

Vakblad **v&vn** AMBULANCEZORG



Ontwikkelingen van LPA 9 (deel 2)

Hypothermie: een koud kunstje?

ON-TIME 3

De nieuwe Wet ambulancezorgvoorzieningen

Polyances en ambubussen

Ontwikkeling van LPA 9 (deel 2)

Het SPART-model als ruggengraat in de ontwikkeling van LPA 9

Het vorige artikel ging over de verantwoording van het SPART-model en hoe het aansluit bij de toekomstvisie op het ambulancezorgconsult. We maakten een start met de theoretische onderbouwing en beschreven kleine wijzigingen in het SPART-model. Het systeem 1 als intuïtief systeem en systeem 2 als analytisch systeem, geven inzicht in de basis van professionele besluitvormingsprocessen. Inmiddels is er een compleet Nederlandse versie van het SPART. Dit artikel beschrijft de verschillende fasen in het ambulancezorgproces in relatie tot besluitvorming in het algemeen, hoe het ambulancezorgconsult past in dit besluitvormingsproces en wat die verschillende stappen inhouden.

Door: Arjan Bruintjes en Bert Dercksen namens de protocollencommissie AZN.

Het SPART-model

Het LPA wordt regelmatig geüpdatet op basis van de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen en input uit de sector. De laatste jaren is er veel veranderd in het veld. Een ambulanceprofessional heeft tijdens het ambulancezorgconsult steeds vaker te maken met (hoog) complexe zorgvragen. Om die te duiden, is het essentieel om klinisch te redeneren.

Uit de literatuur weten we dat zowel contextuele (omgevingsgerelateerd) als cognitieve factoren, en de interactie daartussen, het klinisch redeneren beïnvloeden. Meestal (maar niet altijd) verstoort deze beïnvloeding dit proces en vergroot daarmee de kans op het maken van fouten.^{1,2} Inzicht in de structuur van het ambulancezorgproces helpt bij het identificeren en aanpakken van zaken die het klinisch redeneren verstoren. Het ambulancezorgproces is complex en tot nu toe slechts gedeeltelijk gedefinieerd en beschreven³ op een manier die niet direct toepasbaar is op de specifieke Nederlandse situatie. Daarom is in de afgelopen jaren wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het ambulancezorgproces in Nederland⁴. Dit onderzoek heeft veel inzicht gegeven en geleid tot ontwikkeling van het zogenoemde SPART-model. Door dit model, dat erg goed aansluit bij de dagelijkse ambulancepraktijk, verloopt een ambulancezorgconsult soepel en gestructureerd, en kunnen ambulanceprofessionals ook bij complexe zorgvragen op de juiste manier handelen.

Toepassingsgebieden van het SPART-model

Het model kun je op zes manieren inzetten:

1. Om de ambulanceprofessional te ondersteunen in alle facetten van het werk: zowel om het consult structuur te geven als om gestructureerd verslag te leggen.
2. Om hiaten in protocollen en hulpmiddelen op te sporen.
3. Om verschillende medische en/of verpleegkundige werkafspraken en diagnostische en therapeutische protocollen zo uniform mogelijk te beschrijven met eenduidige terminologie.
4. Om de ambulancezorgprofessional te faciliteren beargumenteerd en bewust keuzes te maken in het consult.
5. Om het klinisch redeneerproces, resulterend in een klinische beslissing, gestructureerd te doorlopen.
6. Om verpleegkundige instrumenten in te zetten bij de in het consult vastgestelde zorgvragen.

Het model biedt daarbij handvatten om op navolgbare wijze aandacht te geven aan voorbereidingsmethodieken, dataverzameling-systematiek, anamnesestrategieën, risicostratificatie, behandel- en transferprotocollen en andere relevante richtlijnen en leidraden.

Structuur van het SPART-model

Het model bestaat uit verschillende fasen en stappen. De afzonderlijke stappen doorloop je in een bepaalde, min of meer vanzelfsprekende, volgorde. Afwijken kan in sommige gevallen logisch en efficiënt zijn. De volgorde van de stappen is dus niet absoluut. Dit zie je terug in de vormgeving van het



Afbeelding 1: Verschillende fasen in een besluitvormingsproces

model. Hieronder een uitleg van fasen van het SPART-model.

Verschillende fasen in een ambulancezorgconsult

Het ambulancezorgconsult is een proces waarbij uiteindelijk een besluit wordt genomen over de zorgvraag van de patiënt, zodat therapie en verwijzing kan plaatsvinden. Elke besluitvorming zal bewust of onbewust een proces met fasen doorlopen. Zo heeft ook het ambulancezorgconsult verschillende fasen. (afbeelding 1)

Professionals doorlopen die fasen altijd in een logische volgorde. Eerst informatie verzamelen, dan verwerken, analyseren en interpreteren, een beslissing nemen, en uiteindelijk die beslissing uitvoeren. Als een probleem ingewikkeld is, doorloop je delen van het proces meerdere keren. Voor een ambulancezorgconsult zien de benamingen van de fasen er als volgt uit:

Verschillende stappen in een ambulancezorgconsult

In sommige fasen van het ambulancezorgconsult doorloop je meerdere stappen niet altijd in dezelfde volgorde. Zo kunnen tijdelijk een of meer stappen worden overgeslagen. Uiteindelijk moeten alle stappen doorlopen zijn, pas dan is een consult afgerond.

Cyclisch proces

Een ambulancezorgconsult is in de meeste situaties (hoog) complex. Daarom doorloop je de verschillende fasen en stappen vrijwel altijd meerdere keren. Het werkproces is dus cyclisch. In alle stappen en bij elke cyclus vormt het klinisch redeneerproces de rode draad.

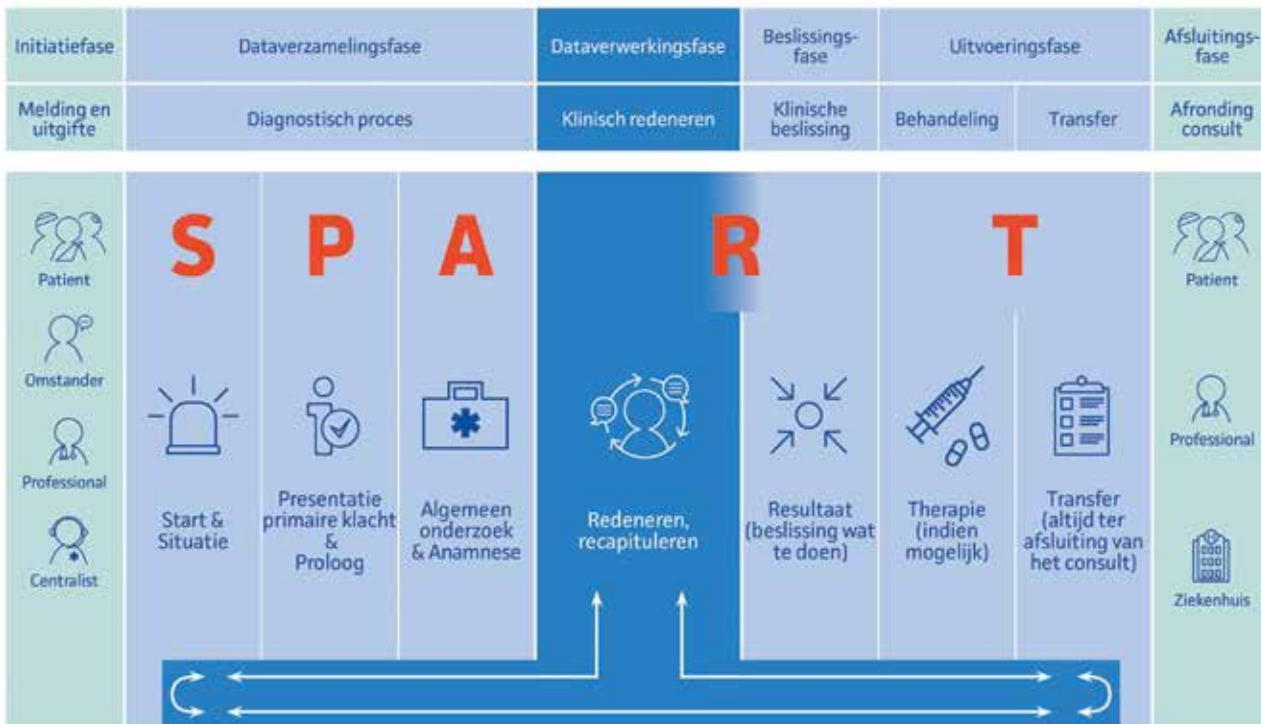
Korte en lange cyclus: symptom- of syndroomherkenning

Bijna ieder consult begint met een korte cyclus van doelgerichte diagnostiek en interpretatie, om in te schatten of vitale functies van een patiënt in gevaar zijn. Als dat zo is, moet je een acute interventie uitvoeren.



Afbeelding 2: Verschillende fasen in het ambulancezorgconsult

SPART - model



Tekst en ontwerp © Ambulancezorg Nederland, Bert Dercksen & Protocolcommissie. www.ambulancezorg.nl. Alle rechten voorbehouden/all rights reserved. Versie 2.3 NL, 2020.

Afbeelding 3: Verschillende stappen in het ambulancezorgconsult

Het doel van deze korte cyclus is om levensbedreigende symptomen te signaleren en behandelen. Het klinisch redeneerproces en de dataverzameling is nog niet volledig. Zodra de situatie het toelaat, doorloop je zorgvuldig alle stappen, de zogenoemde lange cyclus, om zo het symptoom te verbinden aan andere symptomen en te komen tot een syndroom.

Voorbeeld van een symptoom

Een ernstig benauwde en cyanotische patiënt. Het is vaak nog niet duidelijk wat de onderliggende oorzaak van het probleem is. De werkdiagnose bestaat uit slechts het symptoom. De ambulanceprofessional kan nog geen onderliggend ziektebeeld of gezondheidsprobleem bepalen maar geeft wel direct zuurstof vanwege de ernst van het probleem.

Voorbeeld van een syndroom

Een patiënt die zich aandient met een snelle ademhaling, een snelle pols en een lage bloeddruk. Deze symptomen lijken op het syndroom shock. Direct zuurstof toedienen, een infuusnaald inbrengen en vocht toedienen is een logische en legitieme reactie.

Als je een syndroom herkent, is dat de werkdiagnose en kan daarop een klinische beslissing volgen, bijvoorbeeld om te starten met behandelen, zelfs zonder precies de oorzaak te weten. In deze lange cyclus is meer informatie beschikbaar en is het klinisch redeneerproces verder op gang gekomen.

Stapsgewijs consult

In de meeste gevallen probeer je het onderliggend ziektebeeld of gezondheidsprobleem te bepalen. Dat doe je door de verschillende stappen van het model (meerdere keren) te doorlopen. Zo verzamel je nieuwe informatie waarmee je het klinisch redeneerproces kunt afronden.

Als alle informatie verzameld is, kun je een werkdiagnose stellen. Zijn er alternatieve diagnoses, dan vormen die de differentiaaldiagnose(s). Ook kun je gezondheidsrisico's in kaart brengen. Op basis van de uiteindelijke werkdiagnose neem je een definitieve klinische beslissing. Vervolgens stel je zo mogelijk een behandeling in. Het consult wordt afgesloten met een transfer.

Beschrijving van de verschillende stappen

Het model kent tien onderdelen. Elke letter in het acroniem SPART staat voor twee afzonderlijke stappen. Het meldkamerproces gaat vooraf aan het SPART-model.

Vorbereiding: het meldkamerproces



Een ambulancezorgconsult begint meestal met een opdracht vanuit de meldkamer. De zorgvraag komt van een zorgvrager. Dit kan de patiënt zijn maar ook een naaste, omstander of niet medische ketenpartner. In deze gevallen probeert de meldkamercentralist de zorgvraag te duiden.

Daarnaast kan de zorgvraag binnenkomen via een andere zorgprofessional, die al dan niet bij de zorgvrager aanwezig is. In dat geval geeft deze de meldkamercentralist een adequate overdracht van medische en/of verpleegkundige informatie.

De meldkamercentralist kan op verschillende manieren reageren:

- de zorgvrager voorzien van (zelf)zorgadvies;
- de zorgvrager verwijzen naar een andere zorgverlener, bijvoorbeeld de huisarts;
- een ambulancezorgconsult initiëren.

In het laatste geval leidt de hulpvraag tot een opdracht aan een ambulance-eenheid. De meldkamercentralist geeft deze eenheid een digitale en soms ook mondelinge overdracht.

Stap 1 en 2: De uitgangssituatie voor de ambulanceprofessional: Start & Situatie

Start



In de periode vóór de eerste ontmoeting met de zorgvrager (Start), interpreteer je de meldkamerinformatie. Bijvoorbeeld: welke medische en verpleegkundige informatie is beschikbaar, wat voor soort melding is het, om welke locatie gaat het, zijn andere eenheden ingezet en hoe staat het met de veiligheid ter plaatse? Nog vóór aankomst bij de zorgvrager, houd je een eerste teamoverleg en deel je de beschikbare informatie met je collega. Samen stel je een aanvalsplan op (PAP, pre-arrival preparation).

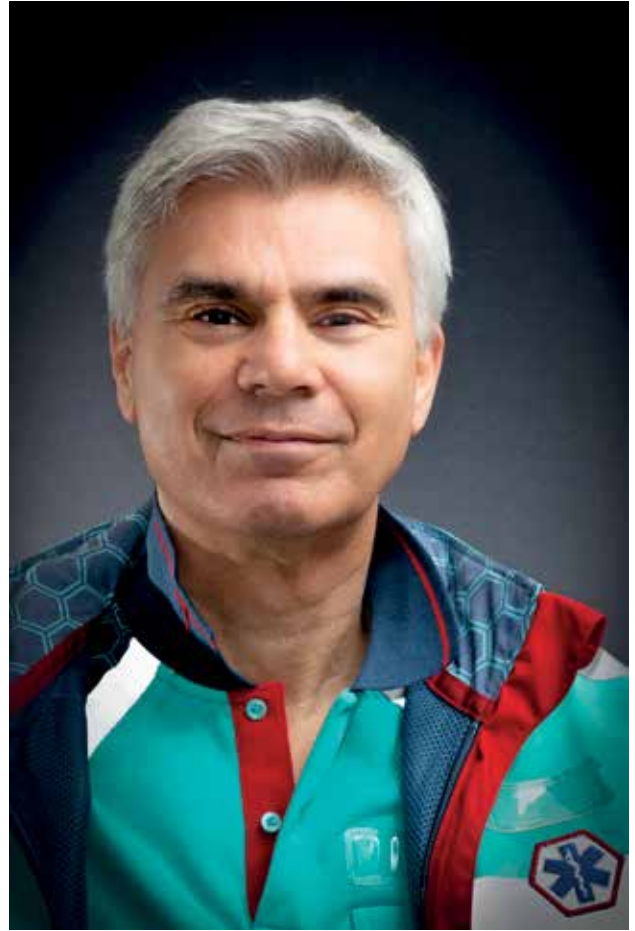
Situatie

Tijdens de eerste ontmoeting met de zorgvrager op de plaats van het incident (Situatie) komen er diverse bewuste en onbewuste processen op gang, zoals patroonherkenning en situatiebewustzijn. Je vormt je een eerste beeld van de (medische) toestand, de zorgbehoefte en de context waarin je de zorgvrager aantreft.

Als de zorgvrager vitaal bedreigd is, doet je direct een kort onderzoek en start je een acute interventie of behandeling (korte cyclus).



Arjan Bruintjes MSc. Verpleegkundige Specialist



Bert Dercksen, Urgentie anesthesioloog/MMT arts UMCG en Medisch Manager Ambulancezorg

Stap 3 en 4: Het richten op dat wat zich het eerst aandient en het helder krijgen van de aanleiding tot de zorgvraag: Presentatie primaire klacht & Proloog

Presentatie primaire klacht



Presentatie
primaire klacht
&
Proloog

Het is vrij logisch om je, ná het (het bewust en onbewust) overzien van de situatie, direct te richten tot de zorgvrager met zijn zorgvraag. Dat sluit aan bij onze natuurlijke reactie om je primair te richten op datgene wat het meeste of het eerste opvalt.

In deze derde stap begin je met het afnemen van een gerichte anamnese. Meestal probeer je eerst de zorgvraag te bepalen door vragen te stellen zoals: 'Wat kan ik voor u doen?'; 'Wat is er aan de hand?' en 'Wat verwacht u van mij?' Wat de zorgvrager zelf wil of verwacht is vaak medebepalend voor het vervolg van het consult en de uiteindelijke klinische beslissing. Door dit zo vroeg mogelijk te weten te komen, kun je een klinische beslissing nemen die past bij de intentie om zorgvragers eigen regie te laten houden (shared decision making). Naast het afnemen van een gerichte anamnese is er in deze stap plaats voor het uitvoeren van het gericht onderzoek. Dit richt zich op de klacht, het gezondheidsprobleem of het letsel. Natuurlijk lopen het gerichte onderzoek en de gerichte anamnese door elkaar heen en vaak worden ze gelijktijdig uitgevoerd.

Een onderdeel van de gerichte anamnese is de zogenoemde proloog. Je kijkt samen met de zorgvrager als het ware terug in de tijd naar de klacht, het gezondheidsprobleem of het ongeval.

Proloog

Tijdens de Proloog-stap focus je je op hoe de klacht, het gezondheidsprobleem of het letsel is ontstaan. Door te vragen naar de toedracht, ontstaan en beloop van het actuele probleem in de tijd, kun je het gezondheidsprobleem in kaart brengen.

Inzicht in de aanloop tot de hulpvraag levert vaak waardevolle informatie op. Daarom stel je altijd de vraag: wat ging eraan vooraf?

Bij een ziekte is het belangrijk om te duiden hoe de klachten zich hebben ontwikkeld en wat de reden is dat juist nu hulp is gevraagd. Ook bepaal je op dit moment of het actuele probleem gerelateerd is aan andere zaken, zoals medicijngebruik, bepaalde consumpties of het doen of juist laten van bepaalde activiteiten.

Bij een ongeval duid je het ongevalsmechanisme op locatie. Hoe heeft het ongeval zich voltrokken en wat zijn eventuele oorzaken?

Stap 5 en 6: Algemeen onderzoek & algemene Anamnese



De Algemeen onderzoek-stap en de Anamnese-stap, omvatten het uitvoeren van een algemeen oriënterend onderzoek en een algemene anamnese. Dit om te komen tot differentiaal diagnostische overwegingen en een risico-inventarisatie te maken.

Algemeen onderzoek

In de Algemeen onderzoek-stap doe je onderzoek naar algemene symptomen die aanwijzingen geven voor alternatieve diagnoses of differentiaaldiagnose(s).

Soms zoek je naar algemene aanwijzingen die specifieke klachten kunnen uitlokken, verergeren of verklaren.

Algemene Anamnese

Bij de Anamnese-stap breng je de algemene toestand van de zorgvrager in kaart. Ook vraag je naar de (relevante) algemene voorgeschiedenis van de zorgvrager. Als schriftelijke informatie (medisch dossier, brieven van specialist of huisarts) beschikbaar is, neem je dit, zo mogelijk met de zorgvrager, door. Daarbij komen verschillende elementen aan de orde: eerder doorgemaakte of actuele gezondheids- of zorgproblemen, eerdere behandelingen door huisarts, specialist, verpleegkundige of andere zorgprofessionals en eventu-

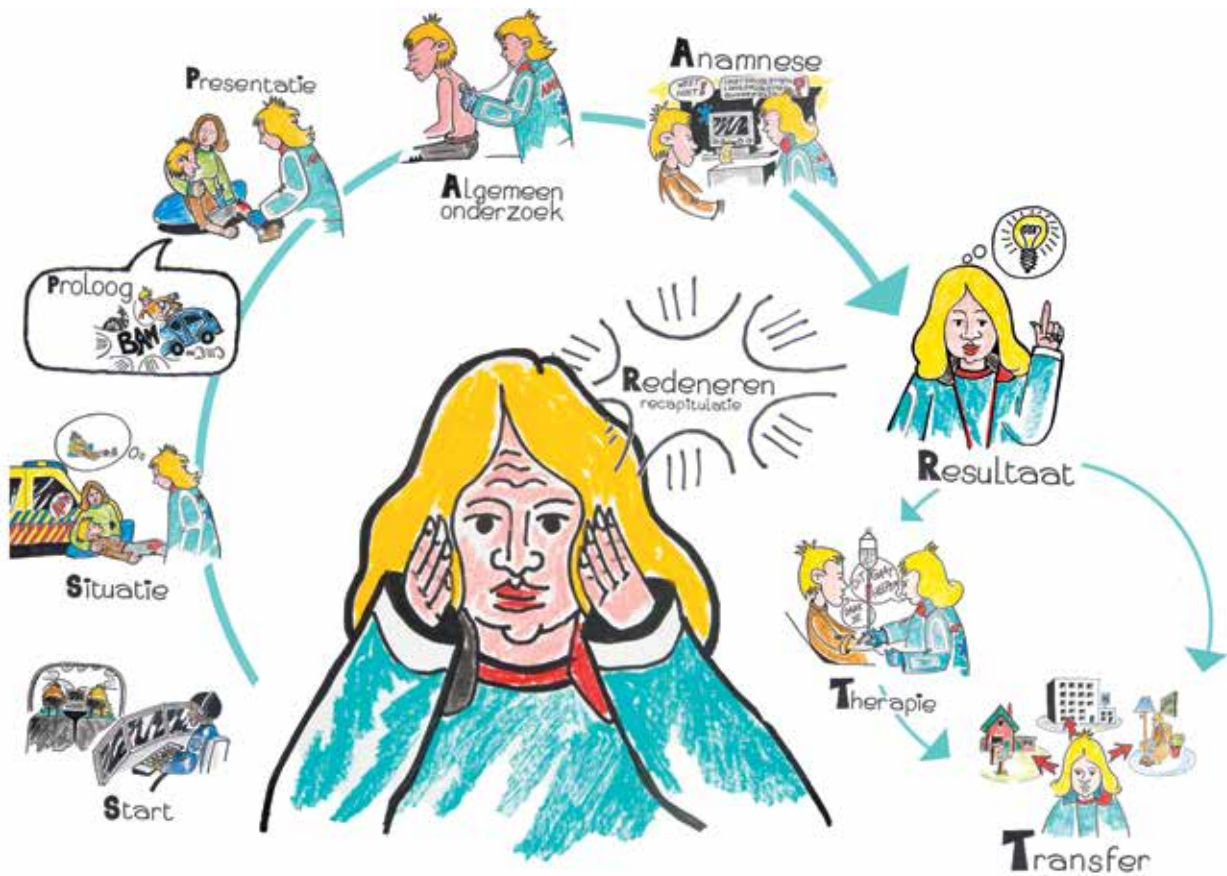
ele ziekenhuisopnames. Ook voer je een verpleegkundige risicoanalyse uit, en zoek je factoren die van invloed zijn op de context van de zorgvrager, zoals kwetsbaarheid, leeftijd, zwangerschap of beperking.

Vaak wordt deze Anamnese-stap tijdens het consult een aantal keren herhaald als er nog aanvullende informatie nodig is. Je verzamelt in deze stap verder informatie over allergieën en medicatiegebruik, en brengt bijzonderheden in kaart (denk aan specifieke behandelvoorschriften of behandelaanwijzingen die zijn vastgelegd in een Aantekening op Locatie (AOL) van de meldkamer). Als laatste onderzoek je of er uitsluitingen zijn, zoals een niet-reanimeren verklaring, niet behandelen-verklaring of het niet mogen accepteren van bloed. Handige tip: het acroniem AMBU (Allergieën, Medicatie, Behandelaanwijzingen en Uitsluitingen) helpt bij het uitvragen.

Stap 7: Klinisch redeneren, de Redeneer-stap



Het klinisch redeneerproces is de rode draad door alle stappen van het consult. We nemen dit op als een apart onderdeel van het proces, om het belang ervan te benadrukken, maar dat strookt dus niet met de werkelijkheid. Klinisch redeneren is een cyclisch proces dat zich tijdens het gehele consult afspeelt. Doel is een onderbouwde werkdiagnose en zo mogelijk een of meer differentiaaldiagnoses te stellen.



Afbeelding 4: Het ambulancezorgconsult

Tijdens het gehele consult orden, analyseer en interpreteer je de beschikbare informatie. Redeneer-hulpen kunnen hierbij ondersteunen. De redeneer-stap begint vaak met een recapitulatie. Er wordt als het ware een interne Time-Out ingelast. ‘Waar staan we nu?’; ‘Welke informatie hebben we en wat missen we nog?’

Als informatie mist, doorloop je de voorgaande stappen nog eens. Zo kom je tot bevestiging of verwerping van de werkd Diagnose. Dit is een hypothetico-deductief proces en wordt beïnvloed door jouw bagage: je beschikbare kennis, eerdere ervaring, patroonherkenning, emotie en intuïtie. Deze elementen kwamen al naar voren bij de Situatie-stap.

Stap 8: De klinische beslissing, de Resultaat-stap



Op de Redeneer-stap volgt de Resultaat-stap. Je neemt op basis van de werkd Diagnose en differentiaaldiagnose(s) een klinische beslissing. Uiteraard weeg je de context mee in je beslissing.

De beslissing bepaalt de respons op de zorgvraag. De respons kan zijn:

- behandelen om gezondheidsschade te beperken, te voorkomen óf gezondheidswinst te behalen;
- terugverwijzen naar de zorgvrager;
- doorverwijzen naar een andere zorgprofessional.

De beslissing wordt zo mogelijk afgestemd op de wensen en ideeën van de zorgvrager, met als uitgangspunt shared decision making.

Als je besluit dat behandeling noodzakelijk en binnen het ambulancezorgconsult uitvoerbaar is, wordt deze in de Therapie-stap geïnitieerd. Zo niet, dan ga je direct door naar de Transfer.

Stap 9: Het instellen van een behandeling, de Therapie-stap



In de Therapie-stap voer je de gekozen behandeling daadwerkelijk uit. Behandeling of zorgprotocollen zijn hierbij richtinggevend. Je evalueert altijd het effect van de behandeling en stelt zo nodig bij. Op een ingestelde behandeling volgt altijd een terug- of doorverwijzing, de Transfer-stap.

Stap 10: De afsluiting van het ambulancezorgconsult, de Transfer-stap



De Transfer-stap is de formele afsluiting van het consult. Transfer betekent in deze context: de overdracht van zorg. Dit kan een overdracht zijn naar de zorgvrager, een andere zorgprofessional of een ziekenhuis. De transfer naar patiënt, professional of ziekenhuis wordt ondersteund met een gestandaardiseerde mondelinge en - indien van toepassing - digitale overdracht. Problematiek op het verpleegkundige vlak, zoals gedefinieerde

risicofactoren, draag je ook over, soms met gebruikmaking van transferprotocollen.

Uitvoering van de afronding

Patiënt



Je draagt de zorg over aan de patiënt/ zorgvrager als er geen behandeling nodig is of als deze ter plaatse behandeld kan worden. Vaak geef je nazorginstructies en zelfzorgadviezen en bied je een vangnetconstructie aan. Het ambulancezorgconsult wordt dan dus afgesloten zonder vervoer van de zorgvrager.

Professional



Je kunt de zorgvrager overdragen aan een andere eerstelijns zorgprofessional, zoals een huisarts, een verloskundige, de GGZ, of aan de politie. Dit is altijd een formele handeling.

Deze transfer gaat vaak gepaard met het geven van zelfzorgadviezen voor de overbruggingsperiode.

Ziekenhuis



Tot slot kun je de patiënt overdragen aan een ziekenhuis.

Meestal breng je iemand dan naar de SEH-afdeling, soms direct naar een specialistische polikliniek.

Slotwoord

In dit artikel is de Nederlandse versie van het SPART-model beschreven. De verschillende stappen zijn uitgelegd en verantwoord. Een volgend artikel zal aandacht besteden aan de praktische uitvoering van het ambulancezorgproces. Hierin zal beschreven worden wat ziektescripts zijn en welke relatie zij hebben met ambulancezorg. We geven inzicht in hoe het therapeutische protocol en de landelijke en regionale werkspraken vorm zullen krijgen.

Wil je meer informatie over het SPART-model, dan kunnen we de podcast op www.ambulancepodcast.nl aflevering 13 van harte aanbevelen.

Bronvermelding

1. Graber, M.L., The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(21-27).
2. Graber, M.L., Franklin, N., Gordon, R., Diagnostic Error in Internal Medicine. *ARCH INTERN MED.* 2005;165:7.
3. Carter, H., Thompson, J., Defining the paramedic process. *Aust J Prim Health.* 2015;21(1):22. doi:10.1071/PY13059.
4. Dercksen, B., Cnossen, F., Paans, W., Struys, M.R.F., *Qualitative development and content validation of the "SPART" model; a focused ethnography study of observable diagnostic and therapeutic phases in the Emergency Medical Service care process. (In voorbereiding)*