



# LPA Nieuws - nr. 5 – november 2019



**Als professional ben je ongetwijfeld benieuwd naar alles wat er rondom het Landelijk Protocol Ambulancezorg speelt. We houden je als protocollencommissie daarom graag op de hoogte via het LPA Nieuws. Voor je ligt het vijfde exemplaar van het LPA Nieuws, geheel gewijd aan het SPARRTT-model<sup>®</sup>. Deze procesbeschrijving is bedoeld als raamwerk om ambulancezorgconsulten te optimaliseren. We horen graag wat je er van vindt!**

## **Inleiding**

Voor je ligt een introductie op het SPARRTT-model<sup>®</sup>. Deze introductie beschrijft hoe en waarom het model is ontwikkeld, hoe het een ambulancezorgconsult kan optimaliseren én hoe je het model toepast.

### *LPA en SPARRTT*

SPARRTT is een uitbreiding bij het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) voor ambulanceprofessionals. Het LPA is een bundeling van eenduidige en overzichtelijke protocollen voor ambulancezorgverlening in de praktijk. Inclusief redeneer- en beslishulpen, tabellen en leidraden.

### *Inzichtelijk werkproces*

Het LPA wordt regelmatig geüpdatet op basis van de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen en vragen 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 zorgvragen te duiden, is het meer dan ooit essentieel om klinisch te redeneren.

Deze klinische redeneerprocessen zijn in kaart gebracht met een Cognitieve Taak Analyse (zie kader). En op basis van die resultaten maakten we het **S**tart Situation **P**ast Previous **A**ssessment Anamnesis **R**easoning **R**esolution **T**reatment **T**ransfer-model, het SPARRTT.

Met dit model verloopt een ambulancezorgconsult soepel en gestructureerd. En kunnen ambulanceprofessionals ook bij complexe zorgvragen op de juiste manier handelen.

#### **Cognitieve Taak Analyse (CTA)**

CTA is een methode uit de psychologie. Hiermee krijgen onderzoekers inzicht in het denken en handelen van professionals die een complexe taak uitvoeren. Met inzichten die je opdoet uit een CTA kun je een taak en de mogelijkheden of beperkingen van degene die de taak uitvoert beter op elkaar afstemmen. Zo kunnen professionals efficiënter en veiliger werken.

## Toepassingsgebieden van het SPARTT-model

Het model kun je op 3 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.

Het model biedt daarbij handvatten om op navolgbare wijze aandacht te geven aan zaken zoals voorbereidingsmethodieken, dataverzamelingssystematieken, anamnese-acroniemen, heuristieken, risicostratificatie, behandel- en transferprotocollen en andere relevante richtlijnen en leidraden.

## Structuur van het SPARTT-model

Het model bestaat uit verschillende fasen en stappen. De afzonderlijke stappen doorloop je in een bepaalde, min of meer vanzelfsprekende, volgorde. Afwijken van de volgorde 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 model. Hieronder vind je een uitleg van de structuur van het SPARTT-model.

### *Verskillende fasen in een ambulancezorgconsult*

Net als ieder besluitvormingsproces heeft ook het ambulancezorgconsult verschillende fasen (afbeelding 1).



Afbeelding 1: verschillende fasen in een besluitvormingsproces

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, doorloopt de professional delen van het proces meerdere keren. Voor een ambulancezorgconsult zien de labels van de fasen er net iets anders uit (afbeelding 2).

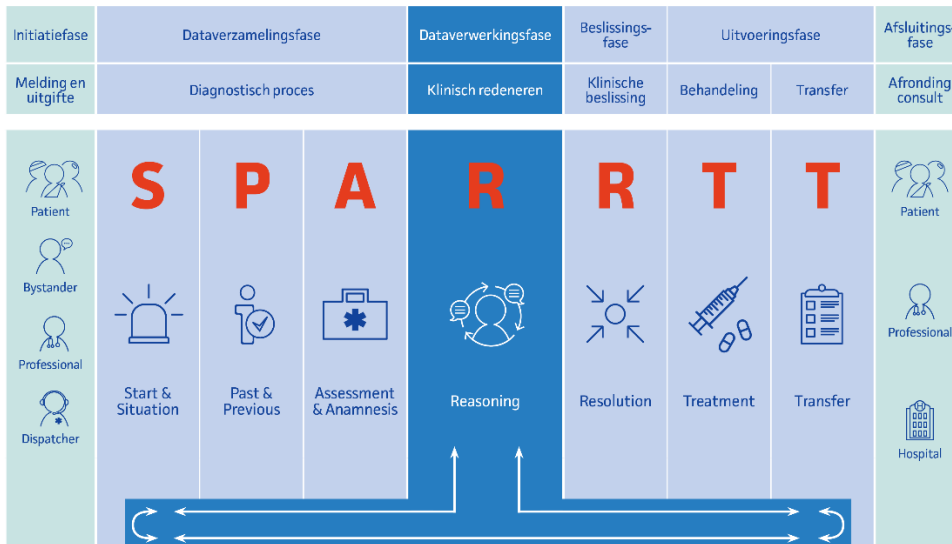


Afbeelding 2: verschillende fasen in het ambulancezorgconsult

### Verschillende stappen in een ambulancezorgconsult

In sommige fasen van het ambulancezorgconsult doorloopt een professional meerdere stappen (afbeelding 3). Die stappen hoeven niet altijd in dezelfde volgorde doorlopen te worden. Zo kan een professional besluiten om tijdelijk stappen over te slaan. Uiteindelijk moeten alle stappen doorlopen zijn, pas dan is een consult afgerond.

### SPARRTT - model



Tekst en ontwerp © Ambulancezorg Nederland, Bert Dercksen & Protocolcommissie. www.ambulancezorg.nl. Alle rechten voorbehouden/all rights reserved. Versie 1.0, 2019.

Afbeelding 3: verschillende stappen in het ambulancezorgconsult

### Cyclisch proces

Een ambulancezorgconsult is in de meeste situaties (hoog) complex. Daarom doorloopt de ambulanceprofessional de verschillende fasen en stappen vrijwel altijd meerdere keren. Het werkproces is dus cyclisch. Het unieke karakter van een ambulancezorgconsult zie je op verschillende manieren terug in dit cyclische proces. In alle stappen en bij elke cyclus vormt het klinisch redeneerproces de rode draad.

### Korte en lange cyclus: symptoom- of syndroomherkenning

Bijna ieder consult begint met een korte cyclus om in te schatten of vitale functies van een patiënt in gevaar zijn. Als dat vermoeden er na snelle doelgerichte diagnostiek en interpretatie is, besluit de professional een acute interventie uit te voeren.

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, doorloopt de ambulanceprofessional zorgvuldig alle stappen, de lange cyclus, om zo het symptoom eventueel te verbinden aan andere symptomen en zo 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 de professional een syndroom herkent, dan is dat de werkdiagnose en kan daarop een klinische beslissing volgen. Bijvoorbeeld de beslissing om te starten met behandelen, zelfs zonder precies te weten wat de oorzaak van het syndroom is. In deze lange cyclus is meer informatie beschikbaar en is het klinisch redeneerproces verder op gang gekomen.

### **Algemene opbouw van het model**

Uit welke stappen is het SPARRTT-model opgebouwd? Met deze schets krijg je een totaalbeeld.

#### *Stapsgewijs consult*

In de meeste gevallen probeert de ambulanceprofessional het onderliggend ziektebeeld of gezondheidsprobleem te bepalen. Dat doet hij door de verschillende stappen van het model (meerdere keren) te doorlopen. Zo doet hij nieuwe informatie op waarmee hij het klinisch redeneerproces kan afronden.

Als de onderliggende oorzaak duidelijk is, kan de professional een werkdiagnose vaststellen. Zijn er alternatieve diagnoses, dan vormen die de differentiaaldiagnose. Ook kan de professional gezondheidsrisico's in kaart brengen. Op basis van de uiteindelijke werkdiagnose neemt hij een definitieve klinische beslissing. Vervolgens stelt de ambulanceprofessional zo mogelijk een behandeling in. Het consult wordt afgesloten met een transfer.

### **Beschrijving van de verschillende stappen**

Elke afzonderlijke stap in het SPARRTT-model verdient meer aandacht. Lees wat de verschillende stappen precies inhouden.

#### *Vorbereiding: De melding-en-uitgifte-stap, het meldkamerproces*



Een ambulancezorgconsult begint vaak met een opdracht vanuit de meldkamer. De hulpvraag kan direct van de patiënt/zorgvrager, zijn naaste of van een omstander komen. In deze gevallen probeert de meldkamercentralist de hulpvraag te duiden. Ook kan de hulpvraag binnenkomen via een andere zorgprofessional die al dan niet bij de zorgvrager aanwezig is. In dat geval geeft deze professional 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 doorverwijzen 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 een mondelinge overdracht.

=====

#### *Stap 1: De uitgangssituatie voor de ambulanceprofessional: Start & Situation*



De eerste stap (S) beschrijft de uitgangssituatie en bestaat uit twee delen. De periode vóór de eerste ontmoeting met de zorgvrager (Start) en de periode tijdens de eerste ontmoeting met de zorgvrager (Situation).

## Start

In de periode vóór de eerste ontmoeting met de zorgvrager (Start) interpreteert de ambulanceprofessional de meldkamerinformatie. Bijvoorbeeld: welke medische en verpleegkundige informatie is beschikbaar, wat voor soort melding is het, om welke locatie gaat het, zijn er andere ingezette eenheden en hoe staat het met de veiligheid ter plaatse?

Nog voordat de ambulanceprofessional aankomt bij de zorgvrager is er een eerste teamoverleg. De ambulanceprofessional deelt de beschikbare informatie met zijn collega en ze verdelen de taken. Samen stelt het team een aanvalsplan op. Bij een solo-inzet is dit natuurlijk niet mogelijk.

## Situation

Tijdens de eerste ontmoeting met de zorgvrager op de plaats van het incident (Situation) komen er diverse bewuste en onbewuste processen op gang. Zoals patroonherkenning en situatiebewustzijn. De ambulanceprofessional vormt zich een beeld van de (medische) toestand en zorgbehoefte van de zorgvrager en van de context waarin hij de zorgvrager aantreft.

In deze stap probeert de ambulanceprofessional de zorgvraag te bepalen. Bijvoorbeeld 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 zo vroeg mogelijk te weten te komen wat de zorgvrager zelf wil, kun je een klinische beslissing nemen die past bij de intentie om zorgvragers eigen regie te laten houden (*shared decision making*).

Als de zorgvrager in staat is antwoord te geven op de vragen, kan de ambulanceprofessional de zorgvraag duiden. Hij interpreteert de eerste beoordeling van de zorgvrager en zijn context. Ook kan de professional de oorzaak van het gezondheidsprobleem in kaart brengen.

Als de professional het vermoeden heeft dat de zorgvrager vitaal bedreigd is, doet hij direct een kort onderzoek en een acute interventie of behandeling. De Past & Previous-stap stelt hij dan uit.

=====

### *Stap 2: Historische informatie verzamelen: Past & Previous*



De tweede stap (P) beschrijft het verzamelen van historische informatie en bestaat ook uit twee delen. Het medische verleden van de zorgvrager (Past) en het ontstaan van het gezondheidsprobleem (Previous)

## Past

In de Past-stap verzamelt de ambulanceprofessional informatie over allergieën en medicatiegebruik. Ook brengt hij bijzonderheden in kaart. Denk aan specifieke behandelvoorschriften of behandeladviezen die zijn vastgelegd in een Aantekening op Locatie (AoL) van de meldkamer. Als laatste onderzoekt de professional of er behandelbeperkingen zijn. Zoals een niet-reanimerenverklaring.

Een handige tip: het acroniem AMBU (Allergieën, Medicatie, Behandeladviezen en Uitsluitingen) helpt om de Past-stap volledig uit te voeren.

## Previous

Tijdens de Previous-stap focust de ambulanceprofessional op hoe het gezondheidsprobleem is ontstaan. Inzicht in de aanloop tot de hulpvraag levert vaak waardevolle informatie op. Daarom stelt hij altijd de vraag: wat ging eraan vooraf?

Gaat het om een ziekte, dan is het belangrijk om te duiden hoe de klachten zich hebben ontwikkeld en wat de reden is dat juist nu hulp is gevraagd. Ook bepaalt de professional 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.

Gaat het om een trauma, dan duidt de professional het traumamechanisme op locatie. Dat betekent: de manier waarop het trauma zich voltrok én eventuele oorzaken. Had de zorgvrager bijvoorbeeld een lage bloedsuiker toen hij met zijn fiets viel?

=====

### *Stap 3: Onderzoek en anamnese: Assessment & Anamnesis*



Ook de derde stap bestaat uit twee delen en beschrijft het uitvoeren van onderzoek (Assessment) en het uitvragen van de algemene toestand van de zorgvrager (Anamnesis).

## Assessment

De Assessment-stap is tweeledig. De ambulanceprofessional doet oriënterend én gericht fysisch diagnostisch onderzoek:

1. Algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek naar algemene symptomen die aanwijzingen geven voor alternatieve diagnoses of differentiaaldiagnose.
2. Gestructureerd en gericht lichamelijk onderzoek op basis van de klacht of het probleem van de zorgvrager. Om zo het actuele gezondheidsprobleem in kaart te brengen.

In sommige situaties bestaat de Assessment-stap alleen uit zeer gericht onderzoek. Bijvoorbeeld wanneer de zorgvrager vitaal bedreigd is. De ambulanceprofessional doet dan een korte analyse, zoals een ritmecheck, interpreteert dit direct en voert een interventie uit. Met andere woorden: in die situatie gaat de ambulanceprofessional via de Reasoning-stap snel door naar de Treatment-stap.

## Anamnesis

Bij de Anamnesis-stap brengt de ambulanceprofessional de algemene toestand van de zorgvrager in beeld. Ook vraagt hij naar de (relevante) algemene voorgeschiedenis van de zorgvrager. Als schriftelijke informatie (medisch dossier, brieven van specialist of huisarts) beschikbaar is, neemt hij 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 eventuele ziekenhuisopnames. Ook voert de professional een verpleegkundige risico-analyse uit. Vaak wordt deze Anamnesis-stap tijdens het consult nog eens overgedaan als er nog aanvullende informatie nodig is.

=====

*Stap 4: Klinisch redeneren, de Reasoning-stap (R<sub>1</sub>)*



Het klinisch redeneerproces (R<sub>1</sub>) 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. Om een onderbouwde werkdiagnose en zo mogelijk een differentiaaldiagnose te stellen.

Tijdens het gehele consult ordent, analyseert en interpreteert de ambulanceprofessional de beschikbare informatie. Als er informatie mist, doorloopt de professional de voorgaande stappen nog eens. Alle verzamelde informatie leidt tot bevestiging of verworping van de werkdiagnose. Dit noemen we een hypothetico-deductief proces. Dit rationele proces wordt ook beïnvloed door de bagage van de zorgprofessional: beschikbare kennis, eerdere ervaring, patroonherkenning, emotie en intuïtie. Deze elementen kwamen al naar voren bij de Situation-stap.

=====

*Stap 5: De klinische beslissing, de Resolution-stap (R<sub>2</sub>)*



Op de Reasoning-stap volgt de Resolution-stap (R<sub>2</sub>). De ambulanceprofessional neemt op basis van de werkdiagnose en differentiaaldiagnose een klinische beslissing. Uiteraard weegt de professional de context mee in zijn beslissing.

De beslissing bepaalt de respons op de zorgvraag. De respons kan zijn: behandelen om gezondheidsschade te beperken of voorkomen óf gezondheidswinst te behalen, terugverwijzen naar de zorgvrager of 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 de ambulanceprofessional besluit dat behandeling noodzakelijk is en binnen het ambulancezorgconsult uitvoerbaar is, dan wordt die in de Treatment-stap (T<sub>1</sub>) geïnitieerd. In andere gevallen wordt deze stap overgeslagen en gaat de ambulanceprofessional direct door naar de Transfer (T<sub>2</sub>).

=====

*Stap 6: Het instellen van een behandeling, de Treatment-stap (T<sub>1</sub>)*



In de Treatment-stap (T<sub>1</sub>) voert de ambulanceprofessional de gekozen behandeling daadwerkelijk uit. De behandel- of zorgprotocollen uit het Landelijk Protocol Ambulancezorg zijn hierbij richtinggevend. De ambulanceprofessional evalueert altijd het effect van een ingestelde behandeling. Zo nodig stelt hij de behandeling bij. Op een ingestelde behandeling volgt altijd een terug- of doorverwijzing, de Transfer-stap (T<sub>2</sub>).

=====

## Stap 7: De afsluiting van het ambulancezorgconsult, de Transfer-stap (T<sub>2</sub>)



De Transfer-stap (T<sub>s</sub>) 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, draagt de zorgprofessional ook over. Soms gebruikt hij daarvoor transferprotocollen.



### Patiënt

De ambulanceprofessional draagt de zorg over aan de patiënt/zorgvrager als er geen behandeling nodig is of als hij ter plaatse behandeld kan worden. Vaak geeft de professional nazorginstructies en zelfzorgadviezen en biedt hij een vangnetconstructie aan. Het ambulancezorgconsult wordt dan dus afgesloten zonder vervoer van de zorgvrager.

### Professional of ziekenhuis

De ambulanceprofessional kan de zorgvrager ook overdragen aan een andere eerstelijns zorgprofessional of een ziekenhuis. Dat is altijd een formele handeling. Het is pas een fysieke overdracht als de zorgvrager daadwerkelijk naar de ketenpartner wordt gebracht. Meestal brengt de professional de zorgvrager naar de SEH-afdeling. In sommige gevallen wordt een zorgvrager direct naar een specialistische polikliniek gebracht. Het kan ook zijn dat er een fysieke overdracht naar andere professionals plaatsvindt. Zoals naar een huisarts, een verloskundige, de GGZ of de politie.

=====

### **Tot slot**

In deze LPA Nieuws-editie hebben we je meer inzicht gegeven in het SPARRTT-model: hoe het model is vormgegeven, hoe en waarom het is ontwikkeld. En hoe dit het ambulanceconsult optimaliseert: met actuele en passende leidraden, hulpmiddelen en protocollen.

Dit model is een levend model. Want de ambulancezorg is volop in ontwikkeling. Met nieuwe input uit het veld verfijnen we het model steeds verder. Heb je praktijkervaringen die je graag meer terugziet in het model? Laat ons dit weten!

### **Vragen?**

Heb je naar aanleiding van het LPA Nieuws vragen, of wil je meer weten? Stuur dan een mail naar [LPAnieuws@ambulancezorg.nl](mailto:LPAnieuws@ambulancezorg.nl).