

Vakblad **v&vn**

AMBULANCEZORG



Ontwikkeling van LPA 9 (Deel 4)

Casus: Reanimatie in een kraan

Bange oorlogsdagen

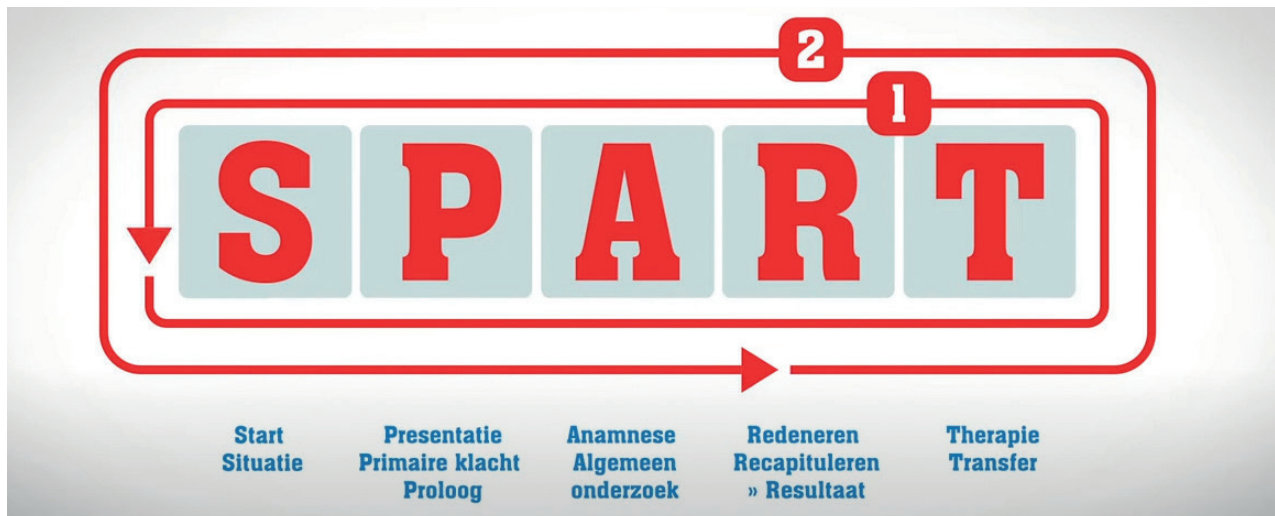
Hoogwater in Limburg

Onderzoek: Operationele samenwerking
ambulance en brandweer

Nieuw: 'Geef de pen door aan...' en
'Comic-strip Ambumouse'

Sdu

www.ambulancezorg.venvn.nl



Ontwikkeling van LPA 9 (deel 4)

SPART en de toepassing ervan in LPA 9

De landelijke protocollencommissie en de expertgroepen zijn op dit moment bezig om de definitieve versie van de LPA 9 protocollen vorm te geven. Er zijn inmiddels stappen gezet om invulling te geven aan de app; ziektescripts en uitvoeringsafspraken worden uitgewerkt en vastgesteld. De redeneerhulpen krijgen langzaam vorm. In dit vierde artikel gaan we in op de instrumenten die gebruikt kunnen worden om het ambulancezorgproces zo optimaal mogelijk te doorlopen. SPART is immers alleen maar een beschrijving van het proces en de fasen die daarin te onderscheiden zijn, niet persé op welke wijze we dat proces het beste kunnen uitvoeren. Daarom beschrijven we hier het gebruik van acroniemen, methodiek en hulpmiddelen welke de besluitvorming ondersteunen en hun plek binnen het model duidelijk maken.

In de drie artikelen die in 2020 en 2021 in dit vakblad verschenen zijn, werd ingegaan op het SPART-model zelf, de indeling van de fasen, de wetenschappelijke achtergronden van de dual proces theory en het gebruik van ziektescripts, het formuleren van een probleemsamenvatting en het nemen van de klinische beslissing waarna therapie en transfer kunnen plaatsvinden. In de recent verschenen podcast (zie Link en QR-code onder aan het artikel) is toegelicht hoe het SPART kan bijdragen aan het voorkomen van fouten en het optimaliseren van de zorgkwaliteit. De artikelen zijn terug te vinden op de site van AZN.

Door Arjan Bruintjes en Bert Dercksen, namens de protocollencommissie AZN



Het SPART model kan op zes verschillende manieren ingezet worden:

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

Ingangsklachten in het SPART

In het huidige LPA 8.1 is gekozen voor een opzet die voornamelijk leidt tot het uitvoeren van therapeutische protocollen bij de kritiek zieke zorgvrager. De niet-kritiek zieke zorgvrager komt minder vaak aan bod. Gezien het huidige patiënten-aanbod en soorten acute hulpvragen is hier wel behoefte aan. Omdat het ambulancezorgproces bij 'Start' en 'Situatie' begint, is het ook logisch om het LPA in te richten in termen van ingangsklacht (zie tabel 1). Hierdoor kan het LPA nog meer het ambulancezorgproces ondersteunen.

Ziektescriptmatrixen, redeneerhulp en protocollen krijgen nu een specifieke plaats, zodat het makkelijker wordt een

werkd Diagnose vast te stellen, klinische beslissingen te nemen en eventuele behandelingen doelgericht te starten. Er is een onderverdeling gemaakt in ingangsklachten die direct een interventie nodig hebben, en die geen of niet direct een interventie behoeven. In geval van een reanimatie is direct handelen nodig, bij buikpijn kan een interventie niet of op een later moment in het proces gestart worden.

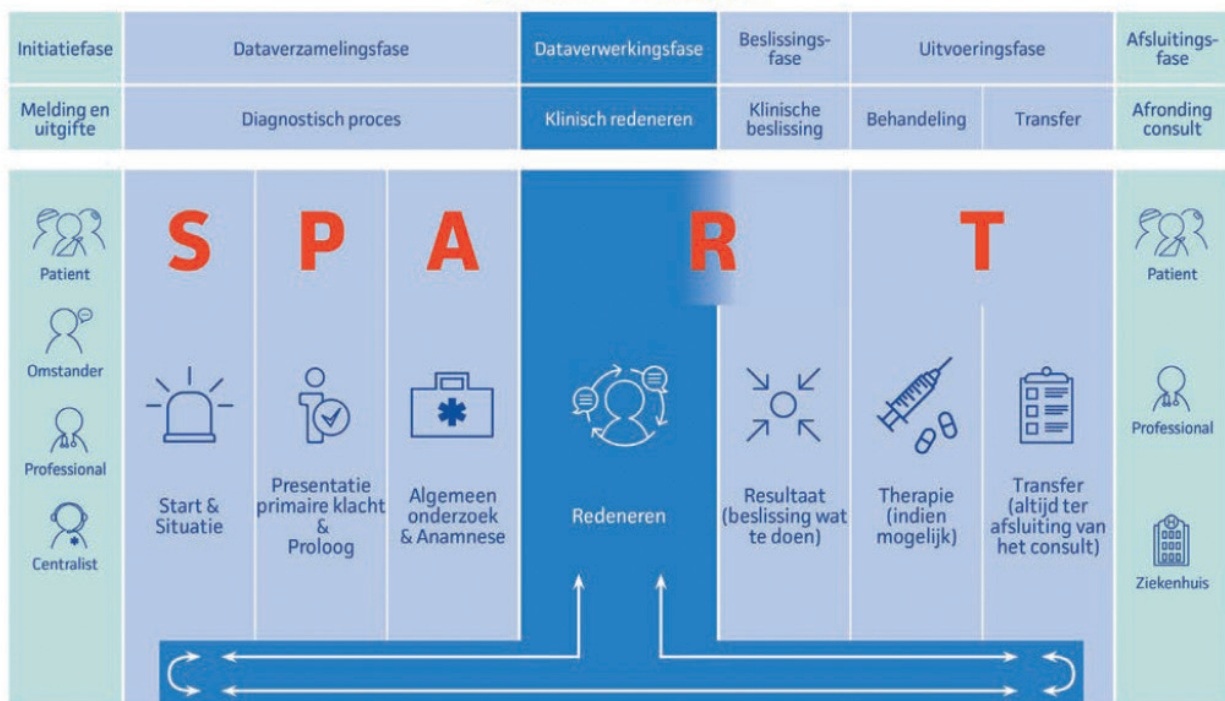
Door de ingangsklachten te koppelen aan de fasen van het SPART kunnen hulpmiddelen specifiek ondersteunen in het vaststellen van de werkd Diagnose en het nemen van een klinische beslissing. Dit biedt ook de mogelijkheid om de algemene protocollen zoals hygiëne en GGB op de juiste plek in het SPART-model te plaatsen (zie tabel 2.).

Tabel 1 ingangsklacht.

Kritiek ziek: direct interventie nodig	Niet-kritiek ziek: Niet direct interventie nodig
Coma	Buikpijn
Reanimatie	Collaps/Wegraking
Respiratoire insufficiëntie	Dyspnoe
Shock	Hoofdpijn
Multitrauma	Intoxicatie
	Neurologische uitval
	Thoracale pijnklachten
	Verlaagd bewustzijn
	Veranderd gedrag
	Overige klachten ten gevolge van trauma
	Overige klachten

nu een specifieke plaats, zodat het makkelijker wordt een

SPART - model



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

De SPA van SPART

De letters SPA in het SPART-model staan voor de eerste drie fasen in het ambulancezorgproces. Dit gaat om de Start en Situatie (S), Presentatie primaire klacht en Proloog (P), en Algemeen onderzoek en Anamnese (A). In deze fasen komen verschillende protocollen aan de orde. Dit zijn vooral uitvoeringsafspraken zoals protocol hygiëne, GGB en SITRAP. In deze fasen wordt veelal geen therapeutisch protocol gestart tenzij al een voorlopige werkdiagnose gesteld wordt die een tijdkritische interventie nodig heeft, zoals het bestrijden van shock. Deze eerste drie fasen van het SPART zijn in elk ambulancezorgconsult - dus bij elke ingangsklacht - bijna nagenoeg hetzelfde. In de andere fasen, aangeduid met de letters R (Redeneren en Recapituleren) en de T (Therapie en Transfer), is dit niet het geval. Immers na het vaststellen van de werkdiagnosen en het nemen van een klinische beslissing wordt bepaald of een therapeutisch protocol gebruikt kan worden. In tabel 2 worden voor deze fasen van toepassing de instrumenten en protocollen schematisch weergegeven.

Instrumenten die in SPART worden beschreven:

Medische acroniemen

Een acroniem is een afkorting of letterwoord dat wordt uitgesproken als een woord. Soms wordt daarbij nog de eis gehanteerd dat elke letter een apart woord voorstelt. In de ambu-

lancezorg, en in het algemeen in de gezondheidszorg, wordt vaak gebruik gemaakt van medische acroniemen. Het maakt zelfs deel uit van de beroepstaal. Iedereen die werkzaam is in de ambulancezorg kent de acroniemen AVPU, FAST of SAMPLE(R). Het acroniem dient dan als geheugensteun om een onderdeel van het ambulancezorgproces gestructureerd en volledig te laten verlopen. Een acroniem kan nooit een rigide instrument zijn, dat je altijd op dezelfde manier dient te gebruiken. Bijvoorbeeld: het acroniem AMPLE helpt om informatie over de patiënt te verzamelen. Dit kan soms in het uitvragen van een klacht van belang zijn in de fase Presentatie primaire klacht, maar kan ook gebruikt worden bij het uitvoeren van de fase Algemene anamnese en lichamelijk onderzoek. In LPA 9 zullen de meest gebruikte acroniemen beschreven worden.

Gezondheidsrisico's voor patiënten

Vaak treffen wij de patiënt in zijn natuurlijke omgeving aan; de zorgvraag dient zich veelal onaangekondigd aan. Ambulancezorgprofessionals hebben dan ook de unieke kans om individuele kwetsbaarheid en gezondheidsrisico's te onderkennen. Om dit op een gestructureerde wijze te doen is het nodig om instrumenten hiervoor op te nemen in het SPART-model. Hier zou bijvoorbeeld een kwetsbaarheids-score kunnen helpen. Als voorbeeld noemen we het PRO-Model (eerder gepubliceerd in Vakblad Ambulancezorg van september 2020, pag. 26). Dit is een samenvoeging van het bekende acroniem SAMPLER, het Betty Neuman model en de risico signalering checklist van Actiz. Tijdens het vaststellen van de probleemsamenvatting en de overdracht kan dit model een bijdrage leveren aan het beperken van gezondheidsrisico's voor deze patiënt. Zo gaat wat de ambulancezorgprofessionals hebben gezien niet verloren en krijgt het een vervolg bij de ketenpartner of in de tweede lijn.

Ziektescriptmatrix

In het derde artikel over het SPART-model is gesproken over een ziektescript en een ziektescriptmatrix. Het doel van deze

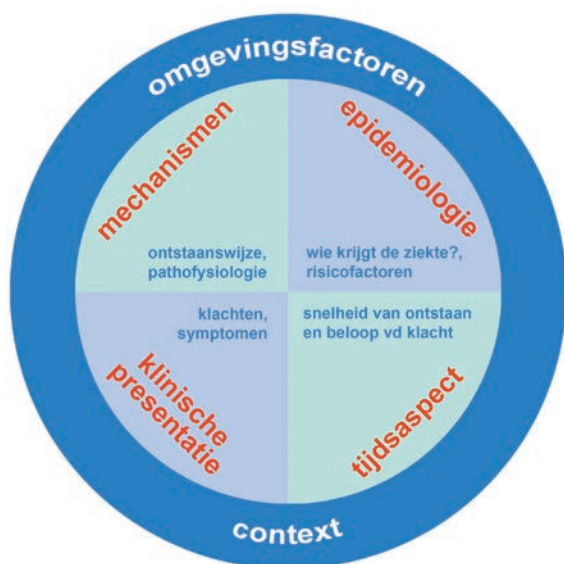
Tabel 2 SPA-fasen van het SPART model uitgewerkt.

Fase	Onderdeel/ instrumenten	Protocol
Start	Meldkamerinformatie (mdt)	
	Voorbereiding voor aankomst	Infectiepreventie
	Veiligheid	Eigen veiligheid
Situatie	Eerste indruk, situationaal awareness	Grootschalig incident
		Secundaire inzet MMT
		Sitrap
Presentatie	Presentatie primaire klacht	
	Speciële anamnese	
	Specifiek lichamelijk onderzoek	
Proloog	Aanleiding/ontstaan/gebeurtenis/beloop	Forensische zorg
	Speciale omstandigheden	Risico's
Assessment	ABCDE	Kindermishandeling en huiselijk geweld
	Algemeen onderzoek	ABCDE
Anamnese	Algemene en hetero anamnese	
	TV-AMBU	
	OPQRST	
	NRS/VAS	
	SAMPLE	

Een voorbeeld van het in kaart brengen van gezondheidsrisico's voor patiënten

De ambulance-eenheid komt aan bij mevrouw De Vries. Zij is gevallen in de keuken en kan niet meer overeind komen. De bemanning loopt het ambulancezorgproces door en komt tot de werkdiagnose: algehele achteruitgang in de afgelopen maanden die nu geresulteerd heeft in een val. Medisch gezien is er geen reden om te verwijzen naar de tweede lijn. Vanuit verpleegkundig perspectief zijn verschillende risico's gesignaleerd. De patiënt is veelal alleen, neerslachtig en niet therapietrouw. Ze overziet het medicatiegebruik niet. Er is een beperkt sociaal vangnet. De koelkast is vrijwel leeg en dat wat er staat is over de datum. De patiënte heeft een lage BMI en heeft het koud. Deze patiënt is kwetsbaar en loopt gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld door bij een volgende val een heup te breken. De ambulancezorgprofessional informeert de huisarts, die de wijkverpleegkundige dezelfde middag consulteert en vraagt langs te gaan.

matrix is het ondersteunen van het klinisch redeneerproces. Een ziektescript bestaat uit een aantal vaste onderdelen (figuur 1) die de specifieke kenmerken beschrijven. Bij één ingangsklacht kunnen verschillende ziektescripts horen. Bijvoorbeeld: bij de ingangsklacht hoofdpijn kan het ziektescript migraine horen (zie tabel 3), maar ook CVA, SAB, meningitis of een verhoogde ICP kunnen deze klacht veroorzaken. Door deze ziektescripts in een matrix op te nemen en letterlijk naast elkaar te zetten,



Figuur 1 onderdelen van het ziektescript

Tabel 3 ziektescript Migraine

Categorie	Beschrijving	Migraine
Mechanismen	Wat veroorzaakt de ziekte?	Onbekende pathogenese, mogelijke relatie met genetische factoren die bloedvaten of neurotransmitters in de hersenen beïnvloeden
Epidemiologie	Wie krijgt deze ziekte doorgaans?	Vrouwen > mannen Komt het meest voor tussen de 30 en 39 jaar. Is een vaak voorkomende aandoening (treft 10-15% van de populatie)
Tijdsaspect	Hoe lang bestaat de ziekte en wat is het verloop?	Acuut: uren tot dagen
Klinische presentatie	Wat vind je bij anamnese en onderzoek?	Unilaterale kloppende, bonzende hoofdpijn gepaard gaande met misselijkheid en braken, fono- en fotofobie. Verergert door stress, omgevingsgerelateerde factoren en slaapveranderingen. Bij neurologisch onderzoek meestal geen afwijkingen, soms geringe unilaterale neurologische uitval
context	Wat is de context van de patiënt en de hulpverlening?	Voelt de hoofdpijn veelal aankomen. Kan dan niet meer functioneren, concentratieproblemen. Vaak prodromen zoals stemmingsverandering, vergeetachtigheid, vermoeidheid

kan dit aanleiding geven aanvullende vragen te stellen in de anamnese of specifiek lichamelijk onderzoek te doen. Het vijfde onderdeel van de matrix is 'omgevingsfactoren/context'. Deze is voor ambulancezorg specifiek en uniek. De ambulancezorgprofessionals treffen de patiënt aan in zijn habitat en kunnen deze informatie dan vaak ook duiden. Aan het eind van dit artikel staat een aantal hyperlinks voor het geval je meer informatie wilt over de wetenschappelijk achtergronden van het ziektescript.

Redeneerhulpen

Een redeneerhulp is een instrument dat, net als bij een ziektescript, ondersteunt in het klinisch redeneerproces. Het kan verschillende vormen hebben, zoals het beschrijven van alarmsymptomen die aanleiding geven tot het uitvoeren van een bepaalde actie, bijvoorbeeld het presenteren van de patiënt op de SEH. Of het kan een hulp zijn om iets vast te stellen. Zoals een schema voor het berekenen van een brandwondenpercentage. Maar ook de Ottawa enkel- en knieregels zijn redeneerhulpen. In het LPA 9 worden verschillende redeneerhulpen opgenomen, met name bij ingangsklachten die wat 'vager' zijn,

Tabel 4. Redenerhulp hoofdpijn

Alarmsymptomen bij acute hoofdpijn	Acuut ontstaan van ernstige hoofdpijn
	Bewustzijnsdaling
	Misselijkheid en braken (behalve bij migraine)
	Hoofdpijn met hypertensie en lage HF
	Hoofdpijn met neurologische uitval
	Dubbelzien
	Meningitis gerelateerde klachten

zoals hoofdpijn, buikpijn en veranderd bewustzijn.

Probleemsamenvatting

Het maken en uitspreken van een probleemsamenvatting in de fase Redeneren van het SPART, draagt bij aan het nemen van een onderbouwde klinische beslissing. Hierbij wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen, zoals symptomen, anamnese en onderzoek. Door het gebruik van 'semantic qualifiers' worden de bevindingen in zowel de medische, verpleegkundige als sociale context geplaatst. Semantic qualifiers zijn woorden die elkaars tegenovergestelde uitdrukken, zoals chronisch of acuut, unilateraal of bilateraal, pijnlijk of pijnloos. Hiermee wordt de probleemsamenvatting adequater en scherper. Door het hardop uitspreken van deze samenvatting geeft de ambulancezorgprofessional aan op welke basis deze de klinische beslissing neemt en worden de gedachten direct getoetst bij de patiënt, familie of collega's. Dit draagt bij tot een betere diagnostische uitkomst. Indien er nog open eindjes zijn, kunnen deze nog onderzocht worden.

Voorbeeld van een probleemsamenvatting

Vrouw van 61 jaar die in rust POB-klachten heeft ontwikkeld passend bij een ACS met een VAS van 8, niet reagerend op nitroglycerine, waarbij het ECG een onderwandinfarct laat zien. Patiënt geeft aan behandeld te willen worden. Werkdiagnose is STEMI.

Werkdiagnose

De werkdiagnose vormt een voorlopige medische diagnose en is een logisch gevolg van de probleemsamenvatting. De werkdiagnose vormt het uitgangspunt voor verder beleid en het gebruik van therapeutische protocollen. Voorbeelden van werkdiagnoses zijn: acuut coronair syndroom en collumfractuur. In de ambulancesetting kan de werkdiagnose ook een toestandbeeld zijn, zoals ernstige pijn of misselijkheid.

Voorbeeld van een klinische beslissing

STEMI waarvoor presentatie interventiecentrum, vervoer onder A1. Therapie: protocollen ACS en pijnbestrijding, vooraankondiging via SBAR.

Klinische beslissing

Een klinische beslissing is een daadwerkelijk besluit. Het is de uitkomst en afronding van het klinisch redeneerproces in overleg met de patiënt (indien dat mogelijk is). Het is dan ook duidelijk welke vervolgstappen in het ambulancezorgproces genomen kunnen en moeten worden. Indien presentatie in het ziekenhuis moet gaan plaatsvinden, kan nagedacht worden welk ziekenhuis dat kan zijn en onder welke urgentie. Een therapie kan gestart worden.

Informed consent

Informed consent is een term die binnen de gezondheidszorg steeds belangrijker wordt. Het geeft handen en voeten aan het recht op zelfbeschikking. Het is wettelijk verplicht vanuit de WGBO zo mogelijk informed consent te verkrijgen wanneer een therapievoorstel wordt gedaan. Informed consent bestaat uit het op begrijpelijke wijze verstrekken van informatie aan en het toestemming krijgen van de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger, voor het uitvoeren van interventies en vervolgbeleid. Informed consent is een onderdeel van het

het informed consent ter sprake te brengen. In de klinische beslissing zijn immers alle overwegingen meegenomen vanuit medisch-, verpleegkundig- en patiëntenperspectief. Indien het kind ouder dan 12 jaar niet in staat wordt geacht een redelijke afweging te kunnen maken van zijn belangen, is toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers nodig. In een acute situatie, wanneer behandeling niet kan worden uitgesteld of wanneer het de zorg niet ten goede komt, is het informed consent niet vereist. Er dient wel zo snel als mogelijk informatie gedeeld te worden en toestemming te worden verkregen van patiënt's wettelijke of informele vertegenwoordiger (echtgenoot, levensgezel, broer of zus).

Zelfzorginstructie

Er zijn drie manieren om het ambulancezorgconsult af te ronden in de Transfer fase: overdracht naar de tweede lijn (ziekenhuis), verwijzing naar een ketenpartner (zorgprofessional) of overdracht naar de zorgvrager zelf. Voor de eerste twee afrondingswijzen is de SBAR-methode een goed instrument om de transfer gestructureerd uit te voeren. Voor de overdracht naar de zorgvrager zelf ligt dit anders. Het is immers de bedoeling om de zorgvrager van de juiste informatie te voorzien en zodanig te instrueren dat deze het ook begrepen heeft en kan uitvoeren. Dit beïnvloedt namelijk de lengte van de ziekteperiode en de mate van gezondheidschade. Vaak is er een vangnetconstructie in de vorm van een partner, familie of burens die daarbij ondersteunen. Ook bij de overdracht naar bijvoorbeeld de huisarts of HAP wordt de patiënt geïnstrueerd hoe te handelen, bijvoorbeeld als de klachten verergeren. Ook dan is het belangrijk de patiënt op een goede manier de instrueren.

In onderstaande overzichten is inzichtelijk welke onderdelen je bij een zelfzorginstructie aan de orde kunt stellen, hoe je deze verpleegkundige interventie kunt uitvoeren en welke voorwaarden nodig zijn.

Informed consent minderjarigen

Voor minderjarigen geldt het informed consent ook. In dit geval krijgen de ouders of wettelijke vertegenwoordigers informatie en geven toestemming en afhankelijk van de leeftijd het kind.

- Voor kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar geldt dat de wettelijke vertegenwoordigers (gezagsdragers) het informed consent geven.
- Voor 12-15 jaar is toestemming van zowel wettelijke vertegenwoordigers als het kind nodig.
- Voor 16 en 17 jaar is toestemming van het kind voldoende.

shared decision making. Bij het vaststellen van de klinische beslissing en de vervolgstappen is het belangrijk dat de patiënt instemt met zijn behandeling, maar ook met zijn zorgpad. Het is vanzelfsprekend van belang dat de uitkomsten ook geregistreerd worden in het EPD. Nu de verschillende fasen van het ambulancezorgconsult zijn vastgelegd, kan bepaald worden waar in het consult het informed consent het best kan worden verkregen. Het lijkt het meest logisch om voorafgaand aan het nemen van de klinische beslissing door de zorgverlener

Zelfzorg instructie onderdelen	Klacht
Aandoening	Korte uitleg over de aandoening
Verloop klacht	Wat mag de patiënt verwachten van het beloop van zijn klacht?
Zelfzorg	Wat kan of moet de patiënt doen om voor zichzelf te kunnen zorgen (leefregels)?
Medicatie	Welke medicatie mag de patiënt nemen?
Alarmsymptomen	Bij welke specifieke symptomen moet de patiënt contact opnemen met een zorgverlener?
Afspraak met zorgverlener	Moet de patiënt een afspraak maken bij een zorgverlener: zo ja binnen welke tijd?

Uitvoering Interventie zelfzorg instructie	
Voorbereiding gesprek	• Zorg dat alle informatie beschikbaar is. • Zorg dat de patiënt de mogelijkheid heeft om te luisteren: - creëer een rustige omgeving; - beperk mogelijke verstoringen.
Uitvoering gesprek	• Gebruik begrijpelijke taal. • Gebruik de checklist voor specifieke werkdiagnose (bijvoorbeeld op thuisarts.nl). • Geef een korte uitleg over de aandoening. • Geef uitleg over het verloop van de aandoening. • Geef zelfzorginstructie. • Leg uit wat zijn alarmsymptomen zijn om contact met een zorgverlener (huisarts of spoedeisende hulp) op te nemen. • Geef aan wanneer de patiënt terecht kan bij de zorgverlener die de zorg continueert.
Afsluiting gesprek	• Geef gelegenheid tot het stellen van vragen. • Vraag de patiënt om de belangrijkste informatie herhalen. • Geef naslaginformatie mee.
Afronding	• Registreer en maak een verslag van de interventie. • Overweeg of de ketenpartners alle informatie hebben om de zorg te kunnen continueren.

Literatuur

- Qualitative development and content validation of the “SPART” model; a focused ethnography study of observable diagnostic and therapeutic activities in the emergency medical services care process 2021. Bert Dercksen, Michel Struys, Fokke Cnossen, Wolter Spaans.
- Informed Consent binnen de Ambulancezorg, Doesjka Breukel aug 202.
- Ontwikkeling van de interventie nazorginstructie bij spoedeisende ambulancehulpverlening zonder vervoer. 2017 Arjan Bruintjes.
- <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>
- https://www.hetacuteboekje.nl/hoofdstuk/acute_juridische_zaken/informed_consent.html
- Toestemming in informatie bij behandeling van minderjarigen 2019 KNMG-wegwijzer
- https://www.youtube.com/watch?v=BLRFdX_NKR8

Ten slotte

Voor de zomer zal het vijfde en laatste artikel verschijnen in dit vakblad. Dit gaat over de app en de protocollen.

Wil je meer informatie over het SPART-model en de opzet van LPA 9, scan dan de onderstaande QR-codes. Deze geven toegang tot de animatie en de reeds gepubliceerde artikelen.

Wil je weten wanneer de implementatie van het SPART-model en LPA 9 in jouw RAV plaatsvindt, vraag dan aan de ROC van jouw RAV om informatie.

SPART Animatie



Link naar de SPART animatie:
<https://www.youtube.com/watch?v=GKfizzIO7wg>

Reeds verschenen artikelen over het SPART



Link naar de reeds verschenen artikelen:
<https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/lpa-in-de-toekomst>

Podcast



Link naar de podcast:
<https://anchor.fm/ivo-van-asperen/embed/episodes/22-Het-SPART-model-e1dgfl6>