

ALS ALLES KLOPT – THEMA-AVOND TRAUMANET AMC 13 OKTOBER ACUTE CARDIOLOGIE

'Voor de patiënt voelt het soms als een soort overval, die start met de 112-melding van familie, huisarts of in sommige gevallen van de patiënt zelf. Alle radars gaan draaien. Meestal een A1-melding, de ambulance komt met sirene en zwaailicht aangereden. Op de plek waar de patiënt zich bevindt wordt medicatie toegediend, ecg's gemaakt... Ondertussen wordt in het ziekenhuis de CCU in orde gemaakt en het interventieteam opgeroepen. Informatie-uitwisseling is van groot belang. Scoop and drive en naar de cathkamer gebracht. Behandeld en een paar dagen later weer thuis.' Dagvoorzitter Rob de Winter, cardioloog AMC, opent de thema-avond acute cardiologie met deze voor de deelnemers, veelal ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs, centralisten op de meldkamer, zo herkenbare beschrijving van 'de overval'. 'Prehospitaal zijn al vele keuzes gemaakt, dat is uw expertise en daarvan zien wij maar een klein stukje. Deze avond willen we leren van elkaar.'

Dashbord hulpmiddel procesoptimalisatie

De eerste spreker Martin Smeekes, directeur veiligheidsregio Noord-Holland Noord, gaat verder in op het beeld dat De Winter in zijn introductie geschetst heeft. 'Voordat 'alles klopt' is inzicht in de keten van groot belang. Zeker met deze groep patiënten, waar de factor tijd van cruciaal belang is. Het proces van meldkamer tot dotterinterventie hebben wij in een 'dashbord' gezet, waarmee we razendsnel kunnen beoordelen of het proces op koers ligt en waar de knelpunten liggen. Dat helpt enorm om het proces te optimaliseren en dat willen wij in onze hele ROAZ-regio uitgerold krijgen. Uitruktijd, aanrijtijd, behandelingsduur, vervoertijd, overdrachtstijd, 'door to needle'-tijd... waar zitten de verbeteringen en die zitten niet altijd in het nog sneller rijden. Analyseer de structurele reden van de vertraging, kijk op het dashboard naar de slechtste tijden in het gehele proces, want daar kun je verbeteren.'

'Doorpolen'

Ook spreker Rob de Winter benadrukt het belang van tijd. 'In de eerste 2 tot 3 uur na de eerste klachten is de factor tijd van grote invloed op de uitkomst. Hoe langer een kransslagader is afgesloten, hoe minder winst met behandeling te halen is. En niet alles is wat het lijkt. Een STEMI moet meteen behandeld worden, maar is niet altijd zichtbaar op een standaard 12 kanaals ecg.' Aan de hand van een aantal ecg's illustreert hij deze uitspraak. 'Het blijft lastig een ecg goed te lezen en een STEMI te herkennen. Bij afsluiting van de Rcx bijvoorbeeld, kan het ecg er normaal uit zien. Als je het niet vertrouwd, is het belangrijk dat je gaat doorpolen naar achter, boven, onder en rechts om in te zoomen op de wanden en de ventrikels te bekijken op ischemie. Als het hart normaal beweegt en ook bij doorpolen geen afwijkingen te zien zijn, dan ga je andere oorzaken overwegen zoals bijvoorbeeld pericarditis. De key is the context. Betrek dus naast de ecg ook factoren als leeftijd en soort van klachten bij de diagnose.'

Vage verhalen

Nadat De Winter uitwijdde over de STEMI look-a-likes maakte Jorien van Baal, kaderhuisarts hart- en vaatziekten, Zorggroep Almere, het verhaal er niet eenvoudiger op. 'Voor een huisarts is het lastig te constateren dat pijn op de borst veroorzaakt wordt door een hartinfarct. Allereerst hebben niet alle huisartsen een ecg-apparaat. Mocht een ecg wel gemaakt kunnen worden, dan moet je die goed kunnen lezen en interpreteren. De vorige spreker heeft net verteld hoe lastig dat kan zijn. Als mensen bellen moet je het met weinig informatie doen en zit er nog een schijf tussen. Je moet vertrouwen op de anamnese die door de doktersassistent is afgenomen. 'Hooft acute hartzorg wel thuis bij de huisarts?' Van Baal is van mening dat de huisarts vaak vertragend werkt. Het is alleen onmogelijk om de huisarts uit de keten te halen, want vaak klopt de iemand met gezondheidsklachten daar als eerste aan. Aan de hand van een aantal cases laat Van Baal zien met welke vaak vage verhalen ze dagelijks te maken krijgt.'

'Je luistert, vraagt en handelt. Een ECG maken? Thuislaten of insturen? Indien mogelijk direct langsgaan? Je moet een inschatting maken en dat is soms lastiger dan je denkt. Niet alles is wat het lijkt.'

De praktijk: wisselend beeld

Na de pauze wordt de zaal meegenomen door een complexe casus, Alle betrokkenen uit de ketenzorg - medewerkers van de meldkamer, ambulancedienst en ziekenhuizen - en de patiënt zelf zijn aanwezig. Authentieke beelden en geluidsfragmenten worden gebruikt, hetgeen een indrukwekkend schouwspel vormt. 'Ik had afgesproken om naar het Stedelijk te gaan, maar ben onderweg op mijn fiets omgedraaid. Ik was kapot, had pijn in de borst en was duizelig en vroeg mijn onderbuurvrouw 112 te bellen.' Met urgentie A1 gingen de ambulanceverpleegkundige Gesina van der Kolk, en een chauffeur Jesse Boswijk naar de heer toe, maar het werd een lastig verhaal. Meneer had een voorgeschiedenis van boezemfibrilleren, wisselende atypische klachten, maar voelde zich uiteindelijk niet heel slecht, wisselende ecg's en wisselende klachten... 'Mijn intuïtie zei dat iets niet klopte, dus ik bleef ecg's maken, die vooralsnog geen indicatie gaven voor primaire PCI', aldus Gesina. 'Ons gevoel zei dat we bij meneer moesten blijven. Uiteindelijk zijn we via het Slotervaart ziekenhuis bij het AMC terecht gekomen. Op de cathkamer bleek dat het rechtervat potdicht zat, terwijl de klachten al bijna weg waren. Een collateraal, een nieuw gevormd bloedvat dat een verbinding tot stand brengt tussen bloedvaten die normaliter niet direct verbonden zijn, was zijn redding. Een ingewikkelde case met een beeld dat steeds wisselde... lastig om keuzes te maken. Gelukkig is het kwartje de goede kant op gevallen. Wat hebben we geleerd? Je gevoel volgen en bij verdenking van een acute myocardiinfarct altijd insturen naar een interventiecentrum.'

Sekseverschillen

'Alles is anders bij de vrouw, niet alleen de geslachtsdelen.' Monique ten Haaf, arts-onderzoeker cardiologie, VUmc, pleit ervoor dat bewustwording ontstaat dat bij hart- en vaatziekte niet gekeken wordt naar de persoon, maar dat specifiek gekeken wordt naar het geslacht. 'Gelukkig komt er steeds meer bewustwording voor sekseverschillen bij de diagnose van hart- en vaatziekten. Een betere herkenning leidt tot een betere prognose. Vrouwen hebben andere klachten dan mannen bij een hartinfarct, ervaren pijn anders, communiceren anders en relateren klachten eerder aan druk op het werk en stress. Diagnose, interventie en medicatie bij HVZ zijn bij mannen en vrouwen gelijk, terwijl de fysiologische processen en risicofactoren die verband houden met HVZ verschillend zijn. Mannen van Mars, vrouwen van Venus... een gezegde waarover iedereen graag gekscherend discussieert, maar laten we op cardiovasculair gebied duidelijk zijn. Mannen zijn anders dan vrouwen en daar is geen twijfel over mogelijk.'

Tijdens de paneldiscussie wordt actief met de zaal van gedachten gewisseld en lastige dilemma's komen aan bod. Geen obstructies, maar wel klachten... moeten we dan behandelen met medicatie? Huisarts en ambulance, moeten ze beiden ecg's doorsturen naar het interventiecentrum? Moet je bij veranderende klachten steeds een nieuwe ecg maken? Moet een huisarts meerijden met de ambulance of moet hij op zijn post blijven? Als een ecg niet duidelijk een infarct laat zien, kan dan toch reperfusiotherapie nodig zijn? Als je niks ziet, is het dan een Cx? Vragen met soms een duidelijke 'ja' of 'nee' als antwoord en soms een lichte twijfel of aangebrachte nuancering. Het doel van de avond was om te leren van elkaar en daarover was iedereen het in ieder geval over eens. 'Een waardevolle avond, een opfriscursus van een paar uur. Zeer effectief!'