

Vakblad **v&vn**

AMBULANCEZORG



Electra-stroke prehospital

Ontwikkeling LPA 9 (Deel 1)

MR ASAP, een ambulancetrial nitroglycerine bij CVA

Neonaten in blik

PRO-model: meer grip op zorgproblemen

Stagiair uit Zwitserland

Sdu

Ontwikkeling van LPA 9 (deel 1)

DOOR ARJAN BRUINTJES EN BERT DERCKSEN NAMENS DE PROTOCOLLENCOMMISSIE AZN

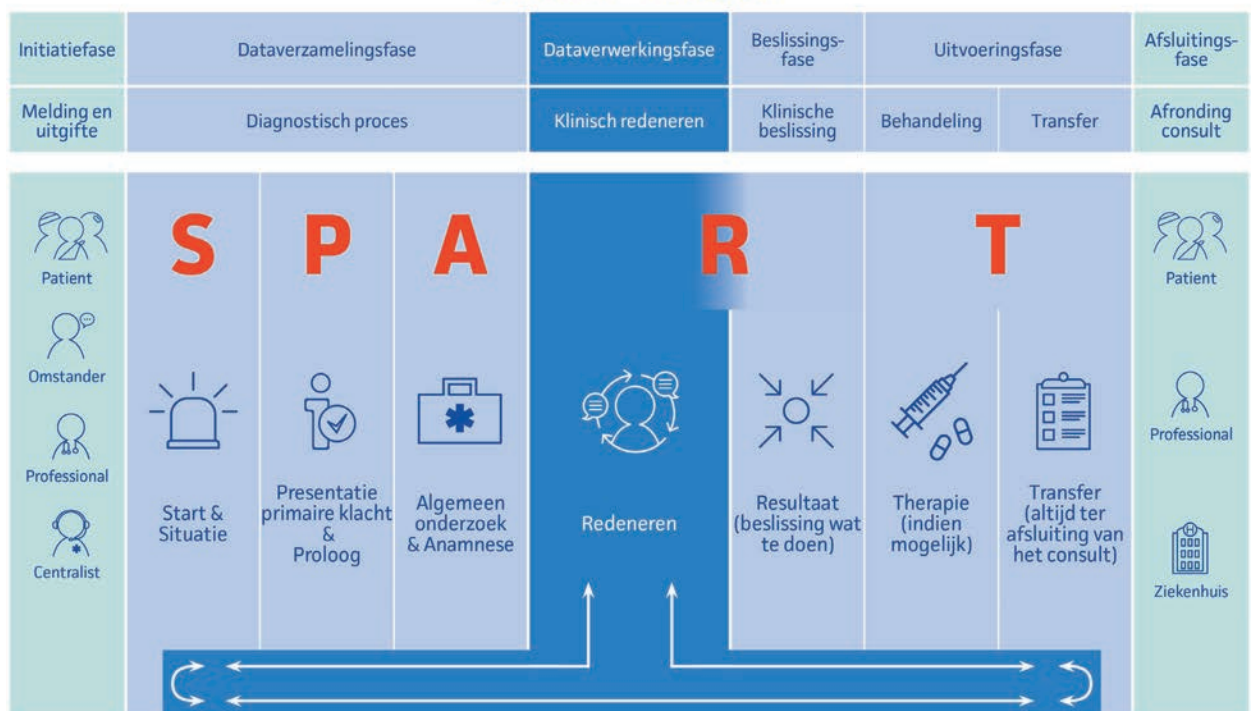
De ontwikkeling van LPA 9 is alweer geruime tijd in volle gang. Sinds het voorjaar van 2018, toen de startconferentie LPA 9 werd georganiseerd, is veel gebeurd. De opbrengst van de startconferentie werd geanalyseerd, expertgroepen werden gevormd en geraadpleegd, de protocollen van LPA 8.1 werden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld en nieuw te ontwikkelen protocollen werden gedefinieerd. De adviezen uit wetenschappelijk onderzoek¹ over de vormgeving van LPA 8 werd meegenomen. De protocollencommissie is veelvuldig bij elkaar geweest, er zijn grote stappen gemaakt. De COVID-19 crisis heeft weliswaar voor vertraging gezorgd, maar we zijn weer volop aan de gang.

In enkele artikelen willen we jullie informeren over de voortgang van de ontwikkeling van het volgende Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA 9) en met name aandacht besteden aan een nieuwe ontwikkeling binnen de landelijke protocollen: de introductie van hulpmiddelen zoals de ambulancezorg-procesbeschrijving in het SPART-model. Tijdens de start van de ontwikkeling werd namelijk duidelijk dat het veld vooral behoefte had aan hulpmiddelen ter ondersteuning van het diagnostisch proces, het klinisch redeneren.

Verantwoording

In het visiedocument Ambulancezorg 2025² van AZN wordt aangegeven dat de ordening van de acute zorg en de ordening van de ambulancezorg belangrijke thema's zijn. Hierdoor ontstaat de behoefte om het ambulancezorgproces nader te beschrijven. Dit levert een aantal voordelen op: gestructureerde besluitvorming door aan te sluiten bij de natuurlijke menselijke besluitvormingsprocessen, optimalisatie van de opleiding van ambulancezorg professionals, het

SPART - model



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

scheppen van een kader voor wetenschappelijk onderzoek in het veld en het bieden van mogelijkheden voor zorgpad-ontwikkeling in de keten.

Procesbeschrijving; het SPART-model

In de vijfde editie van het "LPA nieuws"³ werd een eerste versie van het zogenaamde SPARRTT-model geïntroduceerd. Inmiddels heeft voortschrijdend inzicht geleid tot een paar kleine wijzigingen en hebben we besloten het model voor het gemak en de eenvoud "SPART" te noemen, waarbij we ons moeten realiseren dat elke letter een dubbele betekenis heeft. Bovendien hebben we Engelse termen vertaald in het Nederlands.

Hieronder de vernieuwde versie van het model. Het doel van deze vernieuwde versie is beter aan te sluiten op de praktijk.

Hieronder een korte samenvatting en een beschrijving van de kleine wijzigingen.

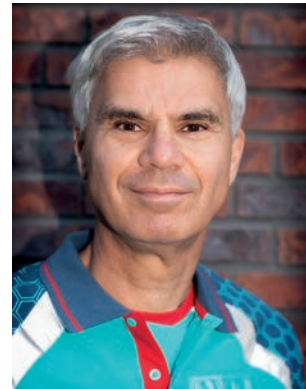
Het model bestaat uit verschillende fasen en stappen. De afzonderlijke stappen doorloop je in een bepaalde, min of meer vanzelfsprekende, volgorde. Afwijken van de volgorde kan in sommige gevallen logisch en efficiënt zijn. De volgorde van de stappen is dus niet absoluut. Dit zie je terug in de vormgeving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

Start:	interpreteren van de meldkamerinformatie.
Situatie:	overzien van de situatie bij aankomst.
Presentatie primaire klacht:	duiden van de zorgvraag, uitvoeren van specifiek onderzoek en anamnese.
Proloog:	zoeken naar de aanleiding tot, en de ontwikkeling van de zorgvraag.
Alg. onderzoek:	doen van oriënterend onderzoek.
Anamnese:	afnemen van een oriënterende anamnese.
Redeneren:	ontwikkelen en toetsen van hypothesen.
Resultaat:	nemen van een klinische beslissing.
Therapie:	uitvoeren van een behandeling.
Transfer:	overdragen van de zorg terug aan de patiënt, aan een andere professional of aan het ziekenhuis.

Het is vrij logisch om ná het (het bewust en onbewust) overzien van de situatie, je direct te richten tot de zorgvrager met zijn zorgvraag. In de vorige versie van het model werd ervan uitgegaan dat meteen al in de S-stap de zorgvraag van de patiënt werd geduid door deze ernaar te vragen. Nader beschouwd blijken zowel "het overzien van de situatie" alsook "het aanspreken van de zorgvrager", twee duidelijk te onderscheiden stappen te zijn. Daarom is de *Presentatie primaire klacht*-stap ingevoerd en de S-stap vereenvoudigd. In de *Situatie*-stap interpretere je de context (omgeving) waarin de hulpverlening zich afspeelt en beoordeel je globaal of er sprake is van een vitale bedreiging en of directe interventie nodig is. In de *Presentatie*-stap richt je je tot de zorgvrager en duid je diens zorgvraag. Je aandacht gaat uit naar het actuele probleem door ernaar te vragen en gericht onderzoek te doen. Dit is het zogenaamde speciële onderzoek en de speciële anamnese. Een onderdeel van deze speciële anamnese is het



Arjan Bruintjes



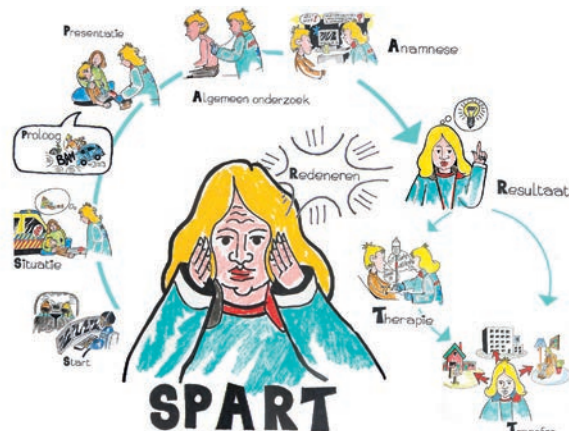
Bert Dercksen

duidelijk krijgen van ontstaan en beloop van het gezondheidsprobleem. We vragen naar de zogenaamde "Proloog". In de *Proloog*-stap probeer je, indien van toepassing, het ongevalsmechanisme te achterhalen of zoek je, bij een ziektebeeld, naar het ontstaan van de klachten en vraag je wat de klachten beïnvloedt. Deze vernieuwde P-stap past beter bij de praktijk en sluit aan bij onze natuurlijke reactie om je primair te richten op dat wat het meeste opvalt. Door het speciële onderzoek en anamnese in deze versie van het model onder te brengen in de *Presentatie*-stap, is de volgende stap eenvoudiger geworden.

De *Algemeen onderzoek*-stap en de *Anamnese*-stap zijn beide nu geheel gewijd aan het uitvoeren van een algemeen oriënterend onderzoek en een algemene anamnese. Dit om te komen tot differentiaal diagnostische overwegingen en om een risico-inventarisatie te maken. In deze stap heeft het acroniem AMBU (Allergieën, Medicatie, Behandelaanwijzingen en Uitzonderingen) een plek gekregen.

De overige stappen zijn voor wat betreft de inhoud niet veranderd. Zoals gezegd zijn, ten behoeve van de eenvoud, de stappen *Redeneren* en *Resultaat* en *Therapie* en *Transfer* beide onder één letter samengevoegd. Voor een volledige beschrijving van het model verwijzen we naar de AZN website³.

Hieronder vind je het complete model gevisualiseerd.



Theoretische onderbouwing van het SPART-model

Om te kunnen begrijpen hoe het SPART-model integreert in LPA 9, is het goed iets te weten over de theorie achter het model en enig inzicht te hebben in het proces van klinisch redeneren.

Je kunt een ambulancezorgconsult vergelijken met een besluitvormingsproces. In ieder besluitvormingsproces zitten stappen waarin informatie wordt verzameld, verwerkt en een beslissing wordt geformuleerd. Deze stappen leiden tot een of meer acties.

Dual Process Theory

Uit de psychologie weten we dat mensen verschillende strategieën erop na houden om besluitvormingsprocessen te doorlopen. Een van de theorieën die veelvuldig in de geneeskundige literatuur wordt aangehaald is de "Dual Process Theory". Het klinische redeneren in het ambulanceconsult kan beschreven worden met behulp van deze theorie⁴. Het SPART-model is een praktische uitwerking hiervan.

Men veronderstelt dat mensen gebruik maken van twee systemen die gemakshalve systeem 1 en systeem 2 genoemd worden. Beide systemen werken op zeer gevarieerde wijze, worden door mensen op verschillende momenten ingezet en vullen elkaar aan (vandaar "dual process") wanneer we beslissingen moeten nemen.

Systeem 1 wordt verondersteld het intuïtieve, niet analytische en daarmee snelle systeem te zijn, terwijl systeem 2 het trage, analytische en meer moeite (is energie) kostende systeem zou zijn.

Mensen zijn geneigd om bij voorkeur systeem 1-strategieën te gebruiken om beslissingen te nemen, maar maken, wanneer ze daar niet mee uitkomen, gebruik van systeem 2-methodiek.

In tabel 1 zijn enkel verschillen tussen beide systemen weergegeven.

Eigenschap	systeem 1	systeem 2
redeneer stijl	intuïtief	analytisch
redeneer vorm	associatief	deductief
Awareness	laag	hoog
Methodiek	patroonherkenning	hypothetico-deductief
Snelheid	snel	langzaam
Betrouwbaarheid	variabel	consistent
gevoeligheid voor biases	ja	minder
declaratieve kennis afhankelijk	minder	ja

Tabel 1 eigenschappen systeem 1 en systeem 2

In de dagelijkse praktijk van de ambulancezorg gaan intuïtie en analytisch redeneren al hand in hand. Ambulancezorg-professionals gebruiken vrijwel altijd, meestal onbewust, hun intuïtie (systeem 1) bij het proces van klinisch redeneren. Dit helpt om onder tijdsdruk, met beperkt beschikbare informatie, snel tot handelen te komen. De context waarin we de zorgvrager aantreffen, geeft belangrijke informatie voor het verloop van het hulpverleningsproces. Vaak komt deze informatie onbewust tot ons. Het is belangrijk om deze onbewust verkregen informatie, bewust op waarde te schatten. Om te komen tot een betrouwbare klinische beslissing is het echter noodzakelijk om ook systeem 2-strategieën hiervoor in te zetten, het analytisch redeneren.

Het SPART-model geeft invulling aan systeem 1 en systeem 2 denken in het ambulancezorgproces. Systeem 1-informatie wordt vooral in de eerste stappen verkregen, maar ook in de andere stappen heeft systeem 1 een plaats. Het analytisch redeneren (systeem 2) toetst ons intuïtief gevoel. Daardoor wordt het hele proces betrouwbaarder. Bovendien krijgt in het SPART-model de vaak belangrijke informatie die we intuïtief verkregen hebben de formele plek die het toekomt.

Omdat we systeem 1- en systeem 2-processen op allerlei momenten in ons dagelijks leven gebruiken, is het logisch en natuurlijk om dit de basis te laten vormen van onze professionele besluitvormingsprocessen.

Tot slot

In dit artikel zijn totstandkoming en de recente ontwikkelingen van het SPART-model aan de orde gekomen. Hoe we het model gaan gebruiken in het LPA zal in het volgende artikel aan bod komen. Ook is de protocollencommissie van plan om eind dit jaar via een Webinar en andere kanalen iedereen te informeren.

Bronverwijzing

<https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/onderzoek-vormgeving-en-gebruik-lpa>
<https://www.ambulancezorg.nl/azn/missie-en-visie>
<https://www.ambulancezorg.nl/actueel/lpa-nieuws/lpa-nieuws-nr.-5-november-2019>
 Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Advances in Health Sciences Education*. 2009;14(S1):27-35. doi:10.1007/s10459-009-9182-2

