko

Die meisten perioperativen Myokardinfarkte ereignen sich innerhalb von 24-48 Stunden ab Eingriff. Da jedoch die Zeichen häufig maskiert bleiben, werden perioperative Myokardinfarkte vielfach erst spät (3.-5. postoperativer Tag) entdeckt. Damit ist eine hohe Mortalität von 30-70% assoziiert.



Behandlungsstandard "Intraoperative Myokard Ischämie"

Für das Auftreten einer Intraoperativen Myokard Ischämie verwendet mein Ausbildungsspital einen Behandlungsstandard.

Ob dieser den aktuellen Empfehlungen der verwendeten Literatur entspricht, erfahren sie beim Durchlesen dieser Diplomarbeit. Ebenso lernen sie die 2 typischen Formen des perioperativen Myokardinfarktes und deren Pathophysiologie kennen.

Conclusion

Die Kenntnis der 2 Entstehungsmechanismen für einen perioperativen Myokardinfarkt, sowie der möglichen Auslösefaktoren erlauben eine bewusstere Anästhesieführung und grössere Sensibilisierung auf diese potentielle kardiale Komplikation.

Literatur

- Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Simoons, M.L., Chaitman, B.R., White, H.D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 2012(33), 2551-2567
- Landesberg, G., Beattie, S., Mosseri, M., Jaffe, A.S., Alpert, J.S. (2009). Perioperative Myocardial Infarction. *Circulation*, 2009(119), 2936-2944
- Van Waes, J.A.R., Nathoe, H.M., de Graaff, J.C., Kemperman, H., de Borst, G.J., Peelen, L.M., van Klei, W.A. (2013). Myocardial Injury after Noncardiac Surgery and its Association with Short-Term Mortality. *Circulation*, 2013(127), 2264-2271
- Striebel, H.W. (2014). *Die Anästhesie*. Stuttgart: Schattauer
- Kristensen, S.D., Knuuti, J., Saraste, A., Anker, S., Botker, H.E., De Hert, S., et al. (2014). 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. *European Heart Journal*, (2014)35, 2383-2431





AN 46 2.0 01/2015/A-CH

Was ist nötig zur Intubation?

C-MAC[®] System: Ein Instrument alleine ist noch lange kein Plan B



L'anesthésiste dans la consultation pré opératoire

Virgine Millart

Dans un contexte de concurrence accrue entre les établissements de soins, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont initié des pistes d'amélioration afin d'optimiser leur performance tout en baissant leur coûts (Efficience de l'activité médicale et paramédicale, productivité/coût du personnel soignant...). L'efficience du Service d'anesthésie des HUG peut être améliorée par l'optimisation d'un modèle d'organisation déjà existant entre les Infirmiers Spécialisés en Anesthésie (ISA) et les médecins anesthésistes.

L'intégration des ISA à la consultation pré opératoire grâce un transfert (délégation) de certaines compétences médicales va mutualiser et étendre un «team working» déjà existant en peropératoire et postopératoire permettant ainsi l'augmentation de la productivité du personnel médico-soignant. Ce «skill-mix» doit permettre de faire face à l'augmentation importante du nombre de consultations pré opératoires facturables et contribuer à libérer et recentrer l'activité médicale sur des tâches «non déléguables».

Les demandes de la politique ...

Suite à la mise en place du nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières (Swiss DRG) conformément à la loi LAMAL 2007 une évolution de nos structures hospitalières a commencé à s'opérer. Ce nouveau système demande aux établissements une transparence par rapport aux actes et rend comparable le coût des prestations médicales entre les établissements médicaux.

Le conseil fédéral Suisse a également fixé des priorités par rapport à une politique sanitaire, en approuvant en janvier 2013, le rapport «Santé 2020», émis par le Département fédéral de l'intérieur. Ce rapport comprend 36 mesures visant notamment à assurer la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la

qualité des soins et à optimiser la transparence. Il y a également une volonté de renforcer les compétences des patients en matière de santé (éducation thérapeutique) ainsi que celles des professionnels de la santé avec comme objectif le développement d'un système de santé plus adapté aux besoins spécifiques du patient et donc plus performant.

... et les objectifs des établissements de santé

Les objectifs des établissements de santé pour optimiser le système de santé sont donc aujourd'hui une rationalisation des soins, une recherche de gain de productivité (meilleures prestations du personnel, amélioration de la qualité des soins, amélioration des compétences), un alignement sur une médecine «moyenne» avec suppression des prestations qui ne sont pas absolument nécessaires, ainsi qu'une diminution des durées de séjour (virage ambulatoire).

Les HUG souhaitent eux aussi optimiser leur performance pour s'adapter aux réalités d'aujourd'hui et relever les défis de demain. L'efficience est l'enjeu principal.

- Efficience de l'activité médicale et paramédicale
- Productivité du personnel médical,
- Productivité/coût du personnel soignant,
- Performance des fonctions de support

Die Rolle des dipl. Experten Anästhesiepflege
NDS HF in der Prämedikationsvisite
Artikel auf deutsch unter
www.siga-fsia.ch/journal

L'efficience de l'activité médicale et paramédicale du Service d'anesthésie des HUG peut être améliorée en optimisant d'un modèle d'organisation.

Depuis les années 2000, la plupart des institutions hospitalières ont mis en place un programme de consultations d'anesthésie. L'implémentation et le caractère obligatoire de cette évaluation préopératoire ont considérablement modifié le quotidien des médecins anesthésistes, en leur imposant un aménagement du temps de travail dédié à la consultation.

L'intégration des ISA à la consultation péri opératoire va permettre d'augmenter la mutualisation et faire face à l'augmentation importante du nombre de consultations péri opératoires contribuant à libérer et recentrer l'activité médicale sur des tâches «non déléguables».

Enjeux économiques

Si la consultation permet de maîtriser les risques de morbidité et de mortalité (1), elle a aussi un impact économique direct en lien à la gestion des programmes opératoires (2). En effet, la majorité des reports et retards de dernière heure est en étroite relation avec une préparation insuffisante des conditions médico-sociales du patient englobant des défauts d'information.

Le secteur des blocs opératoires est le plus coûteux d'un établissement de soins aigus, et chaque annulation opératoire représente un coût important. En intégrant les ISA à la consultation péri opératoire, le processus s'enrichit d'un «filtre diagnostique» et d'une nouvelle étape dédiée à l'information des patients. Les médecins anesthésistes peuvent alors se concentrer sur les patients présentant les comorbidités les plus importantes qui nécessitent une attention particulière et des compé-



«En valorisant les compétences intrinsèques des HUG. En se donnant les moyens d'explorer les futurs possibles»

B. Levrat, Directeur Général, HUG – 2014

tences avancées. Ce «tri» optimisé des patients entre «faible complexité» et «haute complexité» doit permettre de réduire les taux d'annulations tardives et donc de réduire les coûts de sous occupation des salles d'opération.

Optimiser l'information du patient

L'intégration des infirmiers anesthésistes à la consultation peut également contribuer à optimiser «l'éducation thérapeutique» des patients en donnant une information, complémentaire à celle du médecin anesthésiste. Cette optimisation de l'information pré, per et post opératoire et de la compréhension du patient face à son parcours d'hospitalisation (itinéraire clinique) doit permettre d'anticiper des conséquences opératoires (3) et des problématiques de sorties, de réduire le temps de récupération post opératoire

et la durée d'hospitalisation. On sait que les défauts de communication sont les principaux facteurs associés aux décès en anesthésie (4).

D'après notre juriste, dans chaque plainte de patient adressée au service juridique des HUG, il est presque toujours fait état d'un défaut d'information sur les risques encourus.

Situation personnelle

En 2004, une étude a été menée en Suisse Romande sur l'évolution des effectifs médico-infirmiers en anesthésie. La situation démographique de la spécialité d'anesthésie est pour l'instant stable mais les résultats de cette étude doivent être pondérés, car au vu de l'augmentation des actes anesthésiques, de l'augmentation des temps partiels et des changements d'activité avant la retraite, un contexte de

tension démographique est à prévoir dans les prochaines années (5). Apporter une aide à l'activité importante des consultations pré anesthésiques va contribuer à libérer et recentrer l'activité médicale sur des tâches «non déléguables». L'élargissement des compétences des infirmiers anesthésistes et l'autonomisation pour de nouveaux rôles peut également favoriser une fidélisation au travers d'une valorisation de la profession et d'un renforcement de l'identité professionnelle.

Conditions de réussite

La consultation pré anesthésique a lieu plusieurs jours voire plusieurs semaines avant une intervention (minimum 48h). L'état de santé du patient est alors évalué (anamnèse, recueil d'informations) et les éléments des risques sont précisés. Le patient est informé sur les différentes options thérapeutiques avec un éclairage particulier sur les objectifs, les bénéfices, les conséquences, les inconvénients ainsi que les complications et risques potentiels. Cette consultation est également le prélude à la planification du parcours du patient avant, durant et après le geste interventionnel. A l'issue de cette consultation, le patient doit donner son consentement libre et éclairé.

Effectuer une consultation anesthésique demande donc d'avoir des compétences spécifiques comme pour la récolte des informations et l'évaluation des risques, pour informer sur les risques et le processus et pour proposer des options thérapeutiques. Il y a également nécessité de respecter un cadre légal car seules la récolte d'informations et l'information sur les risques peuvent être déléguées. La prescription et l'obtention du consentement éclairé sont des actes d'«exclusivité médicale».

Le «skill mix» et la délégation d'actes ne peuvent être implémentés qu'à certaines conditions, une définition précise des rôles et responsabilités des deux catégories professionnelles, un dispositif de formation et un référentiel de compétences spécifiques.

Rôles et responsabilités de l'infirmier anesthésiste:

- Initier le processus de consentement éclairé avec une anamnèse structurée permettant le recueil des informations pertinentes pour évaluer l'état clinique du patient et le contexte de son environnement quotidien.
- Informer le patient/famille sur la nature et la gravité des risques recherchés par cette anamnèse
- Confirmer ou remettre en question le stade ASA1 du patient
- Informer le patient/famille concernant l'état clinique du patient ainsi que des risques liés à cet état
- Rechercher les facteurs de risque d'intubation difficile
- Informer sur l'antalgie, les événements postopératoires et l'itinéraire clinique

Dispositif de formation:

- Formation à la récolte des informations, à l'évaluation des risques
- Formation à une communication spécifique
- Formation sur le support informatique existant

Modalités pédagogiques:

- Formation théorique et pratique intégrant des cours interactifs, des extraits de vidéos de consultation et des jeux de rôle
- Formation théorique sur la structure d'une consultation pré anesthésique
- Formation théorique sur la communication médecin-malade (accueil et synchronisation, empathie et légitimation)
- Formation théorique sur la communication concernant le risque
- Formation pratique sur la communication (hiérarchisation, synthèses, clarifications, reformulations, communication de type «hypnotique», suggestions positives...)

Référentiel des compétences spécifiques:

- Compétences spécifiques pour la récolte des informations et l'évaluation des risques (recevoir des données, les comprendre, et savoir les restituer)
- Compétences spécifiques pour informer sur les risques et les processus
- Compétences spécifiques pour proposer des options thérapeutiques
- Compétences spécifiques pour échanger des informations sensibles pour la

sécurité de l'acte anesthésique, dans un contexte à forte charge émotionnelle

- Compétence organisationnelle pour structurer l'entretien de consultation dans un temps limité

Enfin, la mise en place du projet doit être évaluée et son impact mesuré à l'aide d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs de processus et de résultats prédéfinis.

Indicateurs qualitatifs:

- Satisfaction médecin (contrôle qualité)
- Satisfaction ISA
- Satisfaction patient/famille

Indicateurs quantitatifs:

- Données quantitatives relatives au volume des soins produits (Nombre de patients vus en consultation pré et post projet)
- Taux d'interventions chirurgicales annulées

l'intégration des infirmiers anesthésistes dans le processus de consultation ne pourra se faire que dans le cadre d'un protocole médical bien établi, basé sur un référentiel de compétences, sous certaines conditions en regard d'enjeux économiques et conjoncturels incontournables. Cette nouvelle organisation doit permettre de garder un même niveau de performance, de gagner en nombre de prestations, en qualité des soins et en coûts grâce à un «skill mix» plus efficient. Le but de ce projet n'est pas de se substituer au rôle du médecin mais de mieux répartir les compétences disponibles avec une plus-value institutionnelle et professionnelle.

Contact:

Virgine Millart
 Experte en soins d'anesthésie diplômée
 EPD ES
 Service d'anesthésiologie
 Hôpitaux Universitaires de Genève
 virgine.millart@hcuge.ch

Bibliographie

- 1) The value of the preoperative visit by an anaesthetist. A study of doctor-patient rapport. Egbert LD, Battit G, Turndorf H, Beecher HK. JAMA 1963; 185:553-5.
- 2) Development and Effectiveness of an Anaesthesia Preoperative Evaluation Clinic in a Teaching Hospital. Fischer S.P. Anesthesiology 1996; 85:196-206
- 3) Survey of anaesthesia-related mortality in France. Lienhart, M.D.,* Yves Auroy, M.D., Françoise Pequignot Anaesthesiology 2006; 105:1087-97
- 4) Clinicians consistently exceed a typical person's memory during preoperative teaching Sandberg EH, Sharma R, Wiklund R, et al Anesth Analg. 2008;107:972-
- 5) Evolution prévisible des effectifs médico-infirmiers en anesthésie en Suisse romande. Mamie, Chantal; Meyer, Pierre-Alain; Crettenand, Béatrice; Morabia, Alfredo; Clergue, François Médecine et Hygiène, 2004, Vol. 62, n° 2509, p. 2502-2506
- 6) <http://www.aana.com/advocacy/federalgovernmentaffairs/Pages/default.aspx>

L'anesthésie pratiquée par des non-anesthésistes?

Robert Doureradjam

Des directives juridiques, des positions politiques, des contradictions et localement des approches différentes montrent en pratique une image hétérogène de l'anesthésie.

La législation

L'exercice de la profession d'infirmière en soins généraux se répartit dans deux catégories d'activités: les soins relevant du rôle propre et ceux pratiqués en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit.

Les actes relevant du rôle propre sont dispensés dans un établissement ou au domicile. L'infirmier(ère) les réalise sous sa propre responsabilité et est habilité(e) à les assurer avec la collaboration de professionnels certifiés tels que des aides-soignants pour des tâches appropriées à leur niveau de compétences.

Les soins dispensés sur délégation médicale consistent essentiellement à appliquer les prescriptions, à évaluer leurs effets souhaités, à surveiller leurs effets secondaires et à dépister les complications qui pourraient en découler. Il ne s'agit en aucun cas d'exécutions «aveugles» d'ordres, mais de réalisations réfléchies d'actes. La prescription doit être comprise, critiquée en cas d'erreur, les indications, contre-indications et effets indésirables connus, et les risques évalués afin d'accomplir la surveillance ad hoc. Pour l'exercice de sa fonction, l'infirmier fait appel aux connaissances acquises lors de sa formation initiale mais également par le biais d'une formation professionnelle [1, 2]. La sédation ne rentre dans aucune des 2 catégories des actes infirmiers et ne fait pas l'objet d'enseignement dans le cursus de formation initiale, pré-graduée. En revanche, elle fait partie des actes médico-délégués aux experts en soins d'anesthésie. «Elle/il (l'expert en soins d'anesthésie) travaille sur délégation d'un médecin anesthésiste ou en collaboration avec elle/lui et agit sous sa propre respon-

sabilité et de manière autonome» [3]. De fait, la sédation ne peut pas être réalisée par l'expert en soins d'anesthésie, sans prescription de l'acte par un médecin anesthésiste. Or, les procédures endoscopiques, nécessitant une sédation, sont en augmentation constante, parfois d'un facteur 10 en 20 ans, dans des pays industrialisés tels que la France [4] et en parallèle, les services d'anesthésie, par manque de personnel, ne parviennent pas à fournir des ressources pour soutenir l'activité en endoscopie.

En ce qui concerne, la Suisse, une nouvelle loi sur les professions de la santé, LPSan, en cours de validation servira de cadre légal pour de nombreuses professions, entre autres celle d'infirmier(ère) [5]. Mais, à la lecture du document disponible à la consultation, il n'existe aucune mention sur les actes délégués ou relevant du rôle propre de l'infirmière.

Les divergences d'opinions

La sédation prescrite par des médecins non-anesthésistes et pratiquée par des

Anästhesie durch Nicht-Anästhesisten?
Artikel auf deutsch unter
www.siga-fsia.ch/journal

infirmières non spécialisées en anesthésie soulève des polémiques au niveau international et les prises de position des sociétés savantes varient et parfois s'opposent d'un pays à un autre [6]. En 2006, aux Etats-Unis, les corporations infirmières n'avaient pas d'avis consensuel, la moitié des états interdisait aux infirmières la pratique de la sédation [7]. Les protestations semblent résulter de l'utilisation du propofol par les non-anesthésistes alors que l'administration de médicaments tels que le midazolam n'était pas source de controverses, même avant la mise sur le marché de son antidote, le flumazénil. En effet, aux Etats-Unis, malgré de nombreux décès sur arrêt respiratoire, l'utilisation du midazolam pour la sédation, remonte aux années 1986, alors que son antagoniste a vu le jour en 1992 [8].

Les prises de positions et les incohérences

Les organisations professionnelles anesthésistes, essentiellement nord-américaines, sont les seules à s'opposer à la pratique de la sédation par les infirmières non-anesthésistes. En revanche les sociétés qui utilisent la sédation pour leur activité, sont favorables à la pratique de l'acte par l'infirmier en soins généraux (cf. tableau 1)

En faveur de la sédation par les infirmiers non-anesthésistes	Contre la sédation par les infirmiers non-anesthésistes
American college of Gastroenterology (ACG)	
American Gastroenterological Association (AGA)	American Society of Anaesthesiologists (ASA)
American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)	American Association of Nurses Anaesthetists (AANA)
Emergency Nurses Association (ENA)	
American College of Emergency Physicians (ACEP)	

Tableau 1: Prise de position des organisations professionnelles [9]

En faveur de la sédation par les infirmiers non-anesthésistes. Contre la sédation par les infirmiers non-anesthésistes. Cependant et malgré une position formelle, étonnamment, l'ASA propose un guideline pour la pratique de la sédation par les non-anesthésistes [10].

Absences de règles précises et normes institutionnelles

En l'absence de règles précises, les établissements concernés par l'activité de sédation élaborent leurs propres normes, parfois au détriment de quelques règles élémentaires de sécurité. Selon Daniel Kulling (2007) la sédation peut être faite sans risques par l'équipe de gastro-entérologie. Un médecin gastro-entérologue et l'infirmière qui l'assiste seraient suffisants pour l'ensemble de la procédure, l'endoscopie et la sédation. Pour le monitoring du patient, la SpO₂ serait le seul équipement nécessaire [11].

Aux Hôpitaux universitaires de Genève, historiquement, la sédation pour des procédures endoscopiques était prescrite par des médecins gastro-entérologues et réalisée par les infirmières en soins

généraux, sans formation spécifique à la sédation. Le plus souvent, le midazolam et la péthidine étaient administrés aux patients hospitalisés ou en ambulatoire. Récemment, les Directions médicales et des soins autorisent les infirmières en soins généraux des services d'endoscopies à pratiquer la sédation. Cette décision est issue d'une réflexion en profondeur sur l'évolution des pratiques et la délégation des tâches. La nécessité de la sédation pour les patients au cours de gestes médicaux inconfortables et souvent douloureux, l'amélioration de la pratique professionnelle des infirmières et le surcoût des examens endoscopiques en présence d'anesthésistes ont été les arguments essentiels de cette décision.

Cependant, cette délégation n'a pu être effective qu'aux conditions suivantes:

1. Les responsables du service d'endoscopie, soutenus par ceux du service d'anesthésie ont établi un cadre de fonctionnement précisant les points suivants :

- Une évaluation pré-sédation, obligatoire pour tous les patients
- Un tri médical des patients éligibles (cf. Schéma 1)

- L'utilisation d'un protocole simple
- Une dotation suffisante en ressources humaines: un soignant exclusivement dédié à la sédation
- Une définition précise de la surveillance durant la période péri-sédation et des modalités de la documentation des soins
- Une définition de critères de «décharge» des patients

2. Une formation spécifique (cf. tableau 2), obligatoire au personnel destiné à la sédation a été conçue et animée par l'équipe du service d'anesthésie. Celle-ci inclut des cours théoriques, des ateliers pratiques, des mises en situations au simulateur, des pratiques de la sédation sur le lieu de l'activité, accompagnées par des anesthésistes et la validation d'un examen final est exigée pour l'obtention du droit de pratique de la sédation.

Il est à noter qu'à ce jour, aucun événement grave n'a été relevé suite à l'implémentation de cette procédure aux HUG. En revanche, le niveau de satisfaction des patients et celui des opérateurs a été évalué. Pour ces deux catégories, une nette amélioration a été observée.

Filière de prise en charge – tris des patients

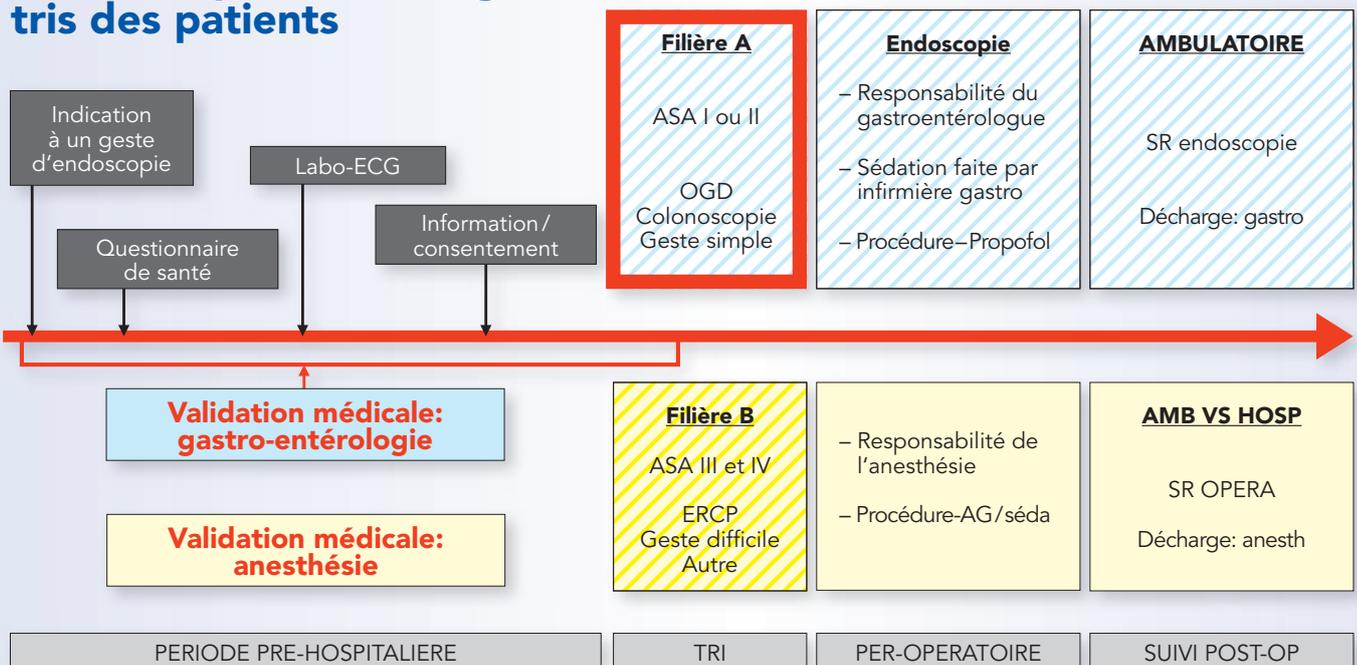


Schéma 1: Tri médical des patients éligibles. La filière A concerne les patients pris en charge par l'équipe de gastro-entérologie. Une infirmière formée est dédiée exclusivement à la sédation dont la responsabilité revient au médecin gastro-entérologue. La filière B s'adresse aux patients pris en charge par l'équipe d'anesthésie.

	contenu	Animateur	durée	support
Cours 1	sécurité matériel	Médecin anesthésiste	1 heure 1 heure	Texte Scores checklists
Cours 2	pharmacologie	Médecin anesthésiste	2 heures	classeur référence
Cours 3	soins: sédation/ surveillance	Chargé de formation/ infirmier anesthésiste	2 heures	documents
Cours 4	Pratique: Cours-BLS Sédation simulée Terrain clinique	Chargé de formation/ infirmier anesthésiste Médecin anesthésiste	4 heures 2 séances de simulation 5 supervisions cliniques	E-learning Simulateur Enseignement pratique

Tableau 2: Programme de formation.

Conclusion

La réalisation de la sédation en tant qu'acte délégué aux infirmiers en soins généraux est possible à conditions de respecter plusieurs conditions incontournables:

1. Obtenir la légitimité et être conforme avec les règles professionnelles
2. Posséder les compétences nécessaires ou les acquérir
3. S'assurer que le prescripteur possède les compétences relatives à la sédation et à la gestion des complications.

Ces points sont considérés avec une haute importance par la société européenne des médecins et infirmières de gastroentérologies et d'endoscopies qui propose un curriculum de formation complet et des guidelines correspondant à une pratique sécuritaire de la sédation par un personnel non-anesthésiste [12].

Contact:

Robert Doureradjam
Expert en soins d'anesthésie diplômé EPD
ES Direction des ressources humaines
Centre de Formation
Formation spécialisée en soins d'anesthésie
Hôpitaux Universitaires de Genève
robert.doureradjam@hcuge.ch

Bibliographie:

1. Code de la santé publique, partie réglementaire, quatrième partie: Professions de la santé, livre III, Titre 1er: professions d'infirmier ou d'infirmière, Règles liées à l'exercice de la profession, Section 1: Actes professionnels, article R4311-3, article R4311-5, article R4311-7 et article R4311-12. www.legifrance.gouv.fr
2. Plan d'études cadre Infirmier-ière diplômé-e ES. www.odasante.ch
3. Plan d'études cadre soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence EPD ES, (2012) ch 3.1.1. p.9 www.odasante.ch
4. French survey of anesthesia in 1996. Clergue et al. *Anesthesiology*.1999; 91:1509-20
5. Avant-projet: Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan). www.gesbg.admin.ch
6. Ellen E. Sullivan. 2006. The propofol Controversy, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol 21, No 2: pp 128-130
7. Deborah Krohn, 2006, what do states say about NAPS? *OR Manager* Vol 22, No 3
8. Jan Odom-Forren, 2005. The Evolution of Nurse-Monitored Sedation, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol 20, No 6: pp 385-398
9. L. Harrington, 2006, Nurse-administered propofol sedation, A review of current evidence, *Gastroenterology nursing*, Vol 29, N°5
10. Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists, special article, *Anesthesiology* 2002; 96:1004-17
11. Daniel Külling et coll ,2007 Propofol sedation during endoscopic procedures: how much staff and monitoring are necessary? *Gastrointestinal endoscopy* Volume 66, No. 3: pp 443 – 449
12. Dumonceau J-M et al, 2013. European Curriculum for Sedation Training in Gastrointestinal Endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) *Endoscopy*; 45:496-504

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



Möchten Sie gerne mithelfen, unsere kleinen Patientinnen und Patienten schonend durch die Operationen zu begleiten?

Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir eine/n

Anästhesie-Pflegefachfrau/-mann

Pensum 50-60%

Als Anästhesiepflegefachfrau/-mann assistieren Sie selbständig und eigenverantwortlich bei den üblichen Anästhesietechniken. Sie arbeiten interdisziplinär eng mit dem Ärzte- und OP-Team zusammen und sind verantwortlich für die Vorbereitung, die Betreuung und Überwachung der Ihnen zugeteilten Patienten.

Als Grundvoraussetzung für diese anspruchsvolle Stelle verfügen Sie über den Fachausweis in Anästhesie-Pflege und Sie sind motiviert, in einem kleinen Team mitzuwirken. Ihr einfühlsamer Umgang mit Kindern und Jugendlichen, Ihre Flexibilität und Ihre Bereitschaft, sich an den Pikettendiensten zu beteiligen, ergänzen Ihr Profil.

Ein erfahrenes und sehr motiviertes Team freut sich auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

Interessiert? Frau Katharina Pfeffer, Leitende Anästhesie-Pflegefachfrau (071 243 19 33) gibt Ihnen gerne nähere Auskunft.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an das Ostschweizer Kinderspital, Frau Martina Wirth, Personaldienst, Claudiusstrasse 6, 9006 St. Gallen.

www.kispisg.ch



Ostschweizer Kinderspital

Action Aktion*



Ihren Funktionswagen
jetzt individuell zusammen-
stellen und für 250 chf
Zubehör gewinnen!

*gültig 100 Tage nach Erscheinen
dieser Anzeige

Créez maintenant
votre chariot de fonction
et gagnez pour 250 chf
d'accessoires!

*valable 100 jours à partir
de la date de parution



Schmitz AG, Bahnhofplatz 2, 3284 Fräschels, Schweiz
Telefon 031 75565 88, Telefax 031 75565 89, info@schmitz-suisse.ch,
www.schmitz-soehne.com, [f/schmitz.soehne](https://www.facebook.com/schmitz.soehne)

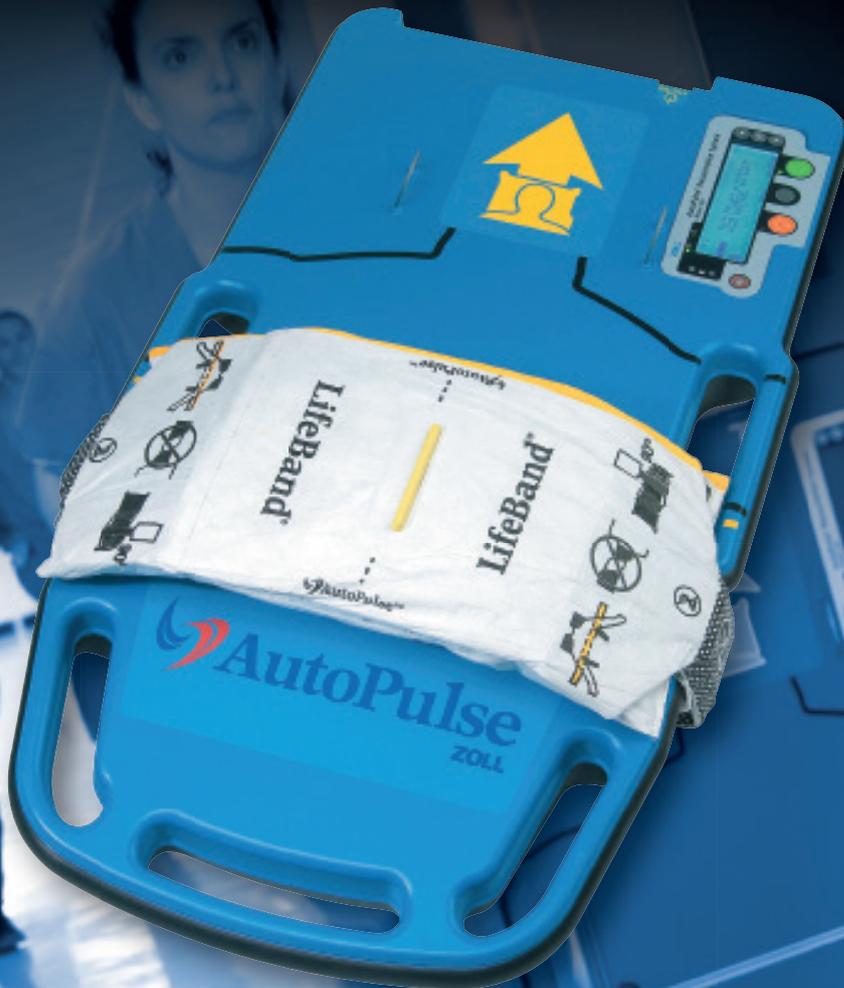
Agenda SIGA / FSIA

Datum	Veranstaltung / Thema	Ort
24. März 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 2: Elektrokardiographie	afsain Aarau
16. April 2016	Anästhesiekongress SIGA / FSIA	KKL Luzern
16 avril 2016	Congrès d'anesthésie SIGA / FSIA	Centre de la culture et des congrès de Lucerne
28. April 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 3: Respirationstrakt	afsain Aarau
28. – 30. April 2016	Advanced EuSim Simulation Instructor Course (Level 2)	Inselspital Bern
13 to 16 may 2016	12th World Congress of Nurse Anaesthetists	Glasgow
		
2. – 4. Juni 2016	Basic EuSim Simulation Instructor Course (Level 1)	Schweizer Institut für Rettungsmedizin, Nottwil
9. – 11. Juni 2016	ATCN Provider-Course	UniversitätsSpital Zürich
14. Juni 2016	Zentralschweizer Pflegesymposium Emergency & Intensive Care	KKL Luzern
16. Juni 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 4: Wasser-Elektrolyt-Haushalt / Volumen- und Blutersatz	afsain Aarau
24. August 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 5: Säure-Basen Haushalt und endokrine Systeme	afsain Aarau
24. septembre 2016	Symposium du GIAL	
29. September 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 6: Allgemeine und spezifische Pharmakologie in der Anästhesie	afsain Aarau
26. Oktober 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 7: Tag des Schmerzes	afsain Aarau
3. – 5. November 2016	Gemeinsamer Jahreskongress der SGAR / SSAR und der SIGA / FSIA 2016	Basel
3 – 5 novembre 2016	Congrès annuel conjoint de la SSAR et de la SIGA / FSIA 2016	Bâle
24. November 2016	UPDATE Kurs Anästhesiepflege Modul 8: Fallbeispiele aus der Praxis für die Praxis	afsain Aarau
30. November/ 1. Dezember 2016	Kongress Patientensicherheit Schweiz Innovations in Patient Safety – Patient Safety in Innovations	Basel
28. Januar 2017	Berner Anästhesie-Pflege-Symposium Orthopädie und Traumatologie: Spezialitäten aus dem Anästhesie-Alltag	Inselspital Bern

ZOLL®

AutoPulse®

Automatische CPR



*Hocheffizient.
Intelligent. Sicher.*

PROCAMED AG • Schulstrasse 5 • CH-8355 Aadorf
Tel. 052 368 60 00 • info@procamed.ch • www.procamed.ch



procamed