



# Übergabekonzept Dortmund nach SBAR



AG Übergabe ZNA / Rettungsdienst

# Einführung

- Fehlervermeidung durch Übergabestandards
- Übergabe nach SBAR
- Übergabe an Arzt / Pflegekraft bei bestimmten Kriterien
- Übergabe im Schockraum
- Klare Regeln bei der Übergabe
- Schulungen in Klinik und Rettungsdienst
- Erstellung von Postern und einer SOP

# SBAR

Empfohlenes Konzept der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin)

- **S** „Situation“ : Grund des Kommens, Alter und Name des Patienten
  
- **B** „Background“ : Vorerkrankungen, Medikation, Allergien
  
- **A** „Assessment“: ABCDE, Messwerte, getroffene Maßnahmen, Verlauf, Risikofaktoren
  
- **R** „Recommendation“: Ergänzungen, Empfehlungen, was sollte nun passieren

# Übergabe an wen?

## Kriterienerfüllung

### An Pflegekraft:

- Keine Notarztbegleitung
- Stabiler Patient
- MTS / ESI-Kategorie Grün/Blau
- Kein kritischer / potentiell kritischer Patient

### An zuständigen ZNA-Arzt :

- Notarztbegleitung
- Instabiler Patient
- MTS / ESI-Kategorie Rot / Orange / Gelb
- Kritischer / potentiell kritischer Patient

MTS :Manchester-Triage-System ; standardisiertes Verfahren zur Ersteinschätzung in der Notaufnahme

ESI : Emergency Severity Index ; Triage in fünf Stufen um Patienten zu identifizieren, die unmittelbar von einem Notfallmediziner gesehen und behandelt werden müssen

# ESI Kategorisierung

- ESI - Der Emergency Severity Index ist ein 5-stufiger Triage-Algorithmus
- Ziel ist es, die Patienten zu identifizieren, die unmittelbar von einem Notfallmediziner gesehen und behandelt werden müssen
- Außerdem werden die Patienten erkannt, die schadlos verzögert versorgt werden können

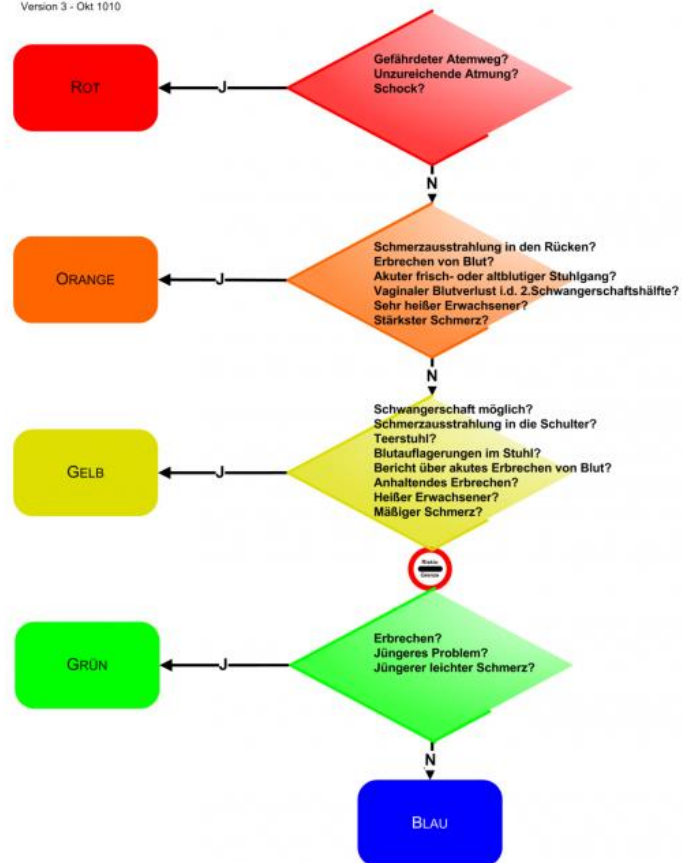
# MTS Kategorisierung

- Manchester-Triage-System (MTS) ist ein standardisiertes Verfahren zur Ersteinschätzung in der Notaufnahme
- MTS geht von Beschwerdebildern und Leitsymptomen aus
- Nach Einschätzung der Beschwerdebilder/Leitsymptome wird der Patient einer von fünf Stufen der Dringlichkeit zugewiesen

# Beispiel MTS Kategorisierung

## Abdominelle Schmerzen bei Erwachsenen

Version 3 - Okt 1010



### Hinweise zum Diagramm

Abdominelle Schmerzen sind ein häufiger Grund zur Vorstellung in der Notaufnahme, dieses Diagramm soll die Einschätzung von Patienten mit derartigen Beschwerden erlauben. Neben diversen generelle Indikatoren wie Lebensgefahr und Schmerz sind in den Stufen ORANGE und GELB spezielle Indikatoren eingefügt. Sie sollen bei Patienten mit mäßiger oder starker gastrointestinaler Blutung und solchen mit Zeichen für eine retroperitoneale oder Zwerchfell-Reizung eine ausreichend hohe Priorisierung sicherstellen.

#### Siehe auch:

Gastrointestinale Blutung, Durchfälle und Erbrechen, Schwangerschaft

| Spezielle Indikatoren                                  | Erläuterungen   |
|--|---|
| Schmerzausstrahlung in den Rücken                      | Schmerz, der auch im Rücken empfunden wird, entweder konstant oder intermittierend.   |
| Erbrechen von Blut                                     | Erbrochenes Blut kann frischblutig (hell- oder dunkelrot) oder kaffeefarbig auftreten.  |
| Akuter frisch- oder altblutiger Stuhlgang              | Bei einer aktiven starken gastrointestinalen Blutung wird dunkelroter Stuhlgang abgesetzt werden. Je länger die Passagezeit durch den Darmtrakt andauert, desto dunkler wird das Blut – bis hin zu einer schwarzen Färbung. |
| Vaginaler Blutverlust in der 2. Schwangerschaftshälfte | Jeder Blutverlust aus der Vagina bei einer Frau, die die 20. Schwangerschaftswoche überschritten hat.   |
| Schmerzausstrahlung in die Schulter                    | Wenn in der Schultergipfel Schmerzen empfunden werden, ist dies oft ein Zeichen für eine Zwerchfellreizung.   |
| Teerstuhl  | Jede Form schwarzen Stuhlganges erfüllt dieses Kriterium.   |
| Blutauflagerungen im Stuhl                             | Johannisbeerefarbene dunkelrote Blutauflagerungen treten klassisch bei einem Invaginationileus auf. Auf der anderen Seite schließt das Fehlen der Auflagerung diese Diagnose aber nicht aus.                                |
| Bericht über akutes Erbrechen von Blut                 | Erbrechen von Blut, kaffeefarbiges Erbrechen oder Blutbeimengungen beim Erbrochenen innerhalb der letzten 24 Stunden.   |
| Anhaltendes Erbrechen                                  | Erbrechen, das kontinuierlich oder ohne Ruhepause auftritt.   |
| Erbrechen  | Jedes Erbrechen erfüllt dieses Kriterium.   |

# Übergaberegeln im Schockraum

- Leiter Schockraum gekennzeichnet durch eine Weste
- Beginn der Übergabe erst, wenn alle da sind („Team komplett - Übergabe“)
- No-touch Übergabe
- Ruhe im Raum, keine Privatgespräche
- Wiederholung und Zusammenfassung der Übergabeinformationen des Teamleiters RD vom Teamleiter Notaufnahme/Schockraum
- Verständnisfragen und Ergänzungen
- Umlagerung und Monitorwechsel nach Absprache zwischen Rettungsdienstteam und Schockraumteam



# Was soll darüber hinaus übergeben werden?

- Medikation mit Name, Wirkstärke und Dosierschema (0-1-0) (Liste, Schachtelklappen oder protokolliert)
- Angabe einer Kontaktperson (Angehöriger, Betreuer, Pflegedienst)
- KV-Karte
- Arztbriefe, Vorbefunde, Med. Ausweise/Pässe
- Dokumentation der Wertgegenstände
- Ggf. an den Rücktransport denken:
  - Hausschlüssel
  - Bademantel, Hausschuhe

# Übergabeort

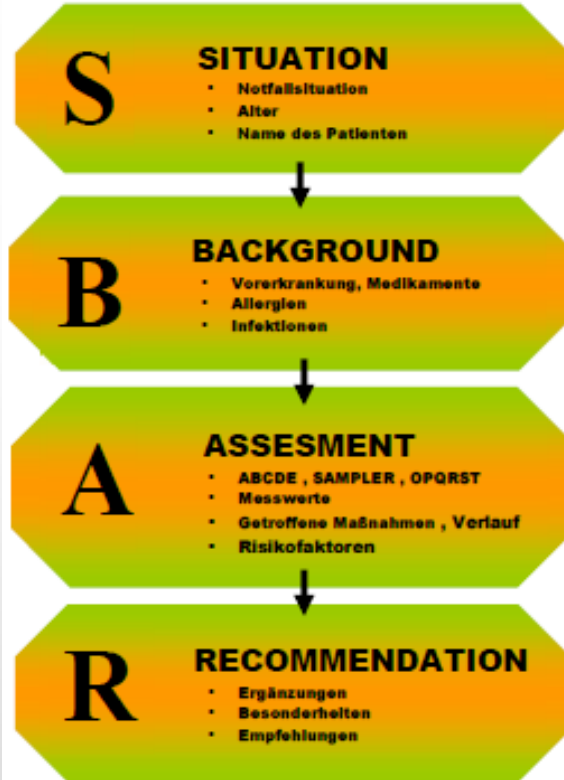
- Bei unkritischen Patienten ist der Übergabeort ungebunden (Flur, Untersuchungsraum, Vorraum ZNA)
- Kritische / potentiell kritische Patienten sollen i.d.R. im Behandlungsraum oder Schockraum übergeben werden

# Übergabekonzept Dortmund

Nach SBAR

## Übergaberegeln

- Beginn der Übergabe erst, wenn alle da sind : „Team komplett – Übergabe“
- Leiter Schockraum gekennzeichnet durch eine Weste
- No-touch
- Ruhe im Raum
- Wiederholung und Zusammenfassung der Übergabeinformation des Teamleiters
- Rettungsdienst vom ZNA - Arzt / Pflegepersonal
- Zeit für Verständnisfragen und Ergänzungen
- Umlagern und Monitorwechsel nach Absprache zwischen Rettungsdienstteam und ZNA - Team



## Übergabe an :

### ZNA – Arzt

- Notarztbegleitung
- Instabiler Patient
- MTS\* / ESI\*\* -Kategorie Rot / Orange / Gelb
- Kritischer / potentiell kritischer Patient

### Pflegekraft

- Keine Notarztbegleitung
- Stabiler Patient
- MTS\* / ESI\*\* -Kategorie Grün / Blau
- Kein kritischer / potentiell kritischer Patient

\*MTS : Manchester-Triage-System / Erstbeurteilung in ZNA  
\*\*ESI : Emergency Severity Index / Triage-System in Ruf

### Was sollte noch übergeben / beachtet werden?

- DIVI-Protokoll , Hygieneüberleitbogen
- Medikation mit Name, Wirkstoff und Dosierintervall
- Angabe einer Kontaktperson
- KV-Karte, Arztbriefe, Vorbefunde, Med. Ausweise/Pässe
- Dokumentation der Wertgegenstände
- Bei möglichem Rücktransport: Hausschlüssel, Bademantel, Hausschuhe



# Beispiel : Übergabe mit Notarzt

- Team komplett - Übergabe

## ➤ Situation

- Hallo, mein Name ist Dr. Meier vom 1-NEF-1. Wir bringen Euch Hr. Schmidt mit infekt-exazerbierter COPD unter NIV-Therapie

## ➤ Background

- Hr. Schmidt hat eine bekannte sauerstoffpflichtige COPD GOLD 4 mit Infekt seit 3 Tagen. Seit 3 Stunden Zunahme der Dyspnoe, Bek. VHF, Vormedikation: Bisoprolol 5mg 1-0-0, Spiriva

# Beispiel : Übergabe mit Notarzt

## ➤ Assesment

- A - obere Atemwege sind frei
- B - Bronchospastik über allen Lungenarealen, initiale SpO2 bei 75%, der zunächst anwesende RTW leitete eine O2-Therapie mit Verneblermaske mit Salbutamol/Atrovent ein, daraufhin kaum Besserung. Entschluss den Patienten mit einer NIV-Therapie zu versorgen, daraufhin deutliche Besserung, Anstieg der SpO2 auf 90%, zusätzlich Gabe von 250mg SDH i.v.
- C - Puls arrhythmisch bei bek. VHF, gut tastbar, PF 120/min., RR ist bei 160/90mmHg, EKG zeigt Abs. Arrhythmie bei VHF bei HF 116/min, i.v.-Zugang HR li. 18G
- D - unauffällig, BZ 112 mg/dl, GCS 15
- E - keine Auffälligkeiten

## ➤ Recommendation

- Weiterführen der NIV-Therapie

# Beispiel : Übergabe ohne Notarzt

- Team komplett - Übergabe

## ➤ Situation

- Hallo, mein Name ist Müller vom 1-RTW-1. Wir bringen Euch Fr. Schulz, mit Zustand nach Sturz im Altenheim, aufgrund Schwindel. Frau Schulz klagt über Schmerzen im Becken-/Hüftbereich links.

## ➤ Background

- Fr. Schulz ist dement und es besteht eine KHK. Ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 ist bekannt. Sie lebt im Seniorenwohnheim „Alte Schachtel“ auf der Demenzstation.

# Beispiel : Übergabe ohne Notarzt

## ➤ Assesment

- A - Atemweg frei, Schleimhäute trocken
- B - vesikuläres AG bds., AF norm bei 13, SpO2 98% bei RL
- C - Puls rhythmisch, schwach tastbar, HF 96/min., Pat. ist hypoton bei 90/60mmHg, hat daraufhin von uns einen Zugang und bis jetzt 250ml VEL erhalten, EKG zeigt SR bei HF 96/min
- D - verwirrt, aber keine Änderung zum Zustand vor Sturzereignis, BZ 125 mg/dl, GCS 14
- E - klagt über Schmerzen im Hüftbereich links, provozierbar bei Bewegung/Palpation, sonst keine weiteren Verletzungen, Ein Schmerztherapie wurde nicht eingeleitet, da die Umlagerung mit Schaufeltrage auf die Vakuummatratze annähernd schmerzfrei gelang.

## ➤ Recommendation

- Das Pflegeheim bzw. der gesetzlich bestellte Betreuer möchte gerne eine Rückmeldung über den stationären Aufenthalt. Die Kontaktdaten sind im Protokoll vermerkt.