

ANÄSTHESIE JOURNAL ***ANESTHESIE JOURNALE***

1/2005

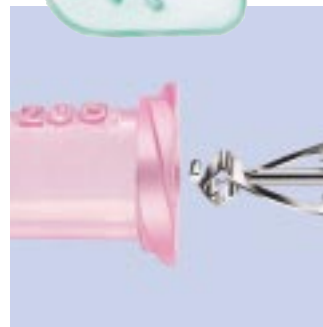
Angst ?

www.siga-fsia.ch



Vasofix® Safety

Geschützter i.v. Katheter
mit Injektions-Einlassöffnung



Sicherheitsmerkmale

- Selbstaktivierende Klemmtechnik, keine Aktivierung durch den Anwender erforderlich.
- Risiko der unbeabsichtigten Aktivierung ausgeschaltet.
- Keine Möglichkeit, den Sicherheitsmechanismus zu umgehen.
- Die Sicherheitsklemme bedeckt die Nadelspitze unmittelbar nach der Anwendung.
- Gleiche Punktionstechnik wie mit herkömmlichen i.v. Kathetern.

Schützt Sie und Ihr Pflege-Team gegen
Nadelstichverletzungen und dadurch bedingte Infektionen



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AG
Hospital Care
Seesatz
CH-6203 Sempach-Station

Tel. 0848 83 00 44

Fax 0800 83 00 43

www.bbraun.ch

sales-hospital.bbmch@bbraun.com



Liebe Leserinnen und Leser,
Angst? - Wann haben sie das letzte mal Angst gehabt?

Als erstes machen wir einen kurzen Rückblick auf den vergangenen Herbstkongress in Basel. Es war wiederum eine interessante und lehrreiche Veranstaltung und die ausgebuchten Workshops vom Freitag zeigten einmal uns, dass wir mit dieser Form der Fortbildungsveranstaltungen auf dem richtigen Weg sind.

Nun zum Hauptthema der aktuellen Nummer: Wir wollen das Thema Angst aus verschiedenen Blickwinkeln angehen und haben von Kolleginnen interessante Artikel erhalten. Im ersten Artikel geht's um die Angst bei Kindern und alleine die eindrücklichen Zeichnungen sollten uns zum Nachdenken anregen. Ein weiterer Artikel befasst

sich mit der Anwendung der Hypnose und Suggestion.

Körperlich krank - und noch Angst dazu... diesem Thema widmet sich Dr. H.P. Flury. Ich danke allen AutorenInnen für die Mitarbeit ganz herzlich und wünsche Euch auch diesmal viel Vergnügen mit dem aktuellen Journal.

Zuletzt möchte ich Euch aufrufen, am 9. April 2005 zu unserer Frühjahrsfortbildung nach Aarau zu kommen. Sie steht unter dem Thema <Kommunikations- und Atemwege>.

Und nicht zuletzt findet nach der Fortbildung unsere jährliche Hauptversammlung statt! Der Vorstand hofft, auch nach dem intensiven Tag dabei noch zahlreiche Mitglieder begrüßen zu können.

Martin Müller
Medienkommission



SEVOFLURAN
SCHNELLE UND ZUVERLÄSSIGE NARKOSESTEUERUNG

*Das Anästhetikum
für hospitalisierte und ambulante Patienten
jeder Altersgruppe*



*Schnell und
kontrollierbar
durch alle Phasen
der Narkose*



Abbott AG, Neuhofstrasse 23, 6341 Baar

Kurzinformation Sevorange (Sevofluran): Inhalationsanästhetikum. **Zusammensetzung:** Sevorange 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, Opioide, 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 Arzneimittelkompendium der Schweiz.



SIGA/FSIA Herbstkongress in Basel

4

Yvonne Huber

Angst bei Kindern

6

Kathrin Keller

Körperlich krank - und noch Angst dazu...

8

Hanspeter Flury

Hypnose und Suggestion

13

Corinne Lyoth

Fortbildungskommission

18

Dominik Dietschi

Vorstand

19

Adressen

Agenda/Impressum

21

Stelleninserat

23

Anmeldung für Neumitglieder

24

SIGA/FSIA Herbstkongress in Basel

Yvonne Huber, SIGA-Medienkommission, Anästhesiepflegefachfrau, Universitätsspital Zürich



Im November 2004 luden die MitarbeiterInnen des Institutes für Anästhesiologie Basel und die SIGA/FSIA Verantwortlichen zu zwei vielversprechenden Kongrestagen in das Universitätsspital Basel.



Der Tradition folgend fanden Workshops statt, welche von rund 100 interessierten Pflegefachpersonen Anästhesie besucht wurden.



Eine Diskussionsplattform für AusbilderInnen bot der Workshop mit dem Titel: **Simulationstraining**

in der Weiterbildung, ideale Methode oder technische Spielerei? Einmal mehr wurde anderen Berufen über die Schulter geschaut, der Fliegerei und dem Eisenbahnverkehr. Ein Vertreter der SBB berichtete, wie sich die Simulatorschulung der Lokomotivführer entwickelt hat und heute einen wesentlichen Teil der Ausbildung einnimmt. Dr. Fehlmann und Christoph Schori mit ihrem Team stellten den Anästhesie-Simulator, sowohl theoretisch als auch praktisch vor und erläuterten ihre Erfahrungen im Einsatz mit dem Simulator.

Anfänglich nur als Kommunikationstraining praktiziert, ist er heute ein Bestandteil der Ausbildung für Assistenten und Anästhesiepflegepersonen. Abschliessend wurde von Teilnehmern und Referenten die Kosten-Nutzen-Effizienz und Möglichkeiten für andere Spitäler dieses Medium zu nutzen, sowie die Vergleichbarkeit von Fliegerei und SBB mit der Anästhesie kontrovers diskutiert.

Im **Airway-Workshop** wurden folgende Methoden und Techniken des Atemwegsmanagements in anschaulicher Weise vorgeführt: LAMA-ILMA-ProSeal-Intubationsstylets, sowie Quicktrach-Jet-Ventilation. Weitere Themen waren die fiberoptische Videolaryngoskopie. Anschliessend konnte diese an Phantomen praktisch geübt werden. In der Evaluation des schwierigen Atemwegs fand unter den Gruppenteilnehmern ein reger Austausch über Airway-Algorithmen statt. Der **Workshop Hygiene** widmete sich dem Isolationsmanagement in der Anästhesie unter anderem bei MRSA, TBc, v CJD, SARS und hämorrhagischem Fieber. Vom Ritual zur evidenz-basierten Prävention. Im **Workshop OP-Management** fand ein intensiver, bereichernder Erfahrungs- und Wissens-

austausch zwischen Teilnehmenden und Referenten statt. Themeninhalte dieses Workshops waren: Kennzahlen, Möglichkeiten der Leistungserfassung und die EDV-Unterstützung.

Ein Apéro rundete den Nachmittag ab. Hier konnte das Erlebte in angeregten Diskussionen nochmals Revue passieren. Am Abend lud das Team des Kantonsspitals Basel und der SIGA/FSIA Vorstand in den Holsteiner Keller, wo man sich von einem drei-Gang-Menue kulinarisch und von einem DJ musikalisch verwöhnen lassen konnte. Herzlichen Dank für diesen gelungenen Abend!



Mit Fällen aus der Praxis in die Theorie und mit neuem Wissen zurück in die zukünftige Praxis!



Am Samstag eröffnete Karsten Boden den zweiten Kongrestag und führte durch das Programm. Verschiedene Fallbeispiele aus dem Anästhesiealltag wurden den KongressteilnehmerInnen durch die ReferentenInnen praxisnah vorgestellt. Referate fanden statt zu den Themen: **Die Cardio-Pulmonale-**

Reanimation bei einer Schwangeren; das Leben von Mutter und Kind steht auf dem Spiel - ein Grenzerlebnis für den Anästhesisten zwischen Macht und Ohnmacht (Prof. Dr. M. Schneider); **Ein potentiell schwieriger Atemweg bei einem Strumapatient** (Dr. W. Studer) und ausgehend von einem **Fall der nekrotisierenden Faszitis** wurde das Krankheitsbild der Sepsis beschrieben (N. Ziegler). Ethisch-religiöse Hintergründe und gesetzliche Grundlagen kamen bei einem Vortrag mit dem Titel: **Die Zeugen Jehovas Problematik** zur Sprache. Der Referierende wollte die Einsicht vermitteln, dass der Wille des Patienten nicht unbedingt der medizinisch-naturwissenschaftlichen Vorstellung entspricht (Dr. Ch. Egger). Auf einen anregenden Vortrag über **ethische Grundsätze** und die Wichtigkeit ethischer Reflexionen in der Pflege von Morgen (M. Buik), folgte eine empathische Annäherung an das Thema Burn-out mit der ratio: Man muss gebrannt haben, um auszubrennen. Ausgehend von einem Fragebogen zum Thema **Burn-out**, welchen alle TeilnehmerInnen während dem Vortrag ausfüllten, wurden die wesentlichen Symptome des Syndroms herausgeschält (Prof. Dr. A. Kiss).



Beim Gang durch die Industrieausstellung entdeckten ihn viele Kongressteilnehmer: den Traum Arbeitsplatz für Anästhesisten!

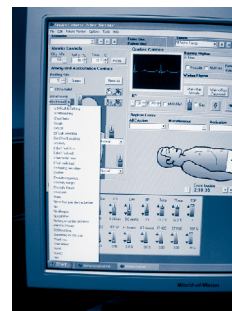


I can't get no sleep! Mit musikalischer Untermauerung präsentierte das Team des Kantonsspitals Aarau die Schwerpunkte des **Frühlingskongresses 2005**: Kommunikations- und Atemwege. Anschliessend folgten Informationen aus der IFNA und Neues von der SIGA. Zwecks Datenerhebung zur Arbeitszufriedenheit des Anästhesiepflegepersonals in der Schweiz, präsentierte der Vorstand der SIGA/FSIA den Mitarbeiterfragebogen. Rund 240 Spitäler werden kontaktiert.

An den Beispielen eines Cholinesterasemangels bei Succinylcholingabe und einer Überdosierung von Atracurium kam die Notwendigkeit des **neuromuskulären Monitorings** zur Sprache (Prof. Dr. A. Urwyler). Das anschliessende Patientenbeispiel zeigte die Folgen und Risiken der **Adipositas** auf. Dabei wurde ersichtlich, dass der erste wichtige Erfolgsfaktor für das Gelingen von Anästhesien bei adipösen Patienten eine gut strukturierte Vorbereitung des Anästhesie-Managements sei (P. van Teeffelen). Im Abschlussreferat wurden die Kon-

gressteilnehmerInnen mit folgendem Thema konfrontiert: **Routiniertes Handeln oder Handeln aus Routine?** (Prof. Dr. D. Scheidegger).

Die Referentinnen und Referenten betonten, wie wichtig es sei aus Fehlern anderer zu lernen, indem eine Situation in Ruhe aus der Metaebene evaluiert wird. Zu hoffen bleibt, dass die kritische Auseinandersetzung des eigenen Handelns und eine gesunde Fehlerkultur im Anästhesiealltag umgesetzt und zur Selbstverständlichkeit wird.



KINDER HABEN ANGST VOR DER NARKOSE

Kathrin Keller

Anästhesie-Pflegefachfrau
Universitäts-Kinderspital
beider Basel (UKBB)

Haben sie Angst vor der Narkose oder vor etwas Anderem?



Was ist Angst? Angst ist ein vitales Grundgefühl des Menschen, das zur Existenz gehört und als psychische Grundfunktion betrachtet wird. Gefühle der Angst treten in Situationen auf, in welchen die Sicherheit und Integrität einer Person bedroht sind. Sie tritt dort auf, wo der Mensch im Verlaufe seiner Entwicklung einer Situation nicht oder noch nicht gewachsen ist. Angst zeigt psychische Gefahren und psychische Bedrohung auf und ist somit ein sinnvolles Warnsignal für das Individuum.

Im Spital und im Speziellen bei einer Operation wird das Kind einer unbekanntem Situation ausgesetzt, die es in fremder Umgebung und mit nicht vertrauten Personen bewältigen muss. Ein drohendes Unheil steht also bevor, und das macht ja Angst.

Nun macht nicht allen Kindern das Gleiche Angst. Verschiedene Faktoren spielen da eine Rolle:

Alter

Angst vor postoperativen Schmerzen, Legen eines i.v. Zugangs, Aufwachen während der OP, vor der Diagnose (insbesondere infauster Diagnose), betrifft alle Altersstufen.

Kinder mit onkologischen Erkrankungen oder andern Diagnosen, die schmerzhaft medizinische Interventionen erforderten, haben manchmal aufgrund traumatisierender Erfahrungen bereits ein erhöhtes Angstniveau.

Kleinkinder leiden vor allem unter Trennungsangst. Ihre kognitiven Fähigkeiten sind noch nicht so weit entwickelt, dass rationales Erklären ihre übermächtige Angst verringern kann. Das Gleiche trifft auch auf geistig behinderte Kinder zu; sie können schwerlich erkennen, was wirklich bedrohlich ist und Ungewohntes nicht rasch akzeptieren.

Schulkinder, die bei adäquater Aufklärung Abläufe gut verstehen können, fürchten sich vor allem davor, allein gelassen zu werden.

Adoleszente haben Angst vor Verlust der Selbstkontrolle.

Angst der Eltern

Pädiatrisch tätig sein heisst fast immer, die Eltern und ihre Situation wahrzunehmen und mitzubetreuen.

Eltern haben grosse Bedenken, ihr Kind Fremden anzuvertrauen, da ihm etwas zustossen könnte. Das Angstgefühl der Erwachsenen kann sich leicht auf das Kind übertragen.

Sprache

Fremdsprache erschwert die Aufklärung erheblich auf beiden Seiten: bei uns, um klar und begreiflich erklären zu können, und auf Seiten

der Patienten und Eltern, um genau zu verstehen. Unterschiedliche Kulturen pflegen einen unterschiedlichen Umgang mit dem Gefühl Angst und dessen Ausdrucksform.

Meistens sind also verschiedene Ängste präsent und unsere Aufgabe ist es, die Kinder und Eltern in dieser schwierigen Situation zu begleiten, zu unterstützen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Durch die langjährige Erfahrung und den regelmässigen Umgang mit pädiatrischen Patienten haben wir verschiedene Praktiken erlernt und erarbeitet, wie wir bei Elektiveingriffen vorgehen.

Vorbereitung vor Spitaleintritt

Kindergarten- und Primarschulklassen haben die Möglichkeit, mit ihren Lehrerinnen und Lehrern das Kinderspital und speziell den OP-Bereich zu besichtigen. Wir zeigen ihnen das Narkosegerät, monitorisieren freiwillige, mutige Kinder und lassen sie ein bisschen «Schlaf-luft» schnupfern.

Im Allgemeinen

Bei der Anästhesieeinleitung darf immer ein Elternteil oder eine Bezugsperson bis zum Verlust des Bewusstseins das Kind begleiten, was dann sehr oft zu Emotionen führt. Anschliessend übernehmen die Mitarbeiterinnen des BELOP-Dienstes (BELOP = Begleitung der Eltern während der OP) die sehr wertvolle Aufgabe, die Eltern in Empfang zu nehmen und sich um ihre Sorgen und Ängste zu kümmern; sie stellen auch die Verbindung zum OP-Team her. Die Eltern dürfen zu ihrem Kind zurückkehren, sobald es im Aufwachraum ist.

Am Tag vor der OP

Die Prämedikationsvisite ist der Ort

und Zeitpunkt, wo der Anästhesist das erste Mal mit Kind und Angehörigen in Kontakt tritt und deshalb versuchen muss, ein Vertrauensverhältnis herzustellen und bestehende Ängste wahr- und ernst zu nehmen. Ganz wichtig zu erwähnen ist auch, dass möglicherweise ein anderer Anästhesearzt am OP-Tag für das Kind verantwortlich sein wird. Prämedikations- und Einleitungsverfahren werden hier besprochen. Wenn keine Kontraindikationen bestehen, kann das Kind zwischen rektaler oder oraler Verabreichung des Midazolams wählen sowie zwischen inhalativer oder i.v.-Einleitung. Je nach gewählter Technik müssen die Eltern gut über das Excitationsstadium aufgeklärt oder das Emla(r)-Pflaster instruiert werden, welches sie je nach Eintrittszeit selber aufkleben.



Unser täglicher Rapport, an dem das ganze anwesende Anästhesieteam teilnimmt, dient gerade auch dazu, Besonderheiten, die sich während des Prämedikationsgesprächs herauskristallisierten, zu erwähnen.

Am OP-Tag

Ausführliches Briefing und gutes Vorbereiten des gesamten Materials vor Eintreffen des Kindes erachten wir als elementar, damit keine unnötige Unruhe entsteht. Die Wirkungsdauer der Prämedikation muss eingehalten werden, denn der Patient soll nicht organisatorische Schwierigkeiten «ausbaden» müssen.

Wenn wir bis jetzt nach diesen Punkten gearbeitet haben, sollte ein entspanntes, kooperatives Kind in der Umbettschleuse eintreffen. Es wird von uns in Empfang genommen und kommt mit einem Elternteil in den Vorbereitungsraum. Gerade bei geistig behinderten Kindern ist die Anwesenheit einer Bezugsperson auch für uns sehr wichtig, da diese ihr Kind gut kennt und weiss, wie sie kommunizieren und beruhigend wirken kann.

Während der Narkosevorbereitungen erklären wir Eltern und Kind in verständnisvoller und spielerischer Form, was wir tun. Ehrlich mit den Kindern zu sein, erscheint uns ganz wichtig: Erstens möchten wir das aufgebaute Vertrauen nicht wieder zerstören und zweitens wünschen wir unseren jungen Patienten keine negative Erfahrung, die das spätere Verhalten beeinflussen kann. So sagen wir dem wachen Kind, dass trotz EMLA(r)-Pflaster das Legen des i.v. Zuganges schmerzhaft sein könnte oder der Geruch des Inhalationsanästhetikums als unangenehm empfunden werden kann. Noch bestehende Ängste der Eltern oder Kinder müssen ernst genommen und versuchsweise rationalisiert werden.

Unsere Bemühungen, die Angst so weit wie möglich abzubauen, stossen aber hin und wieder an ihre Grenzen.

Immer noch sehr verängstigte Kinder, die sich entsprechend wehren und schreien, dürfen auf dem Schoss von Mama oder Papa mittels Maske einschlafen. Sehr selten bleibt uns aber nur noch die Ketalar i.m. Applikation als Möglichkeit. Hier ist es wichtig, die Eltern darauf aufmerksam zu mach-

en, dass sich ihr Kind dank der Amnesie des Midazolams nicht an dieses Ereignis erinnern wird.

Bei Eingriffen nachts oder am Wochenende ist es nicht immer möglich, dass ein Elternteil mit in den Vorbereitungsraum kommt. Zu diesem Zeitpunkt sind die personellen Ressourcen auf die Einhaltung der Safety-Standards ausgerichtet.



Körperlich krank - und noch Angst dazu...

Dr. med. Hanspeter Flury;
Stv. Chefarzt
Hohenegg, Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, 8706 Meilen



Übersicht

Angst gehört zu einem Spitaleintritt oder einer Operation, für Gesunde und psychisch Kranke. Für psychisch Kranke in dieser Situation besonders wichtige Aspekte werden herausgearbeitet. Empfehlungen zur Behandlung psychisch Kranker im somatischen Spital sollen helfen, deren Ängste zu reduzieren und zu behandeln.

Angst aus psychologischer Sicht

Angst ist ein Signal für Bedrohung, für das Individuum ein Zeichen, dass seine Sicherheit gefährdet ist oder sein könnte. Dies kann geschehen aufgrund einer äusseren oder inneren Bedrohung. Weil Sicherheit für jedes Individuum eine zentrale Bedeutung hat, gibt der Organismus Angstsignalen eine hohe Priorität. Angst empfinden, einschätzen und in seinen Handlungen adäquat berücksichtigen zu können, ist eine wichtige Fähigkeit jedes Individuums. - Eigentlich wird sprachlich unterschieden zwischen «Furcht», bei der eine klare Quelle vorliegt, und «Angst», deren Quelle auch diffus sein kann. Diese Unterscheidung wird in der Psychologie sprachlich nicht übernommen (es gibt nur «Angstkrankheiten», keine «Furchtkrankheiten».) Jedoch

ist es gerade in der psychologischen Betrachtung der Angst die Frage nach der Quelle der Angst entscheidend. Gibt es einen realen Kern der Angst, handelt es sich (auch) um innerpsychisch bedingte Ängste, wie entstehen sie, wodurch werden sie unterhalten, was mildert sie, und wie kann ihnen kausal begegnet werden?

Menschen gehen mit bedrohlichen Situationen verschieden um. Die individuelle Angstschwelle ist sehr verschieden; manche neigen dazu, rasch Ängste wahrzunehmen, andere nehmen gefährliche Situationen in einem erstaunlichen Ausmass nicht wahr. Es gibt verschiedene (in bedeutenden Teilen unbewusste) Arten des Umgangs mit Ängsten: Man kann sie hysterisch-dramatisierend darstellen, «übertreiben». Man kann sie verdrängen oder verleugnen (Achtung: In bedrohlichen Situationen ohne Angst zu sein, ist sehr ungesund!). Man kann sie somatisieren (beispielsweise stellt jemand sie körperlich dar, indem er funktionelle Schwäche- und Schwindelzustände entwickelt). Man kann auch zwanghaft-kontrollierend damit umgehen (z.B. indem jemand einen unstillbaren Drang nach Informationen, Abklärungen oder Beratung durch Fachleute entwickelt). Man kann sich von ihnen in Hilflosigkeit und Lähmung überwältigen lassen, oder man kann sie mit aggressiven Ausbrüchen überdecken.

Jeder einzelne Mensch kann in verschiedenen Situationen unterschiedlich reagieren. Häufig aber neigt ein Mensch zu einer bestimmten Art des Umgangs mit Angst, die dann seine Persönlichkeit charakterisiert. Bewegt sich diese Eigenart in einer für seine Kultur üblichen Bandbreite,

handelt es sich dabei um ein bestimmtes Charakteristikum einer normalen Persönlichkeit (z.B. «Er ist ein etwas ängstlicher Mensch.») Überschreitet sie aber das soziokulturell übliche Mass und führt sie damit immer wieder zu bedeutenden sozialen und psychischen Folgen, liegen akzentrierte Persönlichkeitszüge vor, bei schwerer Ausprägung sogar eine Persönlichkeitsstörung.

Auch psychisch Gesunde verspüren vor einem Spitaleintritt oder einer Operation Angst.

Auch psychisch Gesunde verspüren vor einem Spitaleintritt häufig Ängste - verständlicherweise.

Wenn die zugrunde liegende Krankheit noch nicht bekannt ist, macht ein Spitaleintritt die Möglichkeit oder Tatsache der Erkrankung deutlicher und löst dann Ungewissheit aus, Erschütterung, Angst vor einer schweren Krankheit oder vor bevorstehenden Abklärungen.

Bei bekannten Krankheiten, die stationäre Behandlung erfordern, stehen häufig Ängste vor Abklärungen und Eingriffen sowie möglichen Langzeitfolgen der Krankheit im Vordergrund, bei chronischen Leiden auch Folgen der langdauernden Belastung durch die Krankheit wie Erschöpfung oder Hoffnungslosigkeit.

In eine Institution einzutreten, kann zudem Ängste auslösen, weil dadurch Abhängigkeiten entstehen. Es ist dabei nötig, Vertrauen zu geben, Kontrolle abzugeben, Nähe zuzulassen und sich in einem gewissen Masse auszuliefern. Bei Operationen, also Eingriffen in den eigenen Körper durch Fremde, ist dies speziell ausgeprägt; im Vorfeld bestehen deshalb oft grosse Unsicherheiten.

Notfallmässige Eintritte (infolge Verschlechterung bestehender Krankheiten oder akut und neu aufgetretenen Krankheiten oder Unfällen) machen oft Angst, weil sie einen Menschen mit einer neuen, bedrohlichen Situation konfrontieren, auf die er sich vorher nicht einstellen konnte und zu der er sich kaum Informationen verschaffen oder eigene Meinung bilden konnte. Oft besteht zudem (real oder phantasiert) grosse physische Gefahr, ja Lebensgefahr.

Und schliesslich gibt es auch im Spital reale Gefahren, die Angst auslösen können: Schmerzen, Nebenwirkungen, nosokomiale Infektionen etc.

Bei Patienten aus anderen Kulturkreisen bzw. Sprachgruppen bestehen zusätzlich noch Ängste vor sprachlichen und soziokulturellen Verständnisschwierigkeiten und Vorurteilen.

Psychiatrische Aspekte: Angst bei psychischen Krankheiten

Angst nimmt bei vielen psychiatrischen Krankheiten eine Schlüsselstellung ein:

Bei Angst- und Panik-Attacken tritt Angst anfallsweise auf und wird in höchst intensiver Form oft sehr körpernah als körperliche Lebensbedrohung empfunden; sie führt dann oft zu somatischen Abklärungen und Hospitalisationen (z.B. wegen Verdachts auf Herzinfarkt).

Bei Phobien werden angstmachende Situationen vermieden, z.B. Alleinsein oder Menschenmengen.

Bei ängstlichen Persönlichkeitsstörungen prägt eine ängstliche Besorgtheit, Anspannung und Angstvermeidung über lange Zeit die ganze Lebensgestaltung.

Bei Psychosen können in akuten Phasen oder bei chronischen Verläufen Verfolgungs- oder Beeinflussungsgefühle oder -ängste bestehen.

Bei ängstlich gefärbten Depressionen sind Zukunfts- und Erwartungsängste wichtig.

Bei vielen Krankheitsbildern steht Angst zwar nicht im Vordergrund, prägt aber hintergründig das Verhalten entscheidend. Beispielsweise kann manchem aggressiven oder gereizten Auftreten Angst zu Grunde liegen, im Sinne einer «Flucht nach vorn»: «Ich bin bedroht, also greife ich lieber an und kläre damit die Situation, anstatt ohnmächtig abzuwarten, bis die Drohung wahr gemacht wird.» Ein solches Muster kann beispielsweise bei emotional instabilen oder impulsiven Persönlichkeiten vorliegen, prägt aber auch manche Anpassungsstörungen auf grosse psychische Belastungen.

Was bedeuten ein Spitaleintritt oder eine Operation für psychisch Kranke?

Natürlich werden bei psychisch Kranken ähnliche Ängste und Themen aktiviert, wie es oben für Gesunde dargestellt wurde.

Häufig werden bei psychisch Kranken aber auch frühere belastende, angstmachende Situationen reaktiviert und prägen das Erleben der aktuellen Situation mit.

Darüber hinaus haben psychisch Kranke aber oft spezifische Schwierigkeiten: Viele psychischen Krankheiten gehen mit einer verminderten emotionalen Belastbarkeit einher. Typisch ist eine hohe Sensibilität für Schwieriges, Intranspa-

rentes, Nicht-Thematisiertes. Viele psychisch Kranke sind überaus kränkbar und besonders auf Entwertung, Unterforderung oder Nicht-Beachtung sehr empfindlich. Beziehungen nehmen sie häufig mit einer Mischung aus grossen Erwartungen sowie hoher Verletzlichkeit und Kränkungsbereitschaft auf. Viele können schwierige Situationen oder belastendes Erleben nur ungenügend direkt mit den Zuständigen oder Betroffenen klären.

Hilfreich zu wissen ist, dass in akuter äusserer Bedrohung viele psychisch Kranken kurzfristig besser, «normaler» funktionieren als erwartet.

Näher auf die Problematik des Spitaleintritts bei den einzelnen psychiatrischen Angstkrankheiten einzugehen, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Doch für den Umgang mit den meisten psychisch kranken Patienten, die in somatischen Spitälern behandelt werden, können einige wichtige gemeinsame Anhaltspunkte gegeben werden, die sich in der Regel bewähren.

Was bewährt sich nicht im Umgang mit psychisch Kranken im Spital?

- die Betroffenen in ihren eigenen Möglichkeiten zu unterschätzen, sie zu pathologisieren oder zu infantilisieren.
- die Betroffenen zu übergehen und sich vor allem an Bezugspersonen zu wenden oder alles dem psychiatrischen Konsiliarium zu überlassen.
- die Situation oder Schwierigkeiten zu bagatellisieren und zu verleugnen oder zu dramatisieren

- ihre psychische Krankheit als Thema zu vermeiden oder übermässig zu betonen
- selber übergrosse Betroffenheit zu zeigen; selber ängstlich zu sein
- auf Spannungen mit autoritärem Gehabe oder Drohungen zu reagieren

Was bewährt sich zur Verhinderung von Ängsten und Schwierigkeiten?

- *Sorgen Sie für Klarheit in der Zustandigkeit:*

Der Patient muss rasch wissen, wer für ihn zuständig ist und was läuft. In einer Notfallstation kann eine auch nur kurze Wartezeit bis zur Begrüssung oder ersten Untersuchung als unerträglich lang erlebt werden.

Innerhalb des Behandlungsteams sollte geklärt sein, wer sich um was kümmert, auch um die psychischen Aspekte. Die Ergebnisse dieser Abklärungen sollten für die anderen Behandler zugänglich sein. Mehrspurigkeiten erzeugen Differenzen und Verwirrung.

Ein Teil dessen, was in der Folge aufgeführt wird, gilt für das ganze Team, ein Teil wird sinnvollerweise nur vom fallführenden Arzt oder der pflegerischen Bezugsperson gemacht.

- *Stabilisieren Sie den Patienten durch klare Informationen.*

Erklären Sie, wer Sie sind, wofür Sie zuständig sind, welches Ihre konkrete Aufgaben sind und (falls nötig) wie und wann Sie kontaktiert werden können oder sollen («Ich bin Ihre Narkose-Schwester und werde während des ganzen Eingriffs dabei sein. Nachher werde

ich Sie im Aufwachraum nochmals kurz besuchen.»)

Vermitteln Sie, was jetzt im Spital geschieht und mit welchem Ziel. Stellen Sie dabei das Procedere im Überblick dar, und erklären Sie fortlaufend ihre einzelnen Abklärungs- und Behandlungsschritte. Seien Sie dabei nicht zu detailliert, zielen Sie nur auf Handlungsrelevantes; versuchen Sie, nicht übermässig Ängste auslösen. Sagen Sie beispielsweise «Um eine zuverlässige Diagnose zu stellen, brauchen wir diese Abklärung», aber nicht: «Jetzt müssen wir noch eine theoretisch mögliche Krebserkrankung ausschliessen.» - Die grundsätzliche Aufklärung und Information des Patienten sollte durch die Ärzte im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs in Ruhe gemacht worden sein. Beantworten Sie daher während einer konkreten Untersuchung Fragen über alles, was differentialdiagnostisch noch vorliegen könnte, zurückhaltend, denn den Kranken geht es mit ihrer Frage in dieser Phase eigentlich um Angstabbau und Beruhigung. Bleiben Sie darum beim Erklären des konkreten Vorgangs: «Ach, da kommt so viel in Frage, es ist besser, wenn Ihr Arzt Sie dann in Ruhe über die Ergebnisse informiert, dann können wir uns ganz auf die jetzige Untersuchung konzentrieren. Wir machen jetzt... Am besten ist es, wenn Sie sich jetzt mit etwas, was Ihnen dabei hilfreich sein könnten, stärken. Womit haben Sie die besten Erfahrungen gemacht?» Wenn jemand übermässig viel Information möchte oder der Zeitpunkt für die Beantwortung ungünstig ist, so stehen Sie offen dazu, dass Sie jetzt nicht mehr vermitteln können oder wollen.

Wichtig ist, dass Sie in Ihren Handlungen und Aussagen verlässlich

sind. Halten Sie, was Sie versprechen; versprechen Sie deshalb lieber zu wenig als zu viel; stehen Sie klar zu Grenzen.

- *Verschaffen Sie sich einen Überblick über die psychische Verfassung des Patienten.*

Taktvolles Fragen ist kaum je falsch: «Wie geht es Ihnen jetzt, im Moment, wie ist es Ihnen in den letzten Tagen und Wochen gegangen?»

Prüfen Sie aktuelle Auswirkungen der psychischen Krankheit und den Umgang damit: «Sie haben mir ja mitgeteilt, dass Sie in psychiatrischer Behandlung sind. Welche Beschwerden haben Sie diesbezüglich jetzt?» Dabei geht es keinesfalls darum, die Problematik vertieft zu ergründen, sondern den Umgang des Patienten damit zu erfragen und zu stärken.

Fragen Sie den Patienten, was bei ihm aufgrund seiner psychischen Krankheit speziell wichtig sein könnte, wie diese sich in der jetzigen Situation zeigen und was sich bewähren könnte (z.B. wegen Schlaf, Ängsten). Gewinnen Sie den Patienten so als Experten: «Wie spüren Sie bisher die Belastung durch die körperliche Krankheit, wie gehen Sie damit um? Wie würde sich wohl eine übermässige Belastung zeigen, ja eine Krise? Wie müsste man dann vorgehen, was würde sich bewähren, was nicht? (Dies auch bezüglich Medikation.)»

- *Versuchen Sie übergrosse Affekte zu begrenzen.* So verständlich allfällige Ängste auch sind: Es bringt nichts Konstruktives, sich hinein zu steigern. Unterstützen Sie die Patienten in ihrer Abgrenzung von Ängsten, Spannungen oder Aggressionen. Treten Sie nicht autoritär und Macht ausspielend, sondern

ruhig, klar und abgegrenzt auf. Verweisen Sie auf die jetzt im Vordergrund stehende somatische Situation, den Bedarf nach Abklärung und Behandlung, und dass es zwar keineswegs einfach ist, aber sehr wichtig und wertvoll wäre, die nötigen Abklärungen und Behandlungen möglichst ruhig und rasch hinter sich zu bringen. Unterstützen Sie ängstlich-gespannte Patienten frühzeitig auch medikamentös. Begrenzen Sie auch gespannt-aggressives Auftreten, indem sie frühzeitig und ruhig aufzeigen, welche Regeln beachtet werden müssen und wie der Patient mit (an sich verständlichen) Spannungen umgehen soll, allenfalls auch mit Hilfe von ausreichend dosierten entspannenden Medikamenten.

- *Ziehen Sie - im Einverständnis mit dem Patienten - frühzeitig die Angehörigen und die ambulanten Behandler bei.* Machen Sie dies gemeinsam mit dem Patienten, oder seien Sie ihm gegenüber mindestens transparent. Sie erhalten so wertvolle fremdanamnestische Angaben, die Ihnen die Einschätzung der aktuellen Situation erleichtern und helfen, aufgrund früherer Erfahrungen die besten Bewältigungsstrategien zu finden. Und Sie können auf die Ängste der Angehörigen eingehen, die gerade in Notfallsituationen oft sehr gross sind. Wenn sie entlastet werden, ist dies hilfreich für die Angehörigen und indirekt auch für Ihren Patienten; Sie gewinnen damit auch die Angehörigen als Partner für die Behandlung.

- *Ziehen Sie frühzeitig einen Konsiliar- und Liaisonpsychiater bei.* Er macht eine vertiefte Diagnostik, leitet eine spezifische Behandlung ein (auch psychopharmakologisch:

Tranquillizer, Antidepressiva, Neuroleptika) und gibt Handlungsanweisungen aus psychiatrischer Sicht. Ein früher Einbezug wirkt präventiv bezüglich Krisen und ermöglicht oft eine positive, spannungsarme Aufnahme einer Beziehung des Konsiliarius zum Patienten, was auch für eine spätere Krisensituation hilfreich sein kann. Und Sie sind in der Behandlung sicherer.

- *Beziehungspflege:*

Lassen Sie den Patienten nicht zu lange allein, sondern schauen Sie immer wieder kurz vorbei. Erklären Sie ihm immer wieder ihre momentane Aufgabe und ihre Handlungen. Streben Sie eine gute, positive Grundbeziehung an, suchen Sie keine starke Vertiefung. Bleiben Sie zurückhaltend: Wenn der Patient von sich aus viel von sonstigen, insbesondere früheren Belastungen zu erzählen beginnt, so hören Sie kurz zu, dämmen Sie es dann aber ein. Versuchen Sie es auf einen weniger belasteten Zeitpunkt zu verschieben und zu schauen, was jetzt im Vordergrund steht und was er jetzt im Moment braucht.

Sie können eigene Gefühle zeigen, aber quantitativ nur dosiert; zeigen Sie keine übermässige Betroffenheit.

Stellen Sie getroffene Entscheide nicht in Frage. Wenn ein Patient vor der Operation von Zweifeln geplagt wird, ja seinen in Ruhe getroffenen Entscheid revidieren will, so sprechen Sie seine Angst hinter den Zweifeln an, in einer Haltung, die signalisiert, dass Sie die Ängste verstehen, aber dem Patienten zutrauen, dass er sie überwinden kann. Ermutigen Sie ihn, bei seinem in Ruhe getroffenen Entscheid zu bleiben.

Unterstützen Sie den Patienten in seinem Bemühen um Stabilität.

Gerade in einer Notfallsituation kann es sein, dass er die emotionale Bedeutung eines Ereignisses (z.B. eine lebensbedrohliche Situation) nicht voll realisiert. Informieren Sie ihn so weit, wie es für die handlungsrelevanten Schritte nötig ist, aber respektieren Sie, dass er sich gegen zu grosse Emotionen schützt. Klären Sie Schwierigkeiten frühzeitig und aktiv, indem Sie ihn fragen, wie er die Behandlung erlebt und was er zu Ihrem Eindruck von Spannungen, Rückzug oder Schwierigkeiten meint.

- *Kontinuierliche Einschätzung im weiteren Verlauf:*

Nehmen Sie Zeichen von Überforderung oder unklarer psychischer Verfassung rasch wahr. Versuchen Sie sie mit dem Patienten oder fremdanamnestisch rasch zu klären, und ziehen Sie im Zweifelsfall den Konsiliardienst bei.

Was bewährt sich in ängstlichen Krisen bei psychisch kranken Menschen?

Nehmen Sie die Äusserungen von Angst wohlwollend an. Bestätigen Sie, dass Sie dafür zuständig sind und dass es gut ist, darüber zu reden. Versuchen Sie den Inhalt der Angst zu verstehen. Verankern Sie Ängste in der Regel situativ, bei der jetzt im Vordergrund stehenden Situation, dh. zeigen Sie ihren realen Kern auf und decken Sie allfälligen Informationsbedarf. Sprechen Sie die übersteigerte Komponente der Angst als solche an, ohne Anspannung, Vorwurf oder Entwertung. Suchen und unterstützen Sie einen alternativen Umgang mit der Angst, z.B. sich ablenken, entspannen, Gesellschaft suchen, Betreuungspersonal ansprechen. Bieten

Sie grosszügig medikamentöse Entspannung und Angst- bzw. Spannungslösung an, beispielsweise mit einem ausreichend dosierten Tranquillizer.

Bei krisenhaften Zuspitzungen von Angst gilt es eine vertiefte Diagnostik zu machen. Auch psychisch an sich Gesunde können in der Belastung einer Notfallsituation oder eines Unfalls Anpassungsreaktionen mit erheblichen Ängsten entwickeln. Andere psychiatrische Zustandsbilder können vorliegen. Es lohnt sich, frühzeitig einen Konsiliardienst beizuziehen.

Und was, wenn der Behandler Angst hat?

In verschiedenen schwierigen Behandlungssituationen haben primär die Behandler Angst. Was dann? Häufig liegen Spezialfälle vor, für die ein spezifisches problemgerichtetes Vorgehen indiziert ist, das für die Behandler greifbar sein sollte. Bei Verdacht auf Kindsmisshandlung oder Misshandlung in der Partnerschaft ist weitere Gefahr für den Patienten im Verzug, wird aber verschleiert und sollte von entsprechend geschulten Fachleuten dringend abgeklärt werden, ebenso ein Verdacht auf artefizielle Krankheiten. Bei Patienten nach einem Suizidversuch befürchten die Behandler zu Recht weitere Suizidalität und müssen - wie auch bei sonstigem Verdacht auf Suizidalität - entsprechende sichernde Vorkehrungen treffen. Nach Selbstverletzungshandlungen sollte rasch abgeklärt werden, ob weitere selbstschädigende Handlungen drohen und wie sie verhindert werden können. Gegenüber Dritten oder dem Personal bedrohlichen Patienten hat es

höchste Priorität, frühzeitig präventiv und de-eskalierend einzugreifen. Oft befürchten Behandler auch Exacerbationen der psychischen Krankheit und fühlen sich dadurch unsicher und überfordert.

Diese angstmachenden Situationen erfordern den Beizug speziell geschulter Fachleute. Wichtig ist eine Kultur, die es Behandlern ermöglicht, solche Ängste und Befürchtungen offen anzusprechen, um sie einer Klärung zuzuführen, im Interesse der Behandler und der Patienten.

Fazit:

Ängste gehören zu einem Spitaleintritt und einer Operation. Viele Zuspitzungen von Ängsten psychisch Kranker (wie auch psychisch Gesunder) lassen sich durch sorgfältige Vorabklärungen, transparente Informationsvermittlung, verlässliche Beziehungsgestaltung, verständnisvolles, aber nicht vertiefendes Besprechen von Ängsten, Zusammenarbeit mit wichtigen Bezugspersonen und ausreichende Verabreichung angstlösender Medikamente verhindern und begrenzen. Bei schweren Angstzuständen oder komplexen psychiatrischen Krankheiten ist frühzeitig ein Konsiliar- und Liaisonpsychiater beizuziehen; dies stärkt auch die längerfristige Behandlungskompetenz und die Sicherheit der somatisch zuständigen Behandler.

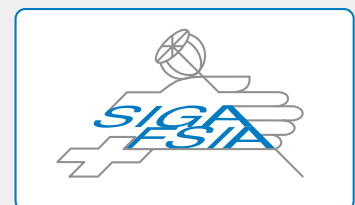
Literatur:

Kleespies, Wolfgang:
Angst verstehen und verwandeln. Angststörungen und ihre Bewältigung in der Psychotherapie. 2003. Ernst Reinhardt Verlag.

Peurifoy, Reneau Z.:
Angst, Panik und Phobien. 1997. Hans Huber Bern.

Riemann Fritz,
Grundformen der Angst. 2003. Ernst Reinhardt Verlag.

Wittchen H.U. Angst:
Angst-Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten. Hexal-Ratgeber. 1997, S.Karger



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.

Hypnose, Positive Kommunikation und die Kraft der Suggestionen im Anästhesiealltag

Corinne Lyoth, Anästhesie-
pflegefachfrau



Als mich Frau Yvonne Huber, Mitarbeiterin der SIGA-Medienkommission, anfragte, ob ich bereit wäre, für das Anästhesiejournal einen Artikel zu diesem Thema zu schreiben, sagte ich spontan, «aus dem Bauch heraus», ja.

Und nun sass ich da und überlegte mir Tage und Nächte, was ich denn nun schreiben solle. Ganz abgesehen davon, dass ich keine Erfahrung im Verfassen solcher Texte habe, erschien mir meine spontane Zusage ziemlich bald als sehr grosse persönliche Herausforderung.

Dieser Artikel soll keine wissenschaftliche Abhandlung sein und auch kein Lehrtext zum Thema «Wie mache ich Hypnose?» Solche anleitungen gibt es unendlich viele und die Hypnosetherapie ist eine so alte Heilmethode, dass ich da nicht mehr Neues erfinden muss.

Im Bericht schildere ich einen kleinen Teil meiner Erfahrungen und Erlebnisse in der Anwendung von Hypnosetherapie aus meiner zehnjährigen Tätigkeit als Anästhesieschwester am Inselspital Bern.

Der Bericht soll zugleich ein Dankeschön sein an alle die guten Seelen, die offenen Herzen, die mich in dieser Arbeit immer unterstützten und dazu ermutigten, meinen Weg in

das vor zehn Jahren noch schlummernde Gebiet weiterzugehen. Dank auch an diejenigen kritischen Köpfe, die nicht abliessen, Fragen zu stellen, kopfschüttelnd meine Tätigkeit beobachteten, um dann nach zehn Jahren, als ich das Inselspital verliess, mit ihre Anerkennung auszusprechen.

Angefangen hat es in der Ausbildungszeit zur Anästhesieschwester, als mich mein damaliger Mentor und Ausbilder Hanspeter Bader einmal darauf ansprach, was ich denn mit den Patienten mache, die seien immer so ruhig und schliefen sichtbar friedlich ein. Es falle ihm auf, dass ich eine spezielle Form habe, mit den Patienten zu sprechen oder sie zu berühren. Schnell einmal wurde mir bewusst, dass ich auf eine Art und Weise, die ich mir selber angeeignet hatte, positive Suggestionen anwandte, die eine Trance auslösten. Oft erzählte ich den Leuten Metaphern, die durch mein ehrliches Mich-auf-sie -Einlassen wie von selbst entstanden.

Angespornt durch Hanspeter Bader startete ich eine Studie über die Wirksamkeit von positiven Suggestionen und Musik in der Einleitungsphase. Glücklicherweise erhielt ich fachmännische Unterstützung durch Herrn Prof. Bongartz von der Universität in Bregenz, der schon viele wissenschaftliche Studien zum Thema Hypnose durchgeführt hatte und den Lehrstuhl für Hypnose innehatte.

Zur gleichen Zeit könnte ich eine Ausbildung in Ericksonian Hypnotherapy bei Prof. Dr. Richard B. Clark vom New England Institute For Neurolinguistic Programming Massachusetts absolvieren.

Die in meinen Augen einzigartige Vorgehensweise der Ericksonian Hypnose hat mich aufs tiefste berührt und einen Prozess der per-

sönlichen Entwicklung im Menschsein und in der Herzensbildung (wie ich es nenne) in Gang gebracht.

Nach dieser Ausbildung war es mir nicht mehr möglich, die begonnen wissenschaftliche Studie zu Ende zu führen, weil sie einen wichtigen Teil nicht beinhaltete, nämlich die auf jeden neuen Patienten individuell angepasste Hypnose Induktion. Damit meine Studie anerkannt werden konnte, musste ich sie standardisieren und den Probanden meine Induktionen per Kassette zukommen lassen. Natürlich für alle die gleiche, was den Erfolg sichtlich schmälerte. Ich werde auf dieses Thema zurückkommen.

So kam der Tag meiner Anästhesie-Diplom-Prüfung. Alle Leute rund um mich rieten mit davon ab, an meiner Prüfung eine Hypnoseeinleitung zu wagen. Sie fürchteten, ich würde mein Diplom aufs Spiel setzen. Ich machte es trotzdem.

Dem am Vorabend ausgesuchten Patienten, 75 Jahre alt, erklärte ich mein Vorhaben genauestens; er war ganz begeistert, ganz besonders über die Aussicht, dass er zum Einschlafen und Erwachen schöne Musik hören werde.

Professor Thomson, der damalige Chef unserer Klinik, reagierte auf die von mir abgelegte praktische Prüfung mit den Worten: «Falls ich auch mal eine Anästhesie brauche, will ich dann aber auch so eine!» Welch schönes Geschenk für mich und welche Motivation, diesen Weg weiter zu gehen, obwohl ich oft belächelt oder nicht ernst genommen wurde.

Was ist Hypnose?

Hypnose oder Trance ist ein vorübergehender Zustand veränderter,

kanalisierter Aufmerksamkeit. In diesem Zustand können verschiedene Phänomene spontan oder als Reaktion auf verbale oder andere Reize auftreten.

Hypnose ist immer eine Selbsthypnose. Der Therapeut ist für den Klienten lediglich das Instrument, das ihm den Einstieg in unbewusste Bereiche seines Selbst, in die in ihm schlummernden Potentiale zur Lösung von schwierigen Situationen, oder in die Selbstheilung öffnen hilft.

Obwohl der Begriff Hypnose vom Namen des griechischen Gottes Hypnos (Gott des Schlafes) abgeleitet ist, hat Hypnose nichts mit schlafen zu tun. Im Gegenteil, es ist vielmehr eine besondere Form von Wachheit, auch oft so von Patienten beschrieben.

Geschichte der Hypnose

Hypnose zählt zu den ältesten Heilmethoden. Erste Überlieferungen von hypnotischen Therapien fand man auf altägyptischen Papyri aus der Zeit um 6'000 v. Chr.

Oft war dort vom sogenannten Tempelschlaf die Rede.

In Europa war F. A. Mesmer (1734–1815) einer der ersten, der Hypnose-Techniken bei Kranken anwendete. Er nannte es jedoch nicht Hypnose, sondern magnetische Streichungen. Das ist heute unter dem Begriff Mesmerismus bekannt.

In Frankreich erlebte die Hypnosetherapie im 19. Jahrhundert ihr Blütezeit.

Auch S. Freud (1856–1939) bediente sich der Hypnose zu psychotherapeutischen Zwecken. Immer wieder geriet und gerät die medizinische Hypnose durch Bühnenshows und dergleichen in Verruf. Daraus

resultieren viele falsche Meinungen, Vorurteile und Ängste.

Dank Milton Erickson (1901–1980) gewann die Hypnose wieder grosse Akzeptanz und Anerkennung. Vor allem in der Schmerztherapie wurde sie nun häufig mit grossem Erfolg eingesetzt.

Milton Erickson, den ich persönlich leider nur noch auf Videoaufnahmen sehen und miterleben konnte, war ein unglaublicher Virtuose im Erzählen von Geschichten, von Metaphern. Oft brauchte er das Erzählen von Geschichten als indirekten Weg, um über Thema und Lösungsmöglichkeiten zu reden. Oft reichten schon seine Metaphern aus, um bei den Klienten eine tiefe Trance zu erreichen, aus welcher sie dann mit den ihnen entsprechenden Lösungen zurückkamen.

Anwendungsgebiete der Hypnose

Oft wird die Hypnosetherapie in der Psychotherapie als Ergänzung eingesetzt.

Sie ist ausgezeichnet dazu geeignet, Klienten mit Diagnosen wie Depression, Ängste, Phobien, Stress, Abhängigkeiten, Essstörungen, Migräne, allgemeine Kopfschmerzen, Trauerarbeit, Traumabewältigung zu helfen.

Ausgezeichnet geeignet ist sie zur Schmerztherapie, sogar bei Operationen kann sie erfolgreich eingesetzt werden.

Bei allen Menschen ist Hypnose anwendbar, vorausgesetzt, dass sie eine solche Hilfestellung wünschen. Auch Kindern kann mit Hilfe dieses wunderbaren Instrumentariums oft vieles erleichtert werden.

Eine grundsätzliche Einschränkung gilt für Leute, die an schizophrenen oder psychotischen Krankheiten leiden. Bei solchen Erkrankungen

besteht das Risiko, dass erneute «Schübe» ausgelöst werden.

Techniken der Hypnose

Die therapeutisch-medizinische Hypnosearbeit ist klar definiert, das Gerüst ist immer das gleiche, der Inhalt wird jedem Klienten individuell angepasst.

Daraus ergibt sich

- Hypnoseeinleitung
- Ruheszenen/Metaphern
- Vertiefen der Trance
- Therapiephase
- Beginn der Rückführungsphase
- Metaphern/Ruheszenen
- Vollständige Rückführung

Wichtig ist zu wissen, dass es je nach der angewendeten Methode der Hypnosetherapie Therapeuten gibt.

Zur Anwendung kommen indirekte Suggestionen oder direkte Suggestionen.

Die Hypnosetherapie nach Milton Erickson finde ich die mit Abstand individuellste, anspruchsvollste Therapie; denn sie orientiert sich am ultimativen Gesetz der Achtung und Respektierung eines jeden Menschen mit seinen ureigensten Bedürfnissen, Geschichten und Potentialen.

Was ist Suggestion?

Sprachliche Anreize (Einzelwörter, Sätze), Düfte, Körperhaltungen und Bewegungen, Musik, akustische Reize, Bilder, Berührungen: in dem allem steckt das Potential zur Suggestion. Über Wirksamkeit oder Auswirkung einer Suggestion entscheidet jeder Mensch meist unbewusst, aus seiner Biographie, aus der momentanen Situation, aus Ängsten, Erinnerungen, aus seinem Glaubensprinzip, seinem Wertesystem heraus.

Folglich haben wir ein riesiges Potential an Möglichkeiten: Wir könne sie auf eine positive Art nutzen, nur dürfen wir dann nicht in unserer gewohnten, unbedachten Art weiterfahren, ohne es zu wollen, negative Reaktionen und unnötige Ängste auszulösen.

Anwendung von Hypnose und Positiver Kommunikation in der Anästhesie

Ich habe sie jeden Tag verwendet, bei jedem Patienten.

Als wichtigstes Element empfinde ich unsere Alltagskommunikation. Wenn wir es schaffen, jeden Satz in einer positiven Form zu sprechen, werden wir staunen, wie viel sich da verändert. Dies scheint am Anfang gar nicht so einfach, da wir uns erstmals «bewusst» werden müssen, was wir an einem einzigen ganzen Tag so sprechen.

Und dann kommt die Arbeit: Es gilt all die Standardsätze, die sich über die Jahre eingekerbt haben, wieder aufzuweichen und durch Neues, Lebendiges zu ersetzen. Wichtig ist es auch, sich schnellstens von jedwem «Anästhesieslang» zu verabschieden. Hierzu nur ein paar wenige Beispiele aus einer umfangreichen Palette, die allen sicher bestens bekannt ist.

- *Haben Sie Schmerzen?*
Patient konzentriert sich auf Schmerz
- *Ist es Ihnen schlecht?*
Patient konzentriert sich auf Übelkeit.

Alternative: Wie fühlen Sie sich? Kann ich etwas für Sie tun, damit Sie sich noch besser fühlen? Es geht nicht darum, Schmerz oder

Übelkeit nicht mehr wahrzunehmen oder nicht darauf zu reagieren, im Gegenteil. Man muss seine eigene Aufmerksamkeit und seine Beobachtungsgabe um ein Vielfaches steigern, wenn man auf diese Art zu arbeiten anfängt. Der Patient gibt uns nonverbal unendlich viele Hinweise und Rückmeldungen zu seiner Befindlichkeit.

Patient liegt wach in der Vorbereitung. Sämtliche Handlungen werden hektisch vollzogen. Eine Arbeitskollegin kommt mit der Medikamentenkiste vorbei und fragt: Brauchst Du auch noch Gift? (Für Anästhesieleute sind damit ganz klar Morphin, Fentanyl etc. gemeint.)

Ich denke, es erübrige sich, auszumalen, was jetzt in der Phantasie des Patienten ablaufen könnte.

- *Sie brauchen keine Angst zu haben*
Vielleicht hatte er gar keine, jetzt aber überlegt er, ob er vielleicht haben sollte, ob es einen Grund geben könnte, Angst zu haben...

Wiederum ist die Konzentration auf das Negative gelenkt worden.

Zum Thema Angst und Tränen

Wenn Patienten Angst haben, ist es absolut unsinnig, dies zu negieren, sie nicht ernst zu nehmen oder sie einfach zu ignorieren, wie ich es leider oft beobachtet habe.

Ich habe die Angst, welche die Patienten mitgebracht haben, immer begrüsst, willkommen geheissen als einen gesunden und normalen Aspekt des Menschseins. Schon allein diese Tatsache, dass endlich irgendwo Platz ist, über die Angst zu sprechen, die Tatsache, dass da jemand ist, für den die Angst sogar etwas

Positives ist, liess die Menschen weich werden und sie konnten sich sichtlich entspannen, da sie jetzt einfach sich selber sein konnten und nicht mehr so genannt «stark» sein mussten. Der Patient, der so einschläft, erlebt eine ruhigere Anästhesie, und vor allem erwacht er viel entspannter. Genauso verhält es sich mit Tränen.

Ich habe Menschen, die geweint haben, immer darin unterstützt, es zu tun. Ich bin aber auch für sie da geblieben und nicht, wie es oft geschieht, weggelaufen, da man so dringen noch etwas holen muss oder sich sonst noch irgend eine gute Begründung findet, um diese Tränen nicht mit zu tragen. Ich finde das schade, denn wir alle haben doch schon erfahren, welche entspannende Wirkung das Weinen haben kann; ich glaube, wir sollten viel mehr und öfter weinen.

Von dem Moment an, wo ich jede, aber auch wirklich jede Reaktion, jede Regung, jedes Gefühl und jedes Wort eines Patienten wirklich ernst nehme, kann ich alle diese Äusserungen als Rückmeldung über die Wirksamkeit meiner Arbeit deuten.

Das Wichtigste

Jede Frau, jeder Mann kann Hypnosetherapie erlernen. Es sind Ausbildungen wie zur Anästhesiefachfrau, zur Physiotherapeuten, zum Chirurgen etc.

All die verschiedenen Techniken, die unterschiedlichsten Sprachmuster, deren man sich bedienen kann, um eine Tranceinduktion zu machen, das alles ist definiert, man kann es mit viel Fleiss lernen. All dies nützt einem aber überhaupt nichts, wenn man sich selber als Mensch nicht mit auf den Weg der

Schulung macht. Die Schulung der Herzensbildung, die Schulung im Menschsein.

Solange wir nur die erlernten Techniken anwenden, werden wir keine erfolgreichen Hypnosen herbeiführen können. Es wird erst gelingen, wenn derjenige, der mit diesem wunderbaren Instrumentarium arbeiten will, bereit und willens ist, sich als Hilfe für den Patienten anzubieten, wenn er erkennt, dass er sich für diesen Moment der Begegnung vollständig auf diesen einen Menschen einlassen muss oder vielmehr darf. Erst wenn wir unsere eigenen Vorstellungen von Moral, von Werten, von Glauben usw. für diesen Moment zurückstellen und uns wirklich auf den Menschen uns gegenüber einlassen, werden uns die wunderbarsten «Dinge» gelingen. Dinge wie wirklich glücklich entspannte Patienten, angstfreies Einschlafen bei Kindern, kein postoperatives Erbrechen und vieles mehr. Es wird nur funktionieren, wenn wir aufhören, uns hinter den Anästhesieapparaturen zu verstecken und uns immer wieder irgend etwas einfallen zu lassen, wieso wir jetzt gleich noch in aller Eile dies und das machen müssen. Von dem Moment an, wo wir uns unser eigenes Menschsein zugestehen, zu unseren eigenen Gefühlen stehen und die auch in der Zusammenarbeit mit Patienten leben, wird sich wirklich vieles verändern - ganz erstaunlich vieles.

Die Technik, die ich entwickelt habe, ist eine Mischung aus Atemübungen, Berührungen, also Körperarbeit, und Hypnose.

Auch wenn ich am Vorabend kaum je Vorbereitungsgespräche mit den Patienten führen konnte, da dies im Kompetenzbereich der Ärzte lag, war immer genügend Zeit, um meine Technik anzuwenden, ganz

harmonisch, nebenbei zu meinen sonstigen Arbeiten als Anästhesie-Schwester. Um eine positive Kommunikation aufzubauen, um in einem Gespräch Metaphern zu verwenden, muss ich mich weder hinsetzen noch bin ich daran gehindert, gleichzeitig Venflon zu stecken, Monitoring einzurichten, Patienten bequem zu lagern, und was sonst noch an Arbeiten anfällt.

Beispiel einer Patientin

Frau Widmer hat mir als Dankeschön für meine Arbeit mit ihr zusammen die Erlaubnis gegeben, von ihr zu berichten, wann immer ich möchte, sie auch mit Namen zu erwähnen und ihren Erlebnisbericht von unserer Zusammenarbeit zu veröffentlichen.

Frau Widmer hatte über private Wege von meiner Arbeit am Inselspital erfahren. Sie wünschte sich nun unsere Zusammenarbeit, da sie schreckliche, für sie unendlich schmerzhaft Erfahrungen im Zusammenhang mit fiberoptischen Intubationen gemacht hatte.

Nebst den durch das Instrumentarium verursachten Schmerzen war es für sie sehr schwer ruhig zu liegen, weil ihr dies nach kurzer Zeit grosse Schmerzen und Muskelkrämpfe bereitete. Nach Absprache mit dem zuständigen Oberarzt, der meine Absicht billigte, besuchte ich Frau Widmer am Vorabend, wo ich mit ihr zusammen vorbereitende Tranceübungen machte. Ausserdem «installierte» ich einen «Anker», der uns beiden helfen sollte, dass sich Frau Widmer am nächsten Tag noch schneller in Trance begeben könne. Die Übungen an diesem Nachmittag und frühen Abend umfassten auch eine Übung zur Anäs-

thesierung eines Körperteils durch Hypnose.

Die fiberoptische Intubation zeigte sich als sehr schwierig und dauerte 15 Minuten. Während der ersten Minuten der Vorbereitung durch mich, wie Venflon stecken etc., induzierte ich die Trance und Frau Widmer war in kürzester Zeit in tiefer Trance. Die Operation verlief problemlos, und Frau Widmer erwachte nach der Extubation schmerzfrei, sichtlich entspannt und ruhig.

Erlebnisbericht von Frau Widmer:

Ich hatte das grosse Glück, dass mich Frau Lyoth, Narkosefachfrau und Hypnosetherapeutin, bei meiner grossen Beckenoperation im Juni 2003 begleitet hat.

Am Tag vor der Operation macht sie mit mir eine Entspannungsübung, um mich in ihre Arbeitsweise einzuführen. Schon bei dieser ersten Übung konnte ich mich für mich extrem gut entspannen. Erstaunlich schnell und tief. Von den Operationsvorbereitungen bekam ich nächsten Tag nicht viel mit. Ich war angstfrei und nach der Begrüssung durch Frau Lyoth schlief ich schnell ein. Als ich aus der Narkose erwachte, fühlte ich mich glücklich. Frau Lyoth hat mir einen Empfangsgruss ans Bett geschrieben, was mich sehr gefreut hat, und ich erlebte einen Moment von wunderbarer Klarheit und erfuhr tiefe Lebensweisheiten. Dies war eine einzigartige Erfahrung, für die ich sehr dankbar bin. Ich fand die Zusammenarbeit mit Frau Lyoth sehr anregend und bin sehr dankbar, dass ich Frau Lyoth kennen gelernt habe und sie mich durch diese schwierige Zeit begleitet hat. Juni 2003, Theres Widmer, Autorin des Buches «Polyarthritits und ein Teeservice».

...und zum Schluss

In der Hypnosearbeit ist es von grosser Wichtigkeit, dass man seinen eigenen persönlichen Stil findet, aus sich heraus entwickelt. Die Techniken sind formuliert, das Gerüst auch, aber es kommt ganz zuerst und vor allem auf das eigene «Feder-Farben-Herz-Gewand» an. Ich hoffe, dass viele den Mut finden, sich selbst auch in ihrer Arbeit zu zeigen und sich auf die Entdeckungsreise nach der Kraft der positiven Kommunikation zu begeben.

Nun habe ich schon so viel geschrieben, dass ich selber darüber staune. Ich hätte noch viel, viel mehr zu berichten, um in allen die Lust zu wecken, sich auf eine solche Arbeit einzulassen.

Wer sich dafür interessiert, findet mein Kursangebot unter:
www.lyoth.net

Ein ganz grosses und herzliches Dankeschön an Herrn Dr. A. Reber, der mir meinen Text redigiert hat.

Literaturangabe:

Milton H Erickson/Ernest L. Rossi -
Hypnotherapie



Bezirksspital Belp

Wir sind ein Spital der Grundversorgung in der Nähe von Bern. Unsere Gebiete umfassen Gynäkologie, Traumatologie / Orthopädie, plastische Chirurgie, Venenchirurgie, Visceral- und Allgemeinchirurgie, Schmerzdienst sowie Innere Medizin und Geriatrie.

Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir auf den 1. April 2005 oder nach Vereinbarung eine/n

Anästhesieschwester/Pfleger (80–100%)

(die Stelle kann auch aufgeteilt werden)

Wir bieten:

- Eine anspruchsvolle und vielseitige Arbeit in kleinem Team (6 MA)
- Weitgehende Selbstständigkeit im täglichen Arbeitsablauf
- Flexible Arbeitszeiten
- Mitarbeit beim Schmerzdienst
- Mitarbeit bei Fortbildung der Pflegekräfte im Spital
- Angemessene Fortbildungsmöglichkeiten
- Gute Freizeit - und Entgeltungsregelung der Bereitschaftsdienste
- Besoldung nach kantonalen Richtlinien
- Angegliederte Kinderkrippe, subventioniert für Personal

Wir erwarten:

- Fachausweis in Anästhesiepflege
- Patientenorientierte Anästhesiepflege
- Teilnahme am Pikettdienst
- Verantwortungsbewusstsein
- Mitarbeit bei neuen Projekten
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an das Bezirksspital und Altersheim Belp, Frau Caroline Berger-Reber, Leiterin Personaldienst, Seftigenstrasse 89, 3123 Belp. Für Fragen wenden Sie sich bitte an den Chefarzt Anästhesie, Dr. V. Bittner Tel.: 818 91 11

Fortbildungskommission SIGA/FSIA

mailto:fobikomm@sig-fsia.ch

Luzern, im Januar 2005

Sitzungssplitter aus der Fortbildungskommission der SIGA/FSIA, 12. Januar 2005, Universitätsspital Zürich

In unserer heutigen Sitzung gilt es - einmal mehr - *zurück* und *vorwärts* zu blicken.

Zurück

Wir heissen heute 2 Gäste willkommen; Siegfried Batzer aus Basel und Martin Müller aus Solothurn.

Siegfried Batzer hat zusammen mit Karsten Boden massgeblich an der Vorbereitung und Durchführung des Herbstkongress 2004 in Basel mitgearbeitet.

Heute präsentiert Siegfried Batzer die Rückmeldungen der Kongressbesucherinnen und Besucher.

Die Rückmeldungen der mehr als 300 Kongressteilnehmerinnen und Teilnehmer sind - Bezogen auf Inhalt, Präsentation und Organisation der Veranstaltung- grösstenteils positiv ausgefallen.

Einmal mehr waren der Veranstalter und die SIGA/FSIA mit der leidigen Tatsache konfrontiert, dass schätzungsweise 20 Kongressbesucher/Innen an Kasse und Eingangskontrolle vorbeigemogelt haben... schade!

Vorwärts

Im Herbst 2005 steht in Basel wieder ein 2tägiger SIGA/FSIA Kongress auf dem Programm. Siegfried Batzer stellt das provisorische Kongresskonzept und Programm des Baseler Herbstkongress 2005 vor. Das Novum an diesem Kongress, er wird für mehrere Disziplinen organisiert, nämlich:

- Anästhesie
- Intensivpflege
- Instrumentierfachpersonen

Der Kongress bietet gemeinsame Workshops und Vorträge für alle Berufsgruppen sowie Referateber, welche spezifisch für 1 Berufsgruppe ausgerichtet sind.

Die Vorbereitung ist eine enorme Herausforderung. Der Veranstalter und die SIGA/FSIA hoffen auf eine rege Beteiligung (700-? Personen), Tagungsort wird die Messe Basel sein.

Kongress Gebühr

In den vergangenen Jahren sind die Kosten für Verpflegung und die Miete der Kongress-Säle gestiegen. Dies hat zur Folge, dass die Kongress Gebühr von heute Fr. 100.- angehoben werden muss. Wir bitten um Verständnis!

Für Deine Agenda 2005-2007

Die Diskussionen des Nachmittags befassen sich mit dem Stand der Planung des *Frühlings-Kongress 2005 in Aarau*, dem *IFNA Weltkongress 2006 in Lausanne* und dem *Frühlingskongress 2007* welcher voraussichtlich in Davos stattfinden wird.

Geschenke am SIGA/FSIA Stand

Martin Müller aus Solothurn, besucht unsere Sitzung als Vertreter der Medienkommission. Wir suchen neue Ideen für ein kleines Geschenk am SIGA/FSIA Kongress-Stand, da die Lippenpflegestifte mit SIGA/FSIA bald aufgebraucht sind. Die Auswahl an Produkten ist riesig.

Hast Du eine zündende Idee, mit welchem kleinen Geschenk wir Dich als Kongressbesucherin oder Kongressbesucher erfreuen könnten? Melde diese Idee doch bei jemandem aus der Fortbildungskommission oder bei Martin Müller (www.sig-fsia.ch)!!!

Fortbildungskommission SIGA-FSIA,
Dominik Dietschi, Luzern



Adressen

SIGA-Vorstand / Comité de la FSIA

Präsident/Président	Marcel Künzler , Wetzikon
Vize-Präsident/Vice-présidente	Martin Müller , Riedholz
Aktuar	Markus Bütschi-Fässler , Gümmenen
Kassier/Caissier	Christian Garriz , Zürich
Beisitzer	Mariateresa De Vito Woods , Bern Markus Hebeisen , Wil Magnin François , Villars-sur-glâne FR
Delegierte Zentralvorstand SBK	Mariateresa De Vito Woods , Bern
Delegierter IVR/Déléguée nationale de IAS	Markus Halbeisen , Wil
IFNA-Landesdelegierter/Déléguée nationale de l'IFNA ...	Karsten Boden , Fislisbach

SIGA/FSIA - Kommissionen und deren Ansprechpartner

SIGA/FSIA - commissions et autres partenaires

Aufwachraumkommission / *Salle de réveil* **aufwachraum@sig-fsia.ch**
vakant

Fortbildungskommission / *Formation continue* **fobikomm@sig-fsia.ch**
Margit Wyss, Telefon Geschäft 01 255 40 70 oder privat 01 252 85 97

Medienkommission / *Médial Journal* **medien@sig-fsia.ch**
Martin Müller, Telefon Geschäft 032 627 40 43 oder privat 032 623 84 78

Pflegekaderkommission / *Cadre* **pflegekader@sig-fsia.ch**
Ursula Hollenstein, Telefon Geschäft 071 987 31 11 oder privat 071 988 54 86

Rettungsdienstkommission / *Pré-hospitalier* **rettungsdienst@sig-fsia.ch**
David-Ulrich Rade, Telefon Geschäft 081 286 63 00 oder privat 081 286 61 16

Schmerzkommission / *Douleurs* **schmerz@sig-fsia.ch**
Monica Wicki-Bättig, Telefon Geschäft 041 939 49 79 oder privat 041 670 09 05

Schulleiterkommission / *Directeurs d'école* **schulleiter@sig-fsia.ch**
Christoph Schori, Telefon Geschäft 061 265 72 65

Homepage **info-siga@sig-fsia.ch**
SIGA/FSIA = www.sig-fsia.ch und www.anaesthesiepflege.ch

Verantwortlicher Homepage **webmaster@sig-fsia.ch**
Christian Garriz, Telefon Geschäft 01 466 10 31 oder privat 01 735 26 31

Kontaktadressen / *Adresses de contact SIGA/FSIA*

Für die Deutschschweiz:

Marcel Künzler

Stationsstrasse 28

8623 Wetzikon /ZH

Telefon 043 495 24 03

praesident@sig-fsia.ch

Pour la suisse romande:

Mariateresa De Vito Woods

Glockenstrasse 12

3018 Bern

mdevito@sig-fsia.ch



MALLINCKRODT

Airway Management



tyco
Healthcare

MALLINCKRODT

Tyco Healthcare Switzerland Ltd.
Roosstrasse 53
8832 Wollerau
Tel. 044 786 50 50

Agenda

Datum date	Thema/Veranstaltung thème/événement	Ort lieu
09.04.2005	Frühjahrsfortbildung SIGA-FSIA	Aarau
09.04.2005	Hauptversammlung SIGA-FSIA	Aarau
24.05. – 25.06.2005	2. Europäischer Anästhesiepflegekongress (www.pzg-organisation.de)	Weimar
10.06. – 13.06.2006	8th World Congress for Nurse Anesthetists (www.wcna2006.ch)	Lausanne

Impressum:

Redaktion/Rédaction:**Martin Müller**

Bürgerspital Solothurn
4500 Solothurn
Telefon 032 627 40 43
medien@siga-fsia.ch

Yvonne Huber**Luzia Vetter****Martin Salzmann****Inseratenannahme/Annonces:****Peter Siegfried**

Cunzstrasse 33
CH-9016 St. Gallen
Telefon privat 071 288 33 90
Telefon Arbeitsplatz 071 494 14 92
psiegfried@siga-fsia.ch
inserat@siga-fsia.ch

**Druck und Versand/
Impression et envoi**

Druckerei Drage GmbH
Hohenemserstrasse 29
CH-9444 Diepoldsau

**Administration, Mitgliederwesen/
Édition et encaissement****Christian Garriz**

In der Fadmatt 57
CH-8902 Urdorf
Telefon/Telefax 01 735 26 31
chgarriz@siga-fsia.ch

Auflage/Tirage

WEMF-beglaubigte Auflage:
2374 Exemplare/explaires 2004
Jahrgang 28/Heft N.1/2005

erscheint/paraît
(4x jährlich)**Abonnement/Abonnement**

für SIGA-Mitglieder gratis
pour membres FSIA gratuit
andere/autres SFr. 50.–
jährlich/par an
Ausland/étranger SFr. 65.–
jährlich/par an

Gerichtsstand/Fors juridique

Bern/Berne

Copyright

Abdruck oder sonstige Übernahme
von Artikeln - auch Auszugsweise -
oder Illustrationen nur nach Abspra-
che mit der Redaktion
Une copie de ce journal, même
partielle, n'est autorisée qu'après
accord de la redaction

Universität Zürich

«In der Abteilung für Anästhesiologie der Vetsuisse Fakultät der Universität Zürich ist ab sofort die Stelle einer/s

Anästhesiepflegefachfrau/mann

zu besetzen.

Vorraussetzungen:

abgeschlossene Ausbildung als Anästhesiepflegefachfrau/mann, Interesse an der Arbeit mit Hunden und Katzen.

Besoldung gemäss Richtlinien Zürcher Kantonsspital.

Schriftliche Bewerbungen mit Zeugniskopien und tabellarischem Lebenslauf sind zu richten an:

Dr. S. Kästner

Pferdeklinik der Veterinärmedizinischen Fakultät der Universität Zürich

Winterthurerstrasse 260

8057 Zürich



Anmeldung für Neumitglieder SIGA/FSIA

Inscription comme nouveaux membres de la SIGA/FSIA

Iscrizione come nuovo membro della SIGA/FSIA

- Ich bin SBK-Mitglied, besitze den Fähigkeitsausweis für Anästhesieschwester/-pfleger und melde mich hiermit als Aktivmitglied der SIGA an.
Je suis membre de l'ASI, je possède le certificat d'infirmier(-ière) anesthésiste et m'incris comme membre actif de la FSIA.
Sono membro dell'ASI, con certificato di capacità d'infermiera/e anestesista, e vorrei iscrivermi come membro attivo della SIGA/FSIA.

- Ich bin SBK-Mitglied, in Ausbildung an einer anerkannten Weiterbildungsstätte für Anästhesieschwestern/-pfleger und melde mich hiermit als Aktivmitglied der SIGA an.
Je suis membre de l'ASI, en formation comme infirmier(-ière) anesthésiste. Je m'incris comme membre actif de la FSIA.
Sono infermiere/a anestesista in formazione, membro dell'ASI, e vorrei iscrivermi come membro attivo della SIGA/FSIA.

- Ich bin SBK-Mitglied und arbeite in einem Aufwachraum.
Je suis membre de l'ASI, travaillant en salle de réveil.
Sono membro dell'ASI e lavoro in sala risveglio.

Name / *nom* / *Cognome* _____

Vorname / *prénom* / *Nome* _____

Adresse / *adresse* / *Indirizzo* _____

Email _____

PLZ / *numéro postal* / *Codice postale* _____

Wohnort / *domicile* / *città* _____

Geburtsdatum / *date de naissance* / *Data di nascita* _____

Geschlecht / *sexe* / *Sesso* _____

Tel. privat / *tél. privé* / *Tel. privato* _____

Tel. Arbeitsplatz / *tél. prof.* / *Tel. prof.* _____

Datum / *date* / *Data* _____

Unterschrift / *signature* / *Firma* _____

Einsenden an: / *envoyer à:* / *Inviare a:*

Christian Garriz, SIGA/FSIA, In der Fadmatt 57, 8902 Urdorf

S/5 Aespire

Unverzichtbare Leistung. Kompaktes Design.

Der S/5 Aespire entspricht dem besonderen Konzept von Datex-Ohmeda bei der Entwicklung von Anästhesie-Arbeitsplätzen, welches auf der engen und ständigen Zusammenarbeit mit Anwendern basiert. Der S/5 Aespire ist ein kompakter, integrierter Basis Anästhesie-Arbeitsplatz für den Vorbereitungsraum, OP, Notfall und Röntgen.

Durch die zuverlässige Leistung des 7100 Ventilators wird die Beatmung von Kindern und Erwachsenen ermöglicht; volumengesteuerter Beatmungsmodus, drucklimitierter Beatmungsmodus, Tidalvolumen-Kompensation, elektronischer PEEP, optional integrierter Volumen- und Sauerstoffüberwachung.

Die optimierte Integration von Datex-Ohmeda S/5 Monitore ermöglicht einzigartige Lösungen für mechanische Integration und Datentransfer.

Performances de base. Design compact.

L'approche unique en matière de conception de systèmes d'anesthésie ainsi que la collaboration étroite avec le corps médical a permis de développer l'Aespire S/5. Il combine les performances bien connues du ventilateur 7100 avec la technologie de monitoring de Datex-Ohmeda pour offrir un système ayant un prix abordable conçu pour les médecins du monde entier. Le ventilateur 7100 a été spécialement conçu pour permettre de ventiler un large éventail de patient, allant des enfants aux adultes: solution idéale pour les médecins qui cherchent un ventilateur ayant d'excellentes performances à un prix raisonnable.

Le système S/5 Aespire diminue le temps d'apprentissage et offre une bonne intercommunication entre les produits de monitoring Datex-Ohmeda System 5.



ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

Diessenhofen – Bern – Lausanne

Phone (+41) 0848 800 900 info@anandic.com

Fax (+41) 0848 845 855 www.anandic.com

D I S O P R I V A N

NUR SCHLAFEN

IST SANFTER!



Disoprivan[®]

Propofol

MIT EDTA

Disoprivan[®] 1% (Amp. 20 ml, Infusionsfl. 50 ml und 100 ml) & 2% (Infusionsfl. 50 ml); PFS1% & 2% (Fertigspr. 50 ml). Zusammensetzung: Disoprivan[®] 1% bzw. 2%: Propofolum 10 mg/ml bzw. 20 mg/ml; Hilfsstoffe: Sojae oleum, Phosphatidum ovi deparatum, Glycerolum, Natrii edetas, Aqua; Liste B. Indikationen: Allgemeinnarkose (ab 6 Monaten), Sedierung (ab 16 Jahren). Dosierung: Induktion 1.5–2.5 mg/kg, Aufrechterhaltung 4–12 mg/kg/h, Sedierung 0.3–4.0 mg/kg/h. Disoprifusor[®] TCI: (ab 16 Jahren) Induktion 4–8 µg/ml, Aufrechterhaltung 3–6 µg/ml. Kontraindikation: Überempfindlichkeit. Vorsichtsmassnahmen: bei eingeschränkter Herz-, Lungen-, Nieren- oder Leberfunktion, Epilepsie, Stillzeit. Schwangerschaftskategorie B. Interaktionen: Fentanyl, Cyclosporin, inkompatibel mit Infusionslösungen; siehe Ausnahmen. Unerwünschte Wirkungen: Hypotonie, transitorische Apnoe, Bradykardie, Asystolie, Anaphylaxie. Weitere Informationen: Arzneimittel-Kompendium der Schweiz oder AstraZeneca AG, 6301 Zug. www.astrazeneca.ch AstraZeneca 