

ANÄSTHESIE JOURNAL **ANESTHESIE JOURNALE** **4/2006**

Kaffee-Klatsch & Tratsch



Sevorane[®] ist kardioprotektiv^{1, 2}



¹ Stefan G. De Hert et al. Anesthesiology 2002; 97: 42-9. Sevoflurane but not propofol preserves myocardial function in coronary surgery patients.

² C. Garcia et al. BJA 2004 Advance Access published November 19, 2004. Preconditioning with sevoflurane decreases PECAM-1 expression and improves one-year cardiovascular outcome in coronary artery bypass graft surgery.

Fachpersonen können die Referenzen anfordern.

Gekürzte Fachinformation:

Inhalationsanästhetikum. Zusammensetzung: Sevorane[®] besteht aus reinem Sevofluran (Fluoromethyl-2,2,2-Trifluoro-1-(Trifluoromethyl)-Ethylether). **Indikation:** Einleitung und Erhaltung einer Allgemeinanästhesie. **Dosierung:** Individuell nach gewünschtem Effekt, je nach Alter und Allgemeinzustand. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber halogenierten Substanzen, genetische Anfälligkeit für maligne Hyperthermie. **Vorsichtsmassnahmen:** Die Möglichkeit von Hypotonie, myokardialer Ischämie oder maligner Hyperthermie sollte wie bei anderen Inhalationsanästhetika in Betracht gezogen werden. Vorsicht bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen und Disposition für einen erhöhten Intrakranialdruck. **Schwangerschaftskategorie B. Unerwünschte Wirkungen:** Kardiopulmonale Depression (dosisabhängig), Übelkeit, Erbrechen, vermehrter Husten, Hypotonie, Schläfrigkeit. **Interaktionen:** Benzodiazepine, Opioiden, Lachgas, Muskelrelaxantien. **Sonstige Hinweise:** Nur mit speziell kalibriertem Verdampfer anwenden. **Packungen:** Flaschen zu 250 ml (B). Vor Gebrauch konsultieren Sie bitte die ausführlichen Angaben im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Liebe Leserinnen und Leser

Haben Sie sich etwa gerade eine Tasse Kaffee gebrüht, das SIGA-Journal aus dem Briefkasten geholt und wollen sich einfach einmal etwas geistige Nahrung zuführen? Dann sind Sie mit diesem Journal in den Händen goldrichtig, denn diese Ausgabe widmet sich dem Thema «Kaffee-Klatsch & Tratsch».

Das Redaktionsteam hat sich ganz dem Klischee, dass alle Personen, die in der Anästhesie arbeiten, einen ausserordentlich hohen Kaffeekonsum haben, gebeugt und dies zum Thema dieses Journals gemacht.

Im Bericht «Braunes Gold» werden Fakten zum Thema Kaffee aufgedeckt.

Einen Erlebnisbericht zu den Kaffeepausen, Klatsch und Tratsch aus der etwas anderen Sicht liefert uns dann Céline Schäfer.

Damit auch die Teetrinker dieses Heft nicht ungelesen im Altpapier entsorgen, widmet sich Barbara Möslin, ihr Mann ist Inhaber eines Teeladens, den Fakten und Mythen rund um den Tee. Dieses Getränk steht übrigens punkto Ritual und Popularität dem Kaffee in keiner Weise hinternach!

Genau so wie viele der Kaffee durch den Tag begleitet, so begleitet die Mitglieder der Siga die Überführung der Weiterbildung in Anästhesiepflege in die neuen Ausbildungsbestimmungen. In diesem Heft haben Herr Pasch und Herr Brunner für die SGAR Stellung zu diesem Thema bezogen.

Unser Präsident Marcel Künzler lässt in seinem Rückblick das Jahr 06 noch einmal Revue passieren und wirft einen Blick nach vorn.

Den vierten und letzten Beitrag der Umfrage der Kaderkommission über die Arbeitssituation in der Schweiz finden Sie auch in diesem Heft.

Aufregung auch ohne Koffein bringen die Reanimationen im Anästhesiealltag. Die Richtlinien zur Kinderreanimation sind am Ende des Journals aufgeführt.

Nun hoffen wir, dass Ihnen dieses Journal eine angenehme Kaffee – oder Teepause bereitet und nicht bereits alles kalter Kaffee für Sie ist.

Falls Sie sich in einer der nächsten Kaffee, Klatsch- und Tratschpausen zum Thema Arbeitszeit oder Pikettdienste unterhalten, können Sie sich gerne mit dem Redaktionsteam in Verbindung setzen, denn diesem Thema wird das nächste Journal gewidmet sein.

Wir wünschen Ihnen im Namen der SIGA frohe Festtage und ein gutes neues Jahr 2007.

Nun viel Spass beim Lesen des Kaffeegesatzes, respektive des SIGA-Journals 04/06!

Das Redaktionsteam

**IMPRESSUM**

30. Jahrgang /année/anno
WEMF-Auflage: 2374 Ex./2004
Erscheint/paraît/publicazione
4x jährlich/par an/per anno

Homepage

www.siga-fsia.ch
www.anästhesiepflege.ch

Redaktion/Rédaction/Rédazione

Céline Schäfer
Universitätsspital Basel
schaeferc@uhbs.ch

Luzia Vetter

Kantonsspital Luzern
luzia.vetter@bluewin.ch

Yvonne Huber

Cardiocentro Ticino Lugano
yvonnehuber@hotmail.com

Martin Müller

Bürgerspital Solothurn
mmueller_so@spital.ktso.ch

Martin Salzmann

Kantonsspital St. Gallen
martin.salzmann@kssg.ch

Inseratenannahme/Annonces/Annunci

Peter Siegfried
Telefon 071 494 14 92
psiegfried@siga-fsia.ch

Abbonement/Abbonements/**Abbonamenti**

für SBK-Mitglieder gratis
pour membres ASI gratuit
per membri ASI gratuito
andere/autres/altri CHF 50.–
Ausland/étranger/stranieri CHF 65.–

Christian Garriz

Telefon 044 735 26 31
chgarriz@siga-fsia.ch

Druck/Impression/Stampa

Druckerei Drage GmbH,
9444 Diepoldsau

EDITORIAL	1
KAFFEE-TRATSCH & KLATSCH	3
- Die Pause kommt zu kurz Céline Schäfer	3
- Braunes Gold Yvonne Huber	4
- Camelia Sinensis Barbara Möсли	6
SIGA-PRÄSIDENT	8
- Rückblick Marcel Künzler	8
- Wahlaufruf	9
SGAR	10
- Zukunft der Anästhesiepflege HR. Brunner und Th. Pasch	10
REANIMATION	11
- Kinderreanimation Esther Diethelm	11
FORTBILDUNG	14
- Katz 07	14
- Spital Bern Tiefenau	15
BUCHBESCHREIBUNG/AGENDA	16
- Überwachung der Narkosetiefe Dominik Dietsche	16
- Agenda	17
ÜBERSETZUNG ITAL.	18
- Il congresso mondiale dal punto di vista del presidente Karsten Boden	19
SIGA UMFRAGE TEIL 4/NEUE MITGLIEDER	20
- Auswertung der Siga Umfrage Teil 4 Peter Siegfried und Henriette Wehrli	20
- Neue Mitglieder	23
INSERAT	24

DIE PAUSE KOMMT ZU KURZ

Céline Schäfer
Anästhesiefachfrau
Universitätsklinik, Basel



...und wie sagte einst ein Oberarzt zu Beginn meiner Laufbahn als Anästhesiepflegefachkraft «99% sind Angst und 1% Routine – oder war es 1% Tratsch und 99% Cafepause – oder 50% Klatsch und 50% Tratsch und keine Angst in der Cafepause!?»

Am Anfang kommt die Cafepause immer zu kurz; Tratsch und Klatsch kriegt man gar nicht mit. Wir erfahren zu Beginn unserer Ausbildung eine extrem steile Lernkurve, begleitet von vielen Eindrücken und Informationen; schnelles Handeln und funktionieren, bis einem am abends fast der Kopf platzt.

Und zugleich kristallisieren sich die Individuen, sehr schnell und deutlich von einander ab.



Die sehr modische Op-Bekleidung wird rasch entweder durch besondere Schuhe, eine spezielle OP-Haube, oder natürlich Schminke aufgepeppt. Nicht zu vergessen das

Parfum. Man lernt sich, sozusagen, am Duft erkennen. Ob man sich dann noch riechen kann, ist eine andere Sache.

Die verschiedenen Verhaltensmuster unserer Kollegen in Stresssituationen sieht allerdings nochmal anders aus. Von jetzt auf gleich ist die Notfallsi-



tuation da. Das Adrenalin schießt durch den Körper, das Herz schlägt einem bis zum Hals. Plötzlich steht eine total nette, unkomplizierte Kollegin, die es «immer» im Griff hat, vor Dir und verwandelt sich zu einem Wehrwolf!

Seelenstriptease ob man es möchte oder nicht... Und von wegen Rollenverständnis, Verhaltensmuster und «gspürsch mi fühlstsch mi», kann man unter solchen Umständen ganz vergessen.

Wäre ja auch schade, wenn es nicht so wäre – sonst gäbe es weniger Tratsch und Klatsch in der Cafepause.

Cafepause als Kompensationsnische für die untere Schublade des Miteinanderumgehens. Die vielen Kommunikationskurse erfüllen sicher ihren Zweck, doch letztendlich sind wir alle nur Menschen, die Ihren Druck, Ihre Frustration, aber auch Ihre Freude und Ihr Können nach nebenan weiter geben. Ein ständiger Austausch. Die immer wieder neu

erlebten positiven wie auch negativen Situationen, werden auf ganz natürlichem Weg, dem Menschsein – Tratsch und Klatsch, weiter geleitet.

Und was ich immer schon mal sagen wollte: im Nachhinein betrachtet – meine besten Dates entstanden während einer RSI (Rapid Sequence Induktion: Notfallintubation). Und bei Ihnen?



Ordentliche Interessengruppe
des SBK
Communauté ordinaire d'intérêts de l'ASI

Mitglied der international
Federation of Nurse Anesthetists (IFNA)
Membre de la fédération internationale des infirmiers(-ières) anesthésistes

Jeder Autor trägt selbst die Verantwortung für die von ihm verfassten Artikel.
Chaque auteur assume la responsabilité de l'article publié.

BRAUNES GOLD

Yvonne Huber
Anästhesiepflegefachfrau
Cardiocentro Ticino, Lugano



Die Hälfte der europäischen Bevölkerung genießt täglich mindestens 2 Tassen Kaffee, ein Viertel trinkt fünf Tassen pro Tag und ein weiteres Viertel braucht zehn oder mehr Tassen.

Dieser Artikel soll Sie ermutigen, Ihren täglichen Kaffeekonsum- bzw. Genuss zu überprüfen und daraus persönliche Erkenntnisse abzuleiten.

Kaffe und Pflanzenkunde

Die Kaffeebohnen werden aus Steinfrüchten verschiedener Pflanzenarten gewonnen. Die beiden bedeutendsten Arten der Kaffeepflanzen sind *Coffea arabica* und *Coffea canephora* (Robusta) mit vielen Sorten und Varietäten. Die wichtigste Substanz des Kaffees, das Koffein, findet man aber auch in den Blättern des Teestrauchs (dort früher als Thein bezeichnet, Thein ist mit Koffein chemisch identisch), ferner in Guarana, Colanuss und Mate. Kaffee setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen: Kohlenhydrate, Fettstoffe, Wasser, Eiweißstoffe, pflanzliche Säuren, Alkaloide wie Koffein, Mineral- und Aromastoffe sowie Niacin.

Der Kaffee hat aufgrund seiner belebenden Wirkung und seines aussergewöhnlichen Geschmacks schon sehr früh die Neugierde und den Forscherdrang des Menschen geweckt.

Geschichtliche Entdeckungsreise

Es wird angenommen, dass die Provinz Kaffa in Äthiopien, wo in den Wäldern immer noch wilde Kaffeebäume wachsen, das Ursprungsland des Kaffees ist. Dort wurde er bereits im 9. Jahrhundert erwähnt. Von dort gelangte der Kaffee vermutlich im 14. Jahrhundert durch Sklavenhändler nach Arabien. Geröstet und getrunken wurde er aber wahrscheinlich erst ab Mitte des 15. Jahrhunderts. Der Kaffeeanbau brachte Arabien eine Monopolstellung ein. Handelszentrum war die Hafenstadt Mocha, auch Mokka genannt, das heutige Al Mukha im Jemen.

Europa begegnete dem Kaffee zuerst als Kreislaufmittel in Apotheken. Nach Italien und noch vor Österreich und Frankreich setzte sich das Braune Gold in England durch, Es wurde dort populär gemacht, um den übermäßigen Alkoholkonsum einzudämmen.

Weltproduktion und Handel

Da die Kaffeepflanze in Sachen Klima sehr anspruchsvoll ist und ein konstantes Klima zwischen 15 und 25 Grad Celsius, ebenfalls jährliche Niederschlagsmengen von etwa 1000 bis 2000 mm benötigt, ist deren Anbau auf tropische und sub-

tropische Breiten beschränkt, welche diese Wachstumsbedingungen aufweisen.

Kaffee wird heute in über 50 Ländern weltweit angebaut. Dabei ist Brasilien der bedeutendste Kaffeeproduzent der Welt mit rund 2 Mio. Tonnen grüner Kaffeebohnen im Jahr 2005. Nach Erdöl (schwarzes Gold) ist Kaffee (braunes Gold) das zweitwichtigste Handelsprodukt weltweit. Traditionell bleibt im Anbaugebiet selbst der geringste Anteil des vom Endverbraucher gezahlten Preises und davon wiederum nur ein kleiner Teil bei den Arbeitern und Bauern hängen. Im fairen Handel (fair trade) wird versucht, diese schwierige wirtschaftliche Lage der Produzenten im gesamten Handelsprozess zu berücksichtigen.

Zubereitung und Konsum

Die Zubereitungsart von Kaffee ändert sich je nach Kultur, nationalen Gepflogenheiten oder persönlichem Geschmack. Grundsätzlich können fünf verschiedene Zubereitungsarten unterschieden werden.

- Beim Filterkaffee wird siedendes Wasser durch das in einer Filtertüte befindliche Kaffeepulver gefiltert. Dieses Verfahren wurde 1908 von Melitta Bentz erfunden.
- Unter anderem in Italien wird Espresso getrunken, bei dem Wasser unter hohem Druck durch den feingemahlene Kaffee geleitet wird (Extraktion) und dabei einen Schaum aus Kaffeeölen bleibt, die Crema.
- Bei der Zubereitung von türkischem Kaffee (Türkei, Balkanländer, Griechenland) wird der feingemahlene Kaffee mit reichlich

Zucker und Wasser in einem speziell dafür konzipierten, leicht konischen Kupferkesselchen aufgekocht, dem sog. Ibrik oder Cezve.

- Eine in Frankreich beliebte Methode des Kaffeekochens wird mittels der French Press oder Pressstempelkanne bewerkstelligt. Ähnlich wie beim türkischen Kaffee wird dabei das Kaffeepulver direkt in das heiße Wasser gegeben, und nach einer Weile mittels eines Metallsiebes abgetrennt.
- Löslicher Kaffee ist ein Getränkpulver, das in heissem Wasser aufgelöst wird und ohne weitere Zubereitungsschritte getrunken werden kann.

Positive Effekte von Kaffee

- hält wach
- aufmunternde, konzentrationsfördernde Wirkung
- steigert vorübergehend die Ausdauer und die körperliche Leistungsfähigkeit
- erringt Kopfschmerzen (Tonussteigerung der Meningealgefäße, daher Einsatz von Koffein in der Migränetherapie und in Kombinationspräparaten mit Analgetika)

Koffeingehalt verschiedener Getränke im Vergleich (ungefähre Angaben)

- 1 Tasse Kaffee 100 mg
- 1 Tasse Schwarztee 30–50 mg
- 1 Liter Coca Cola 120 mg
- 1 Redbull (250ml) 80 mg

Wird Koffein durch ein Getränk eingenommen verteilt es sich innerhalb von Minuten im ganzen Körper. Abgebaut wird der Stoff nur sehr langsam, es müssen rund fünf bis sechs Stunden verstreichen. Während dieser Zeit ist der Stoff jedoch höchst wirksam.

Negative Effekte von Kaffee

Bei täglichem Kaffeekonsum von ca. fünf Tassen besteht keine Gefahr für die Gesundheit. Erst bei übermäßigem Konsum von Kaffee und anderen koffeinhaltigen Getränken können folgende Nebenwirkungen und toxische Symptome auftreten:

- Tachykardie, roter Kopf
- Unruhe, Tremor, Nervosität, Angstzustände
- Schlaflosigkeit
- Konvulsionen
- Leichte Abhängigkeit mit entsprechend milden Entzugssymptomen

Mythos: Kaffee wirkt entwässernd
Tatsächlich hemmt Kaffee das anti-diuretische Hormon (ADH) der Hirnanhangsdrüse und signalisiert so den Nieren, vermehrt Flüssigkeit auszuscheiden. Neuere Untersuchungen belegen jedoch, dass die diuretische Wirkung nur Personen betrifft, die nicht regelmäßig koffeinhaltige Getränke genießen. Dagegen scheint bei gewohnheitsmäßigen Kaffeetrinkern die entwässernde Wirkung des Koffeins in reiner Form durch die Darreichungsform als koffeinhaltiges Getränk neutralisiert zu werden und keine negative Auswirkung auf die Flüssigkeitsbilanz zu haben.

Für alle Nichtkaffeetrinker
Nach dem Aufbrühen kann der Kaffeersatz wegen seines hohen Stickstoff-Gehaltes noch als guter Garten-Dünger verwendet werden. Viele Gärtner schwören auf Kaffeersatz als Rosendünger. Ebenso können Sie im Kaffeersatz lesen, dies dient dem Volksspiritismus zum Wahrsagen über die Zukunft und wird «Kaffeedomantie» genannt.

Ob üble Nachrede, uralte Saga oder hartnäckiger Stereotyp; sie werden uns Anästhesiefachperso-

nen auch zukünftig im Nacken sitzen. Was uns allerdings nicht an vehementen Abschüttlungsversuchen hindern sollte, denn Kaffee ist ein Genuss- und kein Grundnahrungsmittel.

In diesem Sinne:

Trinken Sie in der nächsten Kaffeepause soviel Kaffee wie nötig und so wenig wie möglich.

Literaturangaben

Stewart Lee A.:

Ein teuflisches Zeug. Auf abenteuerlicher Reise durch die Geschichte des Kaffees. Campus, Frankfurt am Main 2003

Die Biographie eines weltwirtschaftlichen Stoffes. München: Oekom Verlag, 2006

Oxfam: Kaffee und Handelsauswirkungen auf die Dritte Welt

www.wikipedia.de
www.gesundheit.com

CAMELIA SINENSIS

Barbara Mösl
Anästhesiefachfrau
Kantonsspital, St.Gallen



Die Teeseite des Lebens

In der Zeit meiner Ausbildung zur Pflegefachfrau habe ich während dem Lernen literweise Tee getrunken. Erst Jahre später kam ich wieder auf den Geschmack. Habe deshalb auch den Mann (besitzt einen Teeladen) meines Lebens kennen gelernt – oder war es doch der Espresso den ich ihm am frühen Morgen auf den Ladentisch stellte der Grund...? – dies zum Thema Kaffee, Klatsch und Teeratsch.

Geschichte

China und Japan – die Geburt des Getränks

Wer wann zum ersten Mal Tee getrunken hat, ist historisch nicht belegt. Fest steht hingegen, dass der Urschluck dieses weltberühmten heissen Getränkes in China genossen wurde. Erst viel später kam der Tee nach Japan. Nach einer Legende soll der chinesische Kaiser Chen Nunj 2737 J. v. Chr. Geburt den Tee entdeckt haben, als ein Blatt von einem wildwachsenden Teestrauch in eine Trinkschale mit heissem Wasser fiel.

England macht den Tee weltberühmt

Die Engländer und der Tee – eine unzertrennliche Verbindung, eine heisse Liebe. Das war nicht immer so. Bevor die Engländer dem Tee verfielen, waren sie leidenschaftliche Kaffeetrinker – wie die anderen Menschen in Europa. Ein halbes Jahrhundert (von 1650–1700) reichte für den Wechsel.

Abwarten und Tee trinken

Die Holländer die als erste in Europa Tee aus China und Japan importierten, brachten das neue Getränk mitte des 17. Jahrhunderts auch nach Deutschland. Dort wurde es schnell zum geselligen Modegetränk.

Teesorten

Tee ist ein Verführer der Sinne. Es beginnt mit dem Öffnen der Teedose als spannender und genüsslicher Akt für die Nase. Es gibt tausende von Teesorten und jede streichelt den Gaumen anders.

Die ursprüngliche Zubereitung von Teegetränken ist mit frischen Teeblättern. Diese sind jedoch nicht lange lagerfähig, weshalb gezielte Fermentation (=Oxidation der Blätter z.B. mit warmer Luft) und Trocknung entwickelt wurde. Dabei entstehen Geschmacksqualitäten. Heute werden traditionelle Formen unterschieden.

Weisser Tee:

So genannt, weil die Epillärhärchen an der Blattunterseite den getrockneten Teeblättern eine weiss-silberne Farbe geben. Junge Triebe wer-

den geerntet und an der Sonne getrocknet.

Grüner Tee:

Keine Fermentation. Nach der Pflückung werden die Blätter sofort mit warmem Dampf erhitzt und dann getrocknet.

Brauner Tee/Oolong:

Teil-Fermentation. Die Fermentation wird durch Erhitzen gestoppt.

Schwarztee:

Komplette Fermentation durch warme Luft.

Roter Tee/Puh-er:

Post-Fermentation durch eigene Feuchtigkeit. Er wird mehrere Jahre gelagert.

Gelber Tee:

Teuerste Tee-Spezialität. Es ist ein weisser Tee der nach der Ernte nicht sofort weiterverarbeitet wird.

Inhaltsstoffe

Die wichtigsten:

- Koffein (früher Tein genannt)
- Gerbstoffe (Tannine)
- Ätherische Öle für den feinen Duft und das Aroma
- Fluoride, Kalium, Mangan, Theophyllin, Throbromin, B- Vitamine

Zusätzlich im Grüntee

- Vitamin C + A

Wirkung

Nicht nur im Geschmack ist der Tee wandlungsfähig, er erfüllt auch ganz unterschiedliche Zwecke. Man

kann mit ihm träumen, aber auch geistige Anstrengungen konzentrierter meistern. Er ist Entspannungshilfe, Energiespender, Nationalgetränk, Heilmittel, Zeitvertrieb, Genussmittel und angenehme Sucht ohne Nebenwirkungen...

Koffein:

Beim Tee beeinflusst das Koffein im Unterschied zum Kaffee nicht Herz und Kreislauf, sondern erhöht die Durchblutung und den Stoffwechsel des Gehirns und wirkt somit direkt auf das Gehirn und das zentrale Nervensystem. Somit hat der Tee einen günstigen Einfluss auf geistiges Arbeiten.

Das Koffein im Kaffee wird bereits im Magen aufgeschlossen, während das Koffein im Tee zum grossen Teil erst vom Darmsaft aufgespalten wird. Die Gerbstoffe bewirken ebenfalls eine Verzögerung der Aufnahme des Koffeins – das bedeutet, während das Koffein des Kaffees sturzartig in die Blutbahn gelangt und den Körper aufputscht, geht der Prozess beim Tee gemächlicher vor sich.

Gerbstoffe:

- als Heilmittel bei Darmerkrankungen
- wirken beruhigend auf Magen und Darm und dämpfen die Wirkung von Koffein – langsamere Aufnahme

Kalium:

- aktiviert die Enzyme im Körper

Fluor:

- karieshemmend

Mangan:

- senkt den Blutzuckerspiegel

Theophyllin:

- steigert die Kontraktionskraft vom Herz
- wirkt Gefässerweiternd
- entwässernd

Theobromin:

- entwässernd

Vit. B:

- steigert die Vitalität

Tee und Gesundheit

Seit einigen Jahren gibt es die Vermutung, dass der Genuss von Tee förderlich für die Gesundheit ist.

- verdauungsfördernde Wirkung (grüner, brauner und weisser Tee)
- wirkt basisch (grüner Tee)
- schützt die Körperzellen vor aggressiven Sauerstoffverbindungen (freie Radikale)
- hilft Prostatacarcinome zu verhüten, hemmen das Wachstum bestimmter Carcinome, darüber wurden Studien gemacht.
- senken das Zahnkaries – Risiko erheblich
- senkt das Hypertonie-Risiko (v. a. Grüntee u. Oolong-Tee)

Ich als Teegeniesserin nutze das grosse Angebot. So gibt es eine Vielfalt von Tees, aromatisierte Tees aber auch Rooibos, Früchte – und Kräutertees, Yogi-Tee und Mate. Jeder zu seiner Zeit...

Ich wünsche Euch allen eine schöne Winterzeit.

Für Fragen und Beratung steht Ihnen gerne

Manuel Möсли >la théière<
Metzgergasse 17
9000 St. Gallen
071 223 40 60

zur Verfügung.



Das Spital Oberengadin ist für die akutmedizinische Versorgung der Region zuständig. Die Behandlung der Patienten orientiert sich an einer hohen medizinischen Qualität und einer Ethik der sozialen Verantwortung.

Mit ca. 2'500 Eingriffen in den Bereichen allg. Chirurgie, Viszeralchirurgie, Traumatologie, Gynäkologie, Orthopädie und ORL finden Sie ein abwechslungsreiches, interessantes Arbeitsfeld.

Per sofort oder nach Vereinbarung suchen wir eine/n

Dipl. Anästhesiefachfrau/-mann mit Schweizer Fähigkeitsausweis 100%

Sie finden bei uns eine anspruchsvolle Aufgabe, die Engagement, Motivation und Freude am Beruf voraussetzt.

Wenn Sie über fachliche Kompetenz verfügen, flexibel und belastbar sind und ein abwechslungsreiches Aufgabengebiet suchen, dann sind Sie bei uns an der richtigen Stelle.

Anstellungsbedingungen und Entlohnung erfolgen nach kantonaler Regelung.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktnahme!

Auskünfte erteilt Ihnen gerne:
Claudia Kukraschewski
OP_Managerin
++41 (0)81 851 81 11
kukraschewski.claudia@spital.net

Bewerbungen richten Sie bitte an:
Claudia Kukraschewski,
OP-Managerin
Spital Oberengadin
CH-7503 Samedan

www.spital-oberengadin.ch

RÜCKBLICK

Marcel Künzler
SIGA-Präsident
Leiter Anästhesiepflege
Spital Limmattal, Zürich



Geschätzte Kolleginnen und Kollegen, um wieder einen alten Spruch zu bemühen: «Was lange währt wird endlich gut».

Wir haben in der SIGA/FSIA stürmische Zeiten hinter uns und es ist mir nun eine Freude, sagen zu können, dass ruhigere Gewässer in Sicht sind. An dieser Stelle möchte ich deshalb allen von Herzen danken, welche mitgeholfen haben, das Schiff auf Kurs zu bringen.

Zuerst möchte ich einige Zeilen über den für uns historischen Weltkongress in Lausanne, den WCNA 2006 schreiben.

Das speziell gebildete NOC unter der Leitung von Karsten Boden hat den grössten Teil der Vorbereitungen getroffen. So hatte der Vorstand nur marginal mit der Organisation zu tun und konnte sich voll und ganz dem Tagesgeschäft der SIGA/FSIA widmen.

Ich durfte an allen fünf Tagen des Kongresses anwesend sein und den Austausch mit Berufskolleginnen und -kollegen aus aller Welt pflegen. In der Funktion als Präsident des Berufsverbandes des Gastgeberlandes empfang ich viel Lob für

den rundum gelungenen Kongress. Nicht zuletzt werde ich auch die Abschlussfeier noch lange in Erinnerung behalten. Der empfangene Dank gebührt aber voll und ganz dem NOC, allen Helfern und Aktiven welche am WCNA 2006 beteiligt waren. Ein Kongress in dieser Grössenordnung durchzuführen bedarf eines riesigen Einsatzes aller Beteiligten. Es freut mich und macht mich stolz, dass ein solcher Anlass in der Schweiz möglich ist. Die Ausstrahlung im In- und Ausland ist für die SIGA/FSIA wie auch für den Berufsstand der Anästhesiepflege in der Schweiz von unschätzbarem Wert.

Durch die autonome Organisation des WCNA 2006 hatten der Vorstand und die verschiedenen Gremien der SIGA/FSIA den nötigen Freiraum um einerseits bereits laufende Projekte weiter voranzutreiben, aber auch neue Projekte aufzugleisen und Reformen in der Organisation einzuleiten.

Regelmässige Nutzer unseres Forums auf www.siga-fsia.ch können sich über die aktuellen Geschehnisse auf dem Laufenden halten. Für alle die diese Plattform bis jetzt nicht genutzt haben, ist der Zeitpunkt gekommen, sich vor dem Weiterlesen auf diesem Weg zu informieren.

Nun, da ihr alle wisst, wovon ich schreibe, kann ich versuchen diese Arbeit zu würdigen.

Unzählige, grösstenteils ehrenamtliche Stunden wurden investiert.

Das Berufsprofil «diplomierte Pflegefachfrau/-mann Anästhesie NDS HF» wurde von der SIGA/FSIA Edu-

cation (ehem. Schulleiterkommission) erstellt und gilt beim Dach-OdASanté mittlerweile als Standard, an dem sich die anderen Berufsgruppen orientieren. Nun wird mit aller Kraft der Rahmenlehrplan vorangetrieben. Die Arbeit dieser Gruppe erntet bei den Beteiligten (u.a. BBT, Dach-OdASanté,...) grösstes Lob.

In dieser Ausgabe des Journals wird der vierte und letzte Teil der SIGA-Umfrage publiziert. Die einzelnen Teile geben ein Bild, welches die aktuelle Situation der Anästhesiepflegenden in der Schweiz widerspiegelt. Die SIGA/FSIA Management (ehem. Kaderkommission) hat die Herausforderung der Datenverwertung der Umfrage souverän gemeistert und lässt uns gespannt auf neue Taten warten.

Eine neue Kongressorganisation braucht das Land und so hat sich die Eventgruppe (ehem. Fortbildungskommission) aufgemacht, diese zu finden. Das Ergebnis, ein spitalunabhängiger, zentraler Kongress mit einem fixen Standort wird sich in Zukunft bewähren müssen. Die Voraussetzungen dafür wurden durch das professionelle und engagierte Auswahlverfahren des Kongressortes geschaffen. So dürfen wir uns auf den ersten zentralen nationalen Kongress im KKL Luzern am 19. April 2008 ganz besonders freuen.

Eine besonders enge Zusammenarbeit streben die Gruppen Journal (ehem. Medienkommission) und Homepage (neu) an. Während das Journal nun bereits in der 10ten Ausgabe im neuen Kleid erscheint und damit viel an Profil gewonnen hat, wird bei der Homepage hinter

den Kulissen mit voller Kraft an einem «Relaunch» der bestehenden Site gearbeitet. Sie erwartet euch in den ersten Wochen des neuen Jahres in einem vollkommen neuen Gewand und soll zum Informations- und Angelpunkt der Anästhesiepflege in der Schweiz werden.

Mir ist klar, dass ich sicherlich jemanden vergessen habe und die Würdigung den Leistungen nicht immer gerecht wird. Man möge

mir das verzeihen und ich hoffe, dass wir den Weg des Zusammenrückens innerhalb der SIGA/FSIA auch in Zukunft weitergehen können.

Ich freue mich schon auf den nächsten Kongress am 31. März 2007 im wunderschönen Davos, hoffe möglichst viele von euch da zu treffen...

...und freue mich bereits jetzt auf die Abschlussparty in der Jatzhütte.

Euch und euren Familien wünsche ich frohe Festtage und einen «guten Rutsch» ins neue Jahr.

Marcel Künzler
Präsident SIGA/FSIA

WAHLAUFRUF

Im Anschluss an die Frühjahrsfortbildung in Davos (31. März 2007) findet die Ordentliche Mitgliederversammlung der SIGA-FSIA statt. Im nächsten Jahr finden wieder ordentliche Wahlen statt.

Da gemäss unseren Statuten nur Mitglieder, die sich zur Wahl in den Vorstand angemeldet haben, für die eigentliche Wahl zur Verfügung stehen, möchte der Vorstand folgenden Aufruf erlassen:

Mitglieder der SIGA-FSIA, die im Vorstand oder in einer Kommission mitarbeiten wollen, sollen ihr Interesse beim Präsidenten oder dem Vizepräsidenten anmelden.

Die Anmeldung hat schriftlich (oder per e-mail) bis zum 15. Januar 2007 zu erfolgen!

Die Wahlvorschläge werden im Journal 1/2007 publiziert.

Wir hoffen, Euch nach der Frühjahrsfortbildung möglichst zahlreich an der Hauptversammlung begrüessen zu können (sollte für SIGA-Mitglieder eigentlich Ehrensache sein)!

ZUKUNFT DER ANÄSTHESIE- PFLEGE

Dr. med. HR. Brunner
Chefarzt Perioperative Medizin
Kantonsspital, Baden AG

Prof. Dr. med. Th. Pasch
Präsident SGAR
UniversitätsSpital, Zürich

Die Zukunft der Anästhesiepflege in der Schweiz – Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR)

Einleitung

Anästhesiologie ist eine fachärztliche Disziplin. Sie umfasst die Anästhesie im engeren Sinne inklusive Reanimation und ist wesentlich beteiligt an Rettungsmedizin, Intensivmedizin und Schmerztherapie.

Wichtigster Partner des Anästhesiearztes rund um den anästhesiologischen Alltag ist die Anästhesiepflege. Gemeinsam bilden Arzt und Pflege ein Team mit klar geregelten Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Zuständigkeiten, wie dies in den SGAR Standards und Empfehlungen 2002 beschrieben und begründet ist.

Die Anästhesie im engeren Sinne umfasst die präoperative Beurteilung, Indikationsstellung und Wahl des Anästhesieverfahrens, Durchführen der Anästhesie und postoperative Nachbetreuung einschliesslich der Schmerztherapie in dieser Phase. Ärztliche und pflegerische Aufgaben gehen eng mit technischen und organisatorischen Vorkehrungen einher. Kontrolle, Vorbe-

reiten und Warten von Material und Apparaten sind Domäne des Pflegebereichs. Die präoperative Beurteilung, Indikationsstellung und Wahl des Anästhesieverfahrens sowie Durchführung der Anästhesie inkl. invasive Tätigkeiten am Patienten sind Domäne des Anästhesiearztes. Die Anästhesiepflege unterstützt die ärztlichen Aufgaben in allen Bereichen und übernimmt vom Arzt delegierte Aufgaben und Verantwortung. Dank ihrer Spezialausbildung ist die Anästhesiepflege befähigt, eine Allgemeinanästhesie unter fachärztlicher Verantwortung und Begleitung zu führen.

Das Patientenrisiko und die Invasivität des Eingriffes spielen bei Delegationsentscheidungen eine ausschlaggebende Rolle.

Fragen zur Ausbildung

Eine theoretische und praktische Spezialausbildung in Anästhesiepflege wird aufgrund der engen Teamarbeit mit dem Anästhesiearzt, wegen der zunehmenden Komplexität der operativen Eingriffe an zunehmend risikoreicherem Krankengut und wegen der steigenden Anforderungen an die gesamte anästhesiologische Technologie mehr denn je von höchster Priorität sein. Diese Tatsache ist unbestritten und bildet die wichtigste Grundlage für die berufliche und berufspolitische Zukunft der Anästhesiepflege.

Im Rahmen der Umstrukturierungen bisheriger Pflegeberufe in die «neue Bildungssystematik» und die Einbindung der Pflegeberufe in das BBT (Abteilung Gesundheit und Soziales) hat viele Fragen, Diskussionen,

Meinungen und konkrete Vorschläge, aber auch Verunsicherung und Ängste geschaffen. Wir begrüßen, dass entschieden worden ist, die hohe Qualität einer berufsbegleitenden Weiterbildung Anästhesiepflege durch ein Nachdiplomstudium HF zu garantieren. Es wird dann anzustreben sein, dass nebst praktischer Arbeit im Anästhesiealltag anstelle der bisherigen «Anästhesiepflegesschulen» die Weiterbildungen auf der Stufe höhere Fachschule angeboten werden. Aus der Sicht der SGAR bleibt aber die fachärztliche Beratung und Mitgestaltung bei der Schaffung der Rahmenlehrpläne wesentliche Basis für die künftige Teamarbeit zwischen Anästhesiearzt und Anästhesiepflege.

Im Rahmen der neuen Bildungssystematik werden Umstrukturierungen und neue Wege in der Weiterbildung unumgänglich sein. Allerdings sei betont, dass auch in Zukunft die Anästhesiepflege (der Natur des Faches entsprechend) in erster Linie eine praktische Tätigkeit am Patienten bleiben wird, die auf einer spezifischen Weiterbildung mit klar definiertem theoretischem Wissen basiert.

KINDERREANIMATION

Esther Diethelm

Pflegfachfrau Anästhesie

PBLS-Instruktorin

Universitäts-Kinderklinik, Zürich



Vor sieben Jahren wechselte ich zur Kinderanästhesie. Meine bisherigen «Kindererfahrungen» beschränkten sich auf knapp ein Jahr Pflege-Erfahrung auf Kinderabteilungen während meiner Grundausbildung. Während meinen ersten Wochen auf der Anästhesie beschäftigten mich bei jedem einzelnen Kind folgende Fragen: Welche Masken-, Spatel-, Filter- und Güdel-Grösse passt zu diesem Kind? Wie lautet die Tubusregel, und wie schätze ich das Körpergewicht oder das Alter des Kindes richtig ein? Was ist medizinisch/physiologisch anders oder gar schwieriger beim Kind? Auch die Medikamentendosierungen waren für mich eine Herausforderung. Oder rechnen Sie schnell mal die Atropindosierung für ein 17 kg schweres Kind im Kopf aus! (17 x 0.02mg entspricht wieviel ml der 0.5mg/ml Atropin-Ampulle?) Der Gedanke an solche Hirnakrobatik lässt wohl jedermanns Puls ansteigen. Selbstverständlich gibt es für all diese Fragen Formeln und Tabellen, aber in einer Reanimationssituation bleibt für verzweifeltes Herumsuchen in den Tabellen nicht viel Zeit.

Nun – nach ein paar Monaten täg-

licher Auseinandersetzung mit den Formeln, eigenen Eselsbrücken und vielen Tipps erfahrener Arbeitskollegen/innen konnte ich blitzschnell ohne Hilfsmittel das Anästhesiematerial «auftischen». Auch hatte ich ein besseres Gespür für die kinderspezifischen Grössen und medizinischen Besonderheiten entwickelt.

Schon lange vom Thema «Reanimation» fasziniert, übernahm ich bald den internen Reanimationsunterricht fürs Pflegepersonal. Bald schon boten wir SRC (Swiss Resuscitation Council) zertifizierte PBLS (Pediatric Basic Life Support)-Kurse auch extern an. Es war wichtig, den Teilnehmer/innen mit unterschiedlichen «Kindererfahrungen» folgendes Wissen zu vermitteln:

Anatomische und physiologische Besonderheiten bei Kindern, welche für die Reanimation relevant sind

Kinderspezifische Merkmale (* im Verhältnis zum Körpergewicht):

- Grosser Hinterkopf des NG (Neugeborenes)/Sgl (Säugling)
- Minimale Anschwellung der kleinen Atemwege (NG-Trachea-Durchmesser 4mm) erhöht die Atemarbeit um das Mehrfache
- Verhältnismässig grosse Zunge und kleine Nasengänge; elastischer, instabiler Thorax
- Engste Stelle der Trachea liegt subglottisch und kann nicht eingesehen werden
- Sauerstoffverbrauch* ist doppelt so hoch wie derjenige des Erwachsenen
- Die FRC* (Funktionelle Residualkapazität) ist absolut um ein

Vielfaches geringer als diejenige des Erwachsenen

- Die CC* (Closing Capacity) ist grösser als das FRC, was Atelektasen begünstigt
- Das kindliche Herz steuert sein HZV (Herzzeitvolumen) hauptsächlich mittels Herzfrequenz (Hf). Ein Abfall der Hf senkt linear dazu das Herzzeitvolumen
- Hypoxie führt zu Bradykardie
- Höherer Gesamt-Wasserbestand*

PBLS-Algorithmus

Die neuen Reanimationsrichtlinien 2005 der ERC betreffen auch den Kinder-Algorithmus. Herzmassage-druckpunkte, Massagetechniken und Reanimations-Verhältnisse sowie das Fremdkörper-Aspirationsmanöver sind nicht nur verbessert sondern auch vereinfacht worden.

Natürlich kann jeder/jede einen PBLS-Algorithmus lesen und umsetzen, doch was bedeuten die einzelnen Schritte/Massnahmen unter Einbezug der anatomischen und physiologischen Merkmale? (Abb. 1)

Alarmierungskette:

Die häufigste Ursache für einen Atem-Kreislaufstillstand beim Kind ist ein Sauerstoffmangel aufgrund einer respiratorischen Insuffizienz. Vermutet der professionelle Einzelhelfer eine Asphyxie (zB. Ertrinken), einen unbeobachteten Kollaps, so muss er zuerst 5 Zyklen CPR (30:2) verabreichen, bevor er alarmieren geht.

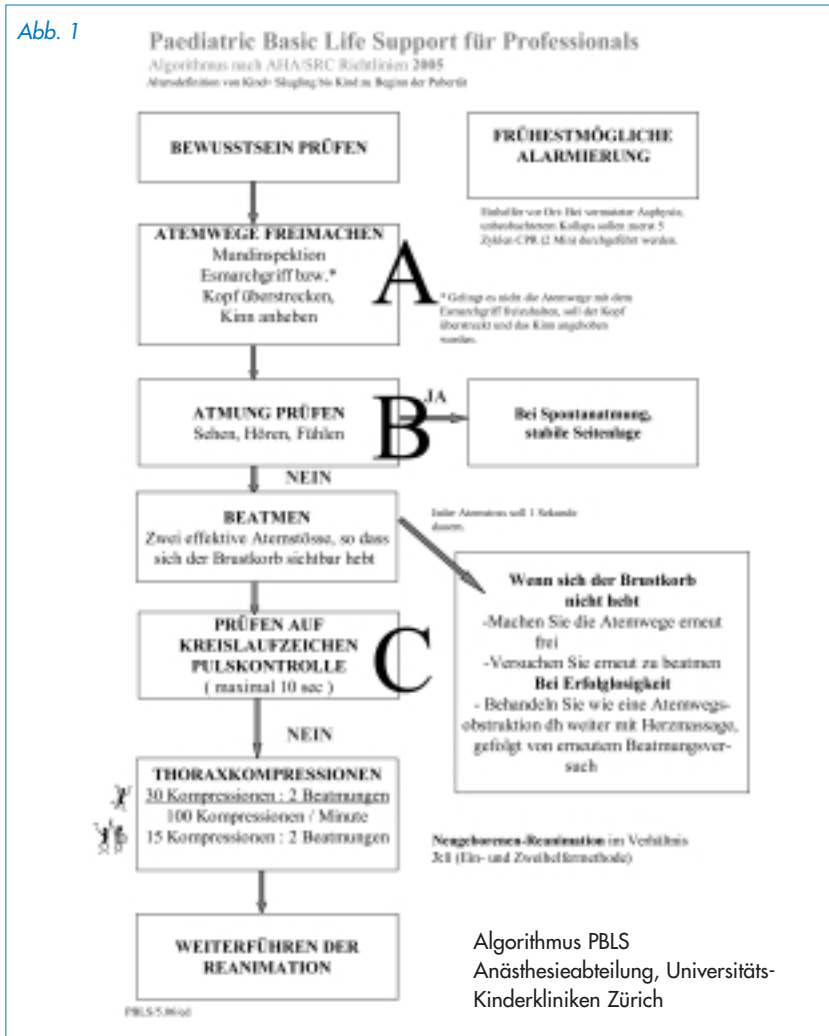
Sind zwei Retter vor Ort, geht der eine alarmieren, während der andere mit der Reanimation beginnt. Handelt es sich um einen Jugendlichen (ab Pubertät) oder wird eine kardiale Ursache vermutet, so alar-

erschweren kann und deshalb gelöst werden muss.

B Breathing: Atmung prüfen

- In derselben Altersgruppe (großer Hinterkopf) führt ein Überstrecken des Kopfes zur Obstruktion der oberen Atemwege im Bereich des Rachens und zur Kompression von Trachea mit Ösophagus, was die Beatmung verunmöglichen kann.
- Luft im Magen kann nicht nur zur Aspiration führen, bei NG/Sgl führt eine luftgefüllte Magenblase zuerst zu Atelektasen und kann im Verlauf sogar die Beatmung unmöglich machen? Magen absaugen.
- Position der Finger beachten und nicht in Weichteile drücken.

Abb. 1



C Circulation: Kreislaufkontrolle

- Pulssuche beim NG/Sgl immer an der Arterie brachialis (Art. femoralis auch möglich), da der typisch kurze, dicke Hals eine Pulssuche der Art. carotis erschwert. Ab 1. Lebensjahr Art. carotis palpieren.
- Ein NG/Sgl mit einem Puls unter 60/Min braucht eine Herzdruckmassage!

miert der Einzelhelfer zuerst und reanimiert nachher (wie beim Erwachsenen).

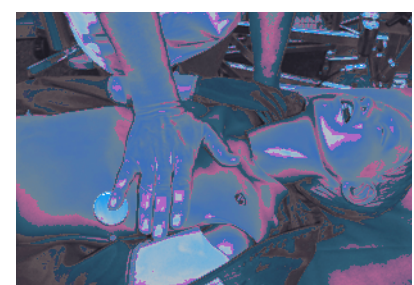
A Airways: Atemwege freimachen

- Esmarch-Griff
- Beim NG/Sgl. Mund aktiv öffnen (enge Nasengänge).
- Die Mundinspektion beim Sgl./NG kann auch bedeuten, dass eine am Gaumen klebende (grosse) Zunge die (Be-)Atmung

- Atmung prüfen durch Fühlen (warme Ausatemluft an Handgelenksinnenseite), Hören, Sehen.

Beatmung (2 Initiale Beatmungsstöße)

- Thorax soll sich sichtbar heben.
- 1-Sekunden-Beatmungsstoss (dh. Insufflation über eine Sekunde)
- Aktive Mundöffnung für die Beatmung beim NG/Sgl (enge Nasengänge).



- Die Herzdruckmassage erfolgt, unabhängig vom Alter, immer auf dem Sternum und in Richtung Wirbelsäule.
- Bis zur Pubertät beträgt die Drucktiefe 1/3 bis 1/2 der Thoraxhöhe.
- Gleichlange Kompression und Entlastung (1:1) für optimale Versorgung der Koronarien.
- «push hard and fast»
- Gleicher Druckpunkt für Neugeborenes und Säugling: direkt unter Intermamillarlinie
- Mit 2–3 Fingern oder mit übereinander gelegten Daumen bei der thoraxumfassenden Methode (Zweihelfermethode)
- NG: 3:1 (Ein- und Zweihelfer); 120 Kompressionen/Min.
- Säugling: 30:2 (Einhelfer); 15:2 (Zweihelfer); 100 Kompressionen/Min.
- Kind ab 1. Lebensjahr bis zur Pubertät: mit einem Handballen des gestreckten Armes auf Höhe der Intermamillarlinie
- 30:2 (Einhelfer); 15:2 (Zweihelfer); 100 Kompressionen/Min.

Ab der Pubertät gilt der Jugendliche in der Reanimation als Erwachsener. Alarmierung, Technik sowie Ventilations/Kompressionsverhältnis entsprechen demjenigen des Erwachsenen.

Verlegte Atemwege kommen im Klinikbereich nach Narkosen, während Sedationen für Untersuchungen, bei reduziertem Allgemeinzustand vor. Prophylaktisch empfiehlt sich, wenn immer möglich, die Seitenlage. Entwickelt ein Kind bei schlechter Sauerstoffsättigung zusätzlich eine Bradykardie, so ist nicht Atropininjektion die erste Massnahme, sondern das Freimachen der Atemwege, die Überprüfung der Atmung und Sauerstoffgabe und eventuell eine assistierte oder kontrollierte Beatmung.

Fremdkörperaspiration

Das Fremdkörperaspirationsmanöver beim Säugling sowie das Heimlichmanöver beim Kind ab erstem Lebensjahr (inklusive Erwachsener) bei Bewusstsein bleiben gleich. Wird der Patient dabei aber bewusstlos und lässt sich nicht beatmen, so wird direkt mit der Herzmassage begonnen.

Venöser Zugang

Kind in Notfallsituation: Intraossärnadel nach 3 Punktionsversuchen
Kind mit Cardiac Arrest: primär Intraossärnadel

Intubation

Aufgrund der kleinen FRC, des grossen Sauerstoffverbrauchs und damit geringeren Sauerstoffreserve soll der Maskenbeatmung solange Vorrang gegeben werden, bis die Intubation durch eine geübte Fachperson erfolgen kann. Die relativ grosse, schlaffe und u-förmige Epiglottis bei den Kleinsten soll, wenn nötig, für eine bessere Sicht mit dem geraden Spatel aufgeladen werden.

Gecuffte Tuben dürfen bei der Reanimation gemäss ERC ab dem Säuglingsalter eingesetzt werden. Es empfiehlt sich der Einsatz von Hi-Volume-Low-Pressure Cuffs mit klarer Tubus-grössenempfehlung. Der Cuffdruck muss kontrolliert werden und darf 20cmH₂O nicht übersteigen. Jegliche Tuben (ungecuffte und gecuffte Tuben unblockt) müssen spätestens bei einem Beatmungsdruck von 20cmH₂O eine Luftleckage aufweisen. Es empfiehlt sich die Tubuslage mittels Kapnographie zu verifizieren.

Defibrillation

AED (Automated external Defibrillator) mit entsprechenden Kinder Elektroden bereits ab dem 1. Lebensjahr anfordern.
Kinderpaddles: Ganze Kontaktfläche muss am Thorax anliegen (pas-

sen meist bis zu einem Gewicht von 10kg). Nach jeder Defibrillation werden 5 Zyklen CPR (2 Min) durchgeführt mit anschliessender Rhythmuskontrolle.

Mono- und biphasischer Defi:

1. Dosis: 2J/kgKG, weitere Dosen: 4J/kgKG

Beherzt reagieren und agieren!!

Eine altersbedingt eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit sowie die zu Beginn einer Kreislaufverschlechterung kaschierende Kompensationsfähigkeit erschweren manchmal die Früherfassung einer pädiatrischen Notsituation. Theoretische Kenntnisse der besonderen Anatomie, Physio- und Pathophysiologie sowie deren praktische Umsetzung sind Voraussetzung für eine kompetente Behandlung von Kindern. Hat man am eigenen Arbeitsplatz keine Möglichkeit von und mit Kinderanästhesisten und Pädiatern zu lernen und zu arbeiten, so bleibt einem immer noch die repetitive Teilnahme an PBL- und PALS-Kursen (Pediatric Basic/Advanced Life Support). Wie bei jedem Spezialgebiet kommt man nicht ums tägliche Üben und Wiederauffrischen herum. Zu Beginn viel «Blut geschwitzt», werde ich zwar immer noch täglich (heraus)gefordert, aber ich könnte mir nichts Spannenderes und Befriedigenderes vorstellen als die Kinderanästhesie mit allem drum und dran.

Literaturnachweis

ACLS-AHA Guidelines 2005–2006

Update ACLS-Richtlinien 2005–Was empfiehlt der SRC?

Update Basic Life Support und Automated External Defibrillation-Richtlinien (BLS/AED)

2005– Was empfiehlt der SRC?

KATZ'07

Universität Zürich Irchel – 31.3.2007

Kinderanästhesie
Aus der Praxis
...für die Praxis

Programm KATZ'07

09:00	Check-in, Kaffee, Industrieausstellung
10:00	Begrüssung M. Weiss, A. Schmitz, Zürich
10:15–11:35	«Laryngospasmus» T. Erb, Basel; S. Saudan, Genf; B. Hartmann, Aarau; G. Henze, Zürich
11:35–13:15	Lunch; Industrieausstellung, Workshop «Intraossäre Infusion» G. Lamesic, M. Weiss, Zürich
13:15–15:05	«Kein Venenzugang» M. Oberhauser, St. Gallen; A. Gerber, Zürich; M. Niederer, Winterthur; R. Paganoni, Olten
15:30–16:20	«Ileusintubation» M. Jöhr, Luzern; G. Keller, Solothurn; M. Weiss, Zürich; F. Stucki, Bern
16:20–16:30	Zusammenfassung/Ausblick/Schlusswort M. Weiss, A. Schmitz, Zürich

Informationen/Anmeldung unter www.kindernarkose.ch

SPITAL BERN TIEFENAU

Fortbildung für Anästhesiepflege-Fachpersonen im Kanton Bern

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Seit Mai 2004 bieten wir im Spital Bern Tiefenau einmal monatlich eine Fortbildung für Anästhesieschwestern und Pfleger an.

Da es in unserem Spital, wie in vielen anderen kleinen und mittleren Einrichtungen, keine ausreichende Fortbildung für unseren Spezialbereich gab, entschlossen Christine Riggenbach und ich uns, eine eigene Fortbildungsreihe auf die Füsse zu stellen.

Nach kurzer Zeit hatten wir die organisatorischen Hürden genommen und für 2004 ein ansprechendes Programm aufgestellt.

Nun führen wir diese Fortbildungen schon seit mehr als zwei Jahren durch und können uns über eine interessierte Zuhörerzahl freuen.

Immer wieder bestätigen uns Teilnehmer der Fortbildungen, sowohl aus unserem Spital aber auch aus vielen anderen Häusern, dass sie dieses Angebot sehr schätzen.

Nun haben wir das Programm für 2007 aufgestellt. Dabei gehen wir wieder auf die Wünsche unserer Teilnehmer ein.

- 15. Januar Adipositas-Chirurgie - aus chirurgischer und anästhesiologischer Sicht
- 19. Februar Anästhesie beim alten Menschen
- 19. März Anästhesie in der Geburtshilfe
- 23. April Endokrinologische Probleme in der Anästhesie
- 21. Mai Neuigkeiten betreffend Schmerztherapie
- 03. September Transport von Intensivpflegepatienten
- 22. Oktober Laborwerte Säure-Basen-Haushalt
- 19. November noch offen
- 10. Dezember noch offen

Die Fortbildungen finden immer von 18.00–20.00 Uhr statt und kosten 25 Fr.

Wir würden uns freuen, wenn wir auch Euch einmal bei einer unserer Veranstaltungen begrüßen könnten.

Evelin Gorski und Christine Riggenbach
Pflegefachfrauen für Anästhesie
ano2.tiefenau@spitalbern.ch

ÜBERWACHUNG DER NARKOSETIEFE

Dominik Dietschi
Pflegefachmann Anästhesie
Kantonsspital Luzern
dominik.dietschi@edulu.ch



W. Wilhelm/J. Bruhn/S. Kreuer

Grundlagen und klinische Praxis

340 Seiten

Deutsch

Erschienen: 06.2006

Deutscher Ärzte-Verlag,

ISBN: 3-7691-1220-2

SFr. 64.–

2. überarbeitete und erweiterte Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser, wann ist die Anästhesie tief genug; mit einem «Kolmogorov Sinai Entropie Wert» um 20 oder mit einem «SNAP Index» unter 45? Können akustisch evozierte Potenziale auch bei einem schwerhörigen Patienten zur Objektivierung der Anästhesietiefe verwendet werden? Wie interpretiere ich den BIS Wert unter Ketamin Anästhesie? Wie tauglich ist die klinische Überwachung der Narkosetiefe? Lohnt sich der Einsatz dieser Monitorsysteme aus finanzieller Sicht für das Spital?

Die Autoren des vorliegenden Buches beantworten viele komplexe Fragen zum Thema Überwachung der

Anästhesietiefe. Zu Beginn werden die medizinischen und technischen Grundlagen zur Entstehung und Registrierung des EEG erläutert. Das EEG bildet die Grundlage aller heute verwendeten Verfahren zur Objektivierung der Narkosetiefe. Interessierte erhalten in einem weiteren Kapitel eine klar gegliederte und verständliche Übersicht über die wichtigsten pathologischen EEG Veränderungen wie Epilepsie, hypoxischer Hirnschädigung u.a.

Wer die einleitenden Seiten zum EEG gelesen hat, versteht, wie empfindlich Geräte zur Überwachung der Narkosetiefe sind und warum häufig Messstörungen auftreten. Als Anwender werden wir wiederholt auf praxistaugliche Massnahmen hingewiesen, um Störungen und Fehlmessungen zu vermeiden, bsp. «Reduktion Elektroden/Haut Widerstand, hygienische Überlegungen zur mehrmaligen Verwendung der Klebeelektroden, ...»

Im nächsten Kapitel finden sich Ausführungen zur Verarbeitung und automatisierten Interpretation des Roh EEG (Medianfrequenz, spektrale Eckfrequenz, Fast Fourier Transformation u.a.). Alle Anästhetika beeinflussen bekanntlich das EEG Signal. Nach dem Studium der vorherigen Seiten sollten sie in der Lage sein, die Anästhetika typischen EEG Veränderungen auf Ihrem Monitor zu erkennen.

Die Technik hat Grenzen und birgt Risiken wie Fehlmessung oder Fehlinterpretation der Messwerte. Die klinische Beurteilung der Bewusstseinsausschaltung durch Anästhetika darf gerade auch deshalb nicht

ausser Acht gelassen werden. Das Kapitel «Klinik» weist eindrücklich auf Grenzen der klinischen Beurteilung hin, z.B. fehlender Anstieg von Herzfrequenz oder Blutdruck bei entsprechenden Begleitmedikamenten, bei Herzinsuffizienz u.ä.

Ab Kapitel 9 werden die bekannten Monitor Systeme wie BIS Monitor, Narcotrend Monitor, Datex-Ohmeda Entropie Monitor, AEP Monitor, Patient State Index/SNAP sowie Cerebral State Monitor vorgestellt. Die Ausführungen umfassen neben Aussagekraft, technischer Details auch Nutzen (Einsparpotenzial, Awareness Risiko senken, hämodynamische Stabilität) und Grenzen der einzelnen Geräte und Messverfahren.

Wer an seiner Klinik Anästhesien bei neurochirurgischen Eingriffen durchführt, schlägt Kapitel 21 auf «intraoperatives Monitoring bei neurochirurgischen Operationen»

Nervus Recurrens: Wer Fragen und Unsicherheiten zum Neuromonitoring bei Schilddrüsenchirurgie hat findet die entsprechenden Antworten in Kapitel 22. Im Weiteren finden sich Ausführungen zum Neuromonitoring bei Aorten- und Karotischirurgie.

Der Abschluss dieses über 300 Seiten umfassenden Fachbuchs bildet ein Kapitel zum Thema Pharmakokinetik und Pharmakodynamik. Das Verständnis von Pharmakokinetik und Dynamik bilden die Grundlage der Anästhetika Applikation sowie der computergestützten Applikation der Pharmaka, bsp. TCI. Hier erwartet den Leser/die Leserin be-

stimmt das eine oder andere aha Erlebnis!

Zusammenfassung:

Eine balancierte Anästhesie mit volatilen Anästhetika (und endtidaler Gasmessung), Opiaten, ohne vollständige motorische Paralyse durch Muskelrelaxanzien und einem aufmerksamen Anästhesisten kann in den meisten Fällen problemlos ohne Verwendung eines Anästhesietiefe Monitors durchgeführt werden. Werden vegetative Zeichen wie Pulsanstieg u.ä. oder Abwehrbewegungen des Patienten nicht wahrgenommen, falsch interpretiert oder fehlen (Anästhetika, Betablockade, Muskelrelaxanzien,...) empfiehlt sich ein Verfahren zur objektiven Beurteilung der Anästhesietiefe. Die

Geräte ersetzen jedoch den aufmerksamen Anästhesisten am Kopf des Patienten nicht!

Wer sich vertieft mit den Themen EEG in der Anästhesie, Anästhesietiefe, Neuromonitoring, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik auseinandersetzen will/muss, dem kann ich dieses Buch wärmstens empfehlen. Die Kapitel lassen sich je nach Interesse einzeln lesen. Die Ausführungen sind jederzeit übersichtlich und verständlich geschrieben und der Praxisbezug zieht sich durch das gesamte Werk.



AGENDA

Datum date	Thema/Veranstaltung thème/événement	Ort lieu
09.01.07	11. St. Galler IPS-Symposium 2007 eva.rajah@kssg.ch	St. Gallen
21.02.07	Berner Anästhesie-Symposium elisabeth.scheidegger@insel.ch	Bern
17.03.07	7. Berlin-Brandenburger Anästhesie-Pflegetag / DGF www.brietzke-berlin.de	Berlin
31.03.07	SIGA Frühjahrskongress, www.siga-fsia.ch	Davos
31.03.07	Kinderanästhesie aus der Praxis für die Praxis, Universität Zürich Irchel, www.kindernarkose.ch	Zürich
14.4.07	Schweizer Notfallsymposium Rettung in Extremsituationen. www.notfallsymposium.ch	Bern
05. bis 08.05.	Deutscher Anästhesiecongress DAC 2007 <MCN> (0911) 393 16-21 mit Pflegesymposium	Hamburg
09. bis 11.05	Pflegekongress 2007, www.sbk-asi.ch	Montreal
24. bis 28.06.	5. Weltkongress für pädiatrische Intensivpflege www.pcc2007.com	Genf
13. bis 15.09.	9. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium (HAI) www.mcn-nuernberg.de	Berlin
05. bis 08.10.	37. Bayerische Anästhesietage, bat@mcnag.de	München

IL CONGRESSO MONDIALE DAL PUNTO DI VISTA DEL PRESIDENTE

Karsten Boden

Presidente WCNA 06

Infermiere caporeparto Dipartimento d'Anestesia.

Ospedale Universitario Basilea

Se ricordo bene, Vreni Weber (comitato SIGA-FSIA 1997), allora delegata nazionale, c'informò che tra il 1999 e il 2000 si sarebbe cercato il luogo per l'ottavo congresso mondiale. In quel periodo non era ancora chiaro se il congresso si sarebbe svolto nel 2004, 2005 o 2006. Fino a quel momento il congresso si svolgeva ogni tre anni. Dopo il congresso a Vienna (1997) si è deciso che il congresso avrebbe avuto luogo ogni quattro anni e l'ottavo congresso mondiale si sarebbe svolto nel 2006.

Seguendo un ordine cronologico. Secondo l'informazione di Vreni, il comitato della SIGA-FSIA decise di verificare più in dettaglio. Martin Lysser e io andammo nel 1997 o 1998 a Rapperswil a una riunione dell'IFNA e, visto che eravamo la nazione ospitante, organizzammo la cena.

A questo meeting conducemmo le prime discussioni informali con Ron Caulk, allora Direttore Esecutivo, Pascal Rod, Presidente dell'IFNA come pure con alcuni rappresentanti del comitato organizzativo del congresso. Queste discussioni ebbero esito così positivo che il comitato decise di concorrere per l'ottavo congresso mondiale. Ricevetti il compito di organizzare il congresso e fui nominato presidente. Andai quindi alla ricerca di un luogo adeguato per il congresso secondo i requisiti dell'IFNA (circa 2000 persone, tre programmi paralleli e cerimonia d'apertura con

circa 1500 persone). Visto che personalmente non parlo francese, decisi di svolgere il congresso nella Svizzera Tedesca per cui concentrai le ricerche nella zona di Zurigo. Purtroppo in quel periodo c'era in ballo la discussione sui Casinò e Zurigo era intenta a trasformare una delle tre più grosse sale del Centro dei Congressi in Casinò per questo Zurigo sarebbe stata troppo piccola, di conseguenza decidemmo di svolgere il Congresso a Losanna.

Un comitato dell'IFNA ci fece visita nel marzo 1999 e valutò la nostra candidatura. Con noi concorsero anche l'associazione del lavoro spagnola (Barcellona) e quell'olandese (Den Haag). Circa in maggio ricevemmo il consenso. A partire da quel momento ero quindi il presidente del congresso e facevo parte pure del comitato internazionale di pianificazione del congresso. Le prime esperienze ho potuto acquisirle dall'organizzazione dei congressi a Chicago e Helsinki. Il comitato SIGA-FSIA di allora decise che, oltre ad una commissione di formazione, dovetti instaurare un comitato organizzativo indipendente. In questo modo si poteva assicurare che l'organizzazione di congressi internazionali non comprometteva l'organizzazione dei congressi nazionali, molto importanti per la SIGA-FSIA.

Dal 2000 instaurammo un gruppo di persone che iniziò questo progetto di lunga durata. Hubert Wiskerke si era messo a disposizione per occuparsi dei finanziamenti del congresso. Poco dopo si aggiunsero Alfons Scherrer e Peter Boelhouwers che presero in mano principalmente l'organizzazione

del Programma. Parallelamente Silvio Streiff, che in precedenza aveva già organizzato alcuni congressi a Thun per la SIGA-FSIA, si occupò dell'organizzazione dell'esposizione. Anne Durrer, quale rappresentante della Svizzera francese, si mise a disposizione per l'organizzazione del programma socio-culturale (Serate e Meeting), ma decise presto di lasciare il comitato organizzativo. In seguito si aggiunse Simone Rapin, un'infermiera anestesista in pensione di Blonay. Malgrado diverse ricerche non siamo stati in grado di arruolare altri infermieri anestesisti provenienti dalla regione romana. Questo fu una ragione per i problemi riscontrati nella preparazione della documentazione in lingua francese. Alfons e Peter misero presto in piedi un piccolo team che elaborò i temi delle presentazioni. Nel 2001 e 2002 ci occupammo principalmente all'allestimento del materiale di promozione e di un primo annuncio del Congresso a Helsinki. Per questo ci occorreva sicuramente un'idea di base del programma, delle informazioni sulla Svizzera e chiaramente un Logo. Al banchetto gala a Helsinki presentammo le nostre idee per il congresso con l'aiuto di un video e vestiti con abiti tradizionali svizzeri e campanacci. La dogana finlandese non volle inizialmente lasciarci passare con campanacci, voleva 3000 Fr. come deposito per l'entrata di antiquariato. Solo dopo aver chiesto l'intervento di una ditta di trasporti locale potemmo finalmente portare i campanacci fino al Centro dei Congressi senza dover pagare il deposito. A proposito, ci sarebbero altre storie da

raccontare riguardo a quello che è accaduto durante la nostra preparazione.

Dopo la nostra presentazione a Helsinki ci siamo rilassati leggermente. Dall'inizio 2003 il tutto riprese veramente. I miei compiti quale presidente erano di dirigere il comitato nazionale di pianificazione del congresso, coordinare i compiti, fungere da persona di collegamento verso l'esterno (IFNA, SIGA-FSIA), acquisire gli sponsor (tranne quelli locali e romandi, compito di cui si occupò Simone Rapin) aiutare nell'acquisizione degli espositori come pure nella promozione del congresso.

Questi compiti erano spesso legati a viaggi. Tutti noi partecipammo ai congressi organizzati dagli stati membri dell'IFNA per pubblicizzare il nostro congresso (Snezana racconta di un viaggio nel suo articolo). Silvio e io visitammo la Medica a Düsseldorf, dove instaurammo contatti con ditte. C'erano inoltre gli incontri biennuali con il comitato di pianificazione del congresso a Parigi, Losanna, in Olanda e Slovenia.

L'ultimo anno prima del congresso fu pieno di compiti e problemi ma anche molto interessante per i contatti con diverse persone provenienti dai diversi campi. Un esempio: le ditte hanno pregato Silvio e me nel 2000 a Chicago e 2002 a Helsinki di contattarli il più presto possibile per l'organizzazione di un così grosso congresso. Quando abbiamo iniziato a concretizzare i contatti con le diverse ditte nell'autunno 2003, la maggior parte ci rimandava al 2004 ed in seguito nel 2004 ci diceva di farci risentire nel 2005. In fin dei conti solo nel gennaio 2006 abbiamo definitivamente concretizzato i contatti con le ditte e solo nel marzo 2006 firmato i diversi contratti. Il giovedì prima del congresso ricevevamo ancora le ultime richieste per spazi

espositivi ciò che disturbò alquanto i nostri piani. Avevamo pianificato che nell'inverno 2005 avremmo organizzato l'esposizione all'80-90% in modo tale da poter concentrarci su altro. Purtroppo veramente molte cose si sono poi concentrate negli ultimi due mesi prima del congresso.

Ero molto contento delle persone che hanno organizzato il congresso con me, di quelle che si sono aggiunte in seguito. Dalle persone che si conoscevano nell'ambito della SIGA-FSIA, si è creato un gruppo magnifico. Le persone si sostenevano a vicenda.

Al congresso stesso è funzionato quasi tutto molto bene e per fortuna solo poco non ha funzionato. Alfons e Peter si sono occupati del programma e dei referenti, Monika Wicki dei compiti continui nell'organizzazione quotidiana, Hubert e Simone erano ovunque dove c'erano problemi o mancava qualcuno, Silvio si occupava delle ditte. Io ho potuto occuparmi della cerimonia d'apertura e chiusura, del banchetto di chiusura, dei pasti per gli espositori, i referenti, dei delegati nazionali dell'IFNA e altro. In questo modo le mie giornate e quelle degli altri membri del comitato organizzativo nazionale iniziavano alle 6:00 del mattino e finivano all'1:00 di notte.

Quello che mi ha fatto venire un pò di capelli grigi, è stata la storia con la bandiera Nigeriana. Per la cerimonia d'apertura abbiamo comandato le bandiere d'ogni nazione per l'entrata dei rispettivi delegati dell'IFNA. Malgrado avessimo inviato ai responsabili una lista delle nazioni presenti con un disegno delle rispettive bandiere e che mi fossi ancora preoccupato in seguito che tutto fosse in ordine, i responsabili mi dissero che tutte le bandiere erano pronte e tutto era a posto, sabato alle 11:0 durante una prova d'entrata il delegato

della Nigeria mi ha comunicato che la bandiera nigeriana mancava. I responsabili del centro congressi mi hanno promesso di risolvere il problema nelle successive due ore. Sarebbe stato impossibile ottenere una bandiera in così poco tempo per questo, grazie anche al fatto che la bandiera nigeriana è semplice (verde, bianco, verde), i responsabili ne hanno fatta fare una nuova in sartoria e fatta recapitare al Centro Congressi con un taxi. Cinque minuti prima dell'inizio della cerimonia abbiamo quindi potuto consegnare la bandiera alla delegata nigeriana.

In 9 anni sono successe tante cose di cui ho un bel ricordo e ancora oggi posso ridere. A questo punto ringrazio tanto le persone della SIGA-FSIA e principalmente i miei collaboratori che direttamente o indirettamente con il presentarsi al congresso o con i loro consigli mi hanno aiutato.

Un grazie al nostro presidente Marcel Künzler che ha presentato la SIGA-FSIA a livello internazionale con molta competenza e charme. Questo mi ha permesso, quale delegato nazionale per la SIGA-FSIA di prendere un po' più di spazio e lavorare più per l'organizzazione del congresso.

Quello che ritengo da quest'esperienza e che vedo come guadagno personale sono i diversi rapporti che ho potuto instaurare con le diverse persone nell'arco di questo periodo. Questo con persone principalmente dalla Svizzera ma anche da resto Europa, Africa e America.

Lo rifarei? Infondo sì, ma non nei prossimi due anni e solo se posso lavorare nuovamente con ottimi collaboratori.

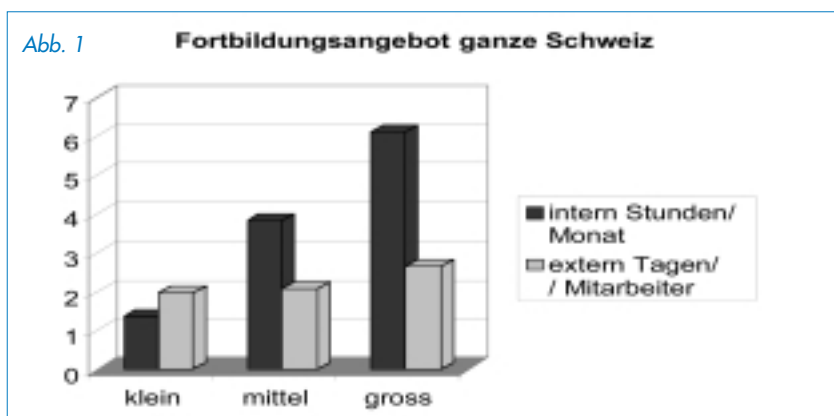
AUSWERTUNG DER SIGA UMFRAGE TEIL 4

Peter Siegfried
Henriette Wehrli
 Kommission Management

Der 4. Teil der Datenerfassung gibt Auskunft über das interne und externe Fortbildungsangebot der verschiedenen Spitäler in der Schweiz mit beeinflussenden Faktoren wie beispielsweise die Grösse eines Spitals. Dieser Teil zeigt ausserdem auf, ob die Pflegenden die ihnen zur Verfügung gestellte Zeit für Fortbildungen als ausreichend beurteilen und wie viele Weiterbildungstage pro Jahr von ihnen genutzt werden. In einem weiteren Schritt widmet sich der 4. Teil den Rückmeldungen von Patienten an die Pflegenden. Die mögliche Entscheidungsbefugnis am Arbeitsplatz, Mitsprachemöglichkeit und Zufriedenheit mit der Tätigkeit und dem Arbeitgeber der Pflegenden wird im Weiteren aufgezeigt. Die letzten Fragen thematisieren die Regelung der Präsenzdienste am Wochenende und in der Nacht.

Fortbildung

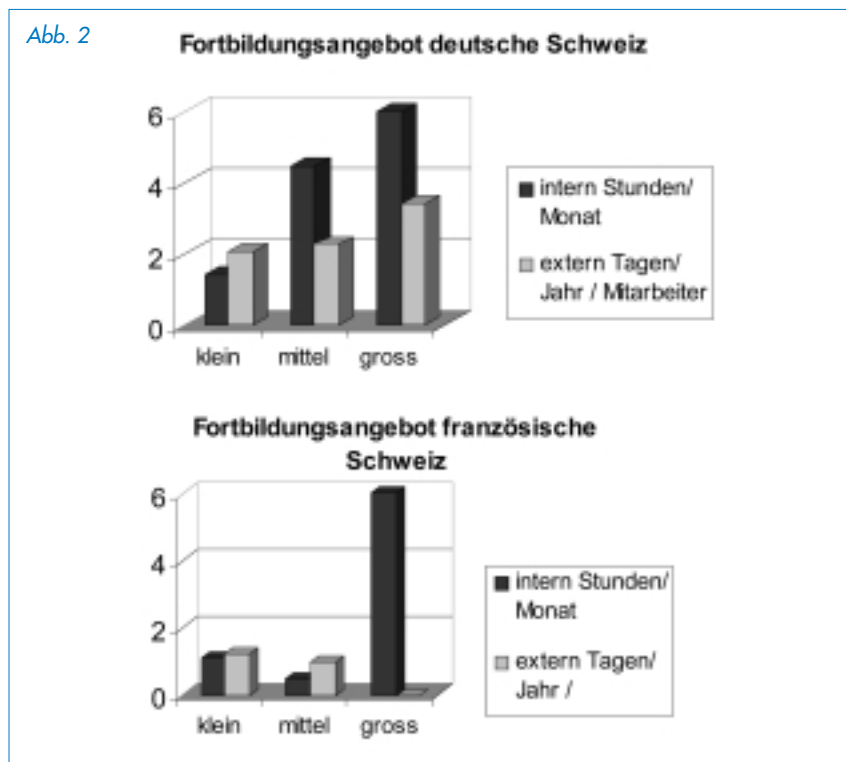
Wie ist das Fortbildungsangebot für die Mitarbeiter? (Abb. 1)



Es bestehen grosse Unterschiede in den internen Fortbildungsmöglichkeiten der verschiedenen Spitäler. Das Angebot liegt zwischen 1 bis

10 Stunden pro Monat. So ist die Anzahl der internen Stunden der kleinen Spitäler durchschnittlich bei 1 Stunde, in den mittleren Spitäler bei

Abb. 2



10 Stunden pro Monat. Die Zahlen zeigen, dass die Menge der Fortbildungsstunden abhängig von der Grösse des Spitals sind. Offenbar gilt, je kleiner das Spital, umso geringer das Angebot der in-

ternen Fortbildungen. So ist die Anzahl der internen Stunden der kleinen Spitäler durchschnittlich bei 1 Stunde, in den mittleren Spitäler bei 3.5 Stunden und in den grossen Spitäler bei 6 Stunden. Kleiner sind die Unterschiede bei der Möglichkeit externe Weiterbildungen zu besuchen. Das Angebot liegt in den kleinen Spitälern bei 1.9 Tagen in den grossen bei 2.3 Tagen. (Abb 2)

Unterschiede bestehen zudem auch zwischen der deutschen und der französischen Schweiz. In der französischen Schweiz ist das Angebot der internen Fortbildungsmöglichkeiten nicht zwingend von der Grösse eines Spitals abhängig. Das kleine Spital hat das grössere Fortbildungsangebot als das mittlere Spital (klein bei 1.1 Stunden/

Monat, mittel bei 0.5 Stunden/ Monat). Die Anzahl Stunden des kleinen Spitals entsprechen unge-

sel. Es sind Unterschiede zwischen diesen beiden Auswertungen festzustellen.

men, besuchen offensichtlich etwas mehr Weiterbildungen als der Durchschnitt aller Pflegenden.

Abb. 3 Weiterbildungsangebot ausreichend

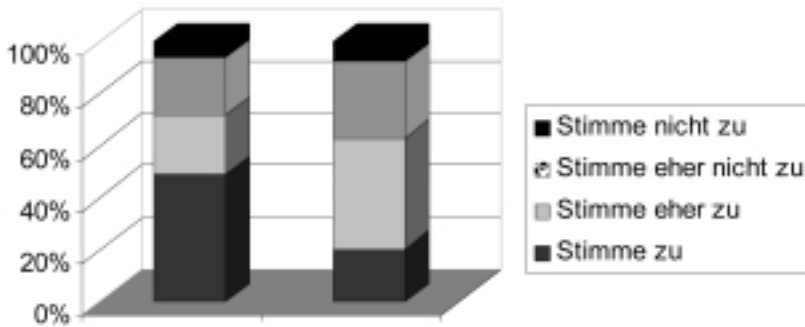
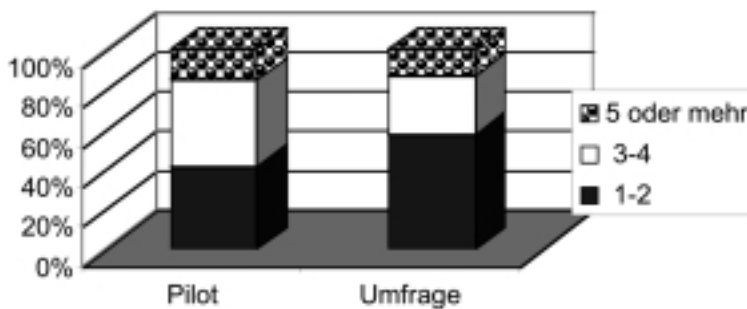


Abb. 4 Wie viele Weiterbildungstage/Jahr nutze ich



fähr dem Angebot der deutschen Schweiz (1.44 Stunden/Monat). Die obigen Antworten wurden von den Vorgesetzten der Spitäler gegeben. Es interessierte jedoch auch die Frage, wie zufrieden nun die Anästhesiepflegenden mit diesem Angebot sind und wie intensiv es von ihnen genutzt wird.

Wie viele Weiterbildungstage nutze ich durchschnittlich pro Jahr? (Abb. 4)

Die Ergebnisse von Pilot und Umfrage zeigen, dass über die Hälfte der Anästhesiepflegenden 1 bis 2 Weiterbildungstage pro Jahr nutzen. Die Kongressbesucher, welche in Basel an der Pilotumfrage teilnah-

Feedback

Erhalten die Mitarbeiter Rückmeldungen über die Zufriedenheit ihrer Patienten? (Abb. 5)

Die Mitarbeitenden in den kleineren Spitälern (keine Abbildung) erhalten bedeutend mehr und regelmäßiger Rückmeldungen über den postoperativen Verlauf der Patienten als in den grossen Spitälern. Etwa 20% erhalten beinahe täglich eine Rückmeldung, in den mittleren Spitälern geschieht dies höchstens einmal wöchentlich. 70% der Mitarbeiter der grossen Spitäler antworten, dass sie eigentlich gar keine Rückmeldung (höchstens einmal pro Jahr) erhalten.

Entscheidungsbefugnis und Mitsprachemöglichkeit

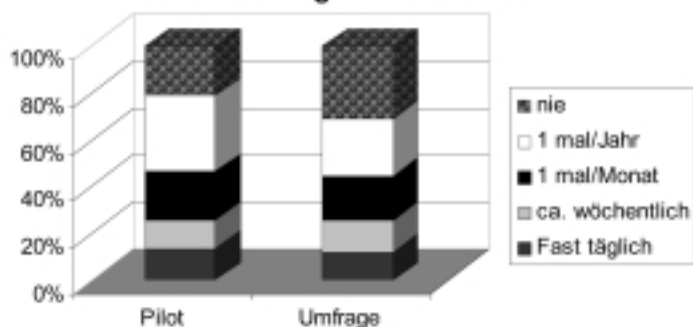
Verfügen die Mitarbeiter über genügend Entscheidungsbefugnis um gute Arbeit zu leisten? (Abb. 6)

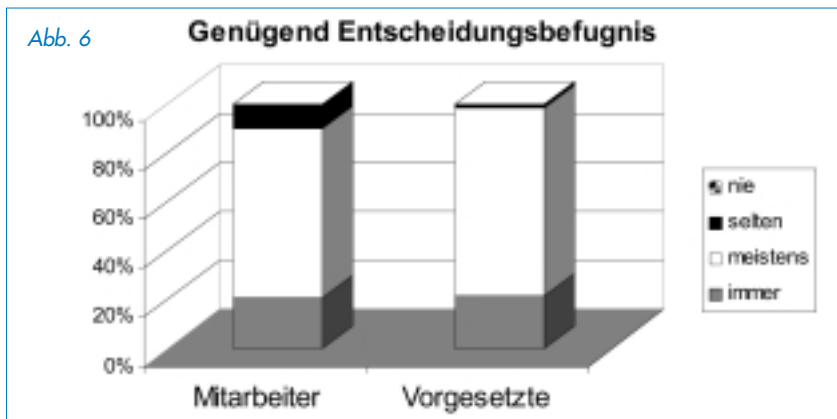
85% der Mitarbeiter geben an, dass sie meistens bis immer über genügend Entscheidungsbefugnis verfügen, um ihre Arbeit gut verrichten zu können.

Die Zeit für Weiterbildung ist für mich ausreichend (Abb. 3)

Über 50% aller Pflegenden finden das Angebot an ihrem Spital ausreichend. Die Zahlen wurden auf zwei verschiedene Arten erhoben. Einmal in den Spitälern direkt (Umfrage), wobei dort ausschliesslich Mitarbeiter der Basis diese Fragen beantworteten. Zum anderen anlässlich eines SIGA Herbstkongresses (Pilot) in Ba-

Abb. 5 Rückmeldung von Patienten





Haben die Mitarbeiter eine Mitsprachemöglichkeit (Geräte, Materialien, Arbeitsabläufe)?

Die Vorgesetzten der grossen Spitäler geben zur Antwort, dass ihre Mitarbeiter meistens bis immer bei Entscheidungen mitsprechen können. Bei den mittleren und kleinen Spitälern meldet dies ein Anteil von 90 – 95%.

Die Mitarbeiter selbst beurteilen die Situation etwas anders. So melden beinahe 30% zurück, dass sie selten bis nie mitreden können. Dies zeigt eine Diskrepanz zwischen den Wahrnehmungen der Vorgesetzten, die ihre Mitarbeiter offensichtlich in Entscheidungsprozesse einbinden wollen und der wahrgenommenen Situation der Mitarbeiter.

Entweder sind Mitarbeiter nicht darüber informiert, wann und wo sie welche Mitsprachemöglichkeiten

haben, oder sie können bei Entscheidungen mitwirken, die ihnen nicht wichtig sind. Bei den für sie relevant erscheinenden Geschäften haben sie wenig oder keine Möglichkeit dazu.

Zufriedenheit

Wie zufrieden sind Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit? (Abb. 7)

Im Grossen und Ganzen kann man feststellen, dass das Anästhesiepflegepersonal der Schweiz mit seiner Tätigkeit zufrieden bis sehr zufrieden ist.

Wie zufrieden sind Mitarbeiter mit ihrem Arbeitgeber? (Abb. 8)

Pilot und Umfrage zeigen ziemlich übereinstimmend dass zirka 80%

der Anästhesiepflegenden zufrieden bis sehr zufrieden sind mit ihrem Arbeitgeber.

Präsenzdienste

Regelung der Präsenzdienste am Wochenende

Die Daten zeigen, dass in zirka der Hälfte der kleinen Spitäler am Wochenende eine Person auf Abruf ausserhalb des Spitals ist, in zirka 40% auf Abruf innerhalb der Klinik und etwa 5% der kleinen Spitäler einen 24h-Betrieb haben.

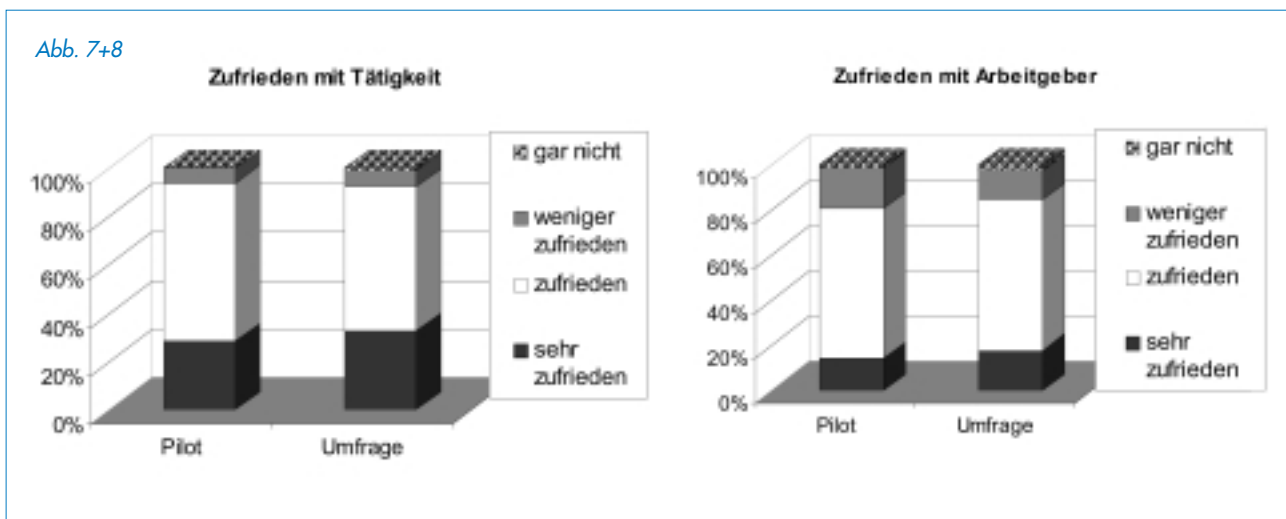
Bei den mittleren Spitälern sieht dies schon etwas anders aus. Am häufigsten leisten Personen innerhalb des Spitals einen Bereitschaftsdienst und vielleicht die Hälfte aller Spitäler hat einen 24h-Dienst eingerichtet.

Die grossen Spitäler verfügen alle über einen 24h-Schichtbetrieb. Zusätzlich sind in der Hälfte der Spitäler noch Personen ausserhalb der Klinik auf Abruf.

Es gibt einen äusserst kleinen Anteil an Spitälern, welche keinen Dienst haben.

Regelung der Präsenzdienste in der Nacht

Die Regelung nachts ist vergleichbar mit der Regelung am Woche-



nende. Auch scheint während der Nacht etwa dieselbe Anzahl Personen auf Abruf zu sein wie am Wochenende.

Wird die Anwesenheit im Spital bei Dienst auf Abruf zu 100% Arbeitszeit gerechnet?

Bei den kleinen Spitäler beantworteten zirka 50% diese Frage mit ja, bei den mittleren und grossen Spitäler sind dies rund 75%.

Schlusswort

Wir schliessen die Dokumentation der Datenerfassung im Anästhesie-Journal ab.

Unser Ziel war es, mit unseren Beiträgen Einblick in die wichtigsten Erkenntnisse der erfassten Daten zu geben.

Die veröffentlichten Daten werden sobald möglich auf der Homepage der SIGA aufgeschaltet.

Wir danken allen Anästhesiepflegenden und ihren Vorgesetzten der ganzen Schweiz für ihr Engagement.

Ganz speziell danken wir Frau Olivia Dergeloo, diplomierte Pflegefachfrau HF Anästhesie. Ohne ihren grossen Einsatz bei der Datenerhebung, Datenerfassung etc. wäre die Durchführung der Umfrage nicht möglich gewesen.



Ordentliche Interessengruppe des SBK

Communauté ordinaire d'intérêts de l'ASI

Mitglied der international Federation of Nurse Anesthetists (IFNA)

Membre de la fédération internationale des infirmiers(-ières) anesthésistes

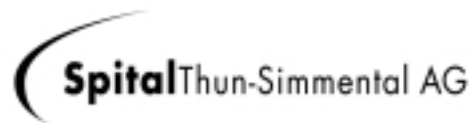
Jeder Autor trägt selbst die Verantwortung für die von ihm verfassten Artikel.

Chaque auteur assume la responsabilité de l'article publié.

WIR BEGRÜSSEN UNSERE NEUEN SIGA-MITGLIEDER

Ursula Bühler, Basel

Joris Van Maele, Bern



Die SpitalThun-Simmental AG (Spitäler Thun, Zweisimmen, Saanen und Klinik Erlenbach) hat sich als regionales Spitalzentrum positioniert. Unser Ziel ist es eine optimale Dienstleistung für die Bevölkerung des gesamten Einzugsgebietes der vier Spitalstandorte zu erbringen. Dazu gehören gut funktionierende Klinikstrukturen mit gut ausgebildetem, motiviertem Personal auf allen Stufen. Als Ergänzung für unser gut eingespieltes Anästhesiepflege team suchen wir per **1. Januar 2007** oder nach Vereinbarung eine/n

Stv. Fachbereichsleiterin/-leiter Anästhesiepflege

(Beschäftigungsgrad 80%)

Wenn Sie über eine abgeschlossene Ausbildung zum diplomierten Pflegefachfrau/-fachmann Anästhesie mit CH-Diplom verfügen, einige Jahre Berufspraxis mitbringen und eine neue Herausforderung annehmen möchten, dann sollten Sie sich mit uns in Verbindung setzen.

Eine offene mitarbeiterorientierte Zusammenarbeit über alle Bereiche, ein breiter Handlungsspielraum in einer freundlichen Arbeitsatmosphäre, zukunftsweisende Personalregelungen (GAV) und gute Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten auf allen Stufen, sind weitere attraktive Elemente unseres Stellenangebotes.

Über weitere Vorzüge unseres nicht alltäglichen Angebotes orientieren wir Sie gerne bei einem persönlichen Gespräch. Fühlen Sie sich angesprochen und nehmen Sie unsere Herausforderung an?

Für erste Auskünfte steht Ihnen Frau H. Wehrli, Fachbereichsleiterin Anästhesiepflege gerne zur Verfügung (Tel. ++41 (0)33 226 27 65). Ihre Bewerbung richten Sie bitte unter dem Kennwort «Stv. Fachbereichsleitung Anästhesie» an die nachfolgend aufgeführte Adresse.

ein arbeitsplatz mit perspektiven

SpitalThun-Simmental AG
Spital Thun, Human Resources
Krankenhausstrasse 12
CH 3600 Thun
Telefon: 033 226 26 26
Telefax: 033 226 22 55
E-mail: personaldienst@spitalthun.ch

Suchen Sie nach ...

- ▶ ... einer Gesamtlösung für Ihre Blutgasanalytik?
- ▶ ... einem Produkt, das Ihnen bietet, was Sie brauchen?
- ▶ ... individueller Kundenbetreuung?
- ▶ ... zeitgemässer Informationstechnologie?

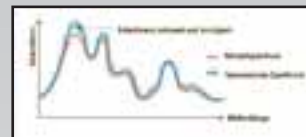
Erwarten Sie ...

- ▶ ... intuitive Bedienbarkeit?
- ▶ ... minimalen Wartungsaufwand?
- ▶ ... nahtlose Integration in Krankenhaus-Informationssysteme?
- ▶ ... Ergebnisse in Laborqualität bei patientennahen Messungen?

Der ABL800 FLEX von Radiometer

Jetzt mit:

 **Creatinine**



Möchten Sie noch mehr über den ABL800 FLEX erfahren? Kontaktieren Sie uns oder besuchen uns direkt auf www.radiometer.ch.

S/5 Avance Anästhesie-Arbeitsplatz Station d'anesthésie



Datex-Ohmeda

Hervorragende Ventilation während der Anästhesie

Der SmartVent Ventilator verwendet ein Gaszufuhrsystem, ähnlich dem der meisten Intensiv-Ventilatoren, jedoch ist dieses auf die speziellen Bedürfnisse der Anästhesie abgestimmt. Die Bedienung des Systems erfolgt einfach über unsere intuitive Datex-Ohmeda Bedienoberfläche. Die neuesten Beatmungsformen des SmartVent, SIMV mit Druckunterstützung und PSVPro® (Druckunterstützung mit Apnoe-Backup-Modus), erweitern das klinische Einsatzgebiet des S/5 Avance und unterstützen Sie, die Beatmung an die Bedürfnisse Ihrer Patienten anzupassen. Einstell-barer Flowtrigger, elektronischer PEEP und Apnoe-Backup-Modus erleichtern, in Verbindung mit SIMV und PSVPro Modi, die Unterstützung spontanatmender Patienten. Pädiatrische Patienten, Patienten mit Larynxmasken (LMAs) sowie Patienten, die bestimmte Anästhetika nicht vertragen, sind nur einige Beispiele für Patienten, die vom Einsatz dieser Beatmungsformen Nutzen tragen.



Le meilleur en ventilation sous anesthésie, tout simplement

Le SmartVent utilise un système d'administration des gaz similaire à celui rencontré sur la plupart des ventilateurs de réanimation, mais il a été spécifiquement adapté aux applications d'anesthésie et est facilement contrôlé par l'intermédiaire de notre interface utilisateur intuitive Datex-Ohmeda. Les derniers modes du SmartVent, ventilation assistée contrôlée intermittente (VACI) avec aide inspiratoire et PSVPro® (ventilation d'aide inspiratoire avec mode apnée), étendent les capacités cliniques de la station de soins Avance pour contribuer à répondre aux besoins des patients. Grâce à un seuil de déclenchement de débit ajustable, à la PEP électronique et à un mode d'assistance en cas d'apnée, les modes VACI et PSVPro aident à simplifier le travail des soins pour vos patients respirant spontanément. Les patients pédiatriques, les patients porteurs d'un masque laryngé et ceux ne tolérant pas certains agents anesthésiques sont autant d'exemples de patients pouvant bénéficier de l'utilisation de ces modes.

ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

Postfach 333, CH-8253 Diessenhofen
Büros in Lausanne und Bern/Oberwangen
Phone (+41) 0848 800 900 info@anandic.com
Fax (+41) 0848 845 855 www.anandic.com

