

■ 'REANIMATIE VOOR IEDEREEN!' (deel 1)

Na de verwelkoming door voorzitter Alfons November, werden de aanwezigen verzocht op basis van de kleur van het kaartje dat ze bij het binnenkomen hadden gekregen, ofwel de eerste uiteenzetting van prof. Sabbe bij te wonen, ofwel te leren reanimeren in de inkomhal, ofwel deel te nemen aan een testprogramma opgezet door een assistente van de professor.

Hier volgt enkel een verslag van de uiteenzetting van prof. Sabbe. In ons volgend nummer van het Harpa Magazine komt nog een 2de deel met de vragen en antwoorden, samen met een bespreking van de resultaten van het testprogramma. Het is zeker niet onze bedoeling om de PowerPoint van prof. Sabbe te willen vervangen. Ook het didactisch talent van een begenadigd lesgever moeten we hier jammer genoeg missen. Dit verslag is enkel een poging om een aantal wetenswaardigheden aan te halen, indachtig de beklievende woorden van onze voorzitter: "Het zou spijtig zijn, wanneer de noodzaak zich aandient, dat wij als hartpatiënten niet zouden weten wat we op zo'n moment moeten doen."



Er is enorm veel veranderd op korte tijd!

Toen ik begon als assistent werd er gereanimeerd met relatief weinig slaagkans. Er werd ook geen vraag gesteld over "heeft dat hier nu nog zin of niet?" De dag van vandaag doet men zoveel mogelijk aan preventie en men reanimeert wat kan. En er kan de dag van vandaag heel veel. En soms moeten we ook jammer genoeg eerlijk toegeven: "hier moeten we stoppen, hier heeft het geen zin meer."

Een eerste belangrijk principe: er moet zo snel mogelijk gereanimeerd worden! Dat betekent dat het extreem belangrijk is dat we onze maatschappij aanleren om tijdig en correct te starten met reanimatie. Dan kan men ook in het pre-hospitaal van de MUG snel en adequaat handelen en in het ziekenhuis zo snel mogelijk de post-reanimatiezorg starten.

De AED was een grote stap vooruit, maar de grootste stap vooruit was de post-reanimatiezorg, die spijtig genoeg nog onvoldoende in alle ziekenhuizen wordt toegepast. Vroeger dacht men: "reanimeren en wanneer het hart terug op gang is, is het opgelost; reanimeren en het werk is gedaan." Dat is helemaal veranderd en nu is het van: "er is gereanimeerd en nu begint het pas!" Reanimeren is het begin van een gans therapeutisch proces waaraan heel wat is gewijzigd. Dat heeft ervoor gezorgd dat de 'outcome'

, vooral cerebraal, spectaculair is verbeterd. En de groep die er met een zeer goede outcome 'uitkomt', wordt elke dag groter!

De incidentie

De meeste mensen denken dat hartstilstand altijd iets te maken heeft met het hart, maar dat is niet waar. Er zijn hartstilstanden van cardiale oorzaak en er zijn er van niet-cardiale oorzaak. Het is niet omdat je een hartstilstand doet dat de oorzaak het hart is. Er is een lange lijst van niet-cardiale oorzaken. Zo is een longembolie in 8 % van de gevallen de oorzaak en het komt veel vaker voor dan men denkt. Een longembolie, dat zijn stolsels die in de bloedvaten van de longen terecht komen, waardoor het door de slagader aangeleverd bloed aan de long niet of slechts gedeeltelijk van zuurstof kan worden voorzien. Dat is een van de redenen waarom er een ganse evolutie is naar de ontstollingsmiddelen.

Andere niet-cardiale oorzaken: o.a. ademhalingsproblemen door bv. het inslikken van een stuk vlees, verdrinking, elektrische shock...

Door de steeds betere preventie zijn er steeds minder hartstilstanden, alhoewel de populatie altijd maar ouder wordt. Wel zien we meer hartstilstanden bij

jonge mensen en een van de belangrijkste oorzaken is druggebruik. Het laatste jaar hadden we 10 tot 15 mensen onder de 30 die een hartstilstand hadden door cocaïnegebruik. Daardoor gaat een coronair in spasmen en de gebruikers doen een hartinfarct, ze doen een ritmestoornis en uiteindelijk een hartstilstand.

Als er 100 patiënten zijn bij wie we met de MUG toekomen, dan krijgen we 40% terug op ritme en druk (= ROSK: restitution of spontaneous circulation). Van die 40 zullen er maar 10 het ziekenhuis verlaten in normale doen. En mocht je zeggen: "dat zijn toch maar povere resultaten", dan moet je weten dat we 10 jaar geleden aan 1,3 zaten i.p.v.10.

Drie belangrijke zaken in de reanimatiezorg voor vandaag

Heel belangrijk is het **vroegtijdig herkennen dat er iets fout loopt** (= early recognition and call for help). Uit onderzoek weten we dat nog geen 8% van de bevolking de symptomen van angor (pijn in de hartstreek door zuurstoftekort van het hart) herkennen. En diegenen die ze wel herkennen, hebben zelf angor of kennen in hun familie mensen met angor. Dit is schrijnend en dit bewijst dat die dingen reeds in het middelbaar onderwijs zouden moeten meegegeven worden. Besluit: het is enorm belangrijk om aan preventie te doen door op voorhand te maken dat de mensen kunnen ingrijpen, omdat ze weten wat er moet gebeuren.

Tweede belangrijke zaak: **het vroegtijdig starten met de reanimatie** (= basic life support). Het vroegtijdig starten betekent gewoon: to buy time! Wanneer wij ergens met de MUG toekomen en men zegt ons: "men heeft geen basic life support gegeven", dan kan ik u verzekeren dat de kansen drastisch dalen. Ik kan het ook zo uitdrukken: alle patiënten die het goed overleven, hebben onder enige vorm basic life support gekregen. En het hoeft niet perfect te zijn. Wij Vlamingen hebben veel te veel schrik om iets te doen. Maar ge kunt beter iets doen dan niets doen! En de bedoeling is hier echt 'to buy time'! Wanneer wij dan inderdaad toekomen met het nodige materiaal, dan is inderdaad de vroegtijdige defibrillatie belangrijk. En de introductie van de AED heeft daar toch wel iets binnen gebracht met de nodige relativiteit. Het komt er gewoon op aan het hart zo vlug mogelijk terug op ritme te krijgen. Wanneer binnen de 6 min. wordt gestart met reanimeren, dan is de kans op overleven tussen 50 en 70 procent.

En misschien nog het belangrijkste: **de post-reanimatiezorg** (= to restore quality of life), ervoor zorgen

dat u met al uw intellectuele capaciteiten het ziekenhuis kunt verlaten. (zie verder)

Preventie van hartstilstand

¼ van de patiënten die buiten het ziekenhuis een hartstilstand krijgen, hebben uren voor de hartstilstand al angor. Ofwel herkent de patiënt het niet of zegt hij het niet tegen zijn omgeving dat hij angor heeft. Maar ook bij de patiënten die in het ziekenhuis een hartstilstand doen en dat zijn er gemiddeld 1 of 2 per dag in een ziekenhuis met 2000 bedden, waren er 24 uur op voorhand eigenlijk al alarmsignalen, die door de arts en de verpleegkundigen niet naar waarde werden geschat. Op dit vlak is er nog heel wat te doen, zowel in als buiten het ziekenhuis.

Goede prognose?

Wij kunnen pas na 3 dagen een prognose geven over het resultaat van een reanimatie. Er spelen pre-arrest, per-arrest en post-arrest factoren mee.

Voor de **pre-arrest** komen we eigenlijk bij de preventie. In functie van je constitutie moet je aan preventie doen. Hoe ouder je wordt, hoe groter de kans dat je een hartstilstand doet. Ras speelt ook een belangrijke rol: Aziaten hebben een veel grotere kans op hartstilstand. De reden daarvan is dat veel Aziaten omgeschakeld zijn van hun normaal dieet naar een Westers dieet en daardoor zijn ze dikker geworden en bijna allemaal diabeet. In Sri Lanka is ongeveer 80 % van de mensen boven de dertig diabeet. Gewoon omdat ze omgeschakeld zijn naar een ander dieet. En dan zijn er ook nog pre-arrest aandoeningen: lijd je al aan een ziekte? heb je al een CVA (cardio vasculair accident) gehad? heb je een actief leven?

Een goede raad: overdrijf in niets, maar doe een lichte inspanning met mate; ga geregeld naar de fitness, maar overdrijf niet. Ik zie geregeld heel enthousiaste Harpaleden bij Respiro, wanneer ikzelf bezig ben. En dan denk ik soms: "Hopelijk moet ik hier niet direct beginnen werken." Ze zijn toch zo gedreven en gedrevenheid is niet altijd goed. "Mate" is een zeer mooi woord.

Voor de **per-arrest** factoren, moeten wij de vraag stellen: Wat is de oorzaak van de hartstilstand, een cardiale of niet-cardiale oorzaak? Is er zuurstoftekort of niet? Als je je verslikt in een stuk biefstuk en je hart valt stil omdat er zuurstoftekort is, dan is er zeker ook schade aan de hersenen, ook door zuurstoftekort. Een patiënt met hartstilstand door zich te verslikken in een stuk vlees, zal een mindere outcome



hebben, ondanks het feit dat die heel gemakkelijk te reanimeren is. Je haalt het stuk vlees eruit, je geeft hem een beetje zuurstof waardoor het hart terug begint te kloppen. Dan denkt men: gelukkig is het hart onmiddellijk op gang, maar het leven wordt niet alleen door het hart maar ook door de hersenen bepaald.

In dit verband spreken wij ook over een 'witnessed-arrest', d.w.z. is er een getuige? Tijd speelt hier een enorm belangrijke rol. Als we iemand vinden en er is niemand getuige geweest van de val van de patiënt, dan weten we niet of de patiënt er al 5 minuten, 10 minuten of 30 minuten...ligt. Als er 'witnessed-arrest' is dan springen wij bijna een gat in de lucht, want dan weten wij eigenlijk perfect wanneer de hartstilstand is gebeurd. Hopelijk heeft men vrij snel de 112 gebeld, dan kennen we het juiste moment tot op de seconde.

Is er 'witnessed-arrest' en is er 'basic life support' toegepast? Als die twee het antwoord 'ja' krijgen, dan weten we O.K., we gaan ervoor. We hebben hier een kans van 40 of 50 % dat deze patiënt met normale activiteit terug naar huis kan.

Wat is de tijd tussen de hartstilstand en de 'advanced life support'? Alle MUG wagens starten vanuit een ziekenhuis en hoe verder men van het ziekenhuis woont, hoe langer het duurt voor de MUG erbij is. In Amerika is die tijd zeer kort. In Seattle b.v. staan er reanimatie-ziekenwagens op verschillende kruispunten. De tijd van oproep en aankomst van zo'n team is in Seattle max. 3 minuten. In België varieert dat van

waar je woont tussen de 8 en de 15 minuten. Vroeger moesten wij nog een boek pakken om te zoeken waar de straat ligt. Nu heeft de 100-centrale al rechtstreeks alle informatie in onze GPS gestopt. Op het moment dat wij in de MUG stappen, staat onze GPS al aan en zegt ons waar we naartoe moeten. Gewoon om tijd te winnen. Waar vroeger de MUG aan hoge snelheid voorbij reed, hebben we nu duidelijke richtlijnen gegeven: rij veilig en zorg ervoor dat je veilig aankomt! En het is uitgerekend dat je aan hoge snelheid niet zoveel tijd kunt winnen. Beter veilig aankomen en geen roekeloze dingen doen! Het is belangrijk dat we zo vlug mogelijk ter plaatse zijn en dan kan worden gestart met 'advanced life support'. Het is dus heel belangrijk dat de oproep naar de 100 juist is i.v.m. de plaatsbepaling. In mijn lessen geef ik mijn studenten de opdracht: schrijf eens het adres op van uw grootouders, straat en huisnummer. Iedereen van de kleinkinderen kan naar zijn grootouders toe gaan, maar is het nu 13 of 31, is het 171 of 117? Voor ons is dat een groot verschil. En heel vaak zijn we met de MUG veel te lang aan het rondrijden. Gelukkig zijn er meestal mensen die buiten staan en naar ons zwaaien om duidelijk te maken dat het hier is.

De post-arrest fase

Nu weten wij dat enige vorm van onderzoek over hoe je hersenen reageren, de eerste 3 dagen zinloos is. Er bestaan wel enkele technieken met ingewikkelde



afkortingen, zoals SSEP (= somatosensoriële evoked potential). Dan stimuleren we uw zenuwen aan uw pols en meten we op verschillende plaatsen het antwoord: in uw schouder, uw hals, uw hersenen. Als er na 24 uur geen respons is van de hersenen, dan weten we dat u nooit meer zult wakker worden. Maar hebben we wel respons, dan weten we eigenlijk nog niets.

We kunnen nog een aantal andere onderzoeken doen, b.v. een onderzoek van de biomarkers die kunnen aangeven of er schade is aan de hersenen. Aan de hand van de biomarkers (stoffen die worden ingebracht als indicator om de toestand te evalueren) kunnen we een inschatting maken van hoeveel hersenen zijn geraakt. En spijtig genoeg zal het een paar dagen duren vooraleer we zullen kunnen zeggen of we op goede weg zijn.

De doelstelling van een dag als vandaag

We stellen vast dat een Vlaming toch wel iets apart is. Hij heeft een zekere schroom. Op internationale congressen over urgentiegeneeskunde sta ik met rode wangen, omdat we een zeer laag percentage van 'basic life support' hebben dat wordt opgestart. Sinds kort is het nochtans een verplicht programma van het middelbaar onderwijs. Wanneer ik dan in het eerste jaar geneeskunde vraag: "wie heeft er ooit in zijn middelbaar onderwijs basic life support gekregen?", zie ik geen 10 % vingers naar omhoog gaan. In het ziekenhuis moeten alle personeelsleden elk jaar opnieuw bewijzen dat ze het kunnen alhoewel er toch altijd nog veel schroom is om het te bewijzen. Men heeft schrik, omdat men denkt dat men het niet zal kunnen, schrik dat men iemand pijn zal doen, dat men letsels zal toebrengen. Men heeft infectievrees, maar de kans dat je een infectie oploopt met reanimatie is quasi nul, 1 kans op de 100.000. Tegen jonge mensen zeg ik altijd: "als je schrik hebt om HIV te krijgen, zal het niet van te reanimeren zijn, maar wel van iets anders!"

Reanimatie is kennis, kunde en durf! De kennis is niet

moelijk, de skills zijn ook niet zo moeilijk, want op een half uurtje kan iedereen het leren. De psychologische drempel is iets anders. En het is soms moeilijk om van jezelf te voorspellen of je het zult doen of niet.

Er is nog enorm veel werk aan de winkel om onze slaagpercentages naar omhoog te halen. Dan mogen we nog de meest gesofistikeerde technieken in ons ziekenhuis installeren, de clou ligt daar! Een dag als vandaag is belangrijk om die (Vlaamse?) schroom te helpen overwinnen!

Dispatcher- Assisted CPR (= CardioPulmonale Reanimatie)

Vroeger legden de mensen onmiddellijk de telefoon neer, wanneer ze de 100 of 112 hadden gebeld voor hulp. De GSM-cultuur heeft meegebracht dat ze nu aan de telefoon blijven. En de dispatchers (telefonisten) zijn speciaal opgeleid om via de telefoon instructies te geven over wat er moet worden gedaan om de overlevingskansen te verhogen. Zo hebben wij al een aantal geslaagde reanimaties gehad door mensen die daarvoor nog nooit iets hadden gehoord over reanimatie. Wij promoten zeker de Dispatcher-Assisted CPR!

Kanttekeningen bij de introductie van de AED

Als je de AED (Automatische Externe Defibrillator) micro-economisch bekijkt en je doet een hartstilstand op een plaats dichtbij een AED, dan heb je geluk. Wanneer in Kopenhagen de 100 wordt opgebeld, ziet de aangestelde onmiddellijk op zijn scherm op 5 meter na waar je je bevindt via de GSM waarmee je hem opbelt. Hij krijgt ook op zijn scherm waar de dichtstbijzijnde AED te vinden is.

Als je de AED macro-economisch bekijkt, dan is een AED pas rendabel als er 10 miljoen mensen per jaar aan die AED voorbijkomen. Er zijn maar weinig plaat-



sen waar dat het geval is. Gelukkig is de prijs van de AED steeds lager geworden.

Ik heb zelf ooit een AED cadeau gekregen, maar ik vond dat zelf oneerlijk. En daarom is de AED die in Respiro staat die welke ik ooit als cadeau heb gekregen. Ik denk dat hij daar meer nut kan hebben dan alleen maar voor mij en mijn vrouw te dienen.

Enorme vooruitgang op het gebied van de reanimatie

Prof. Sabbe heeft uitgebreid gesproken over allerlei optimalisaties waardoor de slaagkansen verhogen. Het is onbegonnen werk om hier al deze optimalisaties te beschrijven. We noemen hier alleen maar op waarover prof. Sabbe het uitgebreid heeft gehad. Een machine die veel beter pompt dan je zelf hartmassage kunt toepassen, met de mooie naam



LUCAS. Capnografen die de CO₂ in de uitgeademde lucht meten. Beademingsstrategieën uit Frankrijk die extra kracht en pompfunctie op het hart geven. Adrenaline, een direct werkend geneesmiddel tegen hartstilstand, waarover nog veel wordt gediscussieerd. Trombolysie, een behandeling waarbij stolsel in een hersenbloedvat met krachtige middelen wordt opgelost. Een enorme evolutie in de anti-aritmica, geneesmiddelen om hartritme-stoornissen te behandelen. Een sponsoring van bepaalde ziekenhuizen waar de patiënten naartoe moeten om de optimale post-reanimatie te krijgen. En zijn besluit luidde: als je ziet wat nu allemaal beschikbaar is, rijden we nu met een luxewagen i.p.v. met een 2PK.

Post-reanimatiezorg

Op het moment dat het hart terug op gang komt, dacht men vroeger: er is terug ritme en druk en dus is het probleem opgelost. Nu weet men dat het eigenlijk hier begint. En het eerste orgaan waarvoor



we aandacht moeten hebben zijn de hersenen en op de tweede plaats het hart. Doordat er tijdelijk geen bloed naar de hersenen is gegaan, zal er hersenschade zijn. Als er na de reanimatie niets gebeurt, krijgt de patiënt hyperglycemie, teveel suiker en dat is slecht voor de hersenen. Om het suikergehalte zo laag mogelijk te houden, zullen we insuline inspuiten met een continu infuus. De hersenen beginnen te zwellen en zelfs te koken. Wij zullen de bloeddruk (systolische druk) van 90/100 naar omhoog jagen tot 180/190, om de hersenen te laten recupereren.

De spoedarts doet allerlei zaken om de patiënt er weer bovenop te halen, teveel om ze hier allemaal uit de doeken te doen. Hij spendeert een paar uren aan die ene patiënt, erg arbeidsintensief. Het is een continu sleutelen, bijregelen en het verschil tussen goede en heel goede geneeskunde zit hem in de details!

Toch willen we een methode verder uitwerken, omdat die erg tot de verbeelding sprak toen prof. Sabbe erover vertelde. "Wij zullen de patiënt in de diepvries steken om hem af te koelen. Daardoor gaan alle schadelijke dingen trager lopen, zodat wij tijd winnen."

Therapeutische hypothermie

Dit moeilijk woord betekent: gecontroleerd laten afkoelen. Prof. Sabbe had het over de diepvries, maar al vlug werd het duidelijk dat dit toch niet al te letterlijk mocht opgenomen worden. Wij starten al bij de tweede of derde minuut van de reanimatie om ervoor te zorgen dat de hersenen zo snel mogelijk afkoelen. Vroeger werden mensen die aan hun hersenen werden geopereerd ook eerst in een bad met ijswater gestopt door de neuroloog.

In onze tijd en in Leuven gebeurt het als volgt: Zodra de MUG aankomt zal de arts onmiddellijk twee liter koude vloeistof in het lichaam jagen via een katheter in de lies waar ballonnetjes aan zitten. Dat is de frigo met een computer. Er zal gewoon fysiologisch water door de frigo lopen en via die ballonnetjes zal het bloed afkoelen. Men raadt aan om af te koelen tot

34° of 33°, niet lager dan 32°, want dan bestaat de kans dat het hart terug begint te fibreren door onderkoeling. We zullen de patiënt 24 uur koel houden en daarna heel traag terug laten opwarmen tot normale lichaams-temperatuur.

Een andere methode is nog de RhinoChill, een neusbrilletje met 2 sondes waarlangs een soort freon in de neus-keelholte wordt verneveld. Heel de neus, mond en keelholte worden afgekoeld en daardoor ook de hersenen. Waarschijnlijk moeten de hersenen afgekoeld zijn binnen de 45 min. na de hartstilstand.

Nog een persoonlijke noot

Prof. Sabbe is anesthesist van basisopleiding. De urgentiegeneeskunde is sinds 2005 een aparte opleiding van 6 jaar en hij is sindsdien mee verantwoordelijk voor de opleiding van spoedartsen. Nu krijgen we meer en meer artsen in de MUG die zeggen: “ik wil van spoedgeneeskunde mijn job maken, waar reanimatie een onderdeel van is.” Dat maakt een groot verschil voor de ‘advanced life support’. Vroeger was het al te vaak de jongste arts met de minste ervaring die toevallig van wacht was en die ’s nachts in

de MUG zat. Het kon iemand zijn van reumatologie die absoluut niet geïnteresseerd was.

Het is ook bewezen dat een chirurg die op een jaar 200 liesbreuken opereert, betere resultaten heeft dan een die er maar 5 opereert. In deze regio hebben we gelukkig een overeenkomst dat ziekenhuizen die een patiënt hebben met een hartstilstand, die naar Leuven brengen, omdat wij daar meer ervaring mee hebben. Dat is zo, maar ik wil eerlijk zijn, het is ook zo omdat wij meer assistenten hebben. Er zijn hier meer artsen beschikbaar om de beste ‘advanced life support’ te geven.

Prof. Sabbe heeft op boeiende wijze een heel ingewikkelde materie eenvoudig voorgesteld. Alleen daarom al zou je bijna gaan hopen dat hij plaats heeft genomen in de MUG mochten wij ooit aan de beurt zijn. Het gevoel overheerst dat dit reeds het verschil zou betekenen tussen goede zorg en de best e zorg!

Verslag: Jo Beyen,

met dank aan Dominique Michaux en haar echtgenoot Jean-Pierre Van Damme voor de enorme hulp die zij boden door het uittikken van de USB-stick.

■ 'REANIMATIE' VOOR IEDEREEN!' (deel 2: vragen en antwoorden)

Nadat prof. Dr. Sabbe zijn uiteenzetting reeds tweemaal had gegeven, was hij om 17.00 u. nog bereid om te antwoorden op alle vragen die de aanwezigen zich nog stelden. Hier een poging om vragen en antwoorden kort samen te vatten.

In ons volgend nummer van het Harpa Magazine komen we nog eens terug op de resultaten van het testprogramma waaraan velen van ons hebben deelgenomen.

Moet ik mij zorgen maken omdat mijn hart 'overslaat'? Zijn 'overslagen' gevaarlijk?

In feite slaat het hart geen slag over, maar doet een slag extra. Je hart slaat een extra slag waardoor de pauze met de volgende slag iets langer duurt. Dit kan benauwend aanvoelen.

Overslagen zijn niet gevaarlijk, indien je dat in een gewone bevolking gaat meten. Iedereen doet overslagen. Indien de vorm van de overslagen op je EKG altijd dezelfde is en de overslagen niet te vaak voorkomen, dan is dat niet erg. Maar indien je een overslag hebt op verschillende plaatsen van je ventrikel, wordt dat wel gevaarlijk en stijgt de kans dat je levensbedreigende ritmestoornissen doet.

Maar met de klassieke medicatie die men de dag van vandaag voorschrijft, kan men goed levensbedreigende ritmestoornissen voorkomen. Alleen waken vele artsen er niet genoeg over dat de andere medicatie die je neemt ritmestoornissen kan uitlokken. Heel recent is Motilium daarom in het nieuws gekomen. Het probleem is dat men de geneeskunde "gesaucisoneerd" heeft. Het hele lichaam heeft men ingedeeld in afzonderlijke specialismen en er zijn nog heel weinig artsen die algemeen geneeskundig denken. Alleen de huisarts, de urgentiearts, de geriater en de pediater denken nog algemeen geneeskundig. Al de anderen zijn gefocust op 1 orgaan en ze weten niet wat de andere specialist heeft voorgeschreven. Maar er is wel degelijk interactie tussen verschillende medicamenten. 20% van alle patiënten in het ziekenhuis liggen daar als gevolg van het voorschrijfgedrag van de artsen of door het slecht gebruik van medicatie door de patiënt. Ook op spoedgevallen zien wij veel gevallen veroorzaakt door medicatie of interactie van medicatie. Tegen de "saucisoneering" van de geneeskunde moet nog veel gebeuren!

Houd je altijd iets over van een hartstilstand?

Neen, het kan dat je er helemaal van recupereert, dat is afhankelijk van de oorzaak. Als je bv. een hartstilstand hebt door een ritmestoornis en je hebt een witnessed arrest en de arts kan nadien de ritmestoornis weghalen, dan zal je er niets van overhouden. De kans is wel groot dat je tijdelijk problemen zult hebben met het kortetermijnegeheugen. Je zult perfect



alles weten uit je kindertijd, maar de zes maanden voor je hartstilstand zullen "gedeleted zijn van je harde schijf".

Indien de oorzaak bv. een acuut myocardinfarct is, zal je een vermindering hebben in je hartfunctie, maar cerebraal kan je perfect helemaal recupereren. Wij kunnen meer dan 15 jaar geleden, de resultaten zijn beter, maar er is iets belangrijks bijgekomen. Naast de kennis is de wijsheid erbij gekomen om te zeggen: we waren te laat en je zult geen menswaardig bestaan meer hebben. Dan is het best dat ook de knop wordt afgezet.

Wordt rekening gehouden met iemands leeftijd om te beslissen hoever en hoelang men zal reanimeren?

Er wordt zeker geen rekening gehouden met de leeftijd. Ouderdom is een afschuwelijk slechte parameter. Leeftijd is iets fysiologisch. Deze nacht heb ik gewerkt voor een dame van 56 jaar die in een rustoord zit en hulpbehoevend is. Ik heb evengoed gezorgd voor een oude man van 97 die nog zelf zijn moestuin verzorgt. Op spoedgevallen houden wij heel veel rekening met de fysiologische leeftijd. Wij kijken na hoe die persoon heeft geleefd, wat hij nog kon, hoe zelfstandig hij was, hoe afhankelijk hij was. Om dan te zien: heeft deze zorg nog zin? De studenten geneeskunde moeten wij opleiden om naast de kennis ook de wijsheid te hebben om na te gaan: heeft dit hier nog zin? Zin voor de patiënt? Een student of een jonge arts maakt vaak de fout om te redeneren vanuit zijn eigen leefwereld en niet vanuit de leefwereld van de patiënt.



Welke zijn de risico's voor de leek die zijn best heeft gedaan om iemand te reanimeren, maar waarbij het slecht is afgelopen?

Dat is een vraag van een echte Vlaming! Als er één boodschap is die je vandaag moet meenemen, is: "doe het!" Je kunt niets fout doen, je kunt alleen maar kansen verbeteren!

Wij zijn de redenen aan het bestuderen waarom mensen het niet doen. En wanneer we de redenen kennen, zullen wij op zoek gaan naar "hoe kunnen wij dat veranderen?" Niemand weet waarom bij een hartstilstand nog geen 10 % basic life support toegepast krijgen. Stel dat 20 % van de bevolking het wel

zou kunnen toepassen, met een kleine training, dan zou dat fantastisch zijn. Maar we weten het niet en dat is precies wat wij als groep willen onderzoeken met ons testprogramma.

Mogen slachtoffers met een pacemaker op dezelfde manier gereanimeerd worden, zoals hier werd aangeleerd?

Voor basic life support is er geen onderscheid. De elektrische stromen die een pacemaker geeft zijn zo minuscuul laag dat er geen risico is om gereanimeerd te worden. En mocht er toch schade worden toegebracht, dan zou dat futiel zijn in vergelijking met "voor een patiënt met een harststilstand is het gewoon erop of eronder!"

Bij het testprogramma van daarnet werden veel vragen gesteld over de leeftijd. Is de leeftijd zo belangrijk?

De bedoeling is om te weten of de mensen een onderscheid zouden maken als ze iemand van 23 jaar voor zich hebben dan wanneer het iemand van

70 is. Zullen sommige mensen dan zeggen : “ik ga niet beginnen te reanimeren bij zo’n oude”? Ook was de vraag of het een verschil uitmaakt of het een onbekend iemand is of bv. een buurvrouw of je partner. Ook dat is onderwerp van studie of je zult starten met reanimatie bij een onbekende of niet. Of zou je vlugger starten bij je partner dan bij een onbekende? Het onderzoek zullen wij ook doen bij studenten geneeskunde en ook bij andere mensen die we uit onze wachtzaal zullen halen. Ook bij leden van Harpa en wij gaan ervan uit dat leden van Harpa er op dat vlak beter zullen uitkomen.

Hoever mogen we gaan als we gaan fitnessen?

In Rotselaar zie ik vaak mensen overdrijven! Als je gaat fitnessen, wat heel goed is, moet je naar je lichaam luisteren. Je moet altijd zien dat je een voldoende inspanning levert, maar geen super-inspanning. Als je aan cardio-training doet, moet je tussen de 60 en 80 % blijven, als het maximum 100 % is. En je moet schommelen. En je mag niet zeggen: “nu kan ik niet meer.” Maar wel: “nu is het een inspanning voor mij, maar het gaat nog vlot.” En je moet op en neer gaan naar een iets zwaardere inspanning, maar niet naar een maximale. Ik zie mensen naar een maximale inspanning gaan en ik zie mensen heel domme dingen doen, waarbij ze op het toestel niet doen wat ze moeten doen.

Een voorbeeld: ik zie geen mannen, maar wel vrouwen op het toestel waarop je zagezegd schaatst. Je moet dat gelijkmatig doen. Maar ik zie mensen altijd met hun dominant been duwen en dan zie je dat bekken scheef gaan en dan vrees ik: “zo dadelijk is die heup uit de kom.” Er zou bijna altijd individuele begeleiding moeten zijn. Maar dat kan gewoon niet wanneer er 30 à 40 mensen bezig zijn.

Ooit heb ik in Rotselaar mijn oordeel gaan zeggen aan iemand, op een voorzichtige manier, maar mijn opmerking was niet welkom.

Ik heb mij laten inschrijven voor ‘Start to Run’. En daar vertelden ze mij : “ zo lang je kunt lopen en babbelen, is er geen probleem.”

Dat is precies de 60 % waarover ik het net had. Als je kunt lopen en babbelen, ben je aan 60 % van je maximale capaciteit. Dan ben je aan het oefenen, maar niet aan het over-oefenen.

En in Start to Run ga je van lopen naar stappen, dan langer lopen en stappen. Je moet inderdaad variatie inbouwen.

Als iemand neervalt , maar nog ademt, begin je dan met reanimatie?

Is er geen bewustzijn en geen ademhaling, dan begin je met reanimatie. Indien er geen bewustzijn is, maar er wordt nog naar adem gehapt, dan kom je in de grijze zone en zou ik zeggen: “voel nog maar eens aan de pols.” En als je geen polsslage hebt, dan start je reanimatie.

Als je twijfelt zou ik wel graag hebben dat je bij mij basic life support zou toepassen. Bij twijfel zijn er nog altijd mensen die denken dat ze beter niets doen. Neen, het is het omgekeerde!

Het is beter dat je begint te reanimeren. Dat is de klassieke schrik die men heeft: “ ga ik geen schade toebrengen?” Als je op mijn borstkas duwt, dan is het ergste wat mij kan overkomen, dat je bij mij een rib breekt. Als je je handen te laag zet, kan ik een kneuzing van de lever oplopen. Maar ik zal overleven!

Besluit: ben ik bij bewustzijn, dan is er circulatie en moet je mij niet reanimeren. Ben ik bewusteloos en je twijfelt, dan moet je mij reanimeren!

Ongetwijfeld een erg leerrijke infosessie, waaruit we allen best verschillende zaken in het geheugen prenten, “voor het geval dat...”

Met heel veel dank aan prof. Marc Sabbe en aan alle kinesisten die paraat stonden om het reanimeren in de praktijk aan te leren. Dank ook aan team dat de testen voor het onderzoek heeft afgenomen.

Verslag : Jo Beyen

Met dank aan Dominique Michaux en haar echtgenoot Jean-Pierre Van Damme die gezorgd hebben voor het uittikken van de volledige USB-stick.

