

Umsetzung von Standard-Arbeitsanweisungen bzw. Muster-Algorithmen in realen Einsatzsituation

1. Mein Geschlecht...

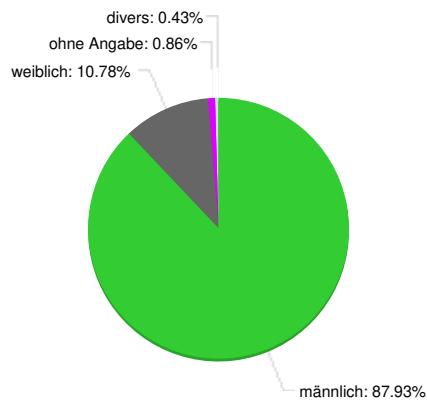
Anzahl Teilnehmer: 232

204 (87.9%): männlich

25 (10.8%): weiblich

2 (0.9%): ohne Angabe

1 (0.4%): divers



2. Mein Lebensalter in Jahren ist...

*

Anzahl Teilnehmer: 241

- (0.0%): jünger als 18

5 (2.1%): zwischen 18 und 20

76 (31.5%): zwischen 21 und 30

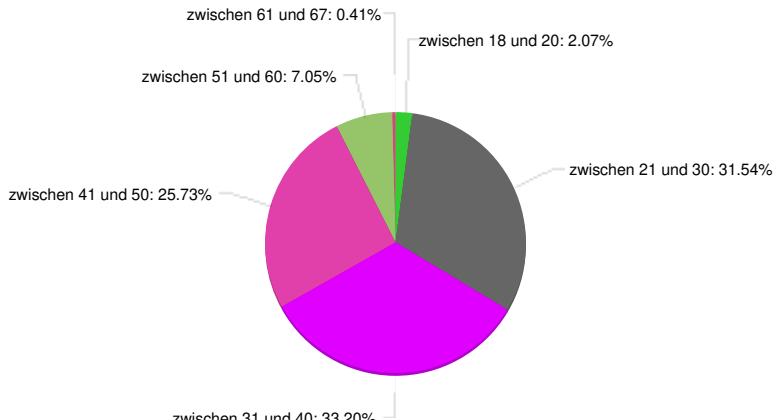
80 (33.2%): zwischen 31 und 40

62 (25.7%): zwischen 41 und 50

17 (7.1%): zwischen 51 und 60

1 (0.4%): zwischen 61 und 67

- (0.0%): über 67



3. Das Bundesland in dem ich Standard-Arbeitsanweisungen oder Muster-Algorithmen durchföhre ist...

*

Anzahl Teilnehmer: 238

26 (10.9%): Baden-Württemberg

26 (10.9%): Bayern

8 (3.4%): Berlin

5 (2.1%): Brandenburg

4 (1.7%): Bremen

1 (0.4%): Hamburg

29 (12.2%): Hessen

4 (1.7%): Mecklenburg-Vorpommern

29 (12.2%): Niedersachsen

70 (29.4%): Nordrhein-Westfalen

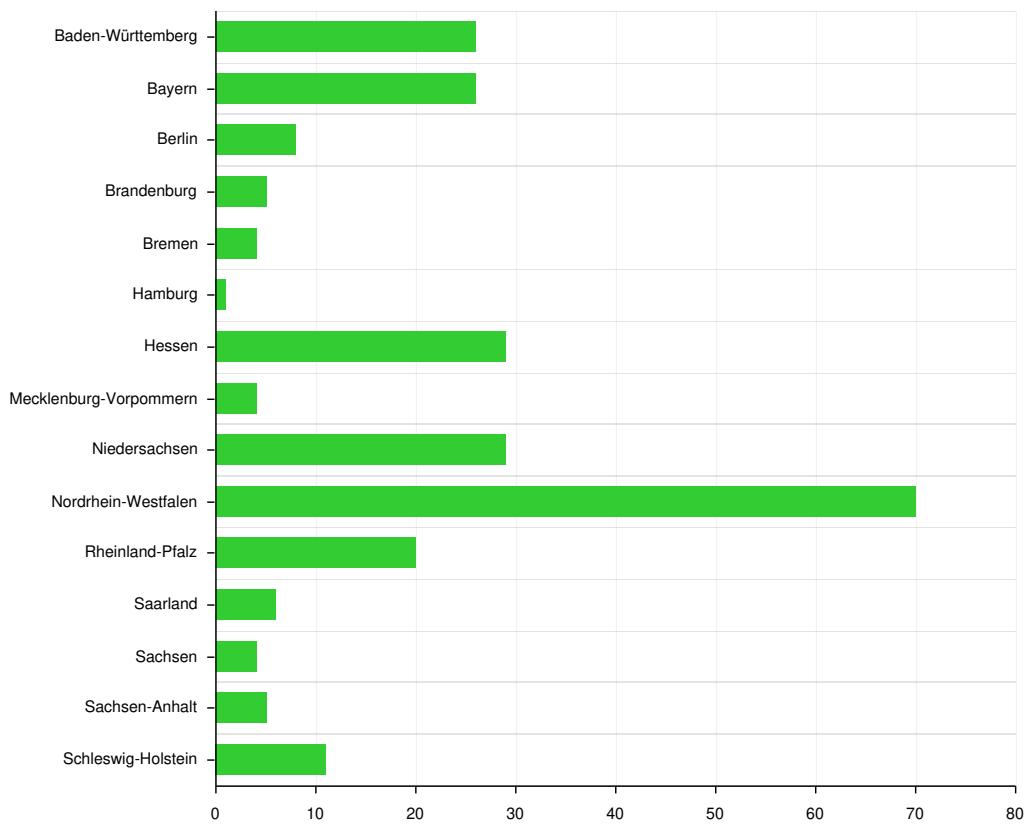
20 (8.4%): Rheinland-Pfalz

6 (2.5%): Saarland

4 (1.7%): Sachsen

5 (2.1%): Sachsen-Anhalt

11 (4.6%): Schleswig-Holstein



4. Meine rettungsdienstliche Beschäftigung beträgt...

*

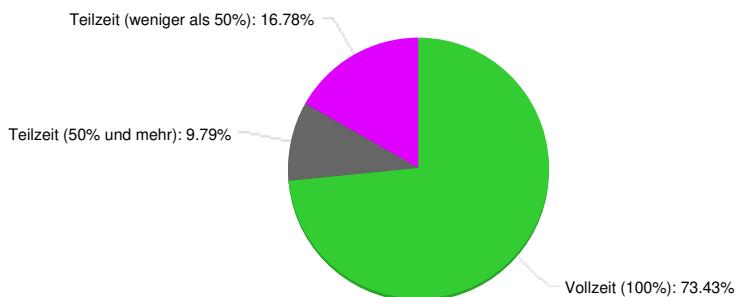
Anzahl Teilnehmer: 143

105 (73.4%): Vollzeit

(100%)

14 (9.8%): Teilzeit (50% und mehr)

24 (16.8%): Teilzeit (weniger als 50%)



5. Meine rettungsdienstliche Tätigkeit beträgt...

*

Anzahl Teilnehmer: 143

7 (4.9%): weniger als 3

Jahre

22 (15.4%): zwischen 3 und

5 Jahren

114 (79.7%): mehr als 5

Jahre



6. Ich gehöre zu einer der folgenden Berufsgruppen:

*

Anzahl Teilnehmer: 237

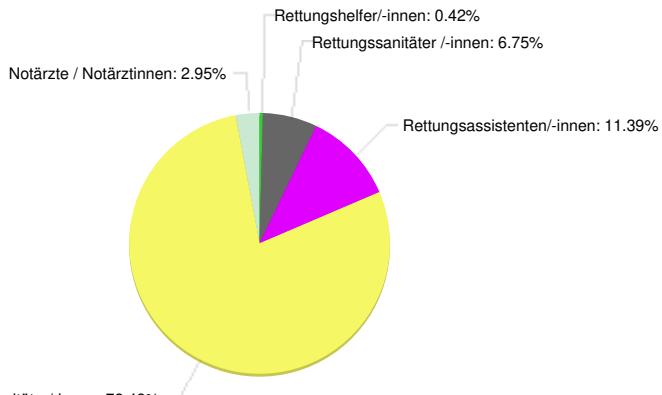
1 (0.4%): Rettungshelfer/-innen

16 (6.8%): Rettungssanitäter /-innen

27 (11.4%): Rettungsassistenten/-innen

186 (78.5%): Notfallsanitäter/-innen

7 (3.0%): Notärzte / Notärztinnen



7. Inwieweit wurden bisher Ihre vorgegebenen Standard-Arbeitsanweisungen bzw. Muster-Algorithmen genau so (1:1) von Ihnen in realen Einsatzsituationen so umgesetzt, wie diese beschrieben sind? *

Anzahl Teilnehmer: 130

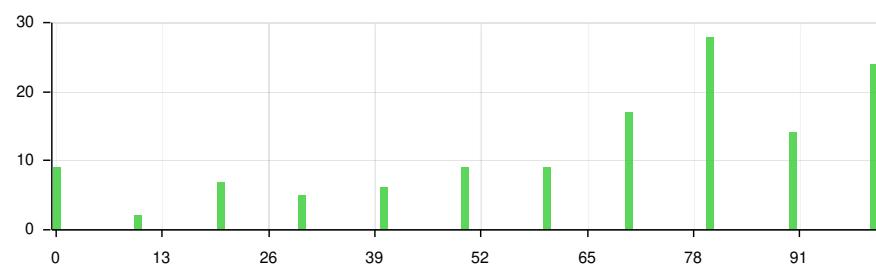
0 = gar nicht

100 = genau so (1:1)

Arithmetisches Mittel: 66,38

Mittlere absolute Abweichung: 24,31

Standardabweichung: 29,86



8. Bei welchen Einsatzsituationen konnten Ihre Standard-Arbeitsanweisungen bzw. Muster-Algorithmen nicht genau so (1:1) umgesetzt werden? *

Anzahl Teilnehmer: 103

Alle 68 vorangegangenen Antworten anzeigen

- Nicht alle Einsatzbilder passen 1 zu 1 auf die Arbeitsanweisungen
- Es gab keine
- 1c Maßnahme Analgesie, da keine BTMs zur Verfügung standen
- Analgesie, obstruktive Atemwege, NIV-Therapie
- Keine
- Internistischen Notfälle
- Medikament nicht vorhanden (Morphin)
- Wenn Patienten dynamisch und/oder hochgradig kritisch sind.
- Wenn lokale protokolle existieren
- Kommt auf den Patienten an
- Bei Bagetleinsätzen wird oftmals vom Starren Vorgehen abgewichen, bzw. die starre Reihenfolge bei Maßnahmen minimal verändert.
- Entweder bei Einsätzen, die nicht 100%ig zum Algorithmus passten, oder welche, bei denen der NA aufgrund seiner Therapiefreiheit nun komplett anderen Weg gegangen ist...
- Lingenödem (Nitro wegen incompliance und massivem speichelfluss) -> Nach Algorithmus daher übersprungen und mit Euro fortgesetzt
- Schwierigkeiten beim Applizieren des i.V Zugangs
- Allen da sie noch nicht zur Berufsausübung freigegeben sind
- Ablehnung durch NA vor Ort
- Bei allen Einsätzen, die nicht in den Handlungsempfehlungen für NFS in Ba-Wü abgebildet sind. Das ist die große Mehrheit der Einsätze.
-HE, welche BTM beinhalten.
- Mittel bis starke Schmerzen bei Trauma
- Wenn Pat. Beispielsweise allergisch auf Medikamente sind.
Wenn verschiedene Diagnosen im Raum stehen, und die eine Diagnose die Behandlung der anderen Diagnose aufgrund von Kontraindikationen nicht möglich macht.
- Vor allem die Anlage eines intraossären Zugangs nach zwei erfolglosen PVK-Anlage Versuchen steht für mich so besonders kritisch im Raum. Da bringe ich dann doch lieber den ACS-Patienten zügig in eine Klinik der ein PVK und die Medikation vollzogen werden kann, als das ich vor Ort einen i.o.-Zugang lege.
- kindernotfälle, erwachsene mit Lungenerkrankungen
-
- ROSC, Patient atmet gegen die Beatmung (-> RA darf nicht mehr sedieren).
Anaphylaxie (es werden keine H1 und H2-Blocker mehr vorgehalten).
- Wenn Patientenseitige Anpassungen sinnvoll waren so bsp. bei Hypertensiver Krise nach Standardanweisung erst ab 230 mmHg systolisch aufwärts möglich, auch bei Repititionsgaben Analgesie laut Standard algo nur 1x möglich bei weiteren Bedarf auch weiter sinnvoll, weiter bei exacerbiert COPD wird im Standard Algo lediglich auf CPAP verwiesen in der Praxis wird dann nach S3 Leitlinie NIV mittels Pressure Support durchgeführt.... hier würde man sich schon mehr Leitlinientreue bei der Erstellung der SOP wünschen.
- Immer dann, wenn es sich nur um eine Erkrankung handelt.
- ACS
- Häufig passen nicht alle Fakten und führen dadurch zum abweichen bzw. Ausschluss bei Medikamenten
- div.
- In Zusammenarbeit mit Ärzten und Rettungsdienstpersonal der Feuerwehr
- Analgesie - Max Dosierung nicht hinreichend
- Fehlende Informationen zur Anamnese (Kontraindikationen). Meist wenn kein Arztbrief oder andere Unterlagen vorlagen. Ungenaue Angaben durch Patienten. Fehlende Zeit zur Umsetzung (siehe unten). Ist halt Großstadttretung.
- Acs, Hypertensive Notfälle, starke Schmerzen,
- Nie
- ...
- Reanimation mit NEF

9. Was denken Sie?

Welche Gründe verhinderten die 1:1 Umsetzung Ihrer Standard-Arbeitsanweisungen bzw. Muster-Algorithmen in realen Einsatzsituationen? *

Anzahl Teilnehmer: 105

Alle 70 vorangegangenen Antworten anzeigen

- Wenn Unklarheiten entstehen können
- Keine
- Keine BTMs, alle anderen funktionieren
- Dogmatisierung des Abcde.

Der Versuch jeden Patienten in ein und das selbe Algorithmenheft zu stecken funktioniert nicht.

Das häufig erworbene Tabellenwissen sorgt häufig dafür dass der Mitarbeiter nicht mehr selber denken soll/wollen.

- Keine
- Meist der Patient. Situation an der Einsatzstelle. Ereignisse die dazwischen kamen
- nicht vorhandene Medikamente (BTM)
- Patientensicherheit der Grundgesamtheit vs. Wissen und Erfahrung des eingesetzten Rettungsfachpersonals.
Anders gesagt: der Algorithmen-orientierte Kollege weist vielfach weder die Erfahrung noch das Hintergrundwissen auf um Algorithmen situationsgerecht eskalieren zu können.
- teilweise zu spezifisch bzw auch andersherum zu allgemein gehalten
- Schwieriger Patient
- In den meisten Fällen die Tatsache, dass es sich um Bagatelleinsätze handelt, bei denen eine ambulante Behandlung durch den Hausarzt ebenfalls ausgereicht hätte. Dadurch sinkt bei vielen Kollegen der Wille, exakt 100% nach Schema zu arbeiten.
- S.o.
- Können nur für den "Standard-Patienten" erstellt werden. Besonderheiten sind oft so speziell, dass es einfach nahezu unmöglich ist, jeden Einzelfall explizit aufzuführen
- Anatomische Besonderheiten / Stress
- Die nicht vorhandene Freigabe durch dass Land BW und somit nicht vorhandene Rechtssicherheit
- Mangelnde Akzeptanz
- Einsatzspektrum.
BTM-Gesetzgebung.
- Dosisintervall zu groß bei stärksten Schmerzen
- Siehe überliegenden Punkt
- Das Zögern bei Krankheitsbildern eine sehr invasive Maßnahme (zB die i.o.-Punktion) durchzuführen, wobei man mit einer Load-and-go Variante auch in einem angemessenem Zeitrahmen im Krankenhaus ist.
- jeder Patient ist anders und man kann nicht stumpf einen Algorithmus abarbeiten...
-
- Realitätsfremde Vorgaben am Wohl des Patienten vorbei. So sind z.B. erlernte und langjährig erprobte Maßnahmen für Rettungsassistenten nicht mehr freigegeben (bspw. CPAP/NIV).
- Oben beschrieben manchmal nicht wirklich sinnhafte Grenzwerte oder nicht Leitlinienkonform erstellt.
- Unterschiedlich. Aber was am Behandlung im Algo für eine Erkrankung gut ist, kann in Wechselwirkung zur anderen stehen. Da helfen keine Algos mehr.
- Zu viele dd
- Im Rahmen der Delgation verantwortung sehr eng gestrickt. Patienten bieten selten Leitsymptome einer Erkrankung sondern eher verschiedene die ineinander fließen.
- zu harte Grenzwerte
- Die o.g. Argumentieren man bräche diese nicht
- Ärztliche Leitung hat keinen Arsch in der Hose
- Einsatz von SOP (Berlin) kam bis Ende 2018 nur in Frage bei Alarmierung eines NEF. Diese sind meistens so Zeitnahe verfügbar (Nach alarmiert oder auch Parallel alarmiert, mit Ausnahmen) das eine Arbeit mit allen Kriterien (inkl. Anamnese, Prüfung von Indikation/Kontraindikation etc.) bis zum Eintreffen meistens nicht möglich war. Sprich: beim z.B. Aufziehen der Medikamente stand der NA schon in der Tür. Allerdings: Mit der Änderung der SOP zum Anfang des Jahres dürfen NFS jetzt selber entscheiden ob sie die Verantwortung auch ohne NEF tragen möchten. Aufgrund der rechtlichen Problematik ist es fraglich ob SOP-Maßnahmen Sinn machen wenn das nächst gelegene geeignete Krankenhaus 5-10 Minuten oder weniger Fahrtweg entfernt

ist.

- SAA NRW sind unpraktikabel, Handlungsgrenzen und Kontraindikationen sind oft zu ausgedehnt, medizinische Fehler eingebaut
- Keine. Außer es kommen Notärzt im Einsatz dazu die nicht gewillt sind nach SOP mitzuarbeiten
- Weil es oft Einsatz nicht so durchführbar ist wie man es lernt. Dazu kommt noch eingefahrene Routine.
- Mangende Kenntnis der Ärzte der SOP

10. Was denken Sie?

Welche Faktoren waren für die Umsetzung Ihrer Standard-Arbeitsanweisungen bzw. Muster-Algorithmen in realen Einsatzsituationen hilfreich? *

Anzahl Teilnehmer: 46

 Alle 11 vorangegangenen Antworten anzeigen

- Wenn man ganz viel Zeit hat, der Patient kooperativ ist, wenn ein Azubi dabei ist (eigene Motivation ist höher, es Lehrbuchmäßig zu machen), jüngere aufgeschlossene Kollegen
- Wenn man uns unsere Arbeit machen lässt
- ?
- Mehre mögliche Optionen die mitbeschrieben werden
- Regelmässiges lernen und wiederholen

Als Back up, algorhythmen einlaminiert

- Quartalsmäßiges Training
- Die Frage ist umständlich gestellt..

Hilfreich ist sich mit dem Thema auseinander zu setzen und zu wissen was man da wirklich tut. Ein abhaken einer Liste um dann zum Entschluss zu kommen medikament ja oder nein, hat nichts mit Anwendungssicherheit zu tun.

- Material muss vorgehalten werden
- Umfangreicheres dabei aber sinnvolles Hintergrundwissen mit einem etwas weniger ausgeprägten Focus auf Algorithmen. Algorithmen als Backup - wunderbar, sie sind aber kein Allheilmittel.
- klare angaben zu medikamentengaben
- ..
- Mitdenken :-)
- Überschaubarkeit, Einfachheit, Nachvollziehbarkeit
- ? genaue Fragestellung nicht verständlich
- Aus und Fortbildung
- Standarts die allen im Team bekannt sind
- Volle Rückendeckung der ärztlichen Verantwortlichen und des Klinik-Verbundes in Verbindung mit Schulungsprogramm durch Arbeitgeber zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen.
- Medikament (fentanyl) ist potent und gut steuerbar - korrektes Mittel ausgewählt
- Wenn genau ein Krankheitsbild mit den typischen Symptomen vorlag, beispielsweise Krampfanfall.
- Die Rückendeckung durch viele Notärzte und das KH-Personal. Da hat mittlerweile ein Umdenken stattgefunden! Zudem die Etablierung von gebietsspezifischen Apps in denen die SOPs schnell nachgeschlagen werden können.
- man sollte sich immer bewusst sein, dass wir mit Menschen arbeiten und deren Mitarbeit im Einsatz, vor allem als Patient, sehr wichtig ist!
- Gute ausgearbeitetes Kompendium
- Maßgeblich für mein tatsächliches (und mitunter von den SOP abweichendes) Handeln sind meine langjährige Berufserfahrung (inklusive Intensivmedizin, Pädiatrie, Neonatologie), diverse Zusatzqualifikationen und aktuelle Veröffentlichungen der jeweiligen Fachgesellschaften. Ich setze alle erlernten Maßnahmen um, um die bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten.
- Ganz klar erstmal ein ÄLRD der gewillt ist diese Landesausbildungsalgos überhaupt freizugeben. Da gibts ja schon sehr heterogene Ansätze.

Regelmäßige Anwendung = Handlungssicherheit

- K.A.

Eindeutige Verdachtsdiagnose bzw symptomatische Therapie möglich

- Kann ich bisher nicht festmachen an speziellen Faktoren. Die SAA/BPR orientieren sich an bisher gegebenen Abläufen u.a S3 Leitlinien, sodass eine große Umstellung nicht nötig war. Allein die Ergänzung der Maßnahmen bzw Medikation erfordert regelmäßig den Anwender um eine Patientensicherheit zu gewährleisten.
- Ermessensspielraum: schwer gestörte Atmung anstatt AF- und Sp02-Grenzwert
- Keine
- *
- Bundesweite Festlegungen zu SOPs. Schaffung einer rechtlich sicheren Situation zur Anwendung von SOPs bzw. heilkundlichen Maßnahmen. Speicherung von Patientendaten auf der KV-Karte (Anamnese, Allergien etc.)
- Schulung
- Schrittweise Einführung und gute Kommunikation unseres ÄLRd
- Eigene Wille.
- Stetige Schulungen