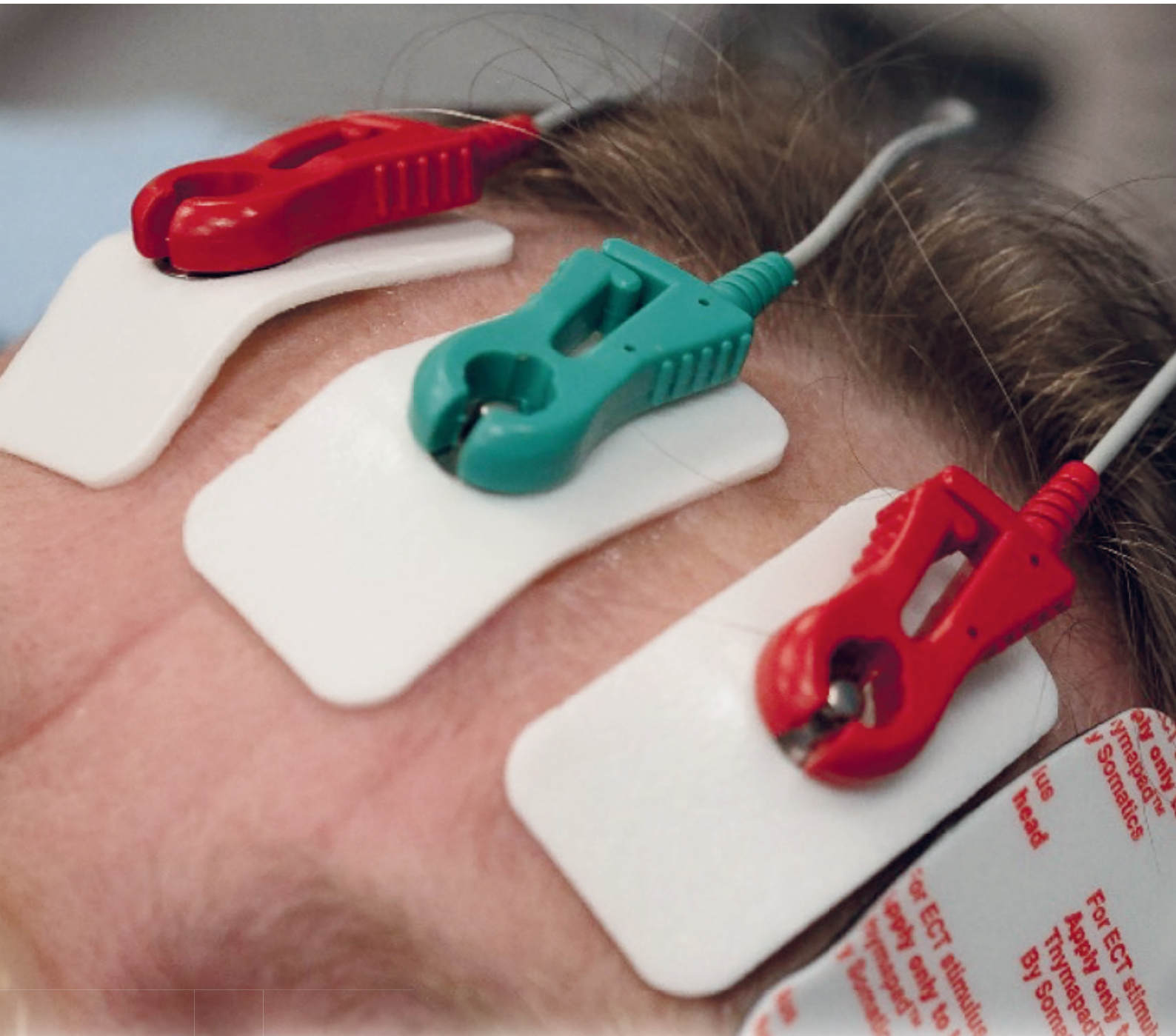


Anästhesie Journal d'anesthésie d'anestesia

SIGA
FSIA



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



04 | 2018

- › **Der erfolgreiche Krampf**
- › Spiritualität in der präoperativen Phase
- › Perioperative Angst

*Falls man Sie
sitzen lässt.*



Sorgen wir für Bestbesetzung.

Seit bald 20 Jahren entwickeln wir innovative Konzepte für flexible Einsätze von pflegerischen und medizinischen Fachkräften. Mehr als 250 Spitäler und Kliniken vertrauen heute auf unsere Lösungen. Ob temporär oder fest. Ob Springer oder Pool. Mit langer Erfahrung und grossem Engagement sorgen unsere 500 Mitarbeitenden tagtäglich für einen funktionierenden medizinischen Betrieb. Auch in der Anästhesie, auch für Sie. Das macht uns zur Nummer 1. Das macht uns gesundheitswesentlich.

www.careanesth.com

Careanesth AG

Nelkenstrasse 15 * CH-8006 Zürich * T +41 44 879 79 79

www.careanesth.com * info@careanesth.com

careanesth 
gesundheitswesentlich

Impressum

Anästhesie Journal 4, Dezember 2018 |
Journal d'anesthésie 4, décembre 2018

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

Erscheint vierteljährlich |
Paraît trimestriellement

Auflage: 2100 Exemplare |
Edition: 2100 exemplaires

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

**Verlag, Inserateverwaltung |
Edition, Administration des annonces**
Schweizerische Interessengemeinschaft
für Anästhesiepflege SIGA / FSIA /
Fédération Suisse des infirmières et
infirmiers anesthésistes SIGA / FSIA

Stadthof, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee
041 926 07 65
info@siga-fsia.ch
www.siga-fsia.ch

**Redaktion Gestaltung |
Rédaction Conception**
wamag | Walker Management AG
Hirschmattstrasse 36, 6003 Luzern

SIGA / FSIA editorial board
Maria Castaño
Christine Berger Stöckli
(Übersetzungen F, D / traductions F, A)
Susan Elmer
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, 041 767 76 80

Inserateschluss | Délai pour les annonces
Ausgabe 1/19: 25. Januar 2019 |
Edition 1/19: 25 janvier 2019

© 2018 Verlag Anästhesie Journal |
© 2018 Journal d'anesthésie éditions



Titelbild:
Der erfolgreiche Krampf



Lieber Mitglieder der SIGA/FSIA, liebe Leserinnen und Leser

Ich blicke auf ein – für mich – ungewöhnliches Jahr zurück. Anfang 2018 wurden wir mit der Anstellung von FaGe auf den anästhesiologischen Abteilungen konfrontiert. Worauf wir eine Stellungnahme verfassten und publizierten. Die Resultate der zu diesem Thema durchgeführten Umfrage können Sie der «Politischen Aktualität» entnehmen. Im März lehnten wir die vorgeschlagenen Zulassungsbedingungen des Rahmenlehrplans NDS HF AIN ab. Der GIAL führte im

Tessin zum zweiten Mal erfolgreich eine Weiterbildung durch. Der Vorstand befürwortete die Gründung der Kommission prehospital care. An unserem Kongress in Luzern besuchten 830 Teilnehmende die hervorragenden Vorträge und die vielseitige Industrieausstellung. Zum ersten Mal durften wir die Autoren eines Posters mit einem Preis belohnen. Im Juni behandelten wir an der Kommissionssitzung aktuelle Themen und gewannen wichtige Erkenntnisse für die Strategie der SIGA/FSIA. Die Anästhesie Journale liefern uns interessante Beiträge und lehrreiche Artikel zu aktuellen Themen aus der Praxis Anästhesiepflege.

Ich habe nicht alles aufgezählt! Solche Leistungen waren nur durch das Bündeln unserer Kräfte und das gemeinsame Suchen nach Lösungen möglich. Jede Kommission hat mit viel Herzblut und Leidenschaft ihre Geschäfte erledigt. Ich finde es alles andere als selbstverständlich, nebst einem erfüllten Berufs- und Privatleben als Kommissions- und/oder als Vorstandsmitglied zu wirken. Dank der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Kommissionen und Vorstand ist es uns gelungen, die Herausforderungen zu meistern. An dieser Stelle möchte ich den Vorstands- und Kommissionmitgliedern für das wertvolle Engagement ganz herzlich danken. Bei der Geschäftsstelle möchte ich mich für das produktive Teamwork bedanken. Sie leistet qualitativ hochstehende Arbeit und sorgt für einen professionellen Auftritt in der Öffentlichkeit. Ein grosses Dankeschön geht auch an unsere Sponsoren, welche uns substantielle Unterstützung gewährt haben. Die SIGA/FSIA ist dieses Jahr auf über 1550 Mitglieder gewachsen. Dieser hohe Organisationsgrad ermöglicht uns, die berufs- und bildungspolitische Welt massgebend zu beeinflussen. Ich möchte allen Mitgliedern für das entgegengebrachte Vertrauen und ihren Beitrag zur Entwicklung unseres Berufes herzlich danken.

An dieser Stelle wünsche ich Ihnen im Namen des Vorstands ein angenehmes Jahresende und viel Energie und Freude, um die täglichen Herausforderungen zu bewältigen.

Michèle Giroud, Präsidentin

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

News	4
Politische Aktualität	4
Actualité politique	5
Hauptversammlung am SGAR-SIGA / FSIA-Kongress	7
Assemblée générale au congrès SSAR-SIGA / FSIA	7
«Das ideale Anästhesieteam der Zukunft»	8
«L'équipe d'anesthésie idéale du futur»	9
Anesthésie à 360	10
Anestesia a 360 gradi	11
Welche Rolle spielt Spiritualität/Religion in der präoperativen Phase?	14
Diplomarbeiten Recommandation de livre	23
Perioperative Angst – eine Herausforderung	24
Der erfolgreiche Krampf	28
Anästhesie-Einsatz in Kamerun	34
Unbeabsichtigte perioperative Hypothermie	36
Agenda	39

«Call for abstracts» Posterausstellung Kongress 2019

Am SIGA/FSIA Anästhesiekongress vom 27. April 2019 findet zum vierten Mal eine Posterausstellung statt. Präsentieren Sie Ihr praxisbezogenes Projekt, Ihre wissenschaftliche Arbeit oder Ihre Diplomarbeit einem breiten Publikum auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch. Neu ist die Anleitung zur Postererstellung auch auf Italienisch erhältlich.

Wir freuen uns auf Ihre Posterbeiträge am jährlichen Anästhesiekongress SIGA/FSIA. Abstracts können noch bis 31. Dezember 2018 eingereicht werden. Das beste Poster erhält ein Preisgeld von Fr. 500.–.

Wir laden Sie ein, Ihr Poster am Anästhesiekongress einem breiten Publikum in der Sprache Ihrer Wahl zu präsentieren!

Sie finden als Wegleitung dazu das Dokument «Call for Abstracts» auf der Website unter Beruf → Poster. Wir freuen uns auf viele interessante Poster!

Aktuelle Berufspolitik der Anästhesiepflege

Eine wirkungsvolle Interessensvertretung durch die SIGA/FSIA ist nur möglich, wenn sie im Namen einer starken Mitgliederbasis spricht und die Mitglieder über aktuelle Entwicklungen in der Berufspolitik informiert sind. Dazu wurde die Präsentation Berufspolitik der SIGA/FSIA erstellt. Diese soll von den Leitungen der Anästhesiepflegeabteilung an den Teamsitzungen präsentiert und mit den Berufskollegen besprochen werden. Das Ziel der SIGA/FSIA ist, dass alle Anästhesiepflegenden informiert und damit auch

involviert sind. Die PowerPoint-Präsentation ist auf unserer Website als Download erhältlich unter:

www.siga-fisa.ch/beruf/berufspolitik

Umfrage zu Praxisentwicklung in der Deutschschweiz

Die Kommission SIGA/FSIA practice möchte im Auftrag des Vorstandes der SIGA/FSIA wissen, wie Institutionen die Standards Anästhesiepflege Schweiz einsetzen. Dazu wurde eine Umfrage erarbeitet, welche die Umsetzung und ergänzend dazu die Praxisentwicklung der Deutschschweiz zum jetzigen Zeitpunkt abbilden soll. Alle Leitungen der Anästhesiepflegeabteilungen der Deutschschweiz werden gebeten, an dieser sehr wichtigen Umfrage teilzunehmen. Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Politische Aktualität

Am 26. April 2018 haben wir insgesamt 222 Institutionen mit einem Fragebogen zum Einsatz von Fachpersonen Gesundheit (FaGe) in der Anästhesie angeschrieben. 109 ausgefüllte Fragebogen wurden uns zurückgeschickt (49%); das ist ein erfreuliches Resultat. 6 Institutionen geben an, FaGe in der anästhesiologischen Abteilung zu beschäftigen, das entspricht 5,8%. Der Grafik rechts können Sie weitere Informationen über die Aufgaben der FaGe in der Anästhesieabteilung und über die Anstellungsgründe entnehmen. Die SIGA/FSIA arbeitet an weiteren Massnahmen bezüglich des Einsatzes von FaGe in den anästhesiologischen Abteilungen; wir werden Sie auf dem Laufenden halten. Hier möchte ich mich im Namen des SIGA/FSIA-Vorstandes bei allen, die an der Umfrage mitgemacht haben, herzlich bedanken. Ihre Meinung zählt und ist uns sehr wichtig.

Am 27. September 2018 habe ich in Begleitung von Lars Egger am ersten Schweizer Reanimationsgespräch teilgenommen. Dieses Treffen wurde vom Interverband für Rettungswesen, vom Swiss Resuscitation Council und von der schweizerischen Herzstiftung initiiert. 18 Verbände, die rund um die Reanimation eine wesentliche Rolle spielen, beteiligten

sich an der Diskussion. Zusammen haben wir die Rettungskette in der Schweiz kritisch beleuchtet, gemeinsame Herausforderungen entdeckt und mögliches Handlungspotential definiert. Das zweite Reanimationsgespräch wird im Frühling 2019 stattfinden. Selbstverständlich wird sich die SIGA/FSIA weiterhin für dieses wichtige Thema engagieren.

Im Rahmen der Massnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der SIGA/FSIA und der SGAR-SSAR wurde eine Delegation der SIGA/FSIA am 30. Oktober 2018 zur Vorstandssitzung der SGAR-SSAR eingeladen. Unter anderem erörterte man das Thema «FaGe in der Anästhesieabteilung», erkannte gemeinsame Befürchtungen und definierte das weitere Vorgehen. In Zukunft werden wir einen regelmässigen Austausch pflegen, um politische Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen.

Die berufspolitische Lage bleibt vielfältig und anspruchsvoll. Ihre Interessen vertritt ich mit der SIGA/FSIA jedoch gern, um weiterhin einen Beitrag für die Qualitätssicherung in der Anästhesiepflege zu gewährleisten. Ich wünsche Ihnen viel Mut und Freude in Ihrem Berufsleben.

Michèle Giroud, Präsidentin
michele.giroud@siga-fsia.ch

Eigenschaftsspektrum der Cahier de charges des ASS

LOGISTIK/REINIGUNG/UNTERHALTSAUFGABEN MIT PATIENTENKONTAKT BEIM EINSCHLEUSEN IM AWR
LOGISTIQUE, NETTOYAGE, PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU SAS ET EN SALLE DE RÉVEIL

AUS PERSONELLEN GRÜNDEN ANGESTELLT
EMBAUCHE POUR CAUSE DE MANQUE DE PERSONNEL

ARBEITEN AUS EIGENMOTIVATION AUF DER ANÄSTHESIE
L'ASSC A EXPRIMÉ SON DÉSIER DE TRAVAILLER DANS UN DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE

HELFEN BEIM MONITORISIEREN
AIDER À MONITORISER LES PATIENTS

HELFEN BEIM MEDIKAMENTE AUFZIEHEN
AIDER À PRÉPARER LES MÉDICAMENTS

ARBEITEN NUR IM TANDEM MIT DIPL. EXPERTE/IN ANÄSTHESIEPFLEGE
ACTIVITÉ SEULEMENT EN BINÔME AVEC LES EXPERTS/EXPERTES EN SOINS ANESTHÉSIE

LEGEN VENFLON, TESTEN RESPIRATOR UND FIBEROPTIK
POSER DES VOIES VEINEUSES, TESTER LE RESPIRATEUR, PRÉPARER LE FIBROSCOPE

Stand der Überarbeitung des Rahmenlehrplans NDS AIN HF

Gemäss Information der OdaSanté steht der Rahmenlehrplan NDS HF AIN nach Überarbeitung kurz vor der Inkraftsetzung. Die Zulassungsbedingungen (Kap. 4.3) werden dahingehend angepasst, dass als Zulassung das Diplom Pflege HF gefordert wird.

Interessierte Fachpersonen mit einem anderen tertiären Abschluss im Gesundheitsbereich haben inskünftig die Möglichkeit unter Anrechnung bereits erbrachter Bildungsleistungen das Pflegediplom zu erwerben, um zum Nachdiplomstudium zugelassen werden zu können. Das Zentrum für Gesundheitsberufe ZAG in Winterthur führt ein entsprechendes Verfahren durch. Die OdaSanté geht davon aus, dass der angepasste

Rahmenlehrplan mit der oben genannten, neuen Zulassungsbedingung Anfang 2019 in Kraft treten wird. Ob hinsichtlich der neuen Zulassungsbedingungen eine Übergangsfrist gewährt werden kann, ist derzeit Gegenstand einer juristischen Abklärung.

Ausschreibung «Herzblut» für Kongress 2020

Die SIGA/FSIA sucht bereits Dozenten aus der ganzen Schweiz für den Anästhesiekongress 2020 im KKL Luzern. Das Kongresssthema 2020 lautet: «Herzblut».

Sind Sie Experte/in für Anästhesiepflege und fühlen sich vom Thema angesprochen? Reichen Sie Ihren Vorschlag bitte über event@sig-fsia.ch bis 30. März 2019 ein. Eine endgültige Auswahl wird im Frühling nach dem Kongress 2019 durch

die SIGA/FSIA science getroffen. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

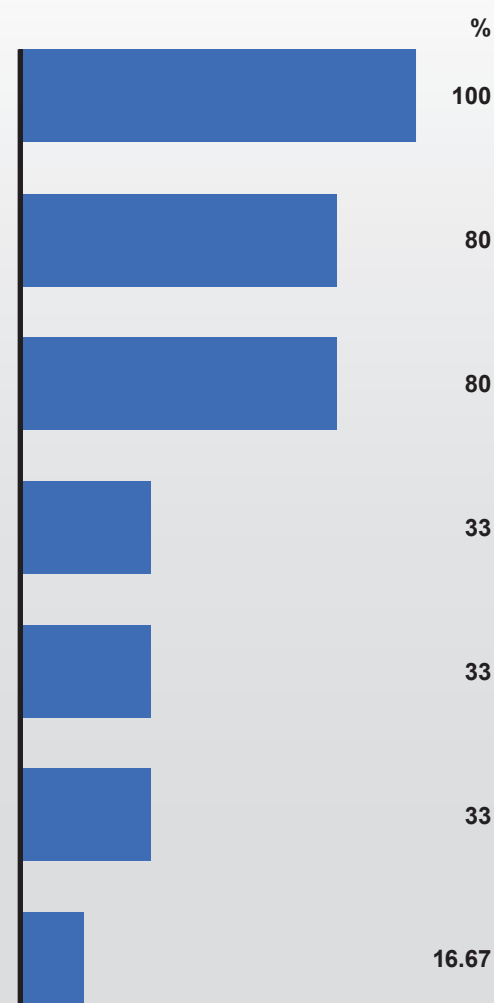
Willkommen, liebe Funktionäre!

Das SIGA/FSIA editorial board freut sich, auf die Unterstützung von Susan Elmer zu zählen. DIE SIGA/FSIA event begrüsst neu Petra Birrer und freut sich auf die Zusammenarbeit. Marie Dumoulin ist neu Teil des Vorstandes der Regionalgruppe GIAL. Wir freuen uns auf eure tatkräftige Unterstützung.

Danke und bye bye, liebe Funktionäre!

Wir verabschieden Giuseppe Renda aus der Regionalgruppe GIAL sowie Corinne Siegenthaler und Conny Schweizer aus der SIGA/FSIA event. Wir sagen ein grosses Dankeschön für ihren jahrelangen Einsatz!

FAGe in der Anästhesie C en anesthésie



Actualité politique

Les questionnaires sur l'embauche d'assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC) dans les cliniques d'anesthésiologie ont été adressés à 222 institutions au mois d'avril dernier. 109 questionnaires remplis nous ont été retournés (49%), c'est un résultat très réjouissant. 6 institutions ont déclaré avoir embauché des ASSC en anesthésiologie, ceci correspond à un taux de 5,8%.

Le graphique à gauche vous livre des informations sur le cahier des charges et sur les raisons de leur embauche.

La SIGA/FSIA va élaborer d'autres mesures en ce qui concerne l'embauche d'ASSC dans les départements d'anesthésiologie et nous allons vous tenir au courant. Je remercie vivement, au nom du comité de la SIGA/FSIA, toutes les personnes qui ont participé au sondage. Votre avis est très important.

La première discussion nationale concernant la réanimation en Suisse s'est déroulée le 27.09.2018 à Berne. Lars Egger m'a accompagnée à cette rencontre initiée et organisée par l'interassociation de sauvetage, le swiss resuscitation concil et la fondation Suisse de cardiologie. 18 associations jouant un rôle important dans la chaîne de sauvetage en Suisse ont participé au débat. Ensemble nous avons exa-

miné la chaîne de sauvetage d'un œil critique, repéré des défis collectifs et défini des mesures potentielles à prendre afin d'améliorer l'unité de doctrine. La deuxième discussion nationale concernant la réanimation en Suisse est prévue pour le printemps prochain et la SIGA/FSIA va participer à l'évolution de ces travaux importants.

Dans le cadre des mesures élaborées pour renforcer la collaboration entre la SIGA/FSIA et la SGAR-SSAR, une délégation de la SIGA/FSIA a été invitée le 30 octobre 2018 à une séance du comité de la SGAR-SSAR. Nous avons traité différents sujets d'actualité politique dont l'embauche des ASSC dans les départements d'anesthésiologie. Les deux associations envisage l'avenir de ce dossier avec une certaine appréhension et ont décidé d'échanger leur point de vue régulièrement afin de maîtriser les défis politiques que l'avenir nous réserve.

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que je continue de défendre les intérêts de la SIGA/FSIA afin de préserver la qualité de notre profession. Je vous souhaite beaucoup de courage et de plaisir dans l'exercice de vos fonctions.

Michèle Giroud, présidente
michele.giroud@sig-fsia.ch

«Call for abstracts» exposition de posters congrès 2019

Une exposition de posters aura pour la quatrième fois lieu lors du congrès d'anesthésie de la SIGA/FSIA du 27 avril 2019. Présentez votre projet axé sur la pratique, votre travail scientifique ou votre travail de diplôme à un large public en allemand, en français, en italien ou en anglais. Le mode d'emploi est désormais aussi disponible en italien.

Nous nous réjouissons de découvrir vos posters lors du congrès d'anesthésie annuel de la SIGA/FSIA. Les abstracts peuvent être soumis jusqu'au 31 décembre 2018. Le meilleur poster va gagner un prix de CHF 500.– !

Nous vous invitons à présenter votre poster à un large public lors du congrès d'anesthésie et ceci dans la langue de votre choix! À ce sujet, vous trouverez le document «Call for Abstracts» sur le site internet sous Profession → Poster qui vous servira de guide. Nous nous réjouissons de recevoir de nombreux posters intéressants!

Standard des soins d'anesthésie en Suisse

Les standards des soins d'anesthésie en Suisse ont été publiés pour la première fois au congrès d'anesthésie 2017 au Lucerne. Ils sont basés sur les standards internationaux des soins d'anesthésie de l'International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA). Ensuite ils ont été traduits en français et en italien.

Ils définissent le profil professionnel dans la pratique et comblent la lacune actuelle entre le plan d'études cadre et le profil professionnel. Ils servent ainsi de lien entre le profil professionnel, le plan d'étude cadres et la pratique. Ils contiennent les compétences finales professionnelles nécessaires des infirmiers/ières anesthésistes en Suisse.

Ils constituent également la base du développement professionnel continu de tous les experts en soins d'anesthésie diplômés EPD ES.

Nous espérons que les standards des soins d'anesthésie en Suisse vous servent de soutien et qu'ils sont déjà implémentés dans votre pratique d'une part en tant que cadre pour évaluer et définir les

objectifs de vos employés et d'autre part au niveau de la formation professionnelle continue. Dans le courant de l'année prochaine, nous allons procéder à un sondage afin d'évaluer l'adaptation des standards dans votre quotidien. Actuellement nous évaluons la situation en Suisse allemande et sommes très curieux des résultats.

Situation de la révision du plan d'études cadre EPD AIU ES

Selon l'information de l'OdASanté, le plan d'études cadre EPD ES AIU révisé sera prochainement mis en vigueur. Les conditions d'admission (chap. 4.3) sont adaptées dans la mesure où le diplôme en soins infirmiers ES sera nécessaire pour l'admission.

Les spécialistes intéressés disposant d'un autre diplôme dans la santé au niveau tertiaire ont à l'avenir la possibilité d'obtenir le diplôme en soins infirmiers en prenant en compte les acquis de l'expérience afin d'être admis aux études postdiplômes. Le centre des professions de la santé ZAG à Winterthur effectue une procédure dans ce sens. L'OdASanté part du principe que le plan d'études cadre adapté avec les nouvelles conditions d'admission susmentionnées entre en vigueur début 2019. La question si en raison des nouvelles conditions d'admission, un délai transitoire sera accordé fait actuellement l'objet d'un examen juridique.

Publication «passion» pour le congrès 2020

La SIGA/FSIA recherche des orateurs de toute la Suisse pour le congrès d'anesthésie de 2020 au KKL Lucerne. Le thème du congrès 2020 est le suivant: «passion».

Est-ce que vous êtes expert/-e en soins d'anesthésie et intéressez-vous à ce thème? Dans ce cas, merci de nous soumettre votre proposition à event@sig-fsia.ch jusqu'au 30 mars 2018. La SIGA/FSIA science prendra une décision définitive au printemps après le congrès 2018. Nous vous remercions pour votre collaboration!

Soyez les bienvenus, chers responsables!

Le SIGA/FSIA editorial board se réjouit de pouvoir compter sur le soutien de Susan

Elmer. La commission SIGA/FSIA event souhaite la bienvenue à Petra Birrer et se réjouit d'ores et déjà de la collaboration. Marie Dumoulin a rejoint le comité du groupe régional GIAL. Nous nous réjouissons de votre soutien actif.

Merci et au revoir, chers responsables!

Nous prenons congé de Giuseppe Renda qui quitte le groupe régional GIAL et de Corinne Siegenthaler et Conny Schweizer qui, quant à elles, ont démissionné de la commission SIGA/FSIA event. Nous les remercions vivement pour leur engagement durant de longues années!

Hauptversammlung am SGAR-SIGA / FSIA-Kongress

Remo FÜRER

71 Mitglieder nahmen an der diesjährigen Hauptversammlung der SIGA/FSIA anlässlich des SGAR-SIGA/FSIA-Kongress in Interlaken teil. Präsidentin Michèle Giroud hiess die Mitglieder zum neuen Zeitpunkt kurz vor dem Mittag willkommen.

Bernadette Gysel hat sich für ein weiteres Jahr im Vorstand zur Verfügung gestellt und wurde einstimmig bestätigt. Nicole Krestan, Björn Werner und Maria Castaño wurden von den Mitgliedern für zwei weitere Jahre im Vorstand einstimmig bestätigt. Die Vorstandsmitglieder Michèle Giroud, Christoph Schori und Florian Fehlmann befinden sich in einer laufenden Amtsperiode.

Die Gründung der neuen Kommission SIGA/FSIA prehospital care wurde einstimmig gutgeheissen. Der Vorstand hat bereits 17 Bewerbungen für die Kommission erhalten, was sehr erfreulich ist. Der Vorsitz der Kommission wurde Lars Egger



übertragen. Er informierte die anwesenden Mitglieder über die Entstehung sowie Aufgaben, denen sie sich widmen wird.

Alle weiteren Geschäfte wurden ebenfalls ohne Gegenstimmen von den Mitgliedern verabschiedet.

Die nächste Hauptversammlung findet wieder am SGAR-SIGA/FSIA-Kongress vom 7. bis 9. November 2019 in Interlaken statt.

Assemblée générale au congrès SSAR-SIGA / FSIA

Remo FÜRER

71 membres participaient à l'assemblée générale de la SIGA/FSIA de cette année qui se déroulait dans le cadre du congrès SSAR-SIGA/FSIA à Interlaken. Michèle Giroud accueillait les membres à la nouvelle heure fixée pour cette manifestation, peu avant midi.

Bernadette Gysel se représentait à l'élection au comité pour une autre année et était réélue à l'unanimité. Nicole Krestan, Björn Werner et Maria Castaño étaient réélus au comité à l'unanimité par les membres pour deux autres années. Le mandat des membres du comité

Michèle Giroud, Christoph Schori et Florian Fehlmann est en cours.

La création de la nouvelle commission SIGA/FSIA prehospital care était approuvée à l'unanimité. Le comité enregistre déjà 17 candidatures pour cette commission ce qui est très réjouissant.

La présidence de la commission était confiée à Lars Egger qui informait les membres présents sur la création ainsi que sur les tâches dont elle s'occupera.

Les autres affaires étaient également approuvées par les membres sans aucune voix contre.

La prochaine assemblée générale aura également lieu lors du congrès de la SSAR-SIGA/FSIA du 7 au 9 novembre 2019 à Interlaken.

Kontakt/Contact:

Remo FÜRER

Stv. Geschäftsführer SIGA/FSIA

Suppl. secrétaire général SIGA/FSIA

info@siga-fsia.ch

«Das ideale Anästhesieteam der Zukunft»

Astrid Braun, Tobias Ries Gisler, Luzia Vetter

Im Rahmen des SGAR-SIGA/FSIA-Kongresses 2018 hat die Kommission practice einen Workshop durchgeführt. Der Fokus lag auf der Teamarbeit.

Operationssäle werden häufig mit «High Reliability Organisations» (HRO) verglichen. In HROs finden gefährliche Arbeiten statt und Fehler können katastrophale Auswirkungen haben (Baker, Day & Salas, 2006). Zu Zwischenfällen kommt es dort meistens durch ein Zusammenwirken von organisationalen und operationalen Faktoren. Teamarbeit gilt insbesondere in Gesundheitsorganisationen als Voraussetzung, um Zwischenfälle zu verhindern und die Patientensicherheit zu erhöhen (Sevdalis, Hull & Birnbach, 2012).

Mit Fokus auf Teamarbeit in der Zukunft führte die Kommission practice am diesjährigen SGAR-Kongress einen Workshop durch. Das Ziel bestand darin, Herausforderungen an das ideale Anästhesieteam der Zukunft mithilfe einer SWOT-Analyse zu erarbeiten und dabei die verschiedenen Einflüsse zu berücksichtigen. Die wichtigsten Ergebnisse sind in der Tabelle zusammengefasst.

Salas, Rosen und King (2007) beschreiben acht Teamfaktoren, die zu höherer Patientensicherheit beitragen können:

1. Team-Leadership
2. Klare Rollen und Verantwortlichkeiten
3. Gemeinsames Verständnis von Aufgaben und Zielen
4. Pre-briefing und De-briefing
5. Vertrauen, kollektive Effizienz und psychologische Sicherheit
6. Kooperation, Koordination und Kommunikation
7. Klare, wertschätzende Visionen
8. Von Fehlern lernen, Selbstkorrektur und Anpassung.

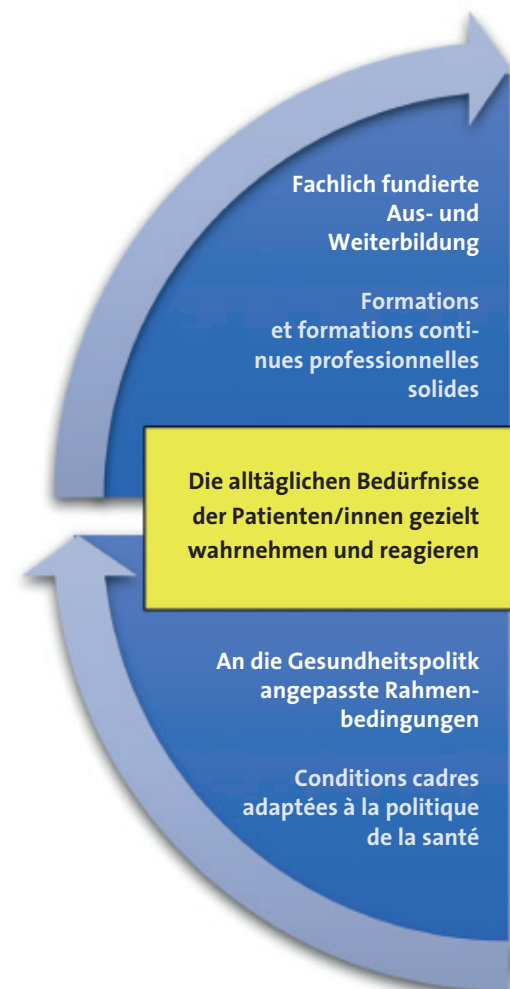
Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionelle Wissensunterschiede sind im Arbeitsalltag gering • Anästhesiepflegende verfügen über Berufserfahrung (implizites und explizites Wissen) • Hohe Ausbildungsqualität ermöglicht Aktionen vor Reaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche Anwesenheit (Schichtlänge) der Berufsgruppen ist unterschiedlich • Ausbildungsstand (Arzt, Pflege) wird bei der Teamzusammensetzung nicht immer berücksichtigt
Möglichkeiten	Herausforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Stärken der verschiedenen Generationen nutzen • Teams nur mit Experten/innen Anästhesiepflege bilden • Ärztlicher Dienst muss für den fachlichen Support gerufen werden • Einsatz von FaGe auf der Anästhesie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Zeitdruck (Wechselzeiten) • Unterschiedliche Ausbildungen und Kompetenzen (Skill-Grade-Mix)

SWOT-Analyse

Um die perioperativen Bedürfnisse, die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit voranzutreiben, ist das interprofessionelle Anästhesieteam gefordert. Mitarbeitende mit ausreichenden Qualifikationen und Kompetenzen sind entscheidend, ebenso ein ausgewogener Skill-Grade-Mix.

Die Ergebnisse der SWOT-Analyse widerspiegeln die verschiedenen Anforderungen an das interprofessionelle Team. Das ideale Anästhesieteam zeichnet sich durch gelungene Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Respekt gegenüber anderen Professionen aus. Ebenfalls wichtig sind klar geregelte Verantwortlichkeiten, gemeinsame Ziele und die Fähigkeit, mit sich verändernden Patientensituationen umgehen zu können.

Das Modell von De Geest et al. (2008) bildet diese Anforderungen aussagekräftig ab (Grafik, adaptiert an die Besonderheiten der Anästhesie). Es zeigt, was das ideale Anästhesieteam benötigt.



Das Anästhesieteam der Zukunft,
zentrale Faktoren

Literaturhinweise auf siga-fsia.ch

«L'équipe d'anesthésie idéale du futur»

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Les différences interprofessionnelles au niveau des connaissances sont faibles dans le cadre du travail quotidien • Les infirmiers anesthésistes disposent d'une expérience professionnelle (connaissances implicites et explicites) • Une qualité de formation élevée permet d'agir avant de réagir 	<ul style="list-style-type: none"> • La présence en termes de temps (temps de travail) des groupes professionnels est variable • Lors de la composition de l'équipe, le niveau de formation (médecin, soins infirmiers) n'est pas toujours pris en compte
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Exploiter les points forts des différentes générations • Former des équipes exclusivement avec des experts/-es en soins d'anesthésie • Le service médical doit être appelé pour le support professionnel • Engagement d'ASSC en anesthésie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • Pression du temps (heures de relève) • Formation et compétences variables (Skill-Grade-Mix)

Analyse SWOT

Les salles d'opération sont souvent comparées aux organisations à haute fiabilité (High Reliability Organisations-HRO). Dans les HRO, des travaux dangereux sont accomplis et des erreurs peuvent avoir des conséquences catastrophiques (Baker, Day & Salas, 2006). Dans la plupart des cas, les incidents arrivent dans les HRO suite à la concomitance de facteurs organisationnels et opérationnels. Dans les organisations de santé, le travail d'équipe est considéré comme particulièrement important afin d'éviter les incidents et d'augmenter la sécurité des patients (Sevdalis, Hull & Birnbach, 2012). Lors du congrès SSAR de cette année, la commission practice organisait un atelier où l'accent était mis sur le travail d'équipe du futur. L'objectif était d'élaborer des défis pour l'équipe d'anesthésie du futur à l'aide d'une analyse SWOT en tenant compte de différentes influences. Le tableau résume les résultats essentiels

1. Direction de l'équipe
2. Rôles et responsabilités claires
3. Compréhension commune des tâches et objectifs
4. Briefing préparatoire et de suivi
5. Confiance, efficacité collective et sécurité psychologique
6. Coopération, coordination et communication

Astrid Braun, Tobias Ries Gisler, Luzia Vetter

Dans le cadre du congrès SSAR-SIGA/FSIA 2018, la commission practice organisait un atelier où l'accent était mis sur le travail d'équipe.

7. Visions claires et respectueuses

8. Apprendre des erreurs, autocorrection et adaptation.

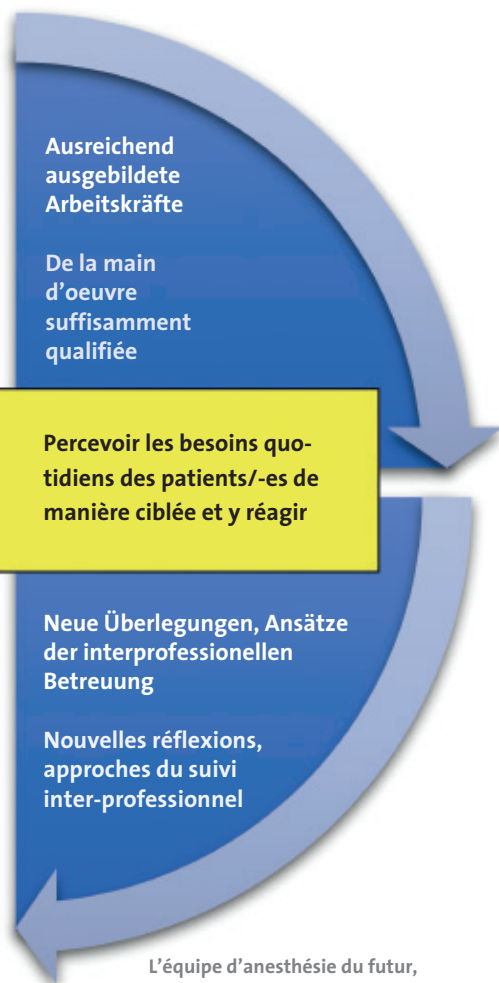
Afin de faire avancer les besoins périopératoires, la qualité des soins et la sécurité des patients, l'équipe d'anesthésie interprofessionnelle est sollicitée. Les collaborateurs disposant de suffisamment de qualifications et de compétences sont déterminants, de même qu'un Skill-Grade-Mix équilibré.

Les résultats de l'analyse SWOT reflètent les différentes exigences envers l'équipe interprofessionnelle. L'équipe d'anesthésie idéale se distingue par une communication réussie, par une collaboration interprofessionnelle et par le respect envers d'autres professions. Des responsabilités clairement définies sont également importantes de même que des objectifs communs et la capacité de gérer des situations des patients qui évoluent.

Le modèle de De Geest et al. (2008) illustre ces exigences de manière pertinente (illustration, adaptée aux particularités de l'anesthésie). Il montre, de quoi l'équipe d'anesthésie idéale a besoin.

Kontakt/Contact:

Tobias Ries Gisler MScN, RN
 Prozessverantwortlicher Fortbildung
 Pflege und MTTB
 UniversitätsSpital Zürich
 tobias.riesgisler@usz.ch
 Luzia Vetter
 Pflegeexpertin Stufe 1, KLIFAIRS
 Luzerner Kantonsspital
 luzia.vetter@luks.ch



L'équipe d'anesthésie du futur, facteurs centraux

Bibliographie sur siga-fsia.ch

6^{ème} symposium du GIAL | SIGA / FSIA | 6^o simposio del GIAL
 6 octobre 2018 | Hôpital du Valais | 6 ottobre 2018
 Sion

Anesthésie à 360°

Marie Dumoulin, Damien Thornay, comité du GIAL

Le 6^{ème} symposium du GIAL a eu lieu cette année le 6 octobre. Une centaine d'experts en soins d'anesthésie de Suisse latine se sont réunis sous le soleil radieux du Valais. Cette année encore, des orateurs d'une grande qualité sont venus nous parler de l'anesthésie à 360°.

La journée s'est ouverte avec le mot de bienvenue du Dr Christophe Perruchoud, responsable scientifique du GIAL. Il a apporté son soutien à cette journée de formation continue. Ensuite le Dr Luca Torri a su mettre l'accent sur les points essentiels de la prise en charge parfois complexe d'un patient anticoagulé avec sa présentation «Coagulation et anesthésie». Daniele Franceschini a apporté son expertise et sa vision du rôle infirmier face à l'utilisation de l'ultrason dans un but de rechercher des informations pouvant guider notre prise en charge. Le Dr Alain Pytel a exposé l'anesthésie sans opiacés et ses nombreux bénéfices. La matinée s'est terminée par la présentation de deux posters de fin d'études «Douleur post-opératoire chez le patient ayant subi une chirurgie bariatrique» par Marco Bianchi ainsi que «Prévention de l'hypothermie accidentelle préopératoire chez l'adulte» par Gauthier Vigreux et son équipe.

Après une pause bien méritée, place aux news du GIAL, de la SIGA/FSIA et de l'IFNA par Bernadette Gysel et Annalisa Oliveti, puis la présidente Michèle Giroud, fidèle au Symposium, nous a parlé des enjeux actuels de notre profession. Des changements ont également eu lieu au sein du comité du GIAL: Giuseppe Renda a quitté le comité pour laisser sa place à Marie Dumoulin (Sion).

L'après-midi s'est poursuivie avec le Dr Lennart Magnusson et la curarisation résiduelle, thème actuel qui a suscité des débats. Messieurs Casellini, Le Palaire et Neveu sont venus présenter leur travail de fin de formation sur l'anesthésie robo-

tique, ils ont proposé une réflexion sur l'utilisation future de «robots» dans la pratique. Puis, Julie Biagé a su tenir son auditoire en haleine avec sa présentation sur le TeamSTEPPS, outil de communication. Et c'est le Dr Andrea Polito qui a clôturé cette magnifique journée avec son exposé sur l'anesthésie et pathologies neuromusculaires, il a transmis les éléments saillants de la prise en charge des patients souffrant de ce type de maladie. Les présentations ont été traduites et projetées simultanément en français et en italien afin que tous les participants puissent suivre les conférences dans l'une des deux langues latines de ce groupe régional. Le comité du GIAL remercie tous les participants au symposium qui ont contribué à la réussite de cette journée. Save the date: 7^{ème} symposium du GIAL 5 octobre 2019!

Anestesia a 360°

Tamara Szöke, comitato GIAL

Il 6 ottobre scorso si è tenuto per il 6^o anno consecutivo all'ospedale di Sion il simposio del GIAL.

Come ogni anno, il simposio ha riscontrato un bel successo con la presenza di un centinaio di partecipanti. Numerosi gli italofoeni provenienti dal Ticino che hanno «affrontato» il viaggio fino a Sion.

Diversi medici anestesisti e altrettanti infermieri esperti in cure di anestesia hanno condiviso il palco in una giornata ricca di temi interessanti. In un ambiente quasi familiare, i partecipanti hanno potuto porre le loro domande e condividere le loro preoccupazioni alla fine di ogni relazione. La presentazione di due poster effettuati da giovani diplomati, ha completato questa giornata formativa.



Contact:

Marie Dumoulin, Damien Thornay,
 comité du GIAL
 Info@sig-fsia.ch

o gradi

Come gli anni precedenti, tutte le presentazioni sono state proiettate in francese e in italiano e una traduzione simultanea è stata offerta ai colleghi italofoeni.

Durante le varie pause, diversi incontri informali tra professionisti dell'anestesia hanno potuto crearsi e arricchire ancor più questa giornata formativa.

Per il 7° simposio del GIAL, è già stata programmata la data del sabato 5 ottobre 2019!

6. GIAL-Symposium

Bernadette Gysel, Komitee GIAL

Das 6. Symposium der Regionalgruppe (GIAL) fand am 6. Oktober wiederum bei schönstem Wetter in der Aula des Spitals von Sion statt.

Die über 100 Anästhesiepflegenden, vor allem aus der lateinischen Schweiz, profitierten von den interessanten und praxisnahen Referaten zum Thema «l'Anesthésie à 360°». Die von Pflegenden oder Ärzten vorgetragenen Referate wurden auf Französisch oder Italienisch gehalten und simultan übersetzt.

Das 7. Symposium wird am 5. Oktober 2019 in Sion stattfinden.



Contatto:

Tamara Szöke, comitato GIAL
GIALticino@gmail.com

Kontakt:

Bernadette Gysel, Komitee GIAL
bernadette.gysel@bluewin.ch

Geschäftsstelle / secrétariat général

- * Markus Werner, Geschäftsführer
- * Remo Fürer, Stv. Geschäftsführer
- * Ramona Pfiffner, Fortbildungen
- * Andreas Affolter, Redaktor
- * Christiane Pommerien, Layout

education

- * Markus Gautschi, Vorsitz / présidence
- * Matteo Gianinazzi
- * Gabi Haldemann
- * Claude Laville
- * Ronny Lindegger
- * Karin Müller
- * Paloma Nardella
- * Ines Rossknecht
- * Martin Salzmann
- * Christoph Schori
- * Nadja Telschow
- * Jean-Michel Vasse
- * Renate Wagner
- * Thomas Wörle

www.e-log.ch

- * Ueli Wehrli

*Die Kommiss
der SIGA / FSIA
frohe Fest
alles Gute im*

*Les membres d
de la SIGA / FSIA
de joyeuses fête*

event

- * Florian Fehlmann, Vorsitz / présidence
- * Heike Arzdorf
- * Petra Birrer
- * Philippe Fröhli
- * Thierry Girard
- * Susanne Gross
- * Daniela Lehmann-Meier
- * Damaris Marti
- * Andrea Bühler
- * Rahel Schmid
- * Corinne Sharp
- * Corinne Siegenthaler
- * Florian Strunck

editorial board

- * Maria Castaño, Vorsitz / présidence
- * Christine Berger Stöckli
- * Susan Elmer
- * Christine Rieder
- * Tobias Ries

Delegierte

- * Annalisa Ol

IFNA Edu Committee

- * Christian H
- * Marianne R

Vorstand / comité

- * Michèle Giroud, Präsidentin /présidente
- * Bernadette Gysel, Vizepräsidentin /vice-présidente
- * Nicole Krestan, Vizepräsidentin /vice-présidente
- * Maria Castaño
- * Florian Fehlmann
- * Christoph Schori
- * Björn Werner

GIAL

- * Bernadette Gysel, Vorsitz /présidence
- * Mattia Civilla
- * Marie Dumoulin
- * Annalisa Oliveti
- * Ismaël Schneider
- * Véronique Simonin
- * Tamara Szöke
- * Damien Tornay

*ionsmitglieder
wünschen Ihnen
tage und
neuen Jahr*

*es commissions
vous souhaitent
s de fin d'année*

practice

- * Björn Werner, Vorsitz /présidence
- * Benjamin Albiez
- * Katharina Bosshart-Baumann
- * Astrid Braun
- * Freddy Brouwers
- * Tobias Ries
- * Marianne Riesen
- * Luzia Vetter

management

- * Nicole Krestan, Vorsitz /présidence
- * Daniel Angst
- * Daniel Engel
- * Sonja Heine
- * Andreas Mathies
- * Nadine Morgenthaler
- * Mathias Scherz
- * Bettina Schweizer
- * Rahel Uebersax
- * Mischa van der Valk
- * Roland Vonmoos
- * Jörg Walter

Delegierte SBK

- * Benjamin Albiez
- * Christine Berger Stöckli
- * Erika Klauser
- * Rahel Schmid
- * Roland Vonmoos

IFNA

iveti

cation

erion
iesen

Welche Rolle spielt Spiritualität/Religion in der präoperativen Phase?

Ursula Wüthrich-Grossenbacher

Experten des Gesundheitswesens bestätigen anhand von Beobachtungen und Erfahrungen aus dem klinischen Alltag den wichtigen Einfluss von Spiritualität/Religion auf die präoperative Phase. Es braucht deshalb in der Schweiz nebst einer Sensibilisierung für das Thema innerhalb der Gesundheitsberufe auch die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Erhebung von Spiritualität/Religion im Spitalalltag.

In der Einleitung zu einer kürzlich veröffentlichten Studie über präoperative Angst steht, dass der Operationstag für Patienten «the biggest and the most threatening day in my life» (der grösste und bedrohlichste Tag im Leben) sein kann. Dass dabei Spiritualität/Religion (S/R) eine Rolle spielt, ist für viele Kulturen offensichtlich, wurde aber bis jetzt in der Schweiz kaum wahrgenommen.

Religiöse Bewältigungsstrategie

Die WHO schliesst in ihrem Gesundheitsmodell den physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich ein. In den letzten Jahrzehnten ist das Thema Spiritualität und Gesundheit weltweit erforscht und thematisiert worden. Vorab Forscher aus dem angelsächsischen Raum, aber auch Holland, haben unzählige Studien zum Thema veröffentlicht. Dabei spielt die Theorie des «religious coping» (religiöse Bewältigungsstrategie) eine wichtige Rolle. Die Theorie berücksichtigt sowohl positive als auch negative Effekte der Religiosität. Allerdings sind die meisten Studien zum Thema aus einem christlichen, oft westlichen Umfeld.

Mit der zunehmenden Globalisierung und der interkulturellen Vielfalt in unseren Spitälern wird das medizinische Personal aber auch hier vermehrt mit Patienten konfrontiert, die nicht westlich oder christlich geprägt sind und die ein ganz anderes Verständnis von Spirituali-

tät und Gesundheit haben. So hat eine Studie bei präoperativen Patienten im Universitätsspital Parakou im westafrikanischen Benin gezeigt, dass knapp die Hälfte der Patienten vor der Operation einen geistlichen Heiler oder einen Fetisch besuchten. Über 18 % der Patienten gingen davon aus, dass ihre Krankheit die Folge eines Fluches war und fast 7 % glaubten, dass ein Gott für die Krankheit verantwortlich war.

Einfluss in präoperativer Phase kaum erforscht

Die Patienten in unseren OP-Vorbereitungen sind durch ihre Ärzte aufgeklärt und professionell auf die Operation und Anästhesie vorbereitet worden. Trotzdem haben wir Experten Anästhesiepflege manchmal den Eindruck, dass die Operationsliege «mitzittert», wenn sie uns begegnen. Fehlt diesen Patienten doch etwas in der Vorbereitung auf die Operation und Anästhesie? Das Wissen über den Zusammenhang von S/R und Gesundheit und deren wichtigen Rolle bei der Krisenbewältigung weckte den Wunsch, mehr Information zur Relevanz von S/R in der präoperativen Phase zu finden.

Konkret zur Wirkung von spiritueller Unterstützung während der präoperativen Phase konnten nur drei Studien gefunden werden. So wurden Patienten im Iran vor der Operation Tonträger mit Gebeten zur Verfügung gestellt. Die Studie konn-

Kann ich denen vertrauen?

Wird es weh tun?

te aufzeigen, dass diese meditativen Gebetstonträger positiven Einfluss auf den postoperativen Schmerzverlauf hatten. In einer anderen Studie wurden mit Patienten (Shia Muslimen) präoperativ fünfmal stündliche geistliche Übungen durchgeführt. Die Patienten hatten eine deutliche Reduktion der Angst im Vergleich zur Kontrollgruppe. Eine Studie über den Effekt von psychologischer und/oder spiritueller präoperativer Unterstützung und Begleitung von Bypass-Patienten in zwei Kliniken in Deutschland hat eine Verminderung von negativen Gefühlen, aber keine nennenswerten Resultate für eine geringere Morbidität oder Mortalität gezeigt. Die

kleine Anzahl an Studien zum Thema ist unbefriedigend und zeigt eine wichtige Forschungslücke. Wollen wir unsere Patienten ganzheitlich wahrnehmen und betreuen, brauchen wir unbedingt mehr Wissen zum Thema.

Leitfadeninterviews mit Experten zu Berufsalltag

Im Februar 2016 wurden sechs Leitfadeninterviews mit Experten durchgeführt,

wurden Fachpersonen als Experten ausgewählt, die sich für das Thema Spiritualität, Religion und Gesundheit interessieren oder dem Thema gegenüber offen sind. Die Interviewfragen basierten auf Praxis/Erfahrung und themenrelevanter Theorie wie dem «religious coping». Die Interviews wurden transkribiert und thematisch nach Brown und Clark analysiert. Die Resultate wurden anhand der Literatur evaluiert.

religiöse Bedürfnisse, wie zum Beispiel die Berücksichtigung der Mondphasen, die Trennung von Geschlechtern, die Wichtigkeit von Glücksbringern, die Beachtung von guten Schwingungen u.v.a.

Spiritualität/Religion hat Einfluss auf das Coping.

S/R beeinflusst teilweise auch, wie Patienten mit dem Stress der präoperativen Phase zurechtkommen. Vertrauen in eine höhere Macht, respektive Gott, scheint in der positiven Bewältigung eine zentrale Rolle zu spielen. Dazu der Experten Anästhesiepflege: «Wenn jemand ruhig ist und weiss, bei dieser Operation kann mir nichts passieren («Ich kann mich einfach hingeben und Gott schaut, dass alles den rechten Weg nimmt») – diese Leute sind so etwas von schön zum Anästhesieren.» Wunderglaube, oder bestimmte religiöse Überzeugungen wiederum, können dazu führen, dass eine nötige Therapie verweigert wird.

Spirituelle/religiöse Ängste, Fragen und Sorgen sind relevant.

Die Befragten beobachten bei vielen Patienten Angespanntheit und als primäres Symptom Angst. Beschreibung eines Experten: «Aber vorher, bis dann das Schlafen ist, da merke ich, es gibt Leute, die wehren sich wie verrückt dagegen. Wenn sie Vollnarkose erhalten auch. Sie sind nervös am Schauen und fragen noch etwas unter der Maske und ich merke wirklich, das ist eine extreme Anspannung.»

Was macht Angst?

Folgende Beispiele wurden genannt:

- Erwartungsangst, die Angst vor dem Unbekannten, vor dem was kommt. In der präoperativen Phase gibt es aber auch die Urangst, den Horror, es könnte mich nicht mehr geben. «Es gibt mich ja einen Moment auch nicht mehr während der Operation!»
- Angst vor dem Ausgeliefert sein, es selber nicht im Griff zu haben, «in den



Die Fragen, die Patienten präoperativ beschäftigen, können einen spirituellen/religiösen Hintergrund haben.

Illustration www.simonkiener.ch

die im Berufsalltag mit Patienten in der präoperativen Phase arbeiten: ein Chirurg, eine Anästhesistin, ein chirurgischer Pflegefachmann, ein Experte Anästhesiepflege, ein Lagerungspfleger und eine Spitalpfarrerin. Weil die Fokussierung auf die spirituelle Dimension für die meisten medizinischen Mitarbeiter Neuland ist,

Die Aussagen der Experten waren sehr aufschlussreich und bestätigten, das S/R in der präoperativen Phase eine wichtige Rolle spielen kann.

Patienten haben allgemeine, religiöse Bedürfnisse.

Die Experten beobachteten allgemeine

S pirituelle und religiöse Überzeugungen	S Würden Sie sich selbst im weitesten Sinne als gläubige (spirituelle/religiöse) Person betrachten?
P latz und Auswirkung dieser Überzeugungen im Leben des Patienten	P Wie wichtig ist Spiritualität/Religion in Ihrem Leben und im Rahmen Ihrer Krankheit?
I ntegration in eine spirituelle, religiöse Gruppe	I Sind Sie in einer spirituellen/religiösen Gemeinschaft integriert?
R olle des Arztes und der Pflege:	R Was wünschen Sie sich diesbezüglich von ihrem Arzt und von Seiten der Pflege?

Spirituelle Anamnese mit SPIR: SPIR ist kein Fragebogen, sondern ein Memo, um ein Kurzinterview zu führen. Die Technik kann ggf. auch in Kursen erlernt werden, welche die www.iggs-online.org anbietet.

Schlauch zu kommen» (= gefühlslose Routine, Maschinerie).

- Angst die Kontrolle abzugeben, «sich aus der Hand geben».
- Angst, nicht mehr aus der Anästhesie aufzuwachen.
- Erkennen der eigenen Endlichkeit: «Die Anästhesie ist natürlich für die Leute nicht etwas Alltägliches. Darum kommt es dann wahrscheinlich mehr zum Tragen. 'Aha, mol, jetzt chönnts vilecht verbi sy.'» (Aha, jetzt könnte es auch vorbei sein).
- Angst vor dem Befund, bei diagnostischen Eingriffen.
- Angst vor Nadeln.
- Angst vor Schmerzen, vor allem bei Lokalanästhesie.

Viele – wenn nicht alle – dieser Ängste können eine spirituelle Dimension haben. Das gleiche gilt auch für die Fragen, die die Patienten in dieser Phase beschäftigen: Auf was lasse ich mich ein? Wie werden die letzten Sekunden vor dem Einschlafen? Wie werde ich das «Gehen» (= Einschlafen) überstehen? Macht die Operation Sinn? Erwache ich dann wieder? Kann ich mich in andere Hände legen? Muss ich dem Chirurgen blind vertrauen? Gibt es etwas mehr, auf das ich vertrauen kann?

Es ist wichtig, spirituelle Sorgen, die Krankheit/Symptome hervorrufen oder verstärken und/oder die Therapie beeinflussen, zu erkennen.

Spirituelle Sorgen können die Situation noch zusätzlich erschweren. Darum ist es wichtig, diese zu erkennen. Christina Puchalski vom Georg Washington Institute for Spirituality & Health ist eine der führenden Forscherinnen im Bereich Spiritualität und Gesundheit. Aufgrund einer Vielzahl von wissenschaftlichen Studien kommt sie zum Schluss, dass spirituelle Sorgen genauso wie alle anderen Sorgen und Stressfaktoren der Patienten in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Spirituelle Sorgen können Symptome wie Schmerz, Unruhe, Ängstlichkeit und Depression verstärken oder sogar auslösen. Wenn wegen spirituellen Sorgen der Stress oder das Leiden des Patienten erhöht wird und/oder diese Sorgen Einfluss auf die Therapie des Patienten haben, dann sind sie medizinisch relevant und sollen als Diagnose behandelt werden. Es wird immer wieder argumentiert, dass das Wort Diagnose im Zusammenhang mit Spiritualität einer medizinischen Vereinnahmung und Institutionalisierung von Spiritualität gleichkomme. Das US National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCC) stellte aber fest, dass gerade das Fehlen von Diagnosekriterien dafür verantwortlich ist, dass spirituelle Sorgen im Spitalalltag nicht wahrgenommen und erkannt werden. Darum hat die NCC ein Instrument entwickelt, spirituelle Diagnosen zu identifizieren. Folgende spirituellen Sorgen werden in diesem In-

strument als Diagnosen (=medizinisch relevant) erfasst:

- Existentielle Sorgen (Sinnverlust, Sinnfrage, Auseinandersetzung mit Tod, Leiden)
- Gefühl der Verlassenheit von Gott/Andere
- Wut auf Gott/Andere (keine Vergebungsbereitschaft)
- Sorge um Gottesbeziehung (Bedürfnis, Gott näher zu sein)
- Konflikte mit Glaubensüberzeugung (Innere Konflikte, religiöse Konflikte mit Behandlung)
- Verzweiflung/Hoffnungslosigkeit (in Bezug auf Heilung, Zukunft)
- Trauer/Verlust (Person, Gesundheit, Beziehung)
- Schuldgefühle/Scham (Gefühl die Krankheit, den Unfall selber verschuldet zu haben)
- Bedürfnis für Versöhnung/ Wiedergutmachung
- Isolation (getrennt sein von Glaubensgemeinschaft)
- Spezielle religiöse Bedürfnisse (Rituale)
- Konflikt mit Religion/Glauben (Glaubensverlust)

Das Instrument des NCC ordnet jeder dieser Diagnosen verschiedene Ausdrucksformen zu. Dies ermöglicht dem Pflegepersonal, hellhörig zu werden und Äusserungen und Beobachtungen von Patienten zu registrieren und einer Diagnose zu zuordnen. Für die Interviews wurde die Tabelle der NCC auf Deutsch übersetzt und aus Gründen der Verständlichkeit leicht adaptiert und vereinfacht. Die Fragen wurden gezielt anhand der beschriebenen «Diagnosen» gestellt. Die Fragen anhand der Diagnose-Tabelle ermöglichte den Befragten gut, spirituelle Sorgen zu identifizieren und hat zu folgendem Ergebnis geführt:

Alle Diagnosen auf der Tabelle der NCC sind laut Aussagen der Befragten in der präoperativen Phase relevant. Besondere Bedeutung haben existentielle Sorgen. Alle Befragten erleben im Alltag, dass sich Patienten präoperativ mit dem Tod, der eigenen Endlichkeit und der Angst vor dem «Nicht-mehr-erwachen» nach der Narkose auseinandersetzen. Eine grosse Bedeutung kommt auch der Diagnose Trauer/Verlust zu. Dabei sind die Verlust-

Bedürfnisse, Fragen, Ängste		Mögliche Ausdrucksweise
Existenzielle Anliegen/Fragen	Sinnlosigkeit der Situation, Verlust des Machbarkeitsglauben, Sinnlosigkeit des eigenen Lebens Leben nach dem Tod Suche nach geistlicher Hilfe Erkennen der eigenen Endlichkeit	«Es wird nie mehr wie früher.» «Ich bin nichts mehr wert.» «Mein Leben ist sinnlos.» «Ob Gott mich haben will?» «Möchte Seelsorger sprechen.» «Ob ich überlebe?»
Verlassenheit von Gott/ Anderen	Einsamkeit Angst vor Beziehungsverlust	«Gott hat mich verlassen.» «Bin allein.» «Keiner versteht mich.» «Ich habe keine Angehörigen hier.» «Wird mein Partner mich nachher noch mögen?»
	Keine Glaubensgemeinschaft	«Niemand teilt hier meinen Glauben.»
Wut auf Gott oder Andere	Keine Vergebungsbereitschaft	«Warum lässt Gott das zu?» «Daran ist nur der Andere schuld.»
Sorge um Gottesbeziehung	Bedürfnis, Gott näher zu sein	«Ich will mehr beten.» «Wo ist Gott?»
Konflikte mit Glauben	Verbalisiert Fragen/Konflikte bezüglich Glauben	«Meint es Gott wirklich gut?» «Krankheit ist nicht im Sinn Gottes.»
	Konflikt bezüglich Glauben und Behandlung	Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas, religiös bestimmtes Frauenbild, keine Chemie, keine Medikamente von Tierversuchen, nur Naturheilverfahren, astrologisch ungünstig
	Reanimation Ja/Nein	«Wer darf über Leben und Tod entscheiden?»
Verzweiflung	Hoffnungslosigkeit	«Die Operation kann mich sowieso nicht heilen.»
Trauer, Verlust	Verlust von Gesundheit, Beruf, Leistungsfähigkeit, Unabhängigkeit, Selbstwert, Identität	«Ich verliere meine Selbständigkeit.» «Ich kann nie mehr die gleiche Leistung erbringen.» «Ohne Gebärmutter bin ich keine Frau mehr.»
Schuldgefühle, Scham	Das Gefühl, selber an der Krankheit schuld zu sein Scham wegen Krankheit	«Ich war fahrlässig.» «Meine Familie muss wegen mir auf Ferien verzichten.» «Ich darf das niemandem sagen.» «Ich will keine Schwäche zeigen.»
Versäumtes oder Wiedergutmachung	Bedürfnis, etwas in Ordnung zu bringen, Versäumtes nachzuholen	«Ich möchte vor der Operation meine Familie sehen.» «Hätte ich doch noch ...»
Religiöse Bedürfnisse	Gebetsmöglichkeiten, Rituale	
Religiöse Konflikte	Verlust des Glaubens	«Ich kann nicht mehr glauben, beten.»
Vertrauensverlust		«Ärzte orientieren sich nur an Wirtschaftlichkeit oder wollen sich nur profilieren.»

Instrument zum Erkennen von medizinisch relevanten spirituellen Sorgen (=Diagnosen). Übersetzt und adaptiert aus Cobb M, Puchalski C, Rumbold B [ed.] (2012)

erfahrungen der Patienten vielfältig, wie folgende zwei Aussagen schildern: «Bei Sportlern geht es manchmal teilweise

fast um ihre Existenz. Dabei geht es ums Selbstwertgefühl und um wirtschaftliche Bedenken. Es ist beides. (...) Einerseits

das Existenz-Ding und andererseits «ich verliere mein Gesicht.» Bei Landwirten: «Wer füttert heute Abend die Tiere? Wie

geht es mit meinem Hof weiter? Hat auch finanzielle Konsequenzen.» Patienten beschäftigen sich mit Identitätsverlust, Verlust der Sexualität, Verlust des Selbstwerts, der Selbstständigkeit/Unabhängigkeit, der Gesundheit, des Berufs, der Leistungsfähigkeit, dem Kontrollverlust und manchmal auch dem Vertrauensverlust ins medizinische Personal («Wird bei mir etwas ausprobiert?»).

Immer wieder werden die Befragten auch mit Glaubenskonflikten der Patienten konfrontiert. Nebst der allgegenwärtigen Theodizee-Frage kommt es auch öfters vor, dass der individuelle Glaube der Patienten im Konflikt mit der vorgeschlagenen Behandlung steht. Alle Befragten erwähnen hier die Verweigerung von Blut durch Zeugen Jehovas. Weiter ist die Verweigerung einer Therapie aus anderen religiösen Gründen, wie die Verweigerung jeglicher nicht-homöopathischen Medikation oder Wunderglaube, eine grosse Herausforderung. Die spirituellen Bedürf-

nisse von Patienten aus Kulturkreisen, wo Religion zum (Spital-)Alltag gehört, werden laut den Experten in der Regel nicht wahrgenommen.

Der Glaube und das Wertesystem des Personals hat Einfluss.

Das Menschenbild und das persönliche Wertesystem des medizinischen Personals beeinflusst die Art und Weise, wie Patienten behandelt werden. Chirurg: «Es gibt wesentliche Unterschiede, wie Randständige, Behinderte, Asylbewerber etc. in den Praxen und Spitälern behandelt werden (...), das hängt vom persönlichen Menschenbild und Wertesystem ab.» Die befragten Experten erzählten zum Teil auch von persönlichen Glaubenskonflikten. Vor allem bei Situationen wie die Verweigerung von Blut, Verweigerung der Therapie trotz klarer medizinischer Vorgaben, Abtreibungen,

Spiritualität/Religion gehört (auch) in den medizinischen Aufgabenbereich.

Alle Befragten finden es für medizinisches Personal angebracht, mit Patienten über spirituelle Themen zu sprechen. Die meisten weisen jedoch darauf hin, dass es dazu die Bereitschaft des Patienten braucht und man sich der möglichen Gefahren bewusst sein muss:

Asymmetrie der Beziehungen – legales Problem?

Unklarer Aufgabenbereich, Zeit
Mangelnde Kompetenz, Ausbildung
Persönliches Wertesystem/ Glaube

Bewährte Instrumente zur Erhebung von Spiritualität/Religion: die spirituelle Anamnese und die spirituelle Diagnosen-Tabelle.

Die Experten finden eine standardisierte spirituelle Anamnese hilfreich, weil sie von Anfang an Klarheit gibt. Alle Befragten finden es sinnvoll, wenn die Befragung ganz am Anfang geschieht, entweder integriert in der Bestandsaufnahme unter Sozialanamnese, oder beim Eintrittsgespräch auf der Abteilung. Mehrere Befragte betonen, dass sich die spirituelle Anamnese nicht auf das Abfragen einer bestimmten Religion beschränken darf, sondern auch aussagen sollte, welchen Bezug die Leute dazu haben. In der Interview-Befragung hat sich zudem die spirituelle Diagnose-Tabelle als sehr hilfreich erwiesen. Dank dieser Tabelle war es möglich, relevante Sorgen, Ängste und Fragen zu erkennen.

Good practice' Beispiele von Spiritual Care in der präoperativen Phase.

Empathie, Wahrnehmen und Begegnen, dem Patienten Gutes tun, Innehalten und Dasein, Fürsprechen und die Weiterweisung an Fachpersonen sind Möglichkeiten, die die Befragten regelmässig anwenden. Einige weisen aber explizit darauf hin, dass die hier beschriebenen «good practice»-Beispiele im Spitalalltag leider nicht selbstverständlich sind. Die Befragten betonen deshalb die Wichtigkeit einer Sensibilisierung für das Thema innerhalb der Gesundheitsberufe.

Literaturhinweis auf www.siga-fsia.ch

Spiritual Care

Spiritual Care ist in der Schweiz ein relativ neuer Forschungs- und Lehrbereich. Spiritual Care-Ausbildungen sensibilisieren und schulen medizinische und andere Fachkräfte für die interprofessionelle Aufgabe, Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen sowie bei der Krisenbewältigung zu begleiten.

In der Schweiz gibt es seit wenigen Jahren universitäre Ausbildungsgänge für Spiritual Care. Die Universität Zürich hat seit Herbst 2017 eine Professur für Spiritual Care. Diese ist an die theologische Fakultät angegliedert. Die medizinische Fakultät der Universität Basel bietet einen Masterstudiengang in Spiritual Care an. Weitere Universitäten und Institutionen bieten CAS-Studiengänge an.

Kontakt:

Ursula Wüthrich-Grossenbacher
MAS Sc Spiritual Care, MA Missiology,
Bach Equiv Theology
Expertin Anästhesiepflege / Heim- und
Spitalseelsorge
Klinik Siloah, Gümligen
ursula.wuethrich@siloah.ch

Zeit heure	Thema Thème	Referenten Conférenciers
08.00 – 09.15	Türöffnung, Besuch Industrieausstellung Ouverture des portes, visite de l'exposition industrielle	
09.15 – 09.25	Begrüssung Accueil	Frau Michèle Giroud SIGA/FSIA Präsidentin Herr Lars Egger, Moderator
09.25 – 09.50	Refresher Neuroanästhesie Remise à niveau Neuroanesthésie	Herr Markus Gautschi Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF Studiengangleitung Anästhesiepflege afsain Co-Leiter Weiterbildung Anästhesiepflege Kantonsspital Aarau
09.50 – 10.15	Warum fällt ein Specht nicht bewusstlos vom Baum? Pourquoi, le pic ne tombe-t-il pas de l'arbre, inconscient?	Herr Dr. med. Daniel Wyler Chefarzt Institut für Rechtsmedizin Kantonsspital Graubünden
10.15 – 10.40	Kraniotomie in der Schwangerschaft Craniotomie durant la grossesse	Herr Prof. Dr. med. Christian Kern Chefarzt Anästhesie Universitätsspital Lausanne (CHUV)
10.40 – 11.10	Kaffeepause, Besuch Industrieausstellung	
11.10 – 11.35	Anästhesie in der Veterinärmedizin Anesthésie en médecine vétérinaire	Frau Dr. med. vet. Helene Rohrbach Dipl. ECVAA Kleintierklinik Abteilung Anästhesie und Schmerztherapie Universität Bern
11.35 – 12.00	Verlängerte Aufwachphase Réveil prolongé	Herr PD Dr. med. Martin Schläpfer Leitender Arzt Anästhesie Universitätsspital Zürich
12.00 – 12.25	Elektrokonvulsionstherapie Thérapie électroconvulsive	Herr Prof. Dr. med. Luzius Steiner PhD Chefarzt Anästhesiologie Universitätsspital Basel
12.25 – 13.55	Mittagspause, Besuch Industrieausstellung Pause de midi, visite de l'exposition industrielle	
12.30 – 12.55	Guided Poster Tour (Bühne Konzertsaal) Guided Poster Tour (scène principale)	Herr Björn Werner, Herr Freddy Brouwers SIGA/FSIA practice
13.55 – 14.25	news, trends und updates news, trends et updates	Frau Michèle Giroud SIGA/FSIA Präsidentin
14.25 – 14.50	Tel. 145 Tox-Zentrum Tox Info Suisse: Tél. 145	Frau Dr. med. Cornelia Reichert Leitende Ärztin Tox Info Suisse, Zürich
14.50 – 15.15	Brainstorm durch Schwangerschaft Brainstorm autour de la grossesse	Herr Prof. Dr. med. Thierry Girard Chefarzt OP West Universitätsspital Basel
15.15 – 15.40	Fremdkörper-Aspiration Aspiration de corps étrangers	Herr Dr. med. Martin Hölzle Leitender Arzt Klinik für Anästhesie, Rettungsmedizin und Schmerztherapie Luzerner Kantonsspital
15.40 – 16.05	Das Leben nach dem Abpiff La vie après le coup de sifflet final	Herr Lars Lunde Ehemaliger Profifussballer OP-Lagerungsexperte Hirslandenklinik Beau-Site Bern
16.05 – 16.20	Verabschiedung, Ende der Tagung Clôture, fin du congrès	Frau Michèle Giroud SIGA/FSIA Präsidentin
16.30	Apéro	
ab 18.00 dès 18h00	Abendprogramm (Rahmenprogramm) Programme de la soirée (programme-cadre)	

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

Der beste Ort für ein Brainstorming mit Freunden und Kollegen in einzigartiger Atmosphäre, nahe dem KKL Luzern. Weitere Informationen unter www.nectar-bar.ch (**Das Platzangebot ist begrenzt und wird nach Anmeldungseingang vergeben.**)

Separate Anmeldung auf dem Anmeldetalon, Kosten CHF 65.– pro Person.

Le meilleur endroit pour un brainstorming entre amis dans une atmosphère unique près du KKL Lucerne. De plus amples informations sont disponibles sous www.nectar-bar.ch (**Le nombre des places est limité, les places sont attribuées dans l'ordre d'inscription.**)

Inscription individuelle via le bulletin d'inscription, frais CHF 65.– par personne.

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, E-Mail info@sig-fsia.ch		
Organisation	SIGA/FSIA event		
Kongressgebühr / Tarif	Mitglieder SIGA/FSIA	CHF	130.–
	Membres SIGA/FSIA		
	Mitglieder der Partnerverbände (siehe www.sig-fsia.ch)	CHF	130.–
	Membres des associations partenaires (voir www.sig-fsia.ch)		
	Nichtmitglieder	CHF	250.–
	Non-membres		
	Tageskasse Mitglieder	CHF	160.–
	Caisse du jour		
	Tageskasse Nichtmitglieder	CHF	280.–
	Caisse du jour		
	Abendprogramm (Rahmenprogramm)	CHF	65.–
	Programme de la soirée (programme-cadre)		
e-log SIGA / FSIA	5		
Credits / Crédits SGAR / SSAR	7.5		
Anmeldung / Inscription	www.e-log.ch		
Anmeldeschluss / Délai d'inscription	14. April 2019 / 14 avril 2019		
	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.sig-fsia.ch / Voir www.sig-fsia.ch		
Vorschau / Aperçu	Reservieren Sie sich heute schon den Termin des Anästhesiekongresses SIGA / FSIA vom 25. April 2020 im KKL Luzern. Réservez dès maintenant la date du congrès d'anesthésie SIGA / FSIA du 25 avril 2020 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»:





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

Anmeldeformular / Bulletin d'inscription

Wir empfehlen Ihnen die Onlineanmeldung auf www.e-log.ch
Nous vous conseillons de vous inscrire en ligne sur www.e-log.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	<input type="checkbox"/> Mitglieder/membres:	CHF 130.–
	<input type="checkbox"/> Nichtmitglieder/Non-membres:	CHF 250.–

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"/> Notfallpflege Schweiz / Soins d'urgence suisse |
| <input type="checkbox"/> SBK / ASI | <input type="checkbox"/> VRS / ASA | <input type="checkbox"/> SGAR / SSAR |
| <input type="checkbox"/> Gutschein/Bon (Bitte der Anmeldung beilegen/à joindre à l'inscription) | | |

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

Abendprogramm (Rahmenprogramm) / Programme de la soirée (programme-cadre) (all inclusive) CHF 65.–

Anmeldeschluss 14. April 2019: Danach kommen Sie bitte an die Tageskasse.
Délai d'inscription 14 avril 2019: Après cette date, veuillez vous rendre à la caisse du jour.

Dieses Anmeldeformular bitte schicken an:
Merci d'envoyer ce bulletin d'inscription à:

SIGA / FSIA

Geschäftsstelle
Stadthof | Bahnhofstrasse 7b | 6210 Sursee
Tel. +41 (0) 41 926 07 65
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

Besser leiser unterwegs

Die Arbeit zeigt auf, welchen Einfluss Lärm in der Anästhesie haben kann. Das Thema Lärm und seine Auswirkung bezieht sich in erster Linie auf das Anästhesieteam der Pflege und Ärzteschaft. Jedoch sind im operativen Berufsalltag alle davon betroffen. Der Schwerpunkt liegt daher auf der Sensibilisierung jedes einzelnen.

Die Arbeit zeigt auf, dass Lärm vielseitige negative Auswirkungen mit sich bringen kann. Hauptsächlich liegt der Fokus dabei auf physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen sowie auf die Auswirkungen auf unsere Patienten selbst.

In der Arbeit werden relevante Aspekte, Gefahren und Risiken im Zusammen-

hang mit Lärm verdeutlicht. Die Bearbeitung hat aufgezeigt, dass Lärm einen wesentlichen negativen Einfluss auf unser Wohlbefinden ausüben kann, die Ursache aber oft mit der Erlebnisqualität des Lärms einhergeht. Zudem kann ein Zusammenhang zwischen dem Lärmpegel und Komplikationsraten an Patienten hergestellt werden.

Die Arbeit zeigt auf, dass ein bestehender Lärmpegel mit einfachen Mitteln deutlich gesenkt werden kann und dadurch auch die Komplikationsrate an Patienten signifikant sinkt.

Da das Thema Lärm in jedem Menschen verschiedene Emotionen und Empfindungen auslösen kann, war es ein persönliches Anliegen, Kolleginnen

Vollständige Diplomarbeit auf
https://siga-fsia.ch/files/Ausbildung/Abschlussarbeiten/Afsain/2017/2017_Stoepcke_Philipp_Besser_leise_unterwegs.pdf



und Kollegen miteinzubeziehen und zu befragen. Dies erfolgte durch eine interne Mitarbeiterbefragung. Das Resultat zeigte auf, dass ein ruhigeres Umfeld in gewissen Arbeitsbereichen grundsätzlich gewünscht würde. Weiter ergab die interne Umfrage, dass lärmpräventive Massnahme in einigen Bereichen wünschenswert wären.

Kontakt:

Philipp Stöppke
 Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF
 Spital Limmattal
 8952 Schlieren
philipp.stoepcke@spital-limmattal.ch



Atlas de poche anesthésie

Auteur: Norbert Roewer,
 Holger Thiel
 Date de parution: 10-2017 (3^{ème} édition)
 ISBN: 9782257205995

La troisième édition française de l'Atlas de poche d'anesthésie, revue et actualisée, présente l'ensemble du champ d'activité en anesthésie, de la consultation pré-anesthésique à la sortie du patient de la salle de réveil. Les planches couleur accompagnant chaque thème aident à la compréhension rapide du texte.

L'ouvrage aborde ainsi les principes de l'anesthésie, la consultation, les anesthésiques et leur utilisation, les différents types d'anesthésie selon le terrain, les positions opératoires, les complications, le matériel, les soins postopératoires et la réanimation cardiopulmonaire.

Aux tableaux pratiques récapitulant les

interactions médicamenteuses et les valeurs normales des données anesthésiques, s'ajoutent une revue élargie de la pharmacopée et un aspect historique de l'anesthésie dans l'appendice.

Ce livre s'adresse à tous les soignants en anesthésie.

Contact:

Christine Rieder
 Experte en soins d'anesthésie diplômée
 EPD ES
chriedero5@gmail.com

Perioperative Angst – eine Herausforderung: Grundlagen und Interventionen mit Fokus auf Patienten/innen mit somatopsychischer Komorbidität

Rahel Fröbel und Tobias Ries Gisler

Angst vor einer Operation ist weit verbreitet und erfordert die Aufmerksamkeit des Anästhesieteams. Eine besonders anspruchsvolle Situation entsteht, wenn bei somatisch hospitalisierten Patienten/innen eine psychische Grunderkrankung vorliegt. Was ist in diesem Fall zu beachten und welche Interventionen sind empfehlenswert?

«Wir haben oft Angst. Vor dem, was wir nicht verstehen. Unsere beste Waffe gegen die Angst ist das Wissen» (Wolff, 2011). Diese Aussage gilt auch in der Anästhesie. Angst vor einer bevorstehenden Operation ist eine nachvollziehbare menschliche Reaktion. Patienten/innen wissen nicht genau, was sie erwartet. Sie sind mit einer Situation konfrontiert, die für sie nicht alltäglich ist und sie machen sich Sorgen: Wird die Operation gelingen? Werde ich danach Schmerzen haben? Wie wird die Narbe aussehen? Wird sie für

andere sichtbar sein? Eine Operation bedeutet auch, zeitweise die Kontrolle über das eigene Leben aufzugeben. Während der Anästhesie besteht keine Möglichkeit, selbst Einfluss auf das Geschehen zu nehmen (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003; Bailey, 2010; Wolff, 2011). In einer Studie äusserten mehr als 40% der Patienten/innen Angst vor einer Operation (Laufenberg-Feldmann, Kappis, Schuster, & Ferner, 2016). Eine Fremdeinschätzung dieser Patienten/innen durch Anästhesisten/innen ergab sogar einen

Anxiété péri-opératoire – un défi: bases et interventions axées sur les patients atteints de comorbidité psychosomatique
Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal

noch höheren Wert. Die Fachpersonen eruierten bei 50% der Teilnehmenden eine Angstsymptomatik.

Angst kann verschiedene Auslöser haben. Meistens bezieht sie sich auf einen drohenden Verlust oder anstehende Veränderungen. Allgemein zeichnet sich Angst durch zwei Komponenten aus: Erstens lässt sie sich konkret benennen und zweitens ist sie eine Reaktion auf tatsächliche Bedrohungen.

Diese beiden Komponenten sind jedoch nicht bei allen Ängsten gegeben. Sich eine Bedrohung lediglich vorzustellen, ohne dass sie tatsächlich vorhanden ist, kann bereits Angst auslösen. Menschen erleben sogar Todesangst, ohne die Auslöser zu kennen. In diesem Fall ist die Angst für Betroffene und Aussenstehende nicht nachvollziehbar – und die Linderung entsprechend herausfordernd (Wolff, 2011).

Welche Ursachen hat die Angst?

Für das anästhesiologische Behandlungsteam ist es hilfreich zu wissen, warum Patienten/innen Angst haben. Dadurch ist das Team in der Lage, durch geeignete Interventionen die Angst zu reduzieren (Aust et al., 2016; Bailey, 2010). Besteht jedoch ein aussergewöhnlich starkes Angsterleben und die Patienten/innen können die Ursachen ihrer Angst nicht

Auslöser	Intervention
Fehlendes Wissen oder falsche Vorstellungen	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte präoperative Aufklärung über Operation, perioperative Umgebung, Erfahrungen sowie Mortalitätsrisiko der geplanten Operation (Bailey, 2010; Bheemanna, Channaiah, Gowda, Shanmugham, & Chanappa, 2017; Laufenberg-Feldmann et al., 2016) • Visuelle Vorbereitung, z. B. Operationsumgebung mit Audiovision, Bilder oder Informationsschreiben (Bailey, 2010; Pulkkinen et al., 2016)
Kontrollverlust	<ul style="list-style-type: none"> • Den Patienten/innen möglichst vollständige Entscheidungsfreiheit bieten durch ein präoperatives Gespräch bezüglich Verhalten bei Komplikationen (Bailey, 2010)
Präoperative Nervosität/Anspannung	<ul style="list-style-type: none"> • Musiktherapie: Etwa 30 Minuten vor der Operation Musikhören nach Wahl via Kopfhörer oder im Raum ermöglichen (Bailey, 2010) • Anxiolytische Medikation (CAVE: Substanzabusus aktuell oder in der Vergangenheit kann eine Kontraindikation bedeuten bzw. die Wahl und Dosierung der Medikamente beeinflussen) (Bailey, 2010)

Tabelle 1: Angstmindernde Interventionen

benennen, entsteht eine herausfordernde Situation. Zu beachten gilt es auch, dass sich Angst hinter Apathie oder Aggressivität verbergen kann.

Es ist bekannt, dass Angstzustände den postoperativen Heilungsverlauf negativ beeinflussen können. Mögliche Folgen sind eine verlängerte Rekonvaleszenz, postoperative Schmerzen und ein erhöhtes Infektionsrisiko (Bailey, 2010; Laufenberg-Feldmann, Kappis, Schuster, & Ferner, 2016). Somit ist es wichtig, dass Anästhesie-Fachpersonen die Ängste der Patienten/innen erkennen, ernst nehmen und die Ursachen erfassen können.

Aufgrund des präoperativen Gesprächs sollten die Bedürfnisse und der Informationsbedarf der Patienten/innen bekannt sein (Laufenberg-Feldmann et al., 2016). Um perioperative Angstzustände zu lindern, ist personelle Kontinuität während des gesamten perioperativen Prozesses wichtig. Denn dadurch ist ein Beziehungsaufbau zwischen Mitgliedern des Anästhesieteams und den Patienten/innen möglich (Bailey, 2010; Laufenberg-Feldmann et al., 2016; Pulkkinen, Junntila, & Lindwall, 2016). Tabelle 1 bietet eine Zusammenstellung angstmindernder Interventionen, die sich auf verschiedene Auslöser beziehen.

Angst bei Patienten/innen mit somatopsychischer Komorbidität

Besteht bei somatisch hospitalisierten Patienten/innen zusätzlich eine psychische Erkrankung, kann das Thema «Angst» im Anästhesiebereich deutlich komplexer werden. Zahlen aus Deutschland belegen, dass in der Altersgruppe der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen etwa 28% der somatisch hospitalisierten Patienten/innen von mindestens einer psychischen Störung betroffen sind (Jacobi et al., 2014). Genaue Angaben zur Situation in der Schweiz sind momentan noch nicht verfügbar (Tuch, 2018).

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer spezifischen psychischen Erkrankung bzw. Verhaltensstörung (F00-F99-Diagnosen) und einer somatischen Begleiterkrankung besteht eine somatopsychische Komorbidität. Ob hierbei die somatische oder die psychische Erkrankung höher gewichtet wird, ist eher eine Frage des aktuellen

Behandlungssettings als eine Bewertung der Bedeutsamkeit vorhandener Diagnosen (Baumeister, Kury, & Bengel, 2011; Schweizerische Eidgenossenschaft, 2018). Die perioperative Betreuung von Patienten/innen mit somatopsychischer Komorbidität kann das anästhesiologische Team vor zusätzliche Herausforderungen stellen (Attri, Bala, & Chatrath, 2012). Dabei gilt es vor allem, mögliche Interaktionen von Psychopharmaka und Anästhetika zu berücksichtigen. Verminderte körperliche Stressresistenz, vermehrte Komplikationen und erhöhte Mortalität sind ebenfalls zu bedenken. Verlängerte Spitalaufenthalte, häufigere Rehospitali-

sierungen und ein erhöhter Ressourcenaufwand sind weitere mögliche Folgen (Attri et al., 2012; Pulkkinen et al., 2016; Tuch, 2018).

Für das Anästhesieteam kann es sehr anspruchsvoll sein, angstbezogene Risiken bei Menschen mit somatopsychischer Komorbidität adäquat zu erkennen und geeignete Massnahmen zu ergreifen (Attri et al., 2012; Pulkkinen et al., 2016). In diesem Zusammenhang erfordern insbesondere ältere Patienten/innen erhöhte Aufmerksamkeit (Struble, Sullivan, & Hartman, 2014). Bei ihnen ist die Auswahl angstmindernder Medikamente deutlich eingeschränkt. Zugleich besteht

Patient/in	Emotional	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Selbstwahrnehmung (Struble et al., 2014) • Selbststigmatisierung (Struble et al., 2014) • Kommunikationsstörung aufgrund von präoperativem Stress (Laufenberg-Feldmann et al., 2016) • Negativsymptomatik bei Schizophrenie (Affektverflachung, Apathie) (Struble et al., 2014)
	Kognitiv	<ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit, Angst zu verbalisieren (Struble et al., 2014) • Kommunikationsstörung aufgrund kognitiver Defizite (Laufenberg-Feldmann et al., 2016) • Kommunikationsstörung aufgrund inhaltlicher und/oder formaler Denkstörung (Struble et al., 2014) • Reduzierte Konzentrations- und Merkfähigkeit (Struble et al., 2014)
	Interpersonell	<ul style="list-style-type: none"> • Inadäquate Äusserung der Angst in Form von Aggressivität, Beschuldigungen, Beschimpfungen (verbale Aggression) (Struble et al., 2014)
Personal	Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichendes Fachwissen, fehlende Sensibilisierung bezüglich psychischer Erkrankungen (Struble et al., 2014)
	Zeit	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck, fehlende Zeit für ausführliche präoperative Gespräche und Vertrauensbildung (Bailey, 2010)
	Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Kein vorurteilsfreier Umgang mit psychisch erkrankten Personen. Fehlende Offenheit für Beobachtung, Vertrauensaufbau und Interventionsplanung (Struble et al., 2014)
Komplexe Symptomatik		<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche, sich überlagernde Symptome somatischer Erkrankungen (Bheemanna, Channaiah, Gowda, Shanmugham, & Chanappa, 2017; Struble et al., 2014)

Tabelle 2: Mögliche Gründe für unerkannte perioperative Angst

Körperliche Symptome	Psychische Symptome
Herzklopfen, Herzasen Schweissausbrüche, Kälteschauer, kalte, feuchte Hände Mundtrockenheit Atemnot, Beklemmungsgefühle Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Magen-Darm-Beschwerden Häufiges Wasserlassen Schluckbeschwerden Schwindel, Unsicherheit, Benommen- heit Fein- bzw. grobschlägiges Zittern Gefühllosigkeit, Kribbelgefühle Muskuläre Verspannungen Schmerzen, Brustschmerzen Leichte Ermüdbarkeit Unruhe	Unfähigkeit, sich zu entspannen Gefühl, ständig «auf dem Sprung zu sein» Übermäßige Schreckhaftigkeit Konzentrationschwierigkeiten Ein- bzw. Durchschlafstörungen Reizbarkeit Entfremdungsgefühle gegenüber sich selbst oder der Umgebung Häufiges Erröten Angst vor Kontrollverlust Angst, verrückt zu werden Angst zu sterben

Tabelle 3: Häufige Angstsymptome (Wenzel, 2003, S. 641; Wolff, 2011)

ein erhöhtes Risiko, dass Medikamente negative Interaktionen hervorrufen (Pulkkinen et al., 2016; Attri et al., 2012; Struble et al., 2014). Aufgrund eines veränderten Angsterlebens und einer eingeschränkten Möglichkeit, eigene Gefühle zu verbalisieren, ist es möglicherweise schwierig, Angst anhand des Patientenverhaltens zu identifizieren. Schwierigkeiten, die hierbei entstehen, sind in Tabelle 2 dargestellt.

Welche Assessment-Instrumente eignen sich?

Um Angst bei Patienten/innen mit somatopsychischer Erkrankung gezielt zu eruieren, ist ein Angst-Assessment empfehlenswert (Laufenberg-Feldmann et al., 2016). Dabei können verschiedene Instrumente zum Einsatz kommen, beispielsweise APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (Moerman, van Dam, Muller, & Oosting, 1996) oder STOA (State-Trait-Operations-Angst) (Krohne, Schmukle, & de Bruin, 2005). Beide Instrumente wurden in der Praxis getestet, gelten als valide und haben sich bewährt (Berth, Petrowski, & Balck, 2007; Krohne et al., 2005).

STOA dient zur Selbsteinschätzung und besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil (10 Items) erfasst kognitive und affektive Angstreaktionen. Der zweite Teil (20 Items)

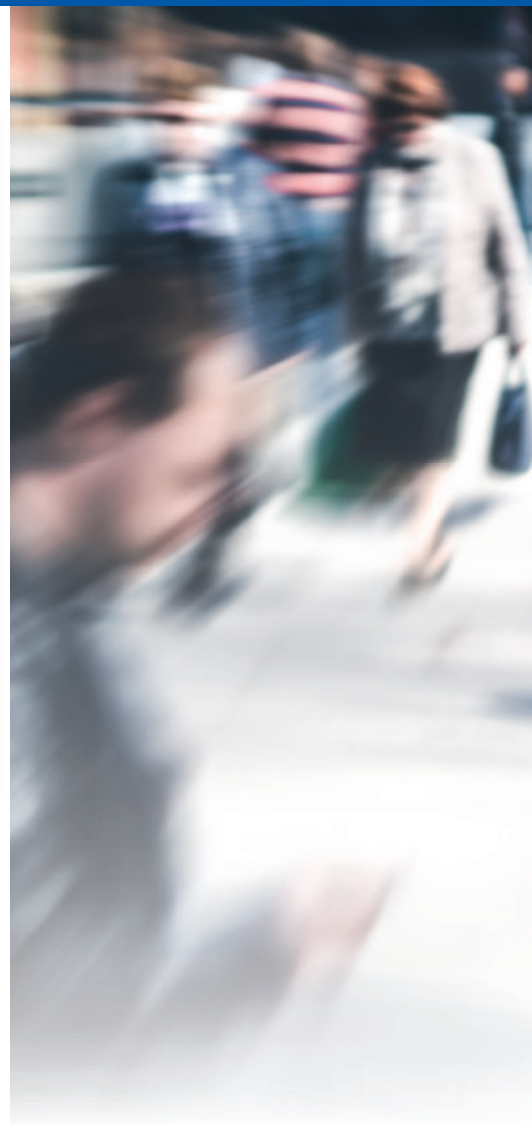
fokussiert direkt die Angst vor einer Operation. Auf diese Weise erfasst STOA sensitiv eine situative Bedrohung.

APAIS ist ebenfalls ein Selbsteinschätzungsinstrument, jedoch mit 6 Items weniger aufwendig. Mithilfe des APAIS lassen sich Angstzustände zwar ermitteln, eine Differenzierung zwischen verschiedenen Angstzuständen ist jedoch nicht möglich (Wilson et al., 2016). Zusätzlich zum Screening ist es unverzichtbar, die Patienten/innen gezielt zu beobachten, um körperliche und psychische Angst-Symptome wahrzunehmen (Tabelle 3).

Zusammenfassung

Angst erfordert die Aufmerksamkeit des Anästhesieteams. Fachpersonen sollten wissen, worauf es spezifisch zu achten gilt, wenn bei Patienten/innen eine somatopsychische Komorbidität besteht. Folgende Aspekte erweisen sich in diesem Kontext als wichtig:

- Im präoperativen Anästhesiegespräch gilt es, körperliche und psychische Angstsymptome anhand eines Screenings anzusprechen und zu dokumentieren. Dabei ist es wichtig abzuklären, ob diese Symptome in einem konkreten Zusammenhang mit der Operation stehen (Wilson et al., 2016). Eine zentrale



Frage lautet: Welche Copingstrategien erwiesen sich bisher im Umgang mit Angst als erfolgreich?

- Fachpersonen sollten zusammen mit den Patienten/innen präoperativ alle relevanten Informationen sammeln (beispielsweise in Bezug auf Medikamente, Status, Substanzabusus) und Angehörige einbeziehen.
- Zentral ist der Vertrauensaufbau, um eine sichere Umgebung für die Patienten/innen zu gestalten. Hierzu gehört auch aktives, empathisches Zuhören, um zusätzliche Stressoren zu vermeiden (Struble et al., 2014; Pulkkinen et al., 2016).

Je nach Situation lassen sich passende individuelle pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen einleiten, um die Zufriedenheit der Patienten/innen zu erhöhen. Stets gilt es, das aktuelle emotionale, kognitive und körperliche



Zustandsbild, das interpersonelle Verhalten sowie die psychiatrische Vorgeschichte zu berücksichtigen (Struble et al., 2014). Bei allen perioperativen angstlindernden Massnahmen ist es zentral, die Patienten/innen als Individuen wahrzunehmen und Vertrauen aufzubauen.

Kontakt:

Tobias Ries Gisler MScN, RN
 Prozessverantwortlicher Fortbildung
 Pflege und MTTB
 UniversitätsSpital Zürich
 tobias.riesgisler@usz.ch

Rahel Fröbel, MScN, RN
 Pflege, Therapien, Soziales (DPTS)
 Psychiatrische Universitätsklinik
 Zürich
 rahel.froebel@puk.zh.ch

Literatur

- Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*, 97(2), 534–540, table of contents.
- Attri, J. P., Bala, N., & Chatrath, V. (2012). Psychiatric patient and anaesthesia. *Indian J Anaesth*, 56(1), 8–13. doi:10.4103/0019-5049.93337
- Aust, H., Rusch, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, F., & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*, 16, 250. doi:10.1186/s12913-016-1492-5
- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J*, 92(4), 445–457; quiz 458–460. doi:10.1016/j.aorn.2010.04.017
- Baumeister, H., Kury, S., & Bengel, J. (2011). [Somatic-psychiatric comorbidity. Definition and basic concept]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54(1), 9–14. doi:10.1007/s00103-010-1179-8
- Berth, H., Petrowski, K., & Balck, F. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) – the first trial of a German version. *Psychosoc Med*, 4, Doc01.
- Bheemanna, N. K., Channaiah, S. R. D., Gowda, P. K. V., Shanmugham, V. H., & Chanappa, N. M. (2017). Fears and perceptions associated with regional anesthesia: A study from a tertiary care hospital in South India. *Anesth Essays Res*, 11(2), 483–488. doi:10.4103/aer.AER_51_17
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- Krohne, H. W., Schmukle, S. C., & de Bruin, J. (2005). Das Inventar «State-Trait-Operations-Angst» (STOA): Konstruktion und empirische Befunde. *The Inventory «State-Trait Operation Anxiety» (STOA): Construction and empirical findings. Psychother Psych Med*(55), 209–220. doi:DOL: 10.1055/5-2004-834604
- Laufenberg-Feldmann, R., Kappis, B., Schuster, M., & Ferner, M. (2016). [Relevance of preoperative anxiety for postoperative outcome in urological surgery patients: A prospective observational study]. *Schmerz*, 30(2), 166–173. doi:10.1007/s00482-015-0023-3
- Moerman, N., van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*, 82(3), 445–451.
- Pulkkinen, M., Junntila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scand J Caring Sci*, 30(1), 145–153. doi:10.1111/scs.12233
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2018). Instrumente zur medizinischen Kodierung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
- Struble, L. M., Sullivan, B. J., & Hartman, L. S. (2014). Psychiatric disorders impacting critical illness. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 26(1), 115–138. doi:10.1016/j.ccell.2013.10.002
- Tuch, A., from Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2018). Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. *Obsan Bulletin*, 1, 1–8.
- Wilson, C. J., Mitchelson, A. J., Tzeng, T. H., El-Othmani, M. M., Saleh, J., Vasdev, S., Saleh, K. J. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg*, 212(1), 151–159. doi:10.1016/j.amjsurg.2015.03.023
- Wolff, S. (2011). Angst. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (Vol. 3. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Der erfolgreiche Krampf

Anja Grigoli-Bretschneider

Ein Mann windet und schüttelt sich durch einen mittels Elektroschock ausgelösten Krampf. Er wird von ausgewachsenen Männern festgehalten. Vor seinem Mund sammelt sich zu Schaum gewordener Speichel, während er fest auf einen Keil beisst. Es vergehen Sekunden und der Spuk ist vorbei. Etwa so wie im Film «Einer flog über das Kuckucksnest» stellt sich die Bevölkerung die Elektrokampftherapie (EKT) immer noch vor. Aber dank Forschung und Weiterentwicklung ist die EKT heute eine anerkannte und sichere Behandlungsmethode bei schwerer Depression und katatoner Schizophrenie.

L. J. Meduna (1896-1964), ein ungarischer Neuropsychiater, stellte in Präparaten bei Patienten mit Epilepsie eine höhere Dichte an Gliazellen als bei Patienten mit einer Schizophrenie fest. Seine Hypothese war, dass epileptische Anfälle die schizophrene Erkrankung bessern könnten. Für den italienischen Psychiater **Ugo Cerletti**



(1877-1963) lag es nahe, einen Krampf mit Strom zuverlässiger auszulösen. Die Anfallsauslösung nach Meduna durch Campher, später durch Pentylentetrazol, war unzuverlässig und von starken Ängsten, Schmerzen und Abszessen an der Einstichstelle begleitet. 1938 fand in Rom dann die erste EKT an einem Menschen statt, durchgeführt durch Cerletti und seinem Assistenten Lucio Bini. Damals waren die Anwendungen breitgefächert und ohne eindeutige Indikationsstellungen. Es resultierten u.a. schwere Verletzungen, wie z.B. Frakturen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule.

Inzwischen ist die EKT eine anerkannte und nebenwirkungsarme Behandlungsmethode bei schwerer Depression (Response rate bei therapieresistenter De-

pression 50-60%, bei Depression ohne Therapieresistenz 80-90%) und katatoner Schizophrenie.

Bis heute konnte der genaue Wirkmechanismus nicht eindeutig geklärt werden. Das therapeutische Agens ist letztlich der generalisierte tonisch klonische Krampfanfall. Es gibt keine Hinweise auf strukturelle Hirnschäden. Im Gegenteil, es konnte nachgewiesen werden, dass die Neuro- und Synaptogenese stimuliert werden.

Kooperation von Anästhesie und Psychiatrie

Durch die Markteinführung des Succinylcholins in den 60er Jahren und dessen Anwendung bei der EKT konnten die teils schweren Verletzungen durch den plötzlich eintretenden Krampf vermieden werden. Daraus entstand die Kooperation von Anästhesie und Psychiatrie bei der EKT. Die enge Zusammenarbeit von Psychiatrie und Anästhesie sowie ein optimales Anästhesieverfahren tragen massiv zum Erfolg dieser Behandlung und zur Sicherheit für den Patienten bei. Das genaue Abstimmen der Anästhesiemethode mit der optimierten Durchführung der EKT ermöglicht einen erfolgreichen Krampf.

An definierten Stellen des Kopfes werden Elektroden angebracht, wodurch das Gehirn für wenige Sekunden mittels elektrischen Wechselstroms, meist mit 900mA, stimuliert wird. Diese Stimula-



Thymatron Stimulationsgerät



Einlage Beisschutz



Eingelegter Beisschutz



tion löst einen zerebralen Krampfanfall aus, der wiederum von einer kardiovaskulären Antwort begleitet wird. Die Auswertung eines simultan abgeleiteten EEGs erlaubt dem Psychiater, ein individuell angepasstes Verfahren anzubieten. Initial wird die Behandlung in kurzen Zeitabständen wiederholt (2-3x/Woche für ca. 4-10 Wochen), ehe eine Erhaltungstherapie beginnt.

Bevor ein Patient zur EKT zugelassen wird, werden vorgängig ausführliche Aufklärungsgespräche geführt und wenn nötig medizinische Abklärungen durchgeführt um allfällige Kontraindikationen auszuschliessen. Eine anästhesiologische Aufklärung und die Zustimmung für die Anästhesie müssen letztlich durch den Anästhesisten gegeben sein.

Kontraindikationen

Die EKT erfolgt stets in Abwägung der Kontraindikationen, von Nutzen und Risiko. Nach aktueller wissenschaftlicher Literatur keine absoluten Kontraindikationen. Relative Kontraindikationen ergeben sich vor allem aus den vegetativen Begleitreaktionen, die durch die EKT ausgelöst werden. Höheres Lebensalter und Schwangerschaft stellen keine Kontraindikationen dar. EKT bei Patienten mit einem implantiertem Cardioverter/Defibrillator (ICD) können komplikationslos durchgeführt werden. Der Schrittmacher schützt vor massiver Bradykardie und Asystolie nach EKT-Induktion. Die antitachykarde Funktion des ICD sollte aber vor dem Eingriff durch einen Kardiologen deaktiviert und unmittelbar danach wieder aktiviert werden. Die wichtigsten relativen Kontraindikationen sind:

- Intrakranielle Raumforderungen oder intrakranielle Druckerhöhung

- Myokardinfarkt
- Ischämischer oder hämorrhagischer zerebraler Insult
- Aneurysma-Coiling

Prämedikation

Die Patienten treten am Eingriffstag nüchtern ein. Die Erfragung von Problemen nach der letzten EKT, insbesondere Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, sowie die standardisierte Überprüfung von Identität, Allergien, Nüchternheit, das Entfernen von Zahnprothesen und Schmuck erfolgen unmittelbar vor der EKT.

Weitere Prämedikationsmassnahmen, die erfolgen sollten:

- Blase unmittelbar vor der EKT entleeren (Einnässen während Krampfgeschehen)
- am Tag der EKT keine Gesichtscreme verwenden (Beeinträchtigung der Impedanz der Stimulationselektroden)

Am Tag der EKT kann die Standardmedikation eines Patienten bestehen bleiben. Diuretika, Benzodiazepine und Antiepileptika sollten pausiert werden, da sie die Krampfschwelle anheben. Bei Lithiumcar-



Ausdruck des EEG's beider Hemisphären, u.a. wird anhand dieses Ausdruckes die Qualität und Quantität des Krampfes beurteilt.



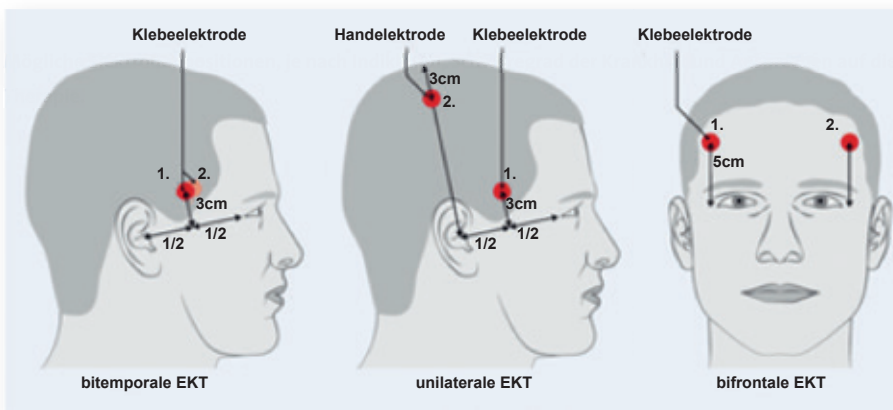
Hier ist das Ende des Krampfes durch die fast isoelektrischen Linien gut erkennbar.



Setting zur EKT im Kantonsspital Graubünden. Gut ersichtlich wird die enge Zusammenarbeit der Anästhesie mit den Psychiatern. Dies auf räumlicher und praktischer Ebene.



Stimulationselektrode (li.) und Überwachungselektroden.



Mögliche Elektrodenpositionen, je nach Indikation, Schweregrad der Krankheit und Ansprechen auf die Therapie.

bonat zeigt die Literatur ein heterogenes Bild. Der Gebrauch scheint mit postiktaler Unruhe und verlängerter Muskelrelaxantienwirkung einherzugehen. Bei MAO-Hemmern muss beachtet werden, dass die Kombination dieser und serotonerg wirkenden Substanzen (u.a. Pethidin, Tramadol) streng kontraindiziert ist.

Ablauf der EKT

Eine adäquate, ruhige Atmosphäre ist essentiell, um verängstigte Patienten behandeln zu können. Mit Stress assoziierter erhöhter Bedarf an Hypnotika sind dem Krampfgeschehen gegenüber nachteilig. Üblicherweise besteht das Anästhesieteam im Rahmen einer EKT aus einem Experten für Anästhesiepflege und einem Arzt. Idealerweise wird eine möglichst geringe Einleitungs-dosis verwendet, gefolgt vom Muskelrelaxans. Eine Gratwanderung zwischen Therapiequalität und

potentiell auch Awareness. Letztere tritt auch wegen der postiktalen Amnesie nur in äusserst seltenen Fällen auf.

Während der adäquaten Präoxygenation werden die Stimulations- bzw. EEG-Elektroden angebracht und auf ihren Widerstand überprüft. Fast zeitgleich wird die Anästhesie eingeleitet. Die mehrfache

Behandlung erlaubt eine immer präzisere individuelle Dosisfindung. Auch werden die Stromimpulse abhängig von der Qualität und Quantität (Eigenschaft und Zeitdauer des Krampfes) des Krampfgeschehens angepasst. Eine kurzzeitige Hyperventilation (end-expiratorisches $\text{CO}_2 < 30\text{mmHg}$) vor dem Auslösen der EKT senkt die Krampfschwelle zusätzlich.

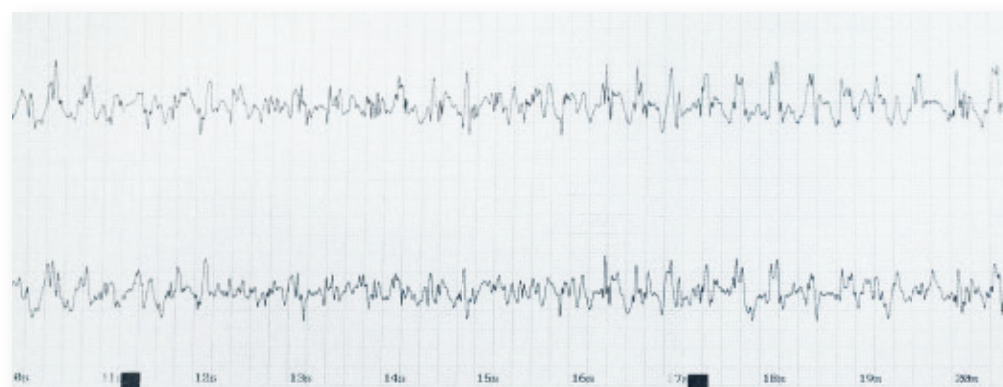
Ziel ist es, das ideale Mass zwischen ausreichender Anästhetietiefe (Vermeidung Awareness), Muskelrelaxation (Vermeidung von Verletzungen und Muskelkater) sowie v.a. optimalem Krampfgeschehen zu erreichen.

Anästhesiemanagement

Geeignet sind Hypnotika mit raschem Wirkungseintritt, kurzer Wirkdauer und rascher Erholungsphase, wie z.B. Propofol (0.5-2mg/kg). Auch Ketamin eignet sich als Hypnotikum, nicht nur wegen seiner anästhesiologisch günstigen Eigenschaften, sondern auch wegen seiner potentiell antidepressiven Wirkung; dies ohne Erhöhung des Risikos auf kardiovaskuläre Nebenwirkungen.

Remifentanyl zeichnet sich durch einen raschen Wirkungseintritt und eine kurze Wirkdauer (5 bis 10 Minuten) aus und verringert die für die Anästhesie benötigten Dosen der Hypnotika, Inhalationsanästhetika und Benzodiazepine bis zu 75%. Durch die genannten Eigenschaften ist die Remifentanyl-Anwendung bei der EKT von grossem Interesse. Studien zeigen, dass die zusätzliche Gabe von Remifentanyl die Anfallsdauer verlängern konnte. Es kam die Frage auf, ob die Verbesserung, zumindest bezüglich der Anfallsdauer, ein Ergebnis der Eigenschaften

Vergleich zweier Krampfgeschehen: links: schlechter Krampf, rechts: sehr guter Krampf.





Beurteilung des Krampfgeschehens postiktal durch die Kollegen der Psychiatrie.

von Remifentanyl ist oder die begleitende Dosisreduktion von Propofol. In verschiedenen Studien war eine Dosisreduktion bei Propofol bis auf 0,5mg/kg KG möglich. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Remifentanyl allein keine Verbesserung im EEG und keine Verlängerung der Anfallsdauer zur Folge hat.

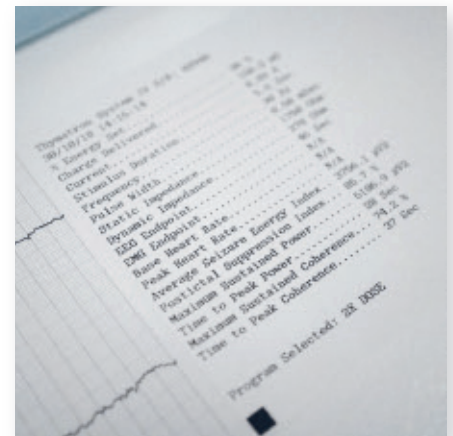
Muskelrelaxation

Bei ausreichender Anästhesietiefe erfolgt die Gabe des Muskelrelaxans Succinylcholin. Der Lidreflex und eine leichte Eigenatmung können bestehend sein. Die neuromuskuläre Blockade wird mit einem neuromuskulären Monitoring überwacht. Succinylcholin ist das Muskelrelaxans der Wahl, nur bei Kontraindikationen werden nicht depolarisierende Muskelrelaxantien angewendet. Zur Vermeidung von Bissverletzungen

wird dem Patienten ein Beisschutz eingeführt. Der N. facialis wird durch die elektrische Stimulation, unabhängig vom Ausmass der Muskelrelaxation, direkt stimuliert und führt zu einer Aktivierung der Kaumuskulatur mit massivem Zubeissen. Während des ausgelösten Krampfanfalls kommt es aber zu keiner Bewegung der Kaumuskulatur mehr. Die Stimulation erfolgt in Absprache mit dem Psychiater, während die manuelle Beatmung unterbrochen wird. Dies geschieht einerseits aus praktischen Gründen, andererseits hilft das Ansteigen des CO₂-Partialdrucks (pCO₂) die Krampfaktivität zu terminieren.

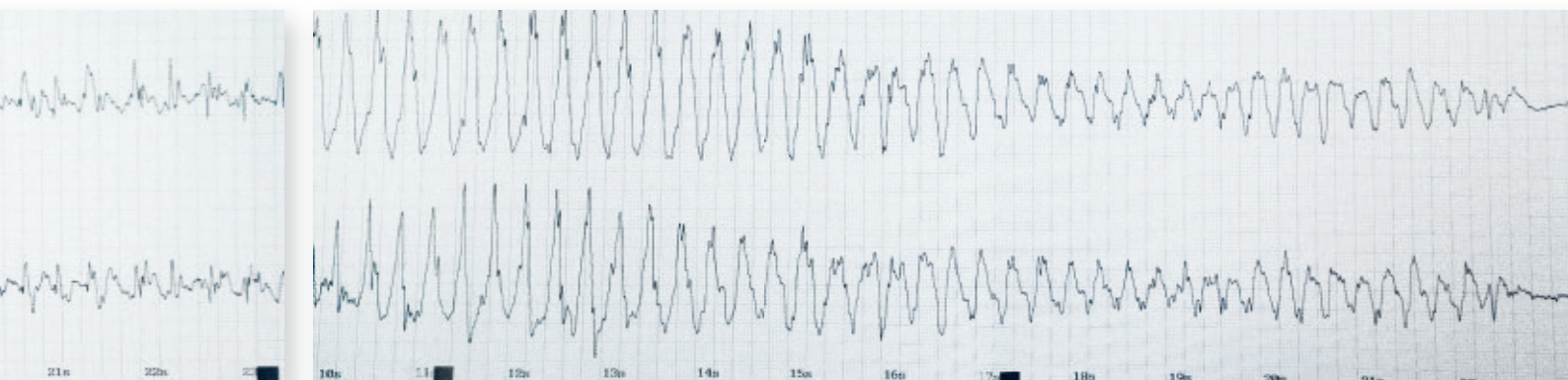
Kardiovaskuläre und vegetative Reaktionen

Durch eine primär direkte Stimulation des Hypothalamus zum Nervus Vagus wird



Parameter auf dem EEG-Ausdruck, die die Beurteilung des Krampfes objektivieren.

das parasympathische Nervensystem während der ersten 0-15 Sekunden des Anfalls aktiviert. Die Symptome können von Bradykardie mit begleiteter Hypotonie bis hin zur Asystolie führen. Erhöhte



Speichel- und Schleimproduktion sind ebenfalls zu beobachten. Gefolgt wird die parasympathische Phase von einer sympathikoadrenergen Gegenreaktion, welche fünf Minuten und länger andauern kann. Dadurch kommt es zu einem erheblichen Anstieg von Herzfrequenz (um 34%) und Blutdruck. Das Herzzeitvolumen steigt im Mittel um 81%. Auch eine grosse Vielzahl von Arrhythmien können beobachtet werden. Es wird berichtet, dass die Komplikationsrate bei kardial eingeschränkten Patienten trotz allem sehr gering ist. In der Regel sind diese Reaktionen von kurzer Dauer und selbstlimitierend, so dass sie meist keiner Therapie bedürfen. Eine Erhöhung der Herzfrequenz bis 120/min ist hier sogar erwünscht, was u.a. ein Merkmal für einen erfolgreichen Krampf ist. Während der Stimulation sollte der Patient weder berührt, noch die Blutdruckmessung oder TOF-Stimulation durchgeführt werden. Diese Parameter können Artefakte im EEG hervorrufen. Der Psychiater sieht anhand des EEGs, wenn der Krampf beendet ist und kommuniziert es dem Anästhesieteam. Die Dauer des Krampfes (mind. 20 sec) ist auch ein Qualitätsmerkmal für den Krampf.

Anästhesieausleitung

Nach beendetem Krampf wird der Beisschutz entfernt und die Maskenbeatmung bis zum Wiedereinsetzen einer suffizienten Spontanatmung fortgesetzt. Sollte der Krampf unzureichend gewesen sein, würde es nach einer Refraktärzeit von mindestens 60 Sekunden zu einer Restimulation kommen. Hält die Wirkung des Muskelrelaxans länger an, muss zur Vermeidung von Wachheit unter Relaxation erneut eine geringe Dosis des benutzten Hypnotikums verabreicht werden.

Nach der Intervention sollten die Patienten initial v.a. kardiopulmonal überwacht werden, danach noch hinsichtlich ihrer psychomotorischen bzw. kognitiven Fähigkeiten. Nach Entlassung sind sie dann für 24 h weder verkehrs- noch geschäftsfähig und bedürfen möglicherweise einer zusätzlichen häuslichen Betreuung.

Die EKT als solche ist nicht schmerzhaft, so dass viele Spitäler auf eine routine-

mässige postinterventionelle Schmerztherapie verzichten. Am Kantonsspital Graubünden wird allerdings, sofern keine Kontraindikationen bestehen, eine routinemässige Schmerztherapie mit 1000mg Metamizol in einer Kurzinfusion postiktal durchgeführt. So sollen vor allem postiktale Kopfschmerzen und Muskelschmerzen durch die Faszikulationen, v.a. in den ersten Behandlungen, vorgebeugt werden.

Risiken und Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen der EKT sind gut symptomatisch behandelbar und selbstlimitierend. Akute Nebenwirkungen, die während oder kurz nach der EKT auftreten, sind v.a. Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Muskelkater, kardiovaskuläre Nebenwirkungen und kognitive Störungen. Die praktischen Erfahrungen lassen erkennen, dass Patienten mit post-EKT-Kopfschmerzen profitieren konnten, wenn ihnen unmittelbar vor der Narkoseeinleitung, 500-1000mg Paracetamol i.v. gegeben wurde. Ein prolongierter Anfall kann eine weitere Nebenwirkung der EKT sein, der Krampf dauert dann mehr als 120 Sekunden und sollte spätestens nach 180 Sekunden medikamentös unterbrochen werden. Solange die Sauerstoffsättigung stabil bleibt, heisst es aber Ruhe bewahren. Eine genaue Handlungsanweisung bietet die Leitlinie «Status epilepticus im Erwachsenenalter» der neurologischen Gesellschaften der Schweiz, Österreichs und Deutschlands. Bei nichtentleerter Blase existiert die äusserst seltene Gefahr einer Blasenruptur. Verletzungen an Zunge, Gebiss und Mundschleimhaut können bei mangelhafter Vorbereitung des Patienten vorkommen.

Neurokognitive Nebenwirkungen

Die leichten kognitiven Nebenwirkungen haben mit 40% Inzidenz die grösste klinische Bedeutung. Sie sind meist selbstlimitierend und von kurzer Dauer, können aber mit erheblichen subjektiven und objektiven Beeinträchtigungen der Betroffenen einhergehen. In Ausprägung und Dauer sind die Störungen sehr individuell. Den Patienten wird im Aufklärungsgespräch empfohlen, sämtliche PIN-Codes u. ä. aufzuschreiben, da es während der EKT zu massiven reversiblen Einschränkungen

in der Merkfähigkeit kommen kann. Durch die EKT werden die kognitiven Leistungen verbessert und die Neuro- und Synaptogenese stimuliert. Es führt nie zu einem völligen Gedächtnisverlust und zu keinen strukturellen Hirnläsionen, auch auf die Intelligenz hat es keinen Einfluss.

3-5% der behandelten EKT-Patienten weisen postiktale Unruhezustände auf. Sie treten direkt nach dem Erwachen aus der Anästhesie auf, dauern ca. 15-30 Minuten an und sind selbstlimitierend. Die Reorientierung erfolgt immer zuerst zur Person, dann zum Ort und zuletzt zur Zeit. Die Patienten erleben diese Unruhezustände, im Gegensatz zum Delir oder prolongierten Anfall, bewusst. Sie können sich gut daran erinnern und schildern es als starke und sehr unangenehme innere Unruhe, die mit einer geringen Gabe von Propofol reduziert werden kann.

Durch die Behandlungsparameter – Stimulusintensität und -form, Elektrodenposition, Anästhesietiefe, Anästhetikum, medikamentöse Vorbehandlung und Ausmass der Hyperventilation – kann der Anfall gesteuert werden. Das Ziel ist es, durch eine optimale Wahl und Kombination aller genannten Parameter einen effizienten Anfall auszulösen.

Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung meiner Diplomarbeit, in der ich auf die anästhesiespezifischen Kernpunkte eingegangen bin. Die ausführliche Darstellung aller Themenbereiche, kann in meiner Diplomarbeit nachgelesen werden. Dort findet sich auch das Literaturverzeichnis. Gerne stehe ich auch persönlich für Fragen zur Verfügung. Mein besonderer Dank geht an Freddy Brouwers.

Kontakt:

Anja Grigoli-Bretschneider
Dipl. Expertein Anästhesiepflege NDS HF
Kantonsspital Graubünden
7000 Chur
anja.grigoli@ksgr.ch

Der Rettungsdienst des Kantons Zug (RDZ) ist spitalunabhängig und gehört zur Gesundheitsdirektion. Wir stellen eine qualifizierte, präklinische Versorgung sicher und leisten knapp 5000 Einsätze im Jahr.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir Sie als

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

In unserer Organisation können Sie mit einer weitreichenden Kompetenzregelung eigenverantwortlich arbeiten und Ihre zusätzlichen Fähigkeiten in der einsatzlosen Zeit für betriebspezifische Aufgaben einsetzen.

Ihre Aufgaben

- Durchführen von Rettungseinsätzen und Krankentransporten (Fahren und Betreuen)
- Selbständiges Ausrücken mit dem Notfalleinsatzfahrzeug
- Eigenständiges Ausführen erweiterter medizinischer Massnahmen in «Notarzfunktion»
- Leiten von Einsätzen mit vital bedrohten Patientinnen und Patienten
- Sicherstellen eines geordneten Tagesbetriebes als Schichtleitung
- Bearbeiten eines Sachgebietes im Bereich Administration/Technik
- Übernehmen von Ausbildungssequenzen (bei Eignung)

Ihr Profil

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

Unser Angebot

An unserem Stützpunkt in zentraler Lage in Zug finden Sie eine zeitgemässe Infrastruktur und im Einsatz setzen Sie modernes Material ein. Interessante Weiterbildungsmöglichkeiten erweitern Ihre Fertigkeiten und im überschaubaren Betrieb finden Sie ein kollegiales Umfeld. Die sehr attraktiven Anstellungsbedingungen richten sich nach dem kantonalen Personalrecht. Die Verknüpfung dieser Stelle mit einer Anästhesietätigkeit in einem Spital ist möglich und wird unterstützt.

Bewerbung/Auskunft

Ist Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an: **Rettungsdienst Zug, Andreas Müller, Leiter, Postfach 857, 6301 Zug.**

Für telefonische Auskünfte stehen Ihnen Andreas Müller, Leiter RDZ ([041 728 46 61](tel:0417284661)) oder Claudia Mair, Stv. Leiterin RDZ ([041 728 46 63](tel:0417284663)) gerne zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.zg.ch/rdz.

Anästhesie-Einsatz in Kamerun

Jürg Hohl, dipl. Experte Anästhesiepflege HF

Das Projekt «We care Cameroon» von Pascal Talla, Leitender Arzt am Kantonsspital Neuchâtel, betreibt in Kamerun ein Spital. In zeitlich begrenzten Einsätzen können Anästhesiefachpersonen vor Ort mitarbeiten. Ein persönlicher Erfahrungsbericht.

Die Anfrage ist per Rundmail beim gesamten Anästhesiefachpersonal des Inselspitals Bern eingetroffen: Wer hat Interesse, als Fachperson Anästhesie ein Operationsteam auf einer zweiwöchigen medizinischen Mission in Kamerun zu unterstützen? Geplant sind mehrere Einsätze. Ich melde mich und so komme ich im Juni dieses Jahres zu meinem ersten Hilfseinsatz in einem Entwicklungsland; und zu meiner ersten Reise nach Zentralafrika. Im April findet ein Treffen zum Informationsaustausch mit dem Team statt, das bereits einen Einsatz vor Ort geleistet hat. Darunter einige aus der französischsprachigen Schweiz, was für mich eine Herausforderung ist.

Das Team für «meine» Mission besteht aus drei Fachpersonen der Anästhesie, einem plastischen Chirurgen und einem Gynäkologen. Hinzu kommen drei technische Operationsassistentinnen mit den Schwerpunkten plastische und allgemeine Chirurgie sowie eine medizinische Praxisassistentin, deren Aufgabe das Einrichten der Apotheke ist.

An einem Samstag Mitte Juni machen wir uns auf den Weg. Die Reise führt von Zürich über Bruxelles nach Douala, der grössten Stadt Kameruns. Douala liegt direkt am Meer, die Temperaturen sind tropisch heiss. Zum Glück funktioniert die Klimaanlage im Hotel. Anderntags fa-

hren wir mit einem gemieteten Bus in die Stadt Barfoussam – mehr als sechs Stunden dauert die Fahrt. Barfoussam liegt auf ca. 1500 m. ü. M. und ist somit klimatisch deutlich angenehmer. Dass der Bus am Morgen zwei Stunden zu spät am Treffpunkt erschienen ist, hat uns auf das afrikanische Zeitverständnis vorbereitet, plus zwei Stunden gilt als sehr pünktlich.

Überraschend gute Infrastruktur

In Barfoussam angekommen, besuchen wir das kleine Spital, in dem wir die kommenden zwei Wochen arbeiten werden. Es hat ca. 30 Patientenbetten in für Kamerun fantastischem Zustand; es sind meist Zweibettzimmer, meist mit eigener Toilette. Acht Pflegefachleute arbeiten in 12-Stunden-Schichten in Zusammenarbeit mit einer Spitalfachärztin. Sie wird regelmässig von Konsiliarärzten, meist aus Douala, unterstützt. Das sich im Bau befindende zweite Gebäude mit neuen Operationsräumen soll 2019 eingeweiht werden. Vor dem Spital stehen vier Ambulanzfahrzeuge aus der Schweiz. Obwohl ich keines habe ausfahren sehen, versichert man mir, dass sie alle einsatzbereit sind. Allerdings fehlt eine Notfallaufnahme.

Zweifelhaftes Material

Zuerst inspizieren wir den Anästhesie-Arbeitsplatz, das zur Verfügung stehende Material und die Medikamente. Unsere Kollegen von früheren Missionen haben zwar vieles

mitgebracht, doch es herrscht zum Teil ein heilloses Durcheinander. Es gibt zwei Operationssäle, der eine wird für Eingriffe genutzt, der andere als Lager – und ist vollgestopft mit Kisten, Geräten, Schubladen, alten Defibrillatoren und allerlei sonstigem Material. Hier muss zuerst eine sinnvolle Ordnung hergestellt werden.

Das Anästhesiebeatmungsgerät funktioniert mit grossen O₂-Druckflaschen,

welche jeden zweiten Tag gewechselt werden müssen. Die Druckluft wird durch einen Kompressor bereitgestellt, der jede gefühlte Stunde ausfällt. Deshalb wird die allmorgendliche Prüfung des Respirators zu einer Herausforderung, da für den Test kontinuierlich O₂ und Air-Drucke nötig sind. Im Aufwachraum gibt es vorerst keinen Sauerstoff; als auf unser Drängen hin eine Flasche gebracht wird, stellen wir fest, dass der zur Verabreichung nötige Adapter fehlt.

Schwierige Eingriffe

Für die ersten zwei Tage übernimmt das plastische Operationsteam. Für dessen Mitglieder gilt es herauszufinden, ob zukünftige Einsätze für sie überhaupt möglich und sinnvoll sind. Beim ersten Eingriff wird einem Jungen ein sehr grosses Keloid entfernt, welches von der Leiste bis zum Gesäss reicht und ihm das Strecken des rechten Beines während der letzten zwei Jahre verunmöglicht hat. Mittels Spalthaut wird die Exzisionsstelle gedeckt, es kann aber nur ca. die Hälfte des Keloids entfernt werden, da sonst die Wundfläche



Der Weg zum Centre Médico-Chirurgical Spécialisé de Barfoussam.



Ambulanzfahrzeuge vor dem Spital.

viel zu gross würde und zu wenig Thiersch dafür entnommen werden könnte. Danach werden weitere Patientinnen und Patienten mit Verbrennungsnarben oder mit Keloiden an den verschiedensten Körperstellen operiert.

Die Menschen kommen von weither, um eine Konsultation bei den plastischen Chirurgen wie auch später bei den Gynäkologen zu erhalten. Der Empfangsbereich wie auch die Gänge des Spitals sind deshalb während der ganzen zwei Wochen von wartenden Menschen überfüllt. Leider können in dieser kurzen Zeit nur wenige dieser Patientinnen und Patienten operiert werden.

Spitalgründer und Gynäkologe vor Ort

Ab Mittwoch werden gynäkologische Eingriffe durchgeführt. Dazu steht ein kompletter Laparoskopie-Arbeitsplatz zur Verfügung; so werden Patientinnen mit multiplen Uterusmyomen teils laparoskopisch, teils auch offen operiert. Der Gynäkologe, der die Eingriffe durchführt, ist Dr. Pascal Talla und stammt aus Barfooussam. Normalerweise arbeitet er als Leitender Arzt am Kantonsspital Neuchâtel. Zusammen mit seiner Frau hat er dieses Spital aufgebaut. Pascal Talla wird zwar von einheimischen Assistenzärzten unterstützt, doch haben diese kaum operative Erfahrung und sind weit davon entfernt, autonom Eingriffe zu machen.

Die meisten Eingriffe führen wir in Intubationsnarkose durch, einige gynäkologische Patientinnen bekommen eine Spinalanästhesie. Was Material und Medikamente betrifft, können wir auf einem recht guten Standard arbeiten, wobei

das meiste Material wiederaufbereitet wird. Die Prämedikation hingegen gestaltet sich schwierig, vorgängige Abklärungen werden kaum gemacht und bestehende Erkrankungen meist nicht therapiert.

Die zwei Wochen hier sind anstrengend. Es ist nicht nur die Arbeit in einem ungewohnten Team in einer mir nicht ganz geläufigen Sprache; auch die Arbeitstage enden immer wieder erst nach 20.00 Uhr, selbst samstags und sonntags arbeiten wir im Operationsaal. Dennoch bleiben mir viele wertvolle Eindrücke: Das Arbeiten in einem ganz anderen Umfeld, die Notwendigkeit zu improvisieren, Patientinnen und Patienten, deren Kultur sich so sehr von der unsrigen unterscheidet; zum Beispiel beten viele von ihnen laut, wenn die Anästhesie eingeleitet wird. In Erinnerung bleibt mir auch die Erschöpfung nach den langen Tagen. Und die Resignation, als beim zweiten Verbandswechsel beim Jungen vom ersten Operationstag die Spalthaut massiv infiziert ist – Pseudomonas haben sie angegriffen. Die Nachbetreuung wäre durch die lokale Pflege zwar gewährleistet, jedoch ist sie wegen der schlechten hygienischen Bedingungen und fehlender Wundauflagen unmöglich.

Im Rückblick kann ich bestätigen, der Einsatz und die Erfahrung, die ich sammeln durfte, haben sich gelohnt. Und doch stellt sich mir die Frage nach der Nachhaltigkeit dieser Art von Einsätzen. Für die behandelten Patientinnen und Patienten ist es wunderbar, dass wir hierherkommen und diese Operationen machen. Während der drei Missionen zu zwei bis drei Wochen pro Jahr ist es aber kaum möglich, den lokalen Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden eine fundierte Schulung zu ermöglichen, damit sie unsere Arbeit autonom weiterführen könnten. Andererseits ist das Projekt noch im Aufbau und wird, so hoffe ich, die Massnahmen zum Erreichen dieses Zieles intensivieren können. Nun aber freue ich mich, nach Hause zu reisen und einige Tage Erholung zu geniessen. Als wir nach



In den Strassen von Barfooussam.



Der Operationsaal (ein weiterer dient als Lager).

der fast 24-stündigen Reise auf dem Flughafen Bruxelles ankommen, trauen wir unseren Augen kaum – all der Luxus, die blankpolierten Böden und die modernen Geschäfte ...

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter:

<http://wecarecameroon.com/de>

Kontakt:

Jürg Hohl

Dipl. Experte Anästhesiepflege HF

Inselspital Bern

juerg.hohl@insel.ch

Unbeabsichtigte perioperative Hypothermie: Handeln wir richtig?

Benjamin Albiez

Leitlinien und Empfehlungen können bis heute nicht verhindern, dass Patienten/innen unbeabsichtigte perioperative Hypothermie (UPH) erleiden. Welche Massnahmen sind empfehlenswert, um Unterkühlung zu vermeiden? Und wie gelingt es, UPH-bezogene Interventionen im Alltag konsequent umzusetzen?

Eine Umfrage unter 2000 Anästhesisten/innen in Deutschland ergab, dass die aktuell empfohlenen Massnahmen zur Vermeidung einer unbeabsichtigten perioperativen Hypothermie (UPH) keine konsequente Umsetzung finden (Waeschle et al., 2015). Etwa 40% der Befragten führen kein Vorwärmen (Prewarming) durch, bevor sie die Anästhesie einleiten. Korrektes Temperatur-Monitoring erfolgt bei Spinal- oder Epiduralanästhesie nur in 12% der Fälle. Somit erfordert die UPH nach wie vor Aufmerksamkeit.

Hypothermie besteht, wenn die Körpertemperatur bei erwachsenen Patienten/innen unter 36 Grad Celsius liegt. Die Inzidenz der UPH beträgt 38–75% bei Anästhesien (Bräuer et al., 2010). Hypothermie ist bei allen Anästhesieformen zu beobachten, wobei die regionale Anästhesie den geringsten und die kombinierte Allgemein- und Epiduralanästhesie den stärksten Wärmeverlust aufweisen (Riley & Andrzejowski, 2018).

Erhöhte Morbidität und potenziell gesteigerte Mortalität gelten als Folgen einer UPH (Riley & Andrzejowski, 2018). Weitere Auswirkungen sind kardiale Ereignisse wie instabile Angina pectoris und Myokardinfarkt sowie gestörte Thrombozytenfunktion, beeinträchtigte plasmatische Gerinnung mit vermehrtem Blutverlust und vermehrtem Transfusionsbedarf, verlängerte Aufwachzeit, ungeplante Aufnahmen auf die Intensivstation, verlängerte Spitalverweildauer und erhöhte Mortalität bei Risikopatienten/innen (Bräuer et al., 2010).

Im deutschsprachigen Raum gibt es seit 2014 die S3-Leitlinie der Akademie der Medizinischen Wissenschaften (AWMF) zur Vermeidung perioperativer Hypothermie mit Empfehlungen für die klinische Praxis (Torossian, Bein, & Bräuer, 2014). Im angloamerikanischen Raum sind die Empfehlungen des National Institute of Health and Care Excellence (NICE) verbreitet. Die NICE-Guideline formuliert Empfehlungen für Grossbritannien. Sie erschien erstmals 2008, eine Aktualisierung erfolgte 2016. Beide Leitlinien unterscheiden sich nur minimal (Riley & Andrzejowski, 2018). Trotz dieser Vorgaben «besteht ein ausgeprägter Weiterentwicklungsbedarf bei der Vermeidung von perioperativen Hypothermien (...)» (Waeschle et al., 2015).

Vor diesem Hintergrund geht dieser Artikel zwei Fragen nach: Welche Interventionen sind empfehlenswert, um UPH zu verhindern? Was gilt es beim Umsetzen der Massnahmen in der klinischen Praxis zu beachten?

Welche Massnahmen sind wichtig?

Das Wärmemanagement beginnt damit, die Temperatur einer Patientin bzw. eines Patienten zu messen. Die NICE-Guideline (2008) empfiehlt ein halbstündliches Messintervall, die S3-Leitlinie jedoch kontinuierliches Messen oder einen

Sammeln Sie e-log-Punkte

Fragen zu diesem Artikel auf www.siga-fsia.ch/mitglieder/e-log
Hypothermie péri-opératoire non intentionnelle: agissons-nous correctement?
 Article en français sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/anaesthesie-journal
Collectez des points e-log
 Questions sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/e-log

mindestens viertelstündlichen Abstand zwischen den Messungen. Verschiedene Messinstrumente sind erhältlich, um die Körpertemperatur zu erfassen. Jedoch sind nicht alle genau und verlässlich. Messungen im distalen Ösophagus (40 cm tief) sowie intravesikal (Blasenkatheter mit Temperaturmessung) oder nasopharyngeal (10 cm tief)



sind empfehlenswert.

Bei wachen Patienten/innen plädieren die NICE-Guideline (2008) und Torossian et al. (2014), digital-sublingual zu messen. Sowohl von der rektalen als auch von der indirekt tympanalen Temperaturmessung (Ohrthermometer) ist aufgrund der Ungenauigkeit abzuraten. Ob sich neuere Methoden mit Klebeelektroden auf der Arteria temporalis bewähren, beispielsweise die Zero Heat Flux®-Technik oder Doppelsensor-Methoden, ist noch nicht absehbar (Horn et al., 2017).

Durch «Prewarming» (Vorwärmen) vor der Induktion ist es möglich, Patienten/innen vor Unterkühlung zu schützen und eine UPH zu verhindern. Zeitlich ist eine Dauer von mindestens 10 Minuten für «Prewarming» empfehlenswert, als optimal gelten 20–30 Minuten. «Prewarming» ist eine einfache Massnahme, von der alle Patienten/innen mit einer Anästhesiedauer von über 30 Minuten profitieren (Torossian et al., 2014). Aktives intraoperatives Wärmen mit konvektiver Methode (Warmluftgebläse) gilt neben konduktiven Massnahmen (Wärmematten mit Wasserkreislauf) als effizientestes Mittel, um UPH zu vermeiden (Torossian u. a., 2014).

Die NICE-Guideline (2008) und Torossian et al. (2014) empfehlen eine Temperatur von mindestens 21 Grad Celsius im OP-Saal, um das Auskühlen der Patienten/innen zu vermeiden. Nach dem Abdecken ist jedoch eine kühlere Raumtemperatur möglich, um einer Hypertranspiration des steril eingekleideten OP-Teams entgegenzuwirken. Die Anästhesieeinleitung sollte nicht beginnen, bevor die Patienten/innen eine Körper-

ebenfalls wärmende Massnahmen zu empfehlen (Riley & Andrzejowski, 2018). Eine Verlegung der Patienten/innen in die nachbehandelnde Abteilung sollte erst erfolgen, wenn eine Körperkerntemperatur von mindestens 36 Grad Celsius erreicht ist (Torossian et al., 2014).

Was ist beim Umsetzen in der Praxis zu beachten?

Perioperatives Wärmemanagement ist eine interprofessionelle Aufgabe. Nicht nur Anästhesie-Fachpersonen, sondern auch alle anderen am OP-Prozess beteiligten Ärzte/innen, Pflegende, OP-Pflegende, und Lagerungspflegende gilt es einzubeziehen. Dabei stellt sich die Frage: Was ist beim Umsetzen in der klinischen Praxis zu beachten? Als Methodik ist beispielsweise «Praxisentwicklung» denkbar (Frei, 2012). Es geht darum, «dass die Gesundheitsteams befähigt werden, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln und die Kultur und den Kontext der Versorgung zu verändern (...). Dies bedingt die Partizipation aller Beteiligten. Zentrale Punkte der Praxisentwicklung sind: Wissensvermittlung, Begleitung und Implementierung in die Praxis sowie das Entwickeln einer Handlungsanweisung» (McCormack et al., 2009).

Konkret gilt es, die aktuelle Situation in der Klinik hinsichtlich des Wärmemanagements zu erheben – in Bezug auf Material, Prozesse und Verantwortlichkeiten. Es ist wichtig, eine interprofessionelle Handlungsanweisung zu erstellen, die den Bedürfnissen der Klinik entspricht und von allen Beteiligten mitgetragen wird. Sobald das erforderliche Material verfügbar ist, sollten interdisziplinäre Schulungen stattfinden. Zuvor ist es wichtig, die Mitarbeitenden zu sensibilisieren. Hierfür bieten Torossian et al. (2014) im Rahmen der Leitlinie nützliche Schulungsinformationen und Formulare an. Um Nachhaltigkeit sicherzustellen, ist es notwendig, Mitarbeitende im Umsetzungsprozess zu begleiten und sie dabei zu

kerntemperatur von 36 Grad Celsius erreicht haben (NICE, 2008).

Ab einer Flussrate von 500 ml/h sind vorgewärmte Infusionen empfehlenswert (Torossian et al., 2014). Auch Blut- oder Blutersatzprodukte gilt es immer vorgewärmt zu verabreichen.

Shivering (Kältezittern) kann unabhängig von Hypothermie auftreten. Eine pharmakologische Therapie senkt die Shivering-Schwelle bzw. die metabolische Wärmeproduktion und sollte deshalb immer mit Temperaturmonitoring und gegebenenfalls Wärmeapplikation zum Einsatz kommen. (Riley & Andrzejowski, 2018).

Auch in der Geburtshilfe sollte ein routinemässiges Temperatur-Monitoring erfolgen. Bei Eingriffen in Regionalanästhesie, die länger als 30 Minuten dauern, sind

Literaturverzeichnis

- Bräuer, A., Waeschle, R. M., Heise, D., Perl, T., Hinz, J., Quintel, M., & Bauer, M. (2010). Präoperative Vorwärmung in der klinischen Routine: Erste Erfahrungen. *Der Anaesthesist*, 59(9), 842–850. <https://doi.org/10.1007/s00101-010-1772-0>
- Frei, A. (2012). Praxisentwicklung im Trend der Zeit. *PADUA*, 7(3), 110–115. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a0000056>
- Horn, E.-P., Klar, E., Höcker, J., Bräuer, A., Bein, B., Wulf, H., & Torossian, A. (2017). Vermeidung perioperativer Hypothermie: Umsetzung der S3-Leitlinie. *Der Chirurg*, 88(5), 422–428. <https://doi.org/10.1007/s00104-016-0357-0>
- McCormack B., Manley, K., & Garbett, R. (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege* (deutschsprachige Ausgabe). Bern: Hogrefe Verlag.
- NICE (2008). Hypothermia: prevention and management in adults having surgery | Guidance and guidelines | Abgerufen 29. August 2018, von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65>
- Riley, C., & Andrzejowski, J. (2018). Inadvertent perioperative hypothermia. *BJA Education*, 18(8), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.003>
- SAMW. (2018a). Interprofessionalität: Projekte, <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionallitaet.html>, abgerufen 17. September 2018
- SAMW (2018b). Bulletin, <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Bulletin.html>, abgerufen 17. September 2018
- SAMW (2014). Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen». Basel: SAMW
- Torossian, A., Bein, B., & Bräuer, A. (2014). S3 Leitlinie Vermeidung von perioperativer Hypothermie. AWMF Registernummer, 001–018.
- Waeschle, R. M., Russo, S. G., Sliwa, B., Bleeker, F., Russo, M., Bauer, M., & Bräuer, A. (2015). Perioperatives Wärmemanagement in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße in Deutschland. *Der Anaesthesist*, 64(8), 612–622. <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0057-z>

unterstützen, Hindernisse zu überwinden und die Massnahmen optimal umzusetzen (McCormack et al., 2009).

Aus Sicht der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) ist es zentral, die interprofessionelle Koordination zwischen Gesundheitspersonen zu intensivieren (SAMW, 2018).

Um die Qualität der Versorgung zu steigern und Ressourcen effizienter zu nutzen, ist es zunächst erforderlich, Interprofessionalität zu fördern (vgl. Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen»; SAMW, 2014). Das Commitment aller im perioperativen Setting agierenden Personen ist somit unverzichtbar, um ein optimales Wärmemanagement sicherzustellen und die Patientenergebnisse zu verbessern.

Kontakt:

Benjamin Albiez
Pflegeexperte i. A., Institut für
Anästhesiologie
UniversitätsSpital Zürich
benjamin.albiez@usz.ch

Laufbahnplanung auf



excellence | experience | education



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

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

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



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

JETZT REGISTRIEREN: e-log.ch



Personalengpass???

JahnAnesth GmbH

anesthesia care

www.jahn anesth.ch

079 518 83 41

**SIGA
FSIA**



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

Agenda SIGA / FSIA

Datum	Veranstaltung / Thema	Ort
19. Januar 2019	3. Neujahrssymposium am USZ	Zürich
26. Januar 2019	BAPS: Adrenalin im Blut – Reanimation aus verschiedenen Perspektiven	Bern
26 mars 2019	Formation du GIAL	Lugano
27. April 2019	Anästhesiekongress SIGA / FSIA	KKL Luzern
27 avril 2019	Congrès d'anesthésie SIGA / FSIA	Centre de la culture et des congrès de Lucerne
16. – 20. Mai 2019	SBK-Kongress	Basel
16 – 20 June 2019	International Symposium on Pediatric Pain ISPP	Basel
9 octobre 2019	7^e GIAL-Symposium	Sion
27. Oktober 2019	Herbstsymposium Basel	Basel
7.–9. November 2019	Gemeinsamer Jahreskongress der SGAR/SSAR und der SIGA / FSIA	Interlaken
7–9 novembre 2019	Congrès annuel conjoint de la SSAR et de la SIGA / FSIA	Interlaken

Alle Fortbildungsdaten finden Sie auf www.e-log.ch/agenda/

Partner | partenaires

Dräger

GETINGE 



Leser / innen-Ecke / Le coin des lecteurs

Greifen Sie in die Tasten, wenn Sie ein Thema rund um die Anästhesiepflege beschäftigt! Das SIGA / FSIA editorial board ruft dazu auf, die Rubrik «Leser / innen-Ecke» eifrig zu nutzen.

N'hésitez pas à prendre la plume si un sujet lié à l'anesthésie vous interpelle! Le comité de rédaction vous encourage à utiliser assidûment la rubrique «Le coin des lecteurs».

Kleinere und grössere Beiträge sind herzlich willkommen. Die Verfasser / innen können zu bereits erschienenen Artikeln Stellung beziehen oder eigene Erfahrungen aufgreifen. Ihre Meinungen brauchen sich nicht mit derjenigen des SIGA / FSIA editorial boards zu decken. Die Texte erscheinen jeweils nur in ihrer Originalsprache. Nicht veröffentlicht werden können anonyme Zuschriften.

Toutes les contributions, des plus petites aux plus grandes, sont les bienvenues. Les auteurs peuvent se référer à des articles déjà publiés ou à leurs propres expériences. Vos opinions ne doivent pas nécessairement correspondre à celles du comité de rédaction. Les textes ne paraissent que dans leur langue originale. Les lettres anonymes ne seront pas publiées.

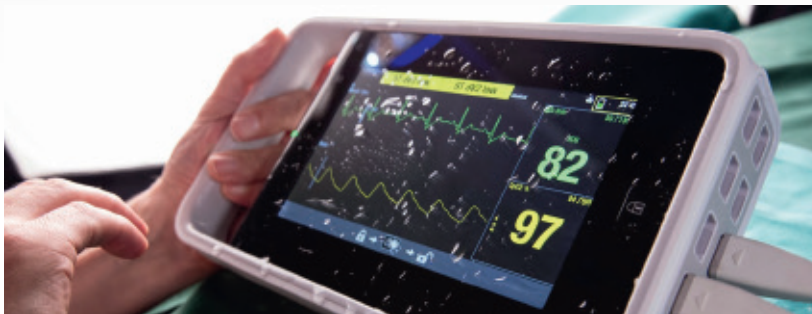


GE CARESCAPE™ ONE. PATIENTENMONITORING NEU DEFINIERT

Patientenmonitor und Parametermodul.
Mobil und stationär.

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

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



- Autonomer Transportmonitor
- Standardisierte Carescape-Plattform
- Ultraleicht, tragbar, kompakt
- Digitale CARESCAPE PARAMETER
- Selbstdrehender 7" Touchscreen
- Bis zu 7 Stunden netzunabhängig
- An die CARESCAPE B450, B650 und B850 Monitore andockbar
- Nahtloser Datentransfer
- Überaus strapazierfähig

by anandic



ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

8245 Feuerthalen
1010 Lausanne
3173 Oberwangen

Postfach, Stadtweg 24
Av. des Boveresses 56
Mühlestrasse 20

Phone 0848 800 900
Phone 021 653 64 08
Phone 031 981 38 34

www.anandic.healthcare

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