

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

(Generell: die männliche Bezeichnung gilt stellvertretend für beiderlei Geschlecht)

	Seite
1. Leitbild und Grundsätze	2
2. Leistungsspektrum	2
3. Bezug zu externen Abteilungen	3
4. Kaderstruktur	3
5. Weiterbildungsziele	4-22
6. kontinuierliche Fortbildung	23
7. Dokumentation und Evaluation	24
8. Supervision	25
9. Anhang: Standard + Empf. der SGAR für die Weiterbildung in Anästhesie Weiterbildungsprogramm für Anästhesie für FMH Anästhesie Checkliste für die Einführung neuer ärztlicher MA Pain Manual der Anästhesie BSS Evaluation Skills der Assistenten	

Vernehmlassung

- Frau Dr. G. Keller, Weiterbildungsverantwortliche der Anästhesieabteilung BSS
- Frau PD Dr. E. van Gessel, Ressort Weiterbildung SGAR-SSAR
- Oberärzte der Anästhesieabteilung BSS
- Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt Anästhesie BSS
- Prof. A. Urwyler, Weiterbildungsverantwortlicher des Departementes Anästhesie Basel

1. Leitbild und Grundsätze

Es gilt das Leitbild des Bürgerspitals Solothurns. Ausserdem gelten als oberste Werte der Arbeit in der Anästhesieabteilung das Wohl und die Sicherheit des Patienten und in der gegenseitigen Zusammenarbeit Ehrlichkeit, Respekt und gegenseitige Unterstützung. Die Anästhesiekompetenz ist eine Kernkompetenz des Spitals, welche durch die hochwertige personelle und infrastrukturelle Ausstattung dem Bürgerspital im regionalen gesundheitspolitischen Umfeld besondere Bedeutung verschafft. Entsprechend ist sie durch hohe Professionalität zu jeder Tages- und Nachtzeit an 365 Tagen im Jahr gekennzeichnet. Zur Wahrung dieses Qualitätsanspruches sind die notwendigen organisatorischen Massnahmen auf ärztlicher und pflegerischer Ebene zu treffen und regelmässig zu prüfen.

Im Rahmen dieser Grundsätze wird der Weiterbildung zum Facharzt Anästhesie eine grosse Bedeutung beigemessen. Die Weiterbildungszeit für Aerzte an der Anästhesieabteilung BSS soll sowohl für Anfänger wie für Fortgeschrittene während zwei Jahren eine spannende, kritische und lehrreiche Periode sein. Sie sollen lernen, Situationen fachlich richtig einzuschätzen, durch konzeptionelle und strukturierte Umsetzung das Komplikationsrisiko zu minimieren und trotzdem eine gute Dienstleistung zu ermöglichen. Die Kompetenzen werden dabei klar definiert. Die Aufsicht durch die Kaderärzte erfolgt individuell angepasst an den Erfahrungsstand der Weiterzubildenden. Oberstes Prinzip ist bei der Weiterbildung, dass keine Schwellenangst vor ungerechtfertigter Rückfrage oder Aufsicht entstehen darf. Die fachbezogene Diskussion gründet nicht auf hierarchischen Prinzipien oder emotionalen Faktoren, sondern beruht auf solider fachlicher Argumentation. Im Rahmen klar definierter Behandlungskonzepte wird dabei an der Anästhesieabteilung absichtlich eine Vielfalt der Methoden gepflegt und angestrebt.

2. Leistungsspektrum der Anästhesieabteilung

Die Anästhesieabteilung am Bürgerspital Solothurn stellt als interdisziplinäre Einheit die anästhesie- und intensivmedizinische Versorgung für die Patienten des Bürgerspitals und des Spital Grenchens als funktionelle Einheit sicher. Dies beinhaltet sowohl die präoperative Betreuung, die Schmerztherapie wie auch die postoperative Betreuung der Patienten auf IMC und IPS und Bettenstationen. Ausserdem gehört auch die Betreuung der Blutspender und die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes zum Leistungsauftrag. Dieser Leistungsauftrag gilt sowohl für geplante und notfallmässige Eintritte, wie auch für ambulante und stationäre Patienten.

Falls notwendig, wird neben dem durch die Praktiker geleisteten Notfallarzt-Dienst auch ein effektiver Notarztdienst (im Sinne der SGNOR) für speziell schwierige Situationen im Rettungsdienst geleistet. Ebenfalls wird die sichere Verlegung von Patienten ans Zentrumsspital durch die Anästhesieabteilung gewährleistet, falls dies durch externe Organisationen nicht durchgeführt werden kann (REGA).

Dienstorganisation: die Anästhesieabteilung gewährleistet an 365 Tagen im Jahr einen Dienst mit ununterbrochener Präsenz eines Anästhesiearztes in Weiterbildung, eines Oberarztes und einer ausgebildeten Anästhesiepflegeperson, kombiniert mit einem zusätzlichen Hintergrunddienst durch einen der Leitenden Aerzte. Der zusätzliche Hintergrunddienst ist zwischen 10 bis max. 30 Minuten verfügbar. Wenn der Oberarzt ausser Hause ist, so ist der Hintergrunddienst zwingend zu orientieren.

1. Bezug zu externen Abteilungen

Die Weiterbildungsaktivitäten der Anästhesieabteilung des Bürgerspitals werden nur in Koordination mit der Nordwestschweizerischen Interessengemeinschaft (Dep. Anästhesie Basel, KS Olten, KS Liestal, KS Aarau, KS Bruderholz, BS Solothurn) definiert und praktiziert. **Ausser den Ein-Jahresassistenten anderer Weiterbildungsrichtungen werden alle Anstellungen über diese überregionale Organisation wahrgenommen.** Im weitesten Sinne sind die Weiterbildungsstellen als „Rotationsstellen“ innerhalb dieses Anästhesieverbundes zu verstehen, wobei die Anästhesieabteilung des Universitätsspital Basel als Referenzzentrum fungiert.

Als verbindlich gelten (vgl Anhang):

- SGAR: „Standards und Empfehlungen der SGAR für die Weiterbildung in Anästhesie“
- FMH: „Weiterbildungsprogramm für FMH-Titel in Anästhesie, basierend auf der WBO“

Bei der Anästhesieabteilung des Bürgerspitals Solothurn handelt es sich um eine Weiterbildungsstätte Typus “A2” mit Anerkennung in der anästhesiologischen ärztlichen Weiterbildung für 36 Monate.

4. Kaderstruktur

a) Ärztliche Leitung (Stand Juli 2008)

Aktuelle Struktur: 1 Chefarzt (Dr. Ph. Schumacher) für beide Standorte Bürgerspital und Grenchen
1 Chefarztin Standort Grenchen (Frau Dr. S. Lang)
1 Chefarzt-Stellvertreterin und Leitende Aerztin (Frau Dr. G. Keller)
1 Leitender Arzt Interdisziplinäre Intensivstation (Dr. L. Ebnöther)
9,5 Oberärzte

Abteilungsleitung: Dr. med. Ph. Schumacher
Stellvertretung: Frau Dr. G. Keller

Ressorts:	Leitung Intensivstation:	Dr. L. Ebnöther
	Leitung Operationsbetrieb:	Frau Dr. G. Keller
	Ärztliche Leitung Rettungsdienst:	Dr. L. Ebnöther
	Weiterbildungsverantwortliche:	Frau Dr. G. Keller
	Interne Fortbildung:	Dr. S. Gerlach, OA

Die Assistenzärzte der Anästhesieabteilung sind im Tagesablauf grundsätzlich dem „diensthabenden“ Oberarzt (Funktionspiepser 3830) unterstellt und bei unmittelbarer Tätigkeit im Operationssaal dem zugeteilten resp. saalverantwortlichen Oberarzt. Sämtliche Kompetenzen und Tätigkeiten müssen mit einer dieser zwei Funktionen abgesprochen sein.

Die zuständigen Kaderärzte sind fachlich prinzipiell selbstverantwortliche Anästhesisten mit FMH Anästhesie oder äquivalenter ausländischer Ausbildung.

b) Pflegedienstleitung

Die Stationsleitung, ihre Stellvertretung und die Instruktionperson für die Weiterbildung zur Anästhesie-Fachpflegekraft partizipieren an der Instruktion von Assistenzärzten für gewisse Basiskenntnisse, welche gemäss Einführungsprogramm in ihre Zuständigkeit fällt. Sie koordinieren dabei die praktische Weiterbildung von Pflegern in Ausbildung mit derjenigen der Assistenzärzte, achten auch auf „Kollisionen“ im praktischem Ausbildungsbedarf. Für die Einteilung ins

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Tagesprogramm haben sie beim verantwortlichen Oberarzt beratende Funktion. Eine selbstständige Einteilung von Assistenten fällt jedoch nicht in ihre Kompetenz.

5. Weiterbildungselemente

- a) Einführung in die Arbeitsstätte
- b) das wichtigste in Kürze
- c) Ferien- und Kompensationsregelung, fixe Präsenzzeiten, Dienste
- a) Lerninhalte Unterassistenten auf der Anästhesie
- d) Lerninhalte chirurgische Assistenten auf der Anästhesie
- e) Lerninhalte für Nicht-Facharzt Anästhesiologie Assistenten
- g) Lerninhalte für Facharzt Anästhesie – Assistenten
- h) Lerninhalte für alle Weiterzubildenden: Ethik und Gesundheitsökonomie
(ergänzt im März 2009 gem Revision des WBP Anästhesie vom Juli 2008)

a) Einführung in die Arbeitsstätte

Neueintretende ärztliche Mitarbeiter werden nach der offiziellen und allgemeinen Einführung durch den Personaldienst und die administrativen Funktionen durch Fr. Dr. G. Keller (oder durch einen von ihr bezeichneten Vertreter) empfangen. Anhand eines Detailprogramms werden sie am Eintrittstag den wichtigsten Vertretern der Partnerdisziplinen vorgestellt und erfahren mittels einer Begehung alle künftigen Arbeitsplätze. Parallel dazu werden sie mündlich in die organisatorischen Arbeitsabläufe eingeweiht und es wird auf die wichtigsten Informationsquellen (Assistentenordner, Sekretariate etc.) verwiesen. Chirurgische Assistenten, Unterassistenten und unerfahrene Anästhesieassistenten werden an zwei Nachmittagen durch die Weiterbildungsverantwortliche (Frau Dr. Keller) in die präoperative Anästhesievisite (Risikoeinschätzung, klinische Untersuchung, in Frage kommende Anästhesietechniken mit Indikationen/Kontraindikationen, Begleitmedikation, medikamentöse Prämedikation und schliesslich Aufklärung über Ablauf und mögliche Komplikationen) eingeführt.

Die folgenden Tage sind sie einem zusammen mit der gleichen Anästhesie-Pflegeperson eingeteilt, um die klinischen Abläufe zu verinnerlichen und stufenweise in der Patientenvorbereitung mitzuhelfen. Je nach Weiterbildungsstand erfolgt diese Phase nur kurz (technische Einführung bei erfahrenen Anästhesieassistentenärzten) oder ausgedehnt über mehrere Tage bis Wochen (länger dauerndes Einführungssteaching bei Anfängern und Unterassistenten). Bei Verhinderung der vorgesehenen Personen sind diese für einen Ersatz besorgt.

b). das Wichtigste in Kürze über die Anästhesieabteilung BSS

Tagesablauf:

Arbeitsbeginn: 07.00 Uhr die AAInnen und OAInnen helfen bei den Vorbereitungen für den ersten Patienten, Schnitt um 08.00 Uhr, auf der HNO um 07.30h, oder so früh wie möglich.

14.00 Uhr: **OP-Planungsrapport** im Rapportraum E unter der Leitung des OA Anästhesie, die OP-Leitstelle bietet folgende Personen auf: OA Anästhesie, Vertreter des OP, ITAS, Chirurgie, Orthopädie, und Gynäkologie zur Besprechung des OP-Planes des nächsten Tages.

15.30 Uhr: **IDIS- Visite** mit Übergaberapport an Dienst- OAIn

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

spätestens 16.30 Uhr oder eventuell früher, sobald die elektiven Prämedikationen abgeschlossen sind, **Prämedikationsrapport** im Rapportzimmer E: die Anästhesien für den nächsten Tag werden besprochen. Alle neuen Painpatienten, Blasen- und Laborkontrollen des jeweiligen OP-Tages werden auf einem aktuellen Tages- OP-Programm für die Dienstequipe notiert.

Donnerstag 07.00 – 07.30 Uhr, Schulungsraum D: interne Fortbildung, Mitteilungen

Anästhesien:

OP-Säle:

Montag 4 Säle im E (1 Gynäkologie, 1 Chirurgie, 2 Orthopädie, Nachmittag 1 Urologie KSO)

Dienstag 4 Säle im E (2 Chirurgie, 2 Orthopädie), 2 Säle HNO,

Mittwoch 4 Säle im E (2 Gynäkologie oder ev. 1 Chirurgie, Urologie, Nachm. Handchirurgie, 1 Ortho)

Donnerstag 4 Säle im E (2 Chirurgie, 1 Neurochirurgie, + Orthopädie), 2 Säle HNO

Freitag 4 Säle im E (2 Chirurgie, 1 Gynäkologie, 1 Orthopädie)

OA und AA werden tageweise auch in Grenchen eingesetzt.

Regionalanästhesien werden in der Vorbereitung gestochen. Ausnahmen: **Sectio** in SA: wird im OP gestochen, und zwar erst wenn Operateur gewaschen daneben steht.

i.v.- Blöcke werden erst im Saal ausgewickelt und gespritzt, wenn der Operateur bereit ist.

Intubationen: prinzipiell im Saal, wo auch extubiert wird.

Postoperativ werden die Patienten tagsüber während der Woche von 08.00 Uhr bis 19.00 Uhr im Aufwachraum überwacht. Nachts und am Wochenende werden die Patienten postoperativ auf der IMC überwacht, müssen jedoch immer vorher telefonisch angemeldet werden. Patienten mit i.v.- Blöcken, Ischiofemoralblöcken, OA- Blöcken, Maskenanästhesien und tiefen Spinalanästhesien, die keine postoperative Analgesie brauchen, stabil und wach sind, werden direkt auf die Abteilung oder auf die Tagesstation verlegt.

Bei Verlegungen der Patienten auf IMC und IDIS muss die zuständige IDIS- AAIIn beim Verlegungsrapport anwesend sein.

Während des OP- Programms werden die Patienten durch die OP-Leitstelle bestellt. Die Anästhesie schätzt rechtzeitig den Zeitbedarf für die Vorbereitung des nächsten Patienten ab (vgl. Tabelle) und benachrichtigt, in Absprache mit dem Operateur, die OP-Leitstelle.

Die **postoperativen Verordnungen** gelten für die ersten 24 Stunden, Infusionen werden bis am nächsten Tag verordnet. Verordnet wird vom gesamten Anästhesiepersonal, die Verordnungen müssen von der zuständigen Anästhesie- OAIIn kontrolliert werden.

Prämedikation: ab ca. 13.00 Uhr ist das provisorische Programm im PISANA, die AAIIn und cm schreiben sich bei den entsprechenden Patienten auf dem Programm, das im Büro E aufliegt, ein. Auf der Abteilung liegt das Anästhesieprotokoll im Kardex im Stationsbüro, die Unterlagen sind im Arztbüro. Die präoperativen Verordnungen werden auf dem separaten Grünen Blatt eingetragen, das auf der Abteilung bleibt (Ausnahmen: HNO, nur Anästhesieprotokoll, das auf der Station bleibt, ITAS: TL gibt Computerausdruck der Prämedikation weiter). Das Anästhesieprotokoll wird in der Aktenmappe im Büro E abgelegt. Die Prämedikationszeit wird u. U. erst nach unserem Rapport eingeschrieben. Nach 14.00 Uhr aufs Programm gekommene Patienten werden ev. auch erst nach dem Rapport vom Spätdienst prämediziert. Die Prämedikationen werden sofort elektronisch im PISANA erfasst. Privat- und Halbprivatpatienten werden von den OAIIn prämediziert.

Aufklärungsblatt für stationäre Patienten: haben die Patienten mit dem Aufgebot zur Hospitalisation nach Hause geschickt bekommen und den Fragebogen schon ausgefüllt. Der von Patient und AnästhesistIn unterzeichnete Bogen wird von der AnästhesistIn im E eingescannt und mit dem Anästhesieprotokoll in der Aktenmappe im Büro E abgelegt.

Ambulante Patienten: werden auf der Tagesstation gesehen. Die Sprechstunde findet Montag bis Freitag von 13.30 bis 16.00 Uhr statt, die Patienten werden durch die Bettendisposition einbestellt. Das

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Anästhesieprotokoll wird ausgefüllt und die Daten im PISANA eingegeben. EKGs müssen am selben Tag durch unsere Sekretärin organisiert werden. Falls ausnahmsweise Laborwerte bestimmt werden müssen, werden diese auch ambulant am Tag der Anästhesiesprechstunde entweder im Labor oder auf der INOS entnommen. Jedem Patienten wird ein Merkblatt abgegeben mit: Anleitung zum Nüchternsein (klare Flüssigkeit schluckweise bis 2 Stunden vor Spitaleintritt), Eintrittsort, Telefonnummer vom Sekretariat Anästhesie, Richtlinien zur Entlassung und Verhaltensweise postoperativ. Aufklärungsblatt: wurde mit dem Aufgebot für die Anästhesiesprechstunde den Patienten nach Hause geschickt, die Patienten füllen den Fragebogen zu Hause aus. Der unterzeichnete Bogen wird vom Sekretariat sofort eingescannt und mit dem Anästhesieprotokoll abgelegt. Kein grünes Verordnungsblatt nötig

Bestellen von Ec-Konzentraten: wird vom zuständigen OA, der die AnästhesistInnen auf dem OP-Programm einteilt, für jede entsprechende OP bestimmt, oder nach der Prämedikation von allen bei der Eingabe im PISANA eingeschrieben. Das OP- Programm wird mit den Angaben zur Blutbestellung ins Labor geschickt. Im Notfall ist die prämedizierende AnästhesistIn für die Bestellung von Ec's verantwortlich. Eigenblut wird auf dem OP-Programm speziell vermerkt.

Wichtige Telephonnummern:

- 3830 Dienstarzt Anästhesie, tagsüber OA von Saal 1 und 2, nachts und am Wochenende Dienst- AAIn. Alle Anmeldungen für eine Operation sowie Hospitalisationen auf IDIS/IMC müssen auf diesen Sucher gelangen.
- 4056 Dienstsucher Pflegepersonal Anästhesie, muss immer vom 3830 über Notfälle, Programmänderungen etc. informiert werden
- 4332 Dienstsucher IDIS / IMC- AssistentIn von 07.00-23.00 Uhr
- 3595 Painsucher Anästhesiepflegepersonal

IDIS:

wird interdisziplinär geführt. Tagsüber während der Woche ist entweder eine AAIn der Medizin der Anästhesie abwechselungsweise im Früh- und Spätdienst eingesetzt und für alle Intensivpatienten mit der verantwortlichen KaderärztIn der Anästhesie und der OAIn der Medizin zuständig. Nachts und am Wochenende sind die Dienst- AAInnen der Anästhesie mit den Dienst- OAInnen für die Patienten der operativen Fächer zuständig (vgl. Spezialblatt IDIS). Vor dem ersten Tagdienst-Wochenende arbeitet die AAIn 2 Tage auf der IDIS (zusätzlich zur IDIS-AAIn) um die wichtigsten Abläufe kennen zu lernen.

IMC:

Die AAIn der IDIS ist ebenfalls für die IMC zuständig (vgl. oben).

AWR:

Montag-Freitag von 08.00 – 19.00 h offen. Wird von AWR- und Anästhesiepflegepersonal geführt. Abends dürfen Patienten nur bis 17.30 in den AWR verlegt werden, später ins IMC, nur nach telefonischer Anmeldung. Ärztliche Betreuung durch verantwortliche OAIn. Nach IDIS- Visite auch Übergabe im AWR an Dienst habende OAIn.

Tagdienst AA:

Beginn 07.00 Uhr dauert bis nach dem Prämedikationsrapport und alle Arbeiten für die Abteilung erledigt sind, Arbeitsende spätestens 17.00 Uhr. Soweit nicht andere MA zur Verfügung stehen, wird eine AAIn, die im OP-Programm eingeteilt ist, für Prämedikation von Notfällen, Painsdienst etc. vom 3830 delegiert.

Spätdienst AA:

vor dem ersten Einsatz im Spätdienst muss der/die AAIn das Handbuch des Akut- Pain-Service durchgelesen haben und vorgängig einen/e erfahrene KollegIn/ Pflegeperson im Painsdienst begleitet haben. Der Spätdienst beginnt um 12.30 Uhr und dauert bis 22.30 Uhr Der/die AAIn meldet sich bei

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Arbeitsbeginn auf den Sucher 3830, wird entweder beauftragt, Notfallpatienten zu prämedizieren oder im Saal abzulösen. Wenn keine Anästhesiepflegeperson die Painvisite durchgeführt hat, wird sie von der Spätdienst- AAI gemacht. Nachmittags prämediziert die Spätdienst- AAI die ambulanten Patienten in der Anästhesiesprechstunde, ab 15.30 Uhr wird sie im OP eingesetzt, wenn 2 oder mehr Säle laufen, sie muss sich beim 3830 melden. Am Abend kontrolliert die Spätdienst- AAI alle neuen Painpatienten nach und macht einen entsprechenden Eintrag im PISANA. Bei Patienten mit rückenmarksnaher Anästhesie ohne DK wird telefonisch die Miktion nachkontrolliert, am Donnerstag werden alle frisch operierten Diskushernien- Patienten klinisch nachkontrolliert.

Nachtdienst AA:

beginnt wochentags um 22.30 Uhr, am Wochenende um 21.00 Uhr, dauert bis 07.00 Uhr wochentags, am Wochenende bis 09.00 Uhr. Aus ArG- Gründen gibt es keine Überlappung der AA-Dienstschichten, die Übergabe findet vor Schichtende an Dienst- OAI statt. Zu den Aufgaben der Nacht AAI gehört die Nachkontrolle aller neuen Painpatienten, mit elektronischer Erfassung, sowie die telefonische Miktionskontrolle aller Patienten mit rückenmarksnaher Anästhesie und ohne DK, soweit der Spätdienst diese Arbeiten nicht schon erledigt hat. Alle postoperativen Laborkontrollen werden der Dienst habenden AAI gemeldet. Die AAI ist für die IMC- und IDIS- Patienten verantwortlich und betreut zusammen mit der Dienst habenden OAI die Notfälle. (Verantwortlichkeiten: vgl. Stellenbeschrieb). Die Verläufe der IDIS- und IMC- Patienten werden vor 07.00h geschrieben und die neu ausgedruckten Verlaufsblätter in die Ordner abgelegt. Für Routine IMC- Patienten wie Strumektomien werden die Verlegungsverordnungen geschrieben.

Um in dringenden Notfällen möglichst schnell bereit zu sein, muss in Berufskleidung geschlafen werden, bei geburtshilflichen Notfällen muss die AAI sofort, noch bevor die Patientin gesehen wird, die Anästhesiepflege und OAI benachrichtigen

Tag- Wochenenddienst AA:

Samstag und Sonntag von 09.00 – 21.00 Uhr, zuerst Bettvisite auf IDIS und IMC mit den Chirurgen/Orthopäden, dann, in Absprache mit der Dienst- OAI, Visite auf IMC, IDIS oder Einsatz im OP. Die AAI ist für die Painvisite verantwortlich (wenn diese nicht durch das Pflegepersonal durchgeführt werden kann). Sie prämediziert auch eintretende Notfälle. Rechtzeitig vor dem ersten Dienstwochenende meldet sich die AAI beim für die IDIS verantwortlichen Kaderarzt, damit sie 2 Tage auf der IDIS eingearbeitet werden kann (mit IDIS- AAI) (Siehe unten und Richtlinien IDIS).

Painservice: vgl. Spezialblatt.

Ferien/Kompensationen/ Stempelregeln: vgl. Spezialblatt

Fortbildungen:

alle Fortbildungen sind obligatorisch. Klinikintern jeden Donnerstagmorgen von 07.00 bis 07.30 Uhr, an jedem letzten Mittwoch im Monat, von 15.15 bis 16.00 Uhr, mit meist externen Referenten. Hausintern ca. 1x pro Monat am Mittwochabend von 18.30 bis 19.30 Uhr (Hausarztfortbildung). AA- Fortbildung jeden Mittwoch 06.45 – ca. 07.10 h. Es ist vorgesehen, alle 6 Wochen für alle ärztlichen MA einen Journalclub am Mittwochmorgen durchzuführen.

Leistungserfassung / Computereingabe:

jede Tätigkeit der Anästhesie, auch ausserhalb des OP, wird im PISANA erfasst (z.B. Venflon legen, Painvisite). Im OP werden die Zeiten sofort auf den Labtops in der Vorbereitung eingegeben, wenn die Überwachung des Patienten nicht beeinträchtigt wird, können auch die Anästhesiedaten im OP direkt eingegeben werden. Das Verbrauchsmaterial wird im WigAgent eingegeben.

IDIS:

AAInnen der Anästhesie und Medizin werden auf der IDIS eingesetzt, im Winterhalbjahr im Prinzip die erfahrene Basler FMH- AssistentIn, 1-Jahresrotationsstelle mit Beginn im Sommer, im Sommerhalbjahr eine oder ev. 2 andere AAInnen der Anästhesie. Tagsüber während der Woche ist entweder eine AAIn der Medizin oder Anästhesie abwechselungsweise im Frühdienst (07.00 – 17.00h) und Spätdienst (14.45 – 23.30h) eingesetzt und für alle Intensivpatienten mit der verantwortlichen KaderärztIn der Anästhesie und der OAIn der Medizin zuständig.

Nachts und am Wochenende werden die Patienten der operativen Fächer durch die Dienst- AAIn und OAIn der Anästhesie betreut. Die IDIS- AAIn ist für die Painkontrolle und Eingabe im PISANA der IDIS- Patienten verantwortlich.

Es liegt in der Verantwortung der IDIS- AAIn, sich mittels der schriftlich zur Verfügung stehenden Unterlagen in die IDIS einzuarbeiten.

Tagesablauf während der Woche:

- nach 07.00 Uhr: IDIS- AAIn informiert sich anhand schriftlichem Ausdruck und Rapport der Dienst- OAIn über die Patienten.
 - nach 07.30 Uhr: Visite am Bett mit Chirurgen, IDIS- AAIn, die Dienst- OAIn sowie die für die IDIS verantwortliche Anästhesie- OAIn müssen dabei sein.
 - 08.00h Rapport Internisten (Aula), anschliessend Bettvisite
 - Tischvisite mit OAIn Anästhesie
 - Bettvisite und Verordnungen für die internistischen Patienten
 - 15.30.00 Uhr Bettvisite Patienten der operativen Fächer, Übergabe an Dienst- OAIn der Anästhesie anhand schriftlicher Zusammenfassung
 - 16.00 Uhr Bettvisite medizinische Patienten

Mindestens 1x/Tag wird jeder Patient klinisch untersucht.

Verordnungen, v. a. bei Verlegungen sollten vor der Visite vorbereitet werden.

Die AAIn der IDIS ist bei jedem Neueintritt bei der Übergabe anwesend.

Die IDIS- AAIn ist für das Einrichten des Bipap- Gerätes verantwortlich.

Wochenende und Feiertage:

die Anästhesie-Dienst- AAIn ist mit der Dienst- OAIn für die IDIS verantwortlich. Morgens findet um 09.00 Uhr die Bettvisite mit den KollegInnen der operativen Fächer, anschliessend, wenn immer möglich, sofort die Tischvisite statt.

Eintritte und Verläufe:

werden durch die anwesenden AAIn im Computer eingegeben, sowie jeden Tag eine systematische Zusammenfassung des Verlaufes. Der Übergaberapport wird vorbereitet.

Es ist die Aufgabe der Nachtdienst- AAIn, alle Verläufe vor 07.00h zu schreiben und die neu ausgedruckten Verlaufsblätter im IDIS- Ordner abzulegen. Die IDIS-AAIn ist, mit der verantwortlichen OAIn, für die statistischen Erfassungen im Wigintensiv verantwortlich (vgl. Anleitung).

Austritte:

die Verordnungen werden auf dem gelbem Verordnungsblatt geschrieben, der Computerausdruck des Eintritts, Verlaufes und Austritt wird der KG beigelegt. Die verantwortliche AAIn auf der Abteilung wird bei komplexen Patienten telefonisch benachrichtigt. Bei Todesfällen oder Verlegungen in eine andere Klinik ist die IDIS- AAIn für den Austrittsbericht zuständig.

IMC :

Eintritte auf der IMC müssen immer vorher dem 3830 angemeldet werden. 3830 und die verantwortliche KaderärztIn der IDIS sind verantwortlich, dass die Aufwach- und Überwachungspatienten vernünftig zwischen IMC und IDIS verteilt werden, es ist darauf zu achten, dass die IMC nicht überbelegt wird (nur 1 Pflegeperson nachts).

Tagsüber während der Woche ist die IDIS- AAIIn für alle Patienten verantwortlich, nachts und am Wochenende ist es die Dienst- AAIIn Anästhesie.

Tagesablauf während der Woche:

- Nach 07.00 Uhr: AAIIn informiert sich anhand des schriftlichen Ausdrucks und Rapport der Dienst- OAIIn über die Patienten.
- ca. 07.30 Uhr: Bettvisite mit Chirurgen: IDIS- AAIIn, Dienst- OAIIn und verantwortlicher OAIIn Anästhesie müssen dabei sein. Falls die Orthopäden gleichzeitig Visite machen wollen, teilen sich die AnästhesistInnen auf.
- sofort anschliessend Verordnungen, entweder auf dem IDIS/IMC- Verordnungsblatt oder bei Verlegung auf dem gelben Verordnungsblatt. Für die Verlegung wird der Eintrag im Computer vervollständigt und ausgedruckt.
- 15.30 Bettvisite mit Übergabe an Dienst- OAIIn der Anästhesie
- unkomplizierte Verlegungsverordnungen wie z.B. bei Strumapatienten werden von der Nacht-AAIIn der Anästhesie geschrieben.

Bei jedem Eintritt auf dem IMC, sei aus dem OP, AWR oder INOS, muss die IDIS- AAIIn benachrichtigt werden und anwesend sein. Bei Verlegungen aus dem OP oder AWR wird der voraussichtliche Zeitpunkt der Schichtleitung IMC (4245) gemeldet, sie ist für die Weiterleitung an die IDIS AAIIn (4332) verantwortlich. Die IDIS- AAIIn ist für die Painkontrolle der IMC- Patienten und Eingabe im PISANA verantwortlich.

Eintritte und Verläufe:

werden durch die anwesende AAIIn im Computer eingegeben, sowie jeden Tag eine systematische Zusammenfassung des Verlaufes verfasst.

Commotiopatieneten:

Werden wie alle Patienten im PISANA aufgenommen und Verordnungen geschrieben. Bleiben im Prinzip weniger als 24h hospitalisiert. Während der Woche werden Austrittsuntersuchung und Austrittsbericht von der IDIS- AAIIn gemacht (Bericht durch AAIIn Chirurgie schon vorbereitet), am Wochenende von der Dienst- AAIIn Chirurgie (3800). (Vgl. Ablaufschema)

Painservice: akute und chronische Schmerztherapie und Arbeiten auf der Station:

Spezielle Schmerztechniken werden anlässlich der Prämedikationsvisite mit dem Patienten besprochen, der Patient wird über die Risiken aufgeklärt und die postoperative Analgesie-technik auf dem Aufklärungsbogen vermerkt. Bei der schriftlichen Eingabe der Prämedikation und der vorgesehenen postoperativen Schmerztechnik (Katheter oder PCA) wird für diesen Patienten die Rubrik Painservice im PISANA automatisch eröffnet. Jede Kathetereinlage oder Installation einer PCA- Pumpe wird durch die ausführende Anästhesistin als erster Eintrag im Painprogramm eingegeben. Die Liste der Painpatienten kann ausgedruckt werden.

Für chronische Schmerzpatienten mit speziellen Medikamentengemischen wird ein spezielles Painblatt ausgefüllt, das im Painordner abgelegt wird.

Jede Schmerzpumpe wird nur mit entsprechender **Anweisungskarte** auf die Abteilung gegeben, die Karten befinden sich im OP und AWR. Es ist speziell darauf zu achten, dass diese Karten auch für die Patienten, die direkt auf die IMC oder IDIS verlegt werden, an der Pumpe angebracht werden.

Painvisite: mindestens 1x pro Tag wird jeder Schmerzpatient nachkontrolliert: morgens geht entweder eine Pflegeperson der Anästhesie, oder ab Mittag die Spätdienst- AAn bei allen Schmerzpatienten vorbei und gibt die Visite mit VAS im PISANA ein. Procedere und eventuelle Medikamentenänderungen werden auch vermerkt. Abends werden die Patienten, die am selben Tag operiert wurden, vom Spät- oder Nachtdienst nachkontrolliert (vgl. aktuelles Tagesprotokoll mit Hinweisen für alle zu kontrollierenden Patienten und Ausdruck aller Painpatienten). Es ist wichtig, jedes Mal beim Patienten vorbeizugehen und sich anschliessend beim Stationspflegepersonal zu melden. Bei Problemen oder Unklarheiten nimmt die AAn Kontakt mit der Dienst- OAn auf. Für die Patienten auf der IDIS/IMC ist tagsüber während der Woche die IDIS- AAn verantwortlich.

Painkoffer: ist im AWR und enthält alles nötige Ersatzmaterial und Medikamente für die Painvisite. Wird regelmässig vom AWR- Personal kontrolliert und aufgefüllt.

Diskushernienpatienten: die meisten Patienten werden mit einer SA anästhesiert. Am Donnerstagabend werden alle Patienten (auch ITA) klinisch durch den Dienst- AAn nachkontrolliert (kursorischer Neurostatus und Diurese).

Bei allen Patienten mit rückenmarksnahen Anästhesien und ohne DK wird im AWR mittels **Bladderscan** die Blasenfüllung nachkontrolliert. Abends wird bei all diesen Patienten nach der Diurese gefragt.

Patienten, die vom AWR auf die Abteilung verlegt werden und bei denen nachts noch **Laborkontrollen** vorgesehen sind, werden von der zuständigen AWR- Pflegeperson auf ein spezielles Blatt vermerkt mit Laborresultaten prä-, intra- und postop. sowie Grenz- Hämoglobinwert. Dieses Blatt wird jeden Abend im Painordner abgelegt.

Bipap: alle Patienten, die mit einem unserer 2 BIPAP- Geräte atmetherapiert werden, müssen 1x pro Tag durch die Pain- AAn nachkontrolliert werden. Sie müssen im Painprogramm aufgeführt werden.

c) Ferien- / Freitage, Kompensationen (vgl. auch Ferien- und Stempelregelung):

AssistenzärztInnen:

Ferienanspruch: 23 Arbeitstage pro Jahr. Die Ferien müssen untereinander abgesprochen, ein Absenzformular ausgefüllt und der LA zum visieren gegeben werden. Alle MA sind dafür verantwortlich, dass die Ferien anfangs Kalenderjahr, bei späterem Eintritt so früh wie möglich eingegeben werden. Sie sind auch dafür verantwortlich, dass die Ferien rechtzeitig bis Ende der Anstellung eingezogen werden. Es können nicht zwei AssistenzärztInnen gleichzeitig in den Ferien weilen. Einmal eingegebene Ferien können nur ausnahmsweise und nach Ermessen von KEL, SCP umgebucht werden (vgl. Informationsblatt Ferien und Stempeln KEL Januar 2006).

Dienstorganisation gemäss Arbeitsgesetz: Sollarbeitszeit 48 Stunden / Woche, maximale Arbeitszeit 50 Stunden / Woche, maximal 140 Überstunden sind pro Jahr zulässig. Der Nachtdienst ist in 3 und 4 Nächten aufgeteilt, wochentags von 22.30 – 07.00 Uhr, Samstag und Sonntag von 21.00 – 09.00 Uhr. Der Dienstplan ist in 4 oder 5 Wochenzyklen organisiert, je nachdem eine AAIIn ferienabwesend ist. Die Dienstabfolge innerhalb einer Woche muss respektiert werden, da Spät- und Tagdienste so eingeteilt sind, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 48 Stunden beträgt und die diversen gesetzlichen Auflagen erfüllt sind. Der Dienstplan wird im PEPS geplant, B. Cucoba bewirtschaftet den PEPS, KEL ist zuständig für die Eingabe von Gleitzeit- oder Zeitzuschlagkompensationen. Die Zeitausweise müssen sofort nach Erhalt kontrolliert, unterschrieben und im Fach Sekretariat abgelegt werden.

OberärztInnen:

Sollarbeitszeit 48 Stunden / Woche, maximale Arbeitszeit 50 Stunden / Woche gemäss GAV, es gilt Präsenzzeit = Arbeitszeit.

Im Moment gilt folgende Dienstregelung: Dienst während der Woche von 14.00 Uhr (Anästhesiesprechstunde) bis am darauf folgenden Morgen bis nach der IDIS- Visite (08.00h), der restliche Tag ist frei. Am Wochenende arbeitet eine OAIIn Freitag von 15.30 – 09.45 Uhr und Sonntag von 09.00 – 08.00 Uhr, kompensiert in der darauf folgenden Woche am Montag, Dienstag und Freitag. Die OAIIn am Samstag arbeitet von 09.00 – 09.45 Uhr, kompensiert in der darauf folgenden Woche am Dienstag und Mittwoch, am Montag macht sie Reservedienst von 12.30 – 17.00h. Zusätzliche Kompensationstage oder halbe Arbeitstage (= Reservedienst, d.h. von 12.30h – 17.00h oder ganztags, falls kurzfristig eine OAIIn im Programm gebraucht wird) werden von KEL eingeteilt. Die OA haben Anspruch auf 23 Arbeitstage Ferien. Die Ferien müssen untereinander abgesprochen, ein Absenzformular ausgefüllt und der LA zum visieren gegeben werden. Alle MA sind dafür verantwortlich, dass die Ferien anfangs Kalenderjahr, bei späterem Eintritt so früh wie möglich eingegeben werden. Sie sind auch dafür verantwortlich, dass die Ferien rechtzeitig bis Ende der Anstellung eingezogen werden (vgl. Informationsblatt Ferien und Stempeln KEL April 2008).

Kongresse:

AA- Innen und OA-Innen haben Anspruch auf 5 Tage Kongressbesuche. Nicht eingezogene Kongresstage können nicht auf das nächste Jahr übertragen werden. Die Kongress-abwesenheiten müssen mit den Ferienabwesenheiten der anderen OA- und AAIInnen koordiniert werden und sind nur nach Rücksprache mit der LA/CA möglich. Sie müssen schriftlich wie die Ferien auf dem Absenzformular beantragt werden. Während des SGAR- Kongress gibt es nur ein Notfallprogramm, alle diejenigen, die nicht Dienst haben, nehmen entweder am Kongress teil oder ziehen dafür einen Ferientag ein. Ein Anspruch auf Kostenbeteiligung besteht nicht, ist aber für OAIInnen je nach Privathonorarsituation möglich.

d) Lerninhalte für Unterassistenten

1. Allgemeines:

- Die Praktikumsdauer beträgt im allgemeinen 2 Monate, Ausnahme: deutsche StudentInnen 16 Wochen im Sommer
- Die klinische Tätigkeit darf nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen (Supervision Grad 1-2)

2. Lernzielkatalog:

Dem/der Cand. med. sollen während seines/ihres Praktikums folgende Grundkenntnisse vermittelt werden:

Klinische Beurteilung des Patienten präoperativ

- Risikoeinstufung gemäss ASA-Klassifizierung
- Einfluss verschiedener medizinischer Probleme auf die Anästhesieführung, wie z.B. Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, KHK etc.
- Kenntnisse verschiedener Prämedikationsmedikamente
- Präoperative Verschreibung chronischer Medikationen

Präoperative Betreuung:

- Standard Monitoring: EKG, Pulsoxymeter, BD, Kapnographie, TOF
- **Legen einer peripheren Infusion, zuerst am schlafenden Patienten**
- Standardmedikamente vorbereiten (ITN, Regionale)
- Korrekte Lagerung

Regionalanästhesien:

- Assistenz bei Regionalanästhesien
- Ischiadicusblock, später Femoralisblock
- Spinalanästhesie erst wenn Ueberwachung von Spinalanästhesien mehrmals durchgeführt wurde
- Andere Regionalanästhesien dürfen von UA's nicht durchgeführt werden

Intraoperative Betreuung:

- Prinzipien der Aufrechterhaltung der Anästhesie
- Wichtigste Medikamente zur Behebung intraoperativer Probleme
- Physiologie und Pathophysiologie des anästhesierten Patienten
- Sicherung der Atemwege
- Maskenbeatmung, Einlage einer Laryngealmaske
- Intubation: zuerst bei Zahnlosen, nur mit normaler Anatomie, in keinem Fall bei RSI und Kindern.

Postoperative Betreuung:

- **Extubationskriterien**
- Prinzipien der Reversion der Muskelrelaxantien
- Prinzipien der postoperativen Schmerztherapie: konventionelle Schmerztherapie, kontinuierliche Regionalanästhesie, PCA
- Einfache postoperative Verordnungen, mit Kontrolle OA

3. Organisatorisches:

In der ersten Woche wird der/die UA fest einer Schwester/Pfleger zugeteilt, der/die UA begleitet verschiedene AertztInnen auf die Prämedikationsvisite. Später muss der/die UA bevor er/sie prämedizieren geht, die vorgesehenen Patienten und deren Anästhesietechnik mit einem/r OA vorbesprechen. Es werden keine Privat-oder Halbprivatpatienten von den/der UA prämediziert, ambulante Patienten nur in Ausnahmefällen und nur nach Vorbesprechung. Bei Privat-und Halbprivatpatienten führt der/die UA keine Regionalanästhesien durch.

Prinzipiell gilt, dass invasive Gesten wie Intubation, Spinalanästhesien etc erst nach Beherrschen von Monitoring und einfacher Ueberwachung durchgeführt werden, nach Ermessen der/des Vorgesetzten.

Der Montagemorgen bis 13.00 Uhr steht dem/der UA der Uni Bern zum Theoriestudium zur Verfügung.

e) Lerninhalte chirurgische Assistenten

1. Allgemeines:

- Die Rotation beträgt 6 Monate
- Die klinische Tätigkeit erfolgt unter oberärztlicher Aufsicht (Supervision Grad 1-2)

2. Lernzielkatalog:

Dem/der chirurgischen AssistenIn sollen während seines/ihres Praktikums folgende Grundkenntnisse vermittelt werden:

Klinische Beurteilung des Patienten präoperativ

- Risikoeinstufung gemäss ASA- Klassifizierung
- Einbezug Comorbiditäten in die Anästhesieführung
- Kenntnisse verschiedener Prämedikationsmedikamente
- Präoperative Verschreibung chronischer Medikationen, Management des Diabetikers
- Beiziehen von Literatur für Anästhesien bei speziellen Krankheitsbildern

Präoperative Betreuung:

- Standard Monitoring: EKG, Pulsoxymeter, BD, Kapnographie, TOF
- Prüfen der Beatmungsgeräte
- Bereitstellen von zusätzlichem Monitoring (transcutanes CO₂, BIS, TEE)
- **Legen einer peripheren Infusion (zuerst am schlafenden Patienten)**
- Standardmedikamente vorbereiten (ITN, Regionale)
- Korrekte Lagerung, auch Seiten- und Bauchlage

Regionalanästhesien (Sequenz) :

- Assistenz bei Regionalanästhesien
- Ischiadicusblock, später Femoralisblock
- iv- Regionale obere Extremität
- Spinalanästhesie sobald Überwachung von Spinalanästhesien mehrmals durchgeführt wurde
- Andere Regionalanästhesien dürfen von chirurgischen AA nicht oder je nach Vorerfahrung nur ausnahmsweise ausgeführt werden.

Intraoperative Betreuung:

- selbstständiges Aufziehen aller Medikamente
- Beatmungsmaschinencheck nach 1 Monat
- Prinzipien der Aufrechterhaltung der Anästhesie
- Wichtigste Medikamente zur Behebung intraoperativer Probleme
- Physiologie und Pathophysiologie des anästhesierten Patienten
- Sicherung der Atemwege
- Maskenbeatmung mit und ohne Hilfsmittel
- Einlage einer Laryngealmaske
- Intubation: zuerst bei Zahnlosen, dann mit normaler Anatomie, RSI erst später, wenn Routine mit normalen Intubationen.
- ZVK: ausnahmsweise bei Vorerfahrung, nur bei schlafenden Patienten und unter Aufsicht. Ev. gegen Ende der Anästhesietätigkeit.
- Arterienkanülen nur nach mehreren ABGA- Punktionen

Postoperative Betreuung:

- **Extubationskriterien**
- Prinzipien der Reversion der Muskelrelaxantien
- Kenntnisse der postoperativen Schmerztherapie: konventionelle Schmerztherapie, kontinuierliche Regionalanästhesie, iv- PCA. Verordnungen sowie Nachkontrollen im akuten Schmerzdienst. Vorbereiten der PCA- Pumpe.
- postoperative Verordnungen, mit Kontrolle OA, später ev. auch für IMC und IDIS- Patienten

Weiterbildung:

- AA-Fortbildung am Mittwochmorgen 06.45 – 07.10 Uhr: Lesen der entsprechenden Kapitel und Fragen. Nacht-AAIn präsentiert die Kapitel. Oder Präsentation von Geräten durch CA/LA
- Donnerstagmorgen 07.00 – 07.30 Uhr: ev. Präsentation einer Fortbildungen
- Am letzten Mittwoch im Monat 15.15 – 16.00h Fortbildung mit externen Referenten
- Hausarztfortbildung Mittwochabend, ca. 1x/Monat

3. Organisatorisches:

In der ersten Woche wird der/die AAIn nach Möglichkeit fest einer Schwester/Pfleger zugeteilt. Nach einer theoretischen Einführung geht der/die AAIn mit einem/einer erfahrenen KollegIn auf die präoperative Anästhesievisite, später allein, nachdem die vorgesehenen Patienten und deren Anästhesietechnik mit einem/r OA vorbesprochen worden sind. Später können erwachsene ambulante Patienten in der Anästhesiesprechstunde prämediziert werden, ebenfalls nach Vorbesprechung mit einem/er OA.

Ab Ende des zweiten Monates wird der/die AAIn im Spätdienst eingesetzt: Voraussetzung ist, dass er/sie das Manual des Akut-Pain-Service durchgelesen hat, den Pflegedienst auf der Painvisite und eine erfahrene KollegIn im Spätdienst begleitet hat.

Privat/Halbprivatpatienten: werden elektiv von OA prämediziert. Regionalanästhesien, Katheter am wachen Patienten nur durch OA, periphere Leitungen und Intubationen nur gegen Ende der Anästhesietätigkeit.

f) Lerninhalte für Nichtfacharzt Anästhesie – Assistenten

1. Allgemeines:

- Dauer der Weiterbildung 1 Jahr
- Die klinische Tätigkeit erfolgt unter oberärztlicher Aufsicht (Supervision Grad 1-3)

2. Lernzielkatalog:

Dem/der fachfremden Anästhesie AssistenIn sollen während seiner/ihrer Weiterbildung folgende Grundkenntnisse vermittelt werden:

Klinische Beurteilung des Patienten präoperativ

- Risikoeinstufung gemäss ASA- Klassifizierung
- Einbezug Comorbiditäten in die Anästhesieführung
- Kenntnisse verschiedener Prämedikationsmedikamente
- Präoperative Verschreibung chronischer Medikationen, Management des Diabetikers
- Beziehen von Literatur für Anästhesien bei speziellen Krankheitsbildern

Präoperative Betreuung:

- Standard Monitoring: EKG, Pulsoxymeter, BD, Kapnographie, TOF
- Prüfen der Beatmungsgeräte
- Bereitstellen von zusätzlichem Monitoring (transcutanes CO₂, BIS, TEE)
- Vorbereitung von Level One, Cats etc.
- **Legen einer peripheren Infusion (zuerst am schlafenden Patienten)**
- Standardmedikamente vorbereiten (ITN, Regionale)
- Korrekte Lagerung, auch Seiten- und Bauchlage

Regionalanästhesien (Sequenz) :

- Assistenz bei Regionalanästhesien
- Ischiadicusblock, später Femoralisblock
- iv- Regionale obere Extremität, nach 3 OP- Tagen selbständig
- Spinalanästhesie sobald Überwachung von Spinalanästhesien mehrmals durchgeführt wurde
- SA bei elektiver Sectio und DH-Operationen: frühestens nach 6 Monaten, nur unter OA- Aufsicht, maximal ein Versuch
- keine Epiduralanästhesien
- Axillärer Plexus/ VIP erst wenn Routine mit Ischio- Femoralblock
- keine Interscalenusblockaden oder kontinuierliche Plexustechniken

Intraoperative Betreuung:

- selbstständiges Aufziehen aller Medikamente
- Beatmungsmaschinencheck nach 1 Monat
- Prinzipien der Aufrechterhaltung der Anästhesie
- Wichtigste Medikamente zur Behebung intraoperativer Probleme
- Physiologie und Pathophysiologie des anästhesierten Patienten
- Sicherung der Atemwege
- Maskenbeatmung mit und ohne Hilfsmittel
- Einlage einer Laryngealmaske

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

- Intubation: zuerst bei Zahnlosen, dann mit normaler Anatomie, RSI erst später, wenn Routine mit normalen Intubationen.
- DL erst nach 6 Monaten, wenn Pathophysiologie der 1-Lungenbeatmung bekannt.
- ZVK: nur bei schlafenden Patienten und unter Aufsicht, bei Vorerfahrung schon zu Beginn, sonst frühestens nach 6 Monaten.
- Arterienkanülen nach ABGA- Punktionen
- selbständiges intraoperatives Führen einer Allgemeinanästhesie bei ASA I und II-Patienten und kleinen bis mittleren Eingriffen.

Postoperative Betreuung:

- **Extubationskriterien**
- Prinzipien der Reversion der Muskelrelaxantien
- Kenntnisse der postoperativen Schmerztherapie: konventionelle Schmerztherapie, kontinuierliche Regionalanästhesie, iv- PCA. Verordnungen sowie Nachkontrollen im akuten Schmerzdienst. Vorbereiten der PCA- Pumpe.
- postoperative Verordnungen, mit Kontrolle OA, später auch für IMC und IDIS- Patienten
- Patientenbetreuung auf IMC und IDIS, zuerst tagsüber am Wochenende, dann nachts.

Intensivstation / IMC:

- Vor erstem Wochenenddienst 2 Tage mit zusätzlich zu IDIS-AA eingeteilt, in Abläufe und Computereingaben eingeführt.
- Am Wochenende Vorordnungen mit OA
- Nachts Lösen einfacher Probleme (nach Absprache OA).
Vgl. auch Organisation Anästhesieabteilung BSS und AA- Ordner IDIS

Weiterbildung:

- AA-Fortbildung am Mittwochmorgen 06.45 – 07.10 Uhr: Lesen der entsprechenden Kapitel und Fragen. Nacht-AAIn präsentiert die Kapitel. Oder Präsentation von Geräten durch CA/LA.
- Donnerstagmorgen 07.00 – 07.30 Uhr: Präsentation von 1 – 2 Fortbildungen / Jahr
- Am letzten Mittwoch im Monat 15.15 – 16.00h Fortbildung mit externen Referenten
- Hausarztfortbildung Mittwochabend, ca. 1x/Monat

3. Organisatorisches:

In der ersten Woche wird der/die AAIn nach Möglichkeit fest einer Schwester/Pfleger zugeteilt. Nach einer theoretischen Einführung geht der/die AAIn mit einem/einer erfahrenen KollegIn auf die präoperative Anästhesievisite, später allein, nachdem die vorgesehenen Patienten und deren Anästhesietechnik mit einem/r OA vorbesprochen worden sind. Später können erwachsene ambulante Patienten in der Anästhesiesprechstunde prämediziert werden, ebenfalls nach Vorbesprechung mit einem/er OA.

Ab Ende des ersten Monates wird der/die AAIn im Spätdienst eingesetzt: Voraussetzung ist, dass er/sie das Manual des Akut-Pain-Service durchgelesen hat, den Pflegedienst auf der Painvisite und eine erfahrene KollegIn im Spätdienst begleitet hat. Erst nachdem die AAIn im Spätdienst gearbeitet hat, wird sie tagsüber am Wochenende eingeteilt. Die AAIn arbeitet 2 Tage auf der IDIS (zusätzlich zur IDIS- AAIn) um die wichtigsten Abläufe kennen zu lernen. Der/die AAIn wird frühestens im Laufe des 2. Monats im Nachtdienst eingesetzt.

Privat/Halbprivatpatienten: werden elektiv von OA prämediziert. Regionalanästhesien, Katheter am wachen Patienten nur durch OA, periphere Leitungen und Intubationen nur nach > 6 Monaten.

f) Lerninhalte für Facharzt Anästhesie – Assistenten, ohne Vorkenntnisse

1. Allgemeines:

- Dauer der Weiterbildung 2 Jahre
- Führen des Logbuchs in eigener Verantwortung
- Die klinische Tätigkeit erfolgt unter oberärztlicher Aufsicht (Supervision Grad 1-3 ev. 4)

2. Lernzielkatalog im 1. Jahr:

Dem/der zu Beginn der Weiterbildung stehenden/de Anästhesie AssistenIn sollen folgende Kenntnisse vermittelt werden:

Klinische Beurteilung des Patienten präoperativ

- Risikoeinstufung gemäss ASA-Klassifizierung
- Einbezug Comorbiditäten in die Anästhesieführung
- Optimale Verschreibung Prämedikationsmedikamente, auch bei Kindern
- Präoperative Verschreibung chronischer Medikationen, Management des Diabetikers
- Beziehen von Literatur für Anästhesien bei speziellen Krankheitsbildern

Präoperative Betreuung:

- Standard Monitoring: EKG, Pulsoxymeter, BD, Kapnographie, TOF
- Prüfen der Beatmungsgeräte
- Bereitstellen von zusätzlichem Monitoring (transcutanes CO₂, BIS, TEE)
- Vorbereitung von Level One, Cats etc.
- **Legen einer peripheren Infusion (zuerst am schlafenden Patienten)**
- Standardmedikamente vorbereiten (ITA, Regionale)
- Korrekte Lagerung, auch Seiten- und Bauchlage

Regionalanästhesien (Sequenz) :

- Assistenz bei Regionalanästhesien, Medikamente aufziehen
- Ischiadicusblock, später Femoralisblock
- iv-Regionale obere Extremität, nach 3 OP-Tagen selbständig.
- Spinalanästhesie sobald Überwachung von Spinalanästhesien mehrmals durchgeführt wurde, später kont. Spinale.
- SA bei elektiver Sectio und DH- Operationen: frühestens nach 6 Monaten, nur unter OA- Aufsicht, maximal ein Versuch.
- lumbale Epiduralanästhesien, frühestens nach 6 Monaten. Keine geburtshilfliche EDA
- Axillärer Plexus und VIP erst wenn Routine mit Ischio- Femoralblock,
- keine Interscalenusblockaden oder kontinuierliche Plexustechniken
- CSE zu Übungszwecken auf der Orthopädie, frühestens nach 6 Monaten

Intraoperative Betreuung:

- Selbständiges Aufziehen aller Medikamente
- Beatmungsmaschinencheck nach 1 Monat
- Prinzipien der Aufrechterhaltung der Anästhesie
- wichtigste Medikamente zur Behebung intraoperativer Probleme,
- Physiologie und Pathophysiologie des anästhesierten Patienten
- Sicherung der Atemwege
- Maskenbeatmung mit und ohne Hilfsmittel
- Einlage einer Laryngealmaske
- Intubation: zuerst bei Zahnlosen, dann mit normaler Anatomie, RSI erst später wenn Routine mit normalen Intubationen
- DL frühestens 6 Monaten, wenn Pathophysiologie der 1- Lungenbeatmung bekannt.
- ZVK: nur bei schlafenden Patienten und unter Aufsicht, bei Vorerfahrung schon zu Beginn, sonst frühestens nach 6 Monaten
- Arterienkanülen nach ABGA- Punktionen
- selbständiges intraoperatives Führen einer Allgemeinanästhesie bei ASA I und II-Patienten und kleinen bis mittleren Eingriffen.

Postoperative Betreuung:

- **Extubationskriterien**
- Prinzipien der Reversion der Muskelrelaxantien
- Kenntnisse der postoperativen Schmerztherapie: konventionelle Schmerztherapie, kontinuierliche Regionalanästhesie, iv- PCA. Verordnungen sowie Nachkontrollen im akuten Schmerzdienst. Vorbereiten der PCA- Pumpe.
- postoperative Verordnungen, mit Kontrolle OA, später auch für IMC und IDIS- Patienten
- Patientenbetreuung auf IMC und IDIS, zuerst tagsüber am Wochenende, dann nachts.

Intensivstation / IMC:

- 1 Stelle, Rotation von ca. 3 AA/Jahr. Dauer: 4 Monate bei Anstellung für 2 Jahre. Nicht alle Weiterbildungs- AA können innerhalb von 2 Jahren die Rotation machen.
- Vor erstem Wochenenddienst: begleitet 2 Tage lang IDIS-AA, wird in Abläufe und Computereingaben eingeführt.
- Am Wochenende Verordnungen mit OA
- Nachts Lösen einfacher Probleme (mit Absprache OA)
- Vgl. auch Organisation Anästhesieabteilung BSS und AA-Ordner IDIS

Weiterbildung:

- AA-Fortbildung am Mittwochmorgen 06.45 – 07.10 Uhr: Lesen der entsprechenden Kapitel und Fragen. Nacht-AAIn präsentiert die Kapitel. Oder Präsentation von Geräten durch CA/LA.
- Donnerstagmorgen 07.00 – 07.30 Uhr: Präsentation von 1 – 2 Fortbildungen / Jahr
- Am letzten Mittwoch im Monat, 15.15 – 16.00h Fortbildung mit externen Referenten
- Hausarztfortbildung Mittwochabend ca. 1x pro Monat

2. Lernzielkatalog im 2. Jahr:

- **Zusätzliche Regionalanästhesien bei Eignung: kontinuierlicher Femoralkatheter, Interskalenusblock**
- **Geburtshilfliche EDA bei Eignung (auf Nachfrage bei Kader, Logbuch)**
- Thorakale EDA: nur wenn > 10 geburtshilfliche EDA (Logbuch).
- Besuch ACLS- Kurs
- selbständiges Führen einer Anästhesie mit einer erfahrenen Pflegeperson bei ASA I und II-Patienten bei kleinen und mittleren Eingriffen

3. Organisatorisches:

In der ersten Woche wird der/die AA nach Möglichkeit fest einer Schwester/Pfleger zugeteilt. Nach einer theoretischen Einführung geht der/die AA mit einem/einer erfahrenen KollegIn auf die präoperative Anästhesievisite, später allein, nachdem die vorgesehenen Patienten und deren Anästhesietechnik mit einem/r OA vorbesprochen worden sind. Später können erwachsene ambulante Patienten in der Anästhesiesprechstunde prämediziert werden, ebenfalls nach Vorbesprechung mit einem/er OA. Stationäre, ältere Kinder können ab 6 Monaten prämediziert werden.

Ab Ende des ersten Monats wird der/die AAIn im Spätdienst eingesetzt: Voraussetzung ist, dass er/sie das Manual des Akut-Pain-Service durchgelesen hat und vorgängig eine erfahrene KollegIn im Spätdienst begleitet hat. Erst nachdem die AAIn im Spätdienst gearbeitet hat, wird sie tagsüber am Wochenende eingeteilt. Die AAIn arbeitet 2 Tage auf der IDIS (zusätzlich zur IDIS- AAIn) um die wichtigsten Abläufe kennen zu lernen. Der/die AAIn wird frühestens im Laufe des 2. Monats im Nachtdienst eingesetzt.

Privat/Halbprivatpatienten: werden elektiv von OA prämediziert. Regionalanästhesien und Katheter am wachen Patienten nur durch OA, periphere Leitungen am wachen Patienten und Intubationen nur nach > 6 Monate.

g) Lerninhalte für Facharzt Anästhesie – Assistenten, mit Vorkenntnissen

1. Allgemeines:

- Dauer der Weiterbildung im Allgemeinen 1 Jahr
- Führen des Logbuches in eigener Verantwortung
- Die klinische Tätigkeit erfolgt unter oberärztlicher Aufsicht (Supervision Grad 1-4)

2. Lernzielkatalog:

Dem/der kurz vor Abschluss der Weiterbildung stehenden/de Anästhesie AssistenIn sollen folgende Kenntnisse vermittelt werden:

Klinische Beurteilung des Patienten präoperativ

- Risikoeinstufung gemäss ASA-Klassifizierung
- Einbezug Komorbiditäten in die Anästhesieführung
- Optimale Anästhesieplanung prä- intra- und postoperativ, auch bei Kindern
- Präoperative Verschreibung chronischer Medikationen, Management des Diabetikers etc.
- Beiziehen von Literatur für Anästhesien bei speziellen Krankheitsbildern

Präoperative Betreuung:

- Standard Monitoring: EKG, Pulsoxymeter, BD, Kapnographie, TOF
- Prüfen der Beatmungsgeräte
- Bereitstellen von zusätzlichem Monitoring (transcutanes CO₂, BIS, TEE)
- Vorbereitung von Level One, Cell Saver etc.
- Vorbereiten jeglicher Medikamente
- Vorbereiten Pulmonalkatheter
- Korrekte Lagerung, auch Seiten- und Bauchlage etc. mit entsprechenden Hilfsmittel

Regionalanästhesien:

- Ischio-Femoralisblock, kont. Femoralblock
- Spinalanästhesie, kont. Spinale.
- lumbale Epiduralanästhesien, bei Routine (Frauenklinikrotation absolviert) auch im Gebärsaal, thorakale Epiduralanästhesien nur unter Aufsicht
- axillärer, infraclaviculärer und interscalener Plexus
- Kontinuierlicher Femoralisblock, ev. kont. Interscalenusblock

Intraoperative Betreuung:

- vgl. auch Facharzt Anästhesie ohne Vorkenntnisse
- DL, fiberoptische Lagekontrolle
- fiberoptische Intubation am schlafenden Patienten, elektiv
- ZVK jugular und Subclavia, auch bei wachen Patienten, wenn im Rahmen einer Anästhesiebetreuung, Arterienkatheter. Keine „konsiliarischen“ ZVK

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

- selbständiges Führen einer Anästhesie bei ASA I bis III-Patienten, auch bei grösseren Eingriffen

Postoperative Betreuung:

- Extubationskriterien und Prinzipien der Reversion der Muskelrelaxantien
- Kenntnisse der postoperativen Schmerztherapie: konventionelle Schmerztherapie, kontinuierliche Regionalanästhesie, iv- PCA. Verordnungen sowie Nachkontrollen im akuten Schmerzdienst. Vorbereiten der PCA- Pumpe.
- alle postoperative Verordnungen, auch für IMC und IDIS- Patienten
- Patientenbetreuung auf IMC und IDIS

3. Weiterbildung:

- AA-Fortbildung am Mittwochmorgen 06.45 – 07.10 Uhr: Lesen der entsprechenden Kapitel und Fragen. Nacht-AAIn präsentiert die Kapitel. Oder Präsentation von Geräten durch CA/LA
- Donnerstagmorgen 07.00 – 07.30 Uhr: Präsentation von 1 – 2 Fortbildungen / Jahr
- Am letzten Mittwoch im Monat, 15.15. – 16.00h Fortbildung mit externen Referenten
- Hausarztfortbildung Mittwochabend ca. 1x pro Monat

4. Organisatorisches:

- Einführung mit Kennenlernen aller Anästhesiearbeitsbereiche und MA durch LA, Kontrolle mit Checkliste (vgl. auch Zusammenfassung Organisation Anästhesie BSS).
- selbständiges Prämedizieren, insbesondere von Kindern
- selbständiges Arbeiten im OP
- Transportbegleitung mit Ambulanz nach Absprache mit OA
- Notarzteinsätze ausnahmsweise und nur mit Vorerfahrung (REGA- Rotation absolviert) und wenn mit OA abgesprochen. Keine Primäreinsätze bei Kindern.
- Einsatz als IDIS-AA (vgl. schriftliche Unterlagen IDIS)
- Privat/Halbprivatpatienten: werden elektiv von OA prämediziert. Regionalanästhesien und Katheter am wachen Patienten: nur bei Facharztreife in Anwesenheit OA.

h) Lerninhalte für ALLE Anästhesie – Assistenten

→ neues Element im Weiterbildungsprogramm, deshalb eigenen Entität

1. Gesundheitsökonomie:

- Mindestens 1xjährlich wird eine interdisziplinäre Fortbildung mit gesundheitsökonomischem Schwerpunkt organisiert
- In interner Fortbildungen (Mittwoch-Frühfortbildung für Assistenten) werden die grössten Kostenfaktoren eines Anästhesiebetriebes vermittelt, ihr Bezug zu den Gesamtkosten, ihre Steuerbarkeit und ihre Relevanz beleuchtet
- Regelmässige Kosten-Nutzen-Analysen an Rapporten bei der Indikation von Verordnungen, sowohl in Bezug auf präoperativen Untersuchungen, Laboruntersuchungen, Medikamentenapplikation (insbesondere Transfusionsprodukte, Gerinnungspräparate, Antibiotika etc).
- Einschränkung der Verordnungsfreiheit für besonders teure Therapien
- Wo Daten vorhanden, Verwendung evidenzbasierter Therapiekonzepte

2. Ethik:

- Mindestens 1xjährlich wird eine (evtl. interdisziplinäre) Fortbildung mit Ethik als Schwerpunkt organisiert
- Die Leitende Aerztin bildet sich im Bereich Ethik speziell weiter und wird ein internes Programm für die Weiterzubildenden entwickeln
- Das Leitbild der Solothurner Spitäler AG wird vertieft vermittelt
- Ethische Entscheidungen in der Anästhesie werden unter Einbezug der Weiterzubildenden, der Angehörigen und der operativen Partner besprochen. Je nach Konstellation im Rahmen von Fallvorstellungen oder mit individuellen oder Team-Debriefings.
- Die Patientenaufklärung und praktische Aspekte der Formulierung sind Bestandteil der fachspezifischen Weiterbildung
- Der Umgang mit Patientenverfügungen ist in der Abteilung geregelt
- Es werden keine Untersuchungen/Studien an Patienten gemacht, welche nicht das Plazet einer Ethischen Kommission haben

6. kontinuierliche Fortbildung

a) obligatorische Veranstaltungen:

- abteilungsinterne Fortbildungen:
 1. jeden Donnerstag, 07.00h - 07.30h: **Kurzreferat**
→ meist interne Referenten (OA, AA, Sr)
 2. jeden Mittwoch 06.45h – 07.20h: strukturierte Fortbildung gemäss **Themenliste**
→ vorgegebenes Kapitel/Thema durch AA vorgestellt, LAz
 3. jeden letzten Mittwoch im Monat: 14.30h - 16.00h: **Monatsfortbildung**
→ meist externer Referent
 3. täglicher Rapport zur Besprechung der Anästhesieaktivität des nächsten Tages:
→ Patientenprobleme: praktische Aspekte

- Monatsfortbildungen am Bürgerspital am Mittwoch, 18.00h:
→ im Abteilungsturnus gemäss speziellem Programm

b) fakultative Fortbildungen:

- regelmässige Fortbildungen der Anästhesieabteilungen Basel, Bern und Luzern

c) Kongresse:

- Assistenzärzte: grundsätzlich kein Anspruch auf bezahlte Kongresse, Ausnahmen auf Antrag möglich.
eigene Vorträge im Namen der Abteilung werden unterstützt
Teilnahme am Jahreskongress SGAR möglich

- Oberärzte: grundsätzlich 5 Tage für externe Weiterbildungen pro Jahr, max. 3 aufeinanderfolgende Tage

- alle: jeweils im Januar Fortbildungs-Wochenende zusammen mit Kantonspital Liestal

d) Kurse:

Jeder Assistent in der zweijährigen Weiterbildungsperiode soll im zweiten Weiterbildungsjahr den ACLS-Kurs absolvieren.

7. Dokumentation, Evaluation

Der Weiterzubildende ist selber verantwortlich für die Führung seiner für die Erreichung des Facharztstitels notwendige Dokumentation, z.B. **Logbuch, Zeugnisse etc.** Im Rahmen der elektronischen Möglichkeiten wird ihm eine Liste der Eingriffe ermöglicht, bei denen er für die Anästhesie mitverantwortlich oder führend war.

Strukturierte Evaluationsgespräche werden durch Frau Dr. G. Keller geführt im Abstand von 12 Monaten (vgl Raster im Anhang). Ebenfalls ist eine Beurteilung im Rahmen der LEBO-gespräche und ein Gespräch am Ende der Weiterbildungsperiode vorgesehen.

Seit der 2. Jahreshälfte ist als Grundlage für die Evaluationsgespräche eine elektronische Plattform für die kontinuierliche Evaluation **RET**, in Zusammenarbeit mit dem DfA Basel aufgeschaltet.

Pfad: Personal > RET (Resident Evaluation Tool)

8. Supervisionsprinzipien der Anästhesieabteilung Bürgerspital Solothurn

Definitionen:

Grad 1: kontinuierlich:

Die FachärztIn Anästhesie befindet sich innerhalb des OP-Traktes und ist innerhalb < 30 sec am Ort des Geschehens

Grad 2: intermittierend:

Die FachärztIn Anästhesie befindet sich während der ganzen Dauer der Anästhesie innerhalb des Spitals und ist innerhalb < 3 min am Ort des Geschehens.

Grad 3: partiell:

Die FachärztIn Anästhesie ist während der kritischen Phasen der Anästhesie (z.B. während der Einleitung) bei der Weiterzubildenden, befindet sich aber während anderen Phasen der Anästhesie ausserhalb des Spitals.

Grad 4: telefonisch:

Die FachärztIn Anästhesie befindet sich während der Anästhesie ausserhalb des Spitals und ist über die laufende Anästhesie informiert.

Grad 5: keine:

Die Weiterzubildende arbeitet selbständig. Die FachärztIn Anästhesie befindet sich während der Anästhesie ausserhalb des Spitals und ist nicht informiert.

Verbindliche Regelung:

Supervision Grad 3 und 4 ist nur mit Dienst habenden AssistentInnen möglich

→ es gibt keinen Grad 5 an der Anästhesieabteilung des BSS

- **Grad 4:** lediglich nach Absprache und gemäss Schwierigkeitsgrad der Anästhesie und Ausbildungsstand des Assistenten. Interventionsgrenze für Oberärztin klar definiert. Nicht im Elektivprogramm.
- **Grad 3:** wie oben, nicht im Elektivprogramm
- **Grad 2:** immer bei Pfleger-Anästhesien, Unterassistenten, chirurgischen AAIInnen
- **Grad 1:** die Regel im Elektivprogramm: solange mindestens 1 Saal läuft, ist eine OberärztIn im OP.

Spezielle Situationen:

→ **Rettungsdiensteinsatz:**

primär KaderärztIn. AAIIn mit Facharztstreife ausnahmesweise und nur wenn REGA- Rotation absolviert hat. Nicht bei Kindern.

→ **Sectio:**

es sind immer beide Dienst habenden AnästhesieärztInnen (AAIIn und OAIIn) anwesend bis zur Kindsentwicklung und – stabilisation.

9. Anhang

- 1: Standards und Empfehlungen der SGAR für die Weiterbildung in Anästhesie**
- 2: Weiterbildungsprogramm für FMH - Anästhesie**
- 3: Checkliste für die Einführung neuer ärztlicher MA**
- 4: Pain Manual der Anästhesieabteilung BSS**

**SGAR STANDARDS UND
EMPFEHLUNGEN 2002**

ARBEITSGRUPPE :

Franz FREI, BALE : *Franz-J.Frei@unibas.ch*

Thomas PASCH, ZURICH : *thomas.pasch@ifa.usz.ch*

Patrick RAVUSSIN, SION : *patrick.ravussin@chr.ch (président)*

Thomas SCHNIDER : ST-GALL : *thomas.schnyder@kssg.ch*

Alexandre SCHWEIZER : NEUCHATEL : *alexandre.schweizer@ne.ch*

Max WINTSCH : YVERDON : *max.wintsch@hin.ch*

INHALTSVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG

II. PERSONAL

III. TECHNISCHE GESICHTSPUNKTE

IV. VERHALTEN UND EINSTELLUNG

V. RÄUMLICHKEITEN

VI. SCHLUSSFOLGERUNGEN

VII. BIBLIOGRAFIE

I. EINLEITUNG

1. Das Gebiet der Anästhesie und die Anästhesietätigkeit haben sich in den letzten zehn Jahren deutlich weiterentwickelt. Das war der Anlass, die Standards und Empfehlungen der SGAR von 1993 zu aktualisieren.

2. Die Anästhesiologie ist eine eigenständige medizinische Fachdisziplin. Eine Abteilung für Anästhesiologie muss von den anderen Abteilungen im Spital unabhängig und diesen gleichgestellt sein. Ihre Leistungen hängen unter anderem von ihrer Personalausstattung ab. Ihr Hauptziel ist eine sichere Patientenversorgung, die auf der Kontrolle und Gewährleistung der Qualität basiert.

3. Standards und Empfehlungen

Die Standards und Empfehlungen für die Anästhesietätigkeit stellen eine Sammlung von Vorschlägen dar, die darauf ausgerichtet sind, ein vorgegebenes Niveau der Anästhesietätigkeit zu erreichen mit Hilfe von:

- 1. vernünftigen und realistischen Zielen,
- 2. regelmässigen Überarbeitungen.

Wichtig ist, dass diese Empfehlungen Minimalempfehlungen sind. Es gibt eine Schwelle, die nicht unterschritten werden darf.

4. Diese Standards und Empfehlungen sind darauf ausgerichtet, Minimalerfordernisse (quantitativ und qualitativ) festzulegen betreffend:

- 1. Personal
 - 2. Ausstattung
 - 3. Monitoring
 - 4. Verhalten und Einstellung
 - 5. Räumlichkeiten
- für eine optimale Anästhesietätigkeit.

5. Das Ziel dieser Standards und Empfehlungen ist es,

- 1. die Anästhesiesicherheit zu erhöhen,
- 2. eine Anästhesiepraxis zu erreichen, die auf gemeinsamer Erfahrung beruht,
- 3. den Begriff der Qualitätssicherung zu fördern,
- 4. sicherzustellen, dass hinsichtlich Anzahl und Weiterbildung (FMH und SBK) angemessen Personal zur Verfügung steht
- 5. zahlen- und qualitätsmässig geeignete Geräte zu verwenden,
- 6. die Leistungsbeurteilung eines Anästhesisten oder einer Institution zu ermöglichen,
- 7. Hilfe im Falle einer juristischen Auseinandersetzung zu bieten,
- 8. den Begriff der Bildung der Anästhesietätigkeit hinzuzufügen,
- 9. dank den Empfehlungen unserer Fachgesellschaft zu ermöglichen, staatlichen Institutionen zuvorzukommen.

6. Die folgenden Standards und Empfehlungen gelten für alle Anästhesiearbeitsplätze innerhalb und ausserhalb von Operationsabteilungen. Definitionsgemäss ist ein Anästhesiearbeitsplatz eine Stelle, wo ein Patient eine Allgemeinanästhesie, eine Leitungs- oder Regionalanästhesie oder eine anästhesiologische Überwachung (*monitored-anesthesia care*, MAC) erhält oder wo ein *Stand-by* unter der Verantwortung eines qualifizierten Anästhesiearztes stattfindet. Diese Empfehlungen behandeln vor allem die Prozess- und die Strukturqualität.

7. Qualitätsaspekte

Die Qualitätsaspekte, die die Prozess- und Strukturqualität betreffen, sind in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst; diejenigen, die das Personal betreffen, werden im Kapitel II behandelt.

PROZESSQUALITÄT	STRUKTURQUALITÄT
<p>Gewährleistung durch: Die Anästhesieabteilung, geleitet von einem Chefarzt mit eidgenössischem oder als äquivalent anerkannten Facharztstitel</p>	<p>Gewährleistung durch: Spitalträger Personal der Anästhesieabteilung</p> <p>Sie basiert auf:</p>

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

<p>Sie basiert auf:</p> <p>1. <i>Organisation der Patientenversorgung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anästhesiologische Voruntersuchung • Aufklärung und Einverständnis des Patienten • Minimale Sicherheitsstandards • Postanästhesiologische Überwachung und Pflege inkl. Schmerztherapie • Zugang zur Intensivtherapie <p>2. <i>Personalstruktur (basierend auf):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein der Verantwortung • Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal • Vereinbarungen über die Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten (Grundsatz des gegenseitigen Vertrauens in die jeweilige Fachkompetenz) 	<p>0. <i>Räumliche Voraussetzungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Präoperative Untersuchungsstruktur (Anästhesieambulanz, -sprechstunde) • Operationseinheit • geeignete postoperative Überwachungsstruktur <p>0. <i>Personelle Voraussetzungen (Dotation)) basierend auf :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berechnungsgrundlagen • Lösungsmodelle <p>3. <i>Apparative Ausstattung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ausstattung muss den geltenden Minimalnormen genügen <p>Die Möglichkeit, Anforderungen zu erfüllen, hängt direkt von der personellen und apparativen Ausstattung ab.</p>
--	---

8. Definitionen

Muss

= verpflichtend

Sollte

= dringend erwünscht

Verfügbar

= muss in der Nähe des Anästhesiearbeitsplatzes vorhanden sein

MAC (monitored-anesthesia care)

= Überwachung bei diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen mit oder ohne Lokalanästhesie durch den Operateur und mit oder ohne Sedation/Analgesie.

Stand-by

= Bereitschaft zum unmittelbaren Eingreifen ohne Anwesenheitspflicht am Anästhesiearbeitsplatz, z.B. bei Risikogeburten.

Verantwortlicher Anästhesiologe

= Anästhesiologe mit von der SGAR anerkannter

Weiterbildung, die durch einen eidgenössischen Titel oder einen als gleichwertig anerkannten Titel bestätigt ist. Dieser Anästhesiologe ist zur Fortbildung verpflichtet.

Anästhesiologe in Weiterbildung

= Arzt in Weiterbildung für das Gebiet der Anästhesiologie oder ein anderes Fachgebiet, der nach dem Prinzip der Aufgabendelegation durch den verantwortlichen Anästhesiologen arbeitet.

Für die Anästhesieführung

= Verantwortlicher Anästhesiologe oder im Auftrag

verantwortlicher Anästhesiologe

handelnder Anästhesiologe in Weiterbildung.

II. Personal einer Abteilung für Anästhesiologie

1. Die Durchführung einer Anästhesie ist eine medizinische Handlung unter der direkten Verantwortung eines verantwortlichen Anästhesiologen, der eine anerkannte Ausbildung absolviert haben muss (eidgenössischer Titel in Anästhesiologie oder als gleichwertig anerkannter Titel), die auf einer eindeutigen Weiter- und Fortbildungsordnung beruht.

2. Dem Anästhesiologen in Weiterbildung werden durch Delegation medizinische Verantwortungen in Abhängigkeit von seinen Kompetenzen und dem Grad seiner Weiterbildung anvertraut. Diese Delegation obliegt dem verantwortlichen Anästhesiologen.

3. Der für die Anästhesieführung verantwortliche Anästhesiologe (verantwortlicher Anästhesiologe oder Anästhesiologe in Weiterbildung, der nach dem Delegationsprinzip arbeitet) ist während der Gesamtdauer der Anästhesie anwesend; anwesend bedeutet, dass die Anästhesie entweder vollständig vom für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiologen durchgeführt wird oder dass sie teilweise oder gänzlich einem Mitarbeiter übertragen wird (vgl.

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Kapitel II, Abschnitt 2,5 und 6), der unter seiner Verantwortung handelt; in diesem Fall muss der für die Anästhesieführung verantwortliche Anästhesiarzt im Spital anwesend sein.

4. Mittels Delegation von Aufgaben kann der verantwortliche Anästhesiarzt in Abhängigkeit von der Weiterbildungsqualität seiner Mitarbeiter mehrere Operationssäle überwachen, jedoch muss er sich in diesem Fall sofort freimachen können, um an den von ihm überwachten Anästhesiearbeitsplätzen eingreifen zu können; in diesem Fall darf er nicht allein an einem Arbeitsplatz stehen (z.B. Vermeidung der Situation, in der es nur einen verantwortlichen Anästhesiarzt und eine Anästhesieschwester für zwei Operationssäle gibt). Der verantwortliche Anästhesiarzt kann (wenn er sich selbst innerhalb oder ausserhalb der Operationsabteilung aufhält) seine Verantwortung ebenfalls an einen Anästhesiarzt in Weiterbildung delegieren. Wenn der verantwortliche Anästhesiarzt nicht auf Platz anwesend ist, muss er innert nützlicher Frist erreichbar sein, um bei Bedarf eingreifen zu können.
5. Für bestimmte Anästhesiephasen (Einleitung, Aufwachphase usw.) muss der für die Anästhesieführung verantwortliche Anästhesiarzt sich durch Personal unterstützen lassen, das speziell weitergebildet ist oder sich in Weiterbildung befindet (Anästhesieschwester, Anästhesieärzte in Weiterbildung, andere weitergebildete Anästhesieärzte); im Minimum muss jedoch eine Person, die zwar nicht anästhesiologisch weitergebildet, aber mit der Ausrüstung und den Räumlichkeiten vertraut ist, um dem für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiarzt während der Einleitung, der Aufwachphase oder im Falle einer Komplikation zu helfen, anwesend sein, wenn die Umstände es erfordern.
6. Die Anästhesieschwester (darunter ist Anästhesieschwester und Anästhesiepfleger zu verstehen) zeichnet sich durch eine Weiterbildung aus, die durch ein Schlussexamen bestätigt ist. Sie arbeitet im Team mit dem für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiarzt. Diese Arbeit umfasst zugleich die Ausführung medizinischer Verordnungen und Durchführung klar definierter Aufgaben (erlassen durch SGAR/SBK, Punkte 2 im Berufsbild sowie im Reglement und Stoffplan Weiterbildung Anästhesieschwester/Anästhesiepfleger), die ihr im Rahmen ihrer Fähigkeiten anvertraut werden. Das Eingreifen des einen oder anderen ist variabel und hängt von der Wichtigkeit der Anästhesie und des Eingriffs ab. Die Anästhesieschwester kann in Anwesenheit des für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiarztes die Einleitung einer Allgemeinanästhesie gemäss dessen Vorgabe oder einer bestehenden Weisung vornehmen und er kann ihr die Überwachung des Patienten während der Anästhesie anvertrauen. Dieser Arzt muss zwingend und unmittelbar über das Auftauchen jeglicher Normabweichung informiert werden, und im Spital anwesend sein.

Im Falle eines schweren und vitalen Notfalls ist die Anästhesieschwester gehalten, gemäss ihrer Kompetenz ohne Verzug Not- und Wiederbelebungsmaßnahmen einzuleiten. Es ist wünschenswert, dass Weisungen für diese Situationen in jeder Anästhesieabteilung erstellt werden.

Die Anästhesieschwester ist medizinisch dem für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiarzt direkt unterstellt, ausser im Falle spezieller Notsituationen (siehe oben). Die administrative Unterstellung der Anästhesieschwester kann jedoch je nach Spital hiervon abweichen.

7. Die mit der postanästhesiologischen Pflege und Überwachung betraute Krankenschwester (darunter ist Krankenschwester und Pfleger zu verstehen) ist durch ihre spezifische Tätigkeit gekennzeichnet, welche durch die Fähigkeit definiert ist, die Zeichen des Aufwachens festzustellen und Zwischenfälle, die sich einstellen können, zu erkennen und ohne Verzug die dann unverzichtbaren Massnahmen einleiten zu können; letzteres betrifft vor allem Absaugen, Beatmung usw. Dieses Personal arbeitet unter der medizinischen Verantwortung eines verantwortlichen Anästhesiarztes. Der Entscheid zur Beendigung der postanästhesiologischen Pflege und Überwachung obliegt der ausschliesslichen Zuständigkeit des für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiarztes, und sie trägt den Vorgaben Rechnung, die durch die chirurgische Nachbehandlung und die dem Spital eigenen Umstände gegeben sind.

8. Anästhesiologische Aktivität

Ein verantwortlicher Anästhesiarzt verbringt ungefähr 50 % seiner Zeit im Operationssaal. Die verbleibenden 50 % sind der präoperativen Beurteilung und der postoperativen Nachsorge der Patienten, der Fortbildung, administrativen und Lehraufgaben vorbehalten. Für den Chefarzt oder Departementvorsteher kann die klinische Verpflichtung im Operationssaal je nach Verwaltungs- und Lehrverpflichtungen unter 50 % liegen.

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Die Gestaltung des Operationsprogramms muss verpflichtend der Verfügbarkeit des Anästhesiedienstes hinsichtlich Ausstattung und Personal Rechnung tragen (Quantität und Qualität gemäss der Schwere der Fälle).

Je nach spezifischen Eigenschaften des Spitals und der Grösse des Notfallbetriebes muss zwingend eine Erholungsphase nach absolvierten Diensten eingeplant werden.

Die Personalausstattung muss erhöht werden, wenn die Anästhesieabteilung eine bestimmte Zahl von Leistungen, die bezüglich Arbeitsbelastung schwerer sind, erbringen muss (Neurochirurgie, Herzchirurgie, Pädiatrie, Orthopädie und Traumatologie, geburtshilfliche Analgesie, belastender akuter Schmerzdienst, räumlich verteilte Arbeitsplätze, Notfalldienst, Tätigkeit in Intensivstationen, Tätigkeit im präklinischen Notfalldienst und in der Schmerzambulanz, administrative und Verwaltungsaufgaben usw.).

III. Technische Aspekte

1. Anästhesiegerät (vgl. Schweizer Norm SN EN 740)

Das Anästhesiegerät muss die Zuführung von Sauerstoff und Luft, ergänzt oder nicht durch Inhalationsanästhetika und/oder Lachgas, ermöglichen. Es muss Spontanatmung oder manuelle Beatmung ermöglichen und gegebenenfalls mit einem Ventilator und einer Anästhesiegas Absauganlage versehen sein.

Die verwendeten Anästhesiegeräte müssen vom Hersteller zugelassen und nach dessen Vorschriften regelmässig geprüft werden.

Das Anästhesiegerät muss im Minimum die folgenden Elemente enthalten:

- Manometer, die permanent die Gasversorgungsdrucke anzeigen
- Ein Sauerstoff-Mangelalarm
- Eine Vorrichtung zur automatischen Unterbrechung der Lachgaszufuhr (Steuerung des Lachgasflusses gemäss dem des Sauerstoffs)
- Flowmeter, die ein $FiO_2 > 0,21$ garantieren
- Verdampfer mit einer Genauigkeit von $\pm 20\%$, die mit einem gastypischen Auffüllmechanismus versehen sind
- Ein Sauerstoff-Bypass, der einen Sauerstofffluss von mindestens 30 L/min ermöglicht

Zu den Überwachungsvorrichtungen des Gerätes gehören Manometer und ein Alarm für Diskonnektion und Unterdruck in der Gasversorgung.

Jeder Apparat muss einmal täglich nach einer Checkliste, die für jede Abteilung und für jeden Apparat erstellt ist, geprüft werden. Eine teilweise Prüfung wird zwischen zwei Interventionen wiederholt, wenn ein Teil des Materials gewechselt wird oder ein anderes Anästhesieteam die Gerätschaft übernimmt. Jeder Apparat muss seine Checkliste haben. Für jeden Apparat muss ein Terminplan der periodischen Apparateprüfung durch einen Techniker vorliegen (vgl. Medizinprodukteverordnung von 1996 (MepV) des Bundesrates).

2. Intubationskoffer

In jeder Operationsabteilung sollte Material für eine schwierige Intubation einschliesslich eines fiberoptischen Bronchoskopes vorhanden sein.

3. Absaugung

An jedem Arbeitsplatz muss ein Apparat zum Absaugen von Sekreten vorhanden sein.

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

4. Überwachung

- 4.1 *Oxygenierung*: Pulsoxymeter und inspiratorische Sauerstoff-Konzentration (für Patienten in Allgemeinanästhesie) (muss); schnell verfügbare Blutgasanalyse und in- und expiratorische Konzentrationsmessung von Inhalationsanästhetika (sollte).
- 4.2 *Beatmung*: Kapnograph für Patienten in Allgemeinanästhesie (muss). Bei apparativer Beatmung Alarm für Diskonnektion und Okklusion sowie Spirometer (muss).
- 4.3 *Kreislauf*: Nichtinvasive Messung des arteriellen Blutdrucks (muss); invasive Überwachung des arteriellen und des zentralvenösen Drucks muss für instabile Patienten und/oder für schwere geplante Eingriffe in der Operationsabteilung verfügbar sein.
- 4.4 *Relaxation*: Peripherer Nervenstimulator (TOF) (sollte).
- 4.5 *Temperatur*: Thermometer bei Kindern sowie bei schweren und/oder langen Eingriffen (sollte).

Erwähnt wird hier die klinische Überwachung, sie versteht sich von selbst.

5. Venöse Zugänge; Etikettierung

Alle anästhesierten Patienten sollten einen venösen Zugang haben; alle Spritzen müssen etikettiert sein.

6. Defibrillator

Ein Defibrillator mit einem externen Schrittmacher muss in der Nähe jedes Anästhesiearbeitsplatzes vorhanden sein und kontrolliert werden.

7. Anästhesieunterlagen

Die Anästhesieunterlagen enthalten die präoperative Beurteilung (mit Angaben zur Aufklärung des Patienten und seinem Einverständnis; vgl. Empfehlungen der SGAR für Aufklärung und Einverständnis des Patienten), das Anästhesieprotokoll und die postoperativen Verordnungen. Sie müssen beim Patienten vorhanden sein.

IV. Verhalten und Einstellung

Das Verhalten (oder Auftreten) des Anästhesiearztes muss gegenüber Patienten, Kollegen und nichtärztlichem Personal gemäss den ärztlichen Standesregeln untadelig sein.

V. Räumlichkeiten

Jeder Anästhesiearbeitsplatz muss eine bestimmte Anzahl von Kriterien erfüllen:

- **Zugänglichkeit**: für liegende Patienten zugänglich
- **Ausrüstung**: Sauerstoffquelle, Absaugung, Monitoring, Möglichkeit der manuellen Beatmung (gegebenenfalls der apparativen Beatmung), Material (einschliesslich Defibrillator) und Medikamente für Notfälle verfügbar, Kommunikationsmöglichkeiten verfügbar.
- **Personelle Ausstattung**: Sofortige Verfügbarkeit eines qualifizierten Anästhesiearztes unter Unterstützung durch eine Person, die die Ausrüstung und die Örtlichkeiten kennt.

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Die Anästhesiearbeitsplätze müssen sich in Räumlichkeiten mit ausreichender Nutzfläche und Frischluftzufuhr befinden. Eine postanästhesiologische Überwachung und Pflege, die unter der Verantwortung der Anästhesieabteilung erfolgt, sollte in der Nähe der Anästhesiearbeitsplätze stattfinden.

VI. Schlussfolgerung

Diese Standards und Empfehlungen führen nicht notwendigerweise zu nachgewiesenen Vorteilen. Sie dienen dazu, die Wege weiterer Überlegungen zu bestimmen, sich so zu verhalten und die Ausstattung so einzusetzen, dass die Häufigkeit und Schwere von Zwischenfällen vermindert wird. Diese Standards und Empfehlungen müssen innerhalb des Fachgebietes weit verbreitet werden.

VII. Bibliographie

1. Schweizer Norm SN EN 740: Anästhesie-Arbeitsplätze und ihre Module – Besondere Festlegungen (1999). Schweizerische Normen-Vereinigung, Mühlebachstrasse 54, 8008 Zürich.
2. Medizinprodukteverordnung (MepV) vom 24. Januar 1996. Schweizerischer Bundesrat.
3. Entschliessungen, Empfehlungen, Vereinbarungen, Leitlinien, 3. Aufl., H.W. Opderbecke und W. Weissauer (Hrsg.). Aktiv Druck & Verlag GmbH, Ebelsbach 1999. ISBN 3-932653-04-1.
4. International standards for a safe practice of anaesthesia. The international task force on anaesthesia safety (adopted by the WFSA 13 June 1992). Eur J Anaesthesiol; 10 (Suppl 7): 12-15, 1993.
5. European Board of Anaesthesiology Training Guidelines, chapter 2.1.5. Published May 1996, facilitated by BJA.
6. SSAR: normes et recommandations, juin 1993.
7. Recommandations de la SSAR pour le consentement éclairé du patient, 2000.
8. Standards for basic anesthetic monitoring, ASA 1998.
9. Guidelines for ambulatory anesthesia and surgery, ASA 1998.
10. Guidelines for nonoperating room anesthetizing locations, ASA 1994.
11. Guidelines for office based anesthesia, ASA 1999.
12. Position on monitored anesthesia care, ASA, 1998.
13. Practice advisory for preanesthesia evaluation. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthetic Evaluation. Anesthesiology; 96: 485-96, 2002.
14. Practice guidelines for postanesthetic care. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology; 96: 742-52, 2002.
15. Check-list for anaesthetic apparatus, AAGBI, 1997
16. Guidelines for obstetric anaesthesia services, AAGBI, 1997
17. The anesthesia team, AAGBI, 1998.
18. Recommendations for standards of monitoring during anesthesia and recovery, AAGBI, 2000.
19. Information and consent for anesthesia, AAGBI, 1999.
20. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale, SFAR 1992.
21. Recommandations concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant l'utilisation, SFAR 1994.
22. Recommandations concernant les transports médicalisés intrahospitaliers, SFAR 1994.
23. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier-anesthésiste diplômé d'Etat, SFAR, 1995.
24. Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie, SFAR 1995.
25. Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire, SFAR 1990, 1994.
26. Recommandations concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques, SFAR 1990, 1994.
27. Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, SFAR 1989, 1994.
28. Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie, SFAR 1997.
29. La consultation en anesthésie et la visite pré-anesthésique, SFAR 1997.

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

30. Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie-réanimation, SFAR 1996.
31. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du Code de la Santé publique (France).
32. Une aide à la lecture pour l'Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du Code de la Santé publique, SFAR 1997.
33. Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé publique (France).

Hinweis: Diese Referenzen können auf den folgenden Websites gefunden werden :

<http://www.sfar.org>

<http://www.aagbi.org>

<http://www.snv.ch>

<http://www.ASAhq.org>

<http://www.dgai-nuernberg.de>

<http://www.sgar-ssar.ch>

http://www.admin.ch/ch/d/sr/c819_124.html

Anhang 2

Intern: s. PISANA>Informationen>Weiterbildungskonzept Anästhesie SGAR

Internet: http://www.fmh.ch/de/data/pdf/anaesthesiologie_version_internet_d.pdf

Anhang 3**Checkliste für die Einarbeitung neuer Assistenten/-innen Anästhesieabteilung BSS**

Die Einführenden erhalten eine Checkliste, deren Realisation sie selbstverantwortlich erarbeiten müssen

Ziel: nach 2 Wochen alles gesehen, verstanden

	gezeigt /erklärt	OK
Schriftliche Unterlagen		
Richtlinien Anästhesie, Stellenbeschrieb, MA-Regeln OP		
Assistentenordner		
Ordner spezielle Patientenprobleme, alte Protokolle		
Painhandbuch		
Örtlichkeiten		
OP Ebene E, inkl. Saal 5, Koordination		
OP HNO		
AWR, IMC, IDIS		
ITAS / Rapporträume		
INOS, Röntgen		
Gebärsäle, Labor, Blutspende		
Organisation		
Patientenunterlagen, Anästhesieprotokoll		
Aufklärungsbogen, Verordnungsblätter		
OP-Zusammenarbeit – abläufe, REA		
Computereingabe Anästhesien / Leistungen		
Material		
Materialraum, Cats, Medikasten		
Kühlschrank		
Vorbereitungen spez. 3, 2, 1		
Beistellwagen (Schlüssel)		
Regionalwagen, ZVK-Wagen		
Neugeborenen-REA-Material		
TOF, Nervenstimulator, transcut.CO2, Bladderscan		
Schwierige Intubation: E, HNO, INOS, Fiberoptik		
Dantrolen		
Infusionswärmer, Bair-Hugger, Level 1		
Kinderwagen: E, HNO, INOS		
Labor E: Hämocue, BZ, Gerinnung		

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Defibrillator: E, IDIS, HNO, INOS		
Check		
Anästhesiegeräte		
Monitor, Alarmeinstellung		
Standardmedikamente, Medikamente für Regionale		
Intubationsmaterial		
Ambubeutel		
Standardanästhesie		
Monitoring (+ P1, P2, P3, BIS)		
Venöser Zugang, Hygiene		
Einleitung		
Maskenbeatmung, Hilfsmittel		
Intubation		
Beatmung		
Aufrechterhaltung der ITA		
TOF, Relaxation, Reversion		
Ausleitung, Verlegung		
Flüssigkeitstherapie, Transfusion		
Protokoll		
Verordnungen, Standardschmerztherapie		
Rapport an AWR, IMC, IDIS, ITAS, Station		
Labor		
Laborblätter, Röhrchen		
Eigen-, Fremdblut, FFP		
Painervice		
Painhandbuch (muss vor 1. Spätdienst gelesen sein)		
PCA-Pumpen, Anweisungskarten, Y-Stück, Kassetten		
Painblatt, Painordner, Computereintrag		
Painkoffer AWR		
IMC, IDIS		
Aufgaben vgl. Richtlinien		
Visiten, Tischvisite (vor 1. Wochenenddienst)		
IDIS-Computereingabe (vor 1. Wochenenddienst)		
INOS		
Boxen, REA-Raum		
2 Beistellwagen, Kinderwagen		

WEITERBILDUNGSKONZEPT DER ANAESTHESIEABTEILUNG AM BÜRGERSPITAL SOLOTHURN

Medikamente, Material		
Defibrillator, Notkoniotomie, Intraossärnadel		
präoperative Anästhesievisite:		
ASA-Klassifikation, Anästhesietechniken,		
medikament. Prämedikation, eigene Medikamente		
KI Regionale, Risiken, Aufklärung		
Management Diabetes, Spezielles		

Checkliste Administratives:

Eintrag in Telefonliste
Schlüssel PCA Pumpen
Schlüssel Gift
Schlüssel Garderobe
Pulsoximeter
Kaffeekasse
Email
Magnetschilder
Tagesablauf pro Woche

Anhang 4:

Pain-Service: Intranet: PISANA > Informationen > Pain Service der Anästhesie im BSS