

Acute dood, een onvermijdelijk gebeuren?

F. P. M. J. GROENEVELD EN A. PRINS

Het onderzoek had betrekking op een aantal kenmerken van 141 gevallen van acute dood buiten het ziekenhuis in een periode van vijf jaar. Acute dood kwam vooral voor bij ouderen, meestal in de eigen woning; in 37 procent van de gevallen was er niemand anders aanwezig. Reanimatie- c.q. defibrillatiepogingen vonden relatief weinig plaats. Drie personen (op negen pogingen) werden met succes door de huisarts gedefibrilleerd. Inschakeling van de huisarts bij de hulpverlening bij acute hartstilstand lijkt zinvol, hoewel de huisarts slechts enkele malen in zijn praktijkleven een geslaagde defibrillatie zal kunnen toepassen.

Inleiding

Gemiddeld vinden in een huisartspraktijk twintig sterfgevallen per jaar plaats. Ongeveer driemaal per jaar gaat het om een acute dood, meestal van cardiale oorsprong. De grootste sterfte ten gevolge van acute cardiale stoornissen treedt op binnen de eerste minuten na het ontstaan van de stoornissen.

Steeds rijst in zulke gevallen de vraag of de acute dood misschien had kunnen worden voorkomen; die vraag dringt zich vooral op, als de huisarts kort tevoren nog contact met de patiënt heeft gehad.

Gegevens over acute dood in de huisartspopulatie zijn schaars. *Fieren* bestudeerde alle gevallen van *mors subita* die mogelijk veroorzaakt waren door een myocardiinfarct. Hij vond dat de meeste 'plotselinge' sterfgevallen binnen 5 minuten na het ontstaan van het infarct plaatsvonden.¹ *Dolman* onderzocht de acute dood bij sport. Bij 135 van de 188 acute sterfgevallen in haar studie waren resuscitatie-pogingen ondernomen.² *Hart e.a.* rapporteerden over acute dood en reanimatie door leken. Van 91 door leken gereanimeerde personen was zeker 20 procent onwel geworden door niet-cardiale oorzaken.³ *Brouwer* deed onderzoek naar de hulpverlening bij acute cardiale probematiek op het platteland. Hij concludeert dat bewaking door de huisarts met behulp van hartbewakingsapparatuur tot het mo-

ment van opname in het ziekenhuis zinvol is.⁴

In Aberdeen werd een prospectieve studie verricht bij 1011 gevallen van acuut hartlijden. In 92 procent van de gevallen werd de huisarts ingeschakeld, en in 80 procent van de gevallen beschikte hij over een difibrillator. Bij 65 patiënten trad in aanwezigheid van de huisarts een acute circulatiestilstand op. In totaal 47 patiënten werden gedefibrilleerd; 21 van hen arriveerden levend in het ziekenhuis en 13 verlieten het ziekenhuis weer levend.⁵

In de gemeente Krimpen aan den IJssel is een ambulance met defibrillator gestationeerd. De aanrijd naar de patiënt is bijna altijd minder dan 10 minuten. De huisartsen beschikken allen over oproepapparatuur en kunnen bij gelijktijdige alarmering meestal eerder ter plaatse zijn dan de ambulance. Er is een defibrillator beschikbaar die door de politie zeer snel kan worden gebracht.

In ons onderzoek hebben we de omstandigheden bij gevallen van acute dood in Krimpen a/d IJssel onderzocht gedurende vijf jaar.

Methoden

Het onderzoek vond plaats in de totale populatie van Krimpen a/d IJssel, in de periode van 1 september 1981 tot 1 september 1986. Het aantal inwoners bedroeg toen ongeveer 28.000, van wie

circa 7,5 procent ouder dan 65 jaar. Bewoners van verzorgingshuizen (circa 275 verzorgingsplaatsen) werden in dit onderzoek beschouwd als thuiswonenden.

Van de afdeling Bevolking van het gemeentehuis kregen we maandelijks gegevens over alle sterfgevallen. Met de huisarts van de patiënten werd nagegaan of er sprake was van acute dood. Onder acute dood werd verstaan: een overwach overlijden aan een acute natuurlijke aandoening binnen een termijn van 24 uur. Het acuut overlijden in het kader van een maligne aandoening of een infectieziekte valt dus niet onder deze definitie. In geval van acute dood werden aan de huisarts nadere inlichtingen gevraagd over de wijze waarop en de omstandigheden waaronder het overlijden had plaatsgevonden.

Er bestond geen gelegenheid om postmortaal door autopsie de ware doodsoorzaak op te sporen.

Resultaten

De totale sterfte per 1000 inwoners per jaar was 5,7. Landelijk is dit 7,9. Het verschil heeft waarschijnlijk te maken met de plaatselijke leeftijdsopbouw (minder 65-plussers).

Van de 803 sterfgevallen konden er 141 (18 procent) als acute dood worden beschouwd. Van deze acute sterfgevallen deed 43 procent zich voor in de leeftijdscategorie ouder dan 75 jaar. Beneden de 75 jaar was 87 procent van de acute doden van het mannelijk geslacht. Boven de 75 jaar was het verschil tussen de geslachten geringer, ook als men in aanmerking neemt dat het aantal vrouwen in die leeftijd het aantal mannen overtreft (*tabel 1*).

De meeste acute sterfgevallen bij personen boven de 65 jaar vonden plaats in de eigen woning (*tabel 2*).

In 42 gevallen was bij het overlijden niemand anders aanwezig, in 76 geval-

Tabel 1 Sterfgevallen per leeftijdscategorie en geslacht, gedurende vijf jaar in een populatie van circa 28.000 personen. Totaal en acute sterfgevallen.

Leeftijd in jaren	Totaal		Acute gevallen	
	M	V	M	V
0 - 24	11	12	-	-
25 - 34	4	1	-	-
35 - 44	11	10	-	1
45 - 54	43	18	17	2
55 - 64	70	36	22	2
65 - 74	102	59	30	6
75 - 84	166	144	33	18
85+	48	68	6	4
Totaal	455	348	108	33

Tabel 2 Plaats waar de acute dood optrad en het wel of niet aanwezig zijn van anderen.

Plaats	Anderen aanwezig	Alleen	Totaal
Eigen woning	63	42	105
Elders	13	7	20
Ambulance	1	—	1
Ziekenhuis	15	—	15
Totaal	92	49	141

Tabel 3 Aantal defibrillatiepogingen per 100.000 inwoners per verzorgingsgebied per jaar.

Verzorgingsgebied	Aantal inwoners	Periode in maanden	Aantal pogingen		
			totaal	geslaagd	per 100.000 inwoners/jaar
Rotterdam	700.000	12	77	17	11
Eemland	285.000	36	109	29	13
Ooststellingwerf	23.000	30	9	1	16
Krimpen a/d IJssel	28.000	60	9	3	6

len (ambulance en ziekenhuis buiten beschouwing gelaten) waren er huisgenoten of omstanders. In zeven gevallen werd een poging tot reanimatie ondernomen voordat de defibrillator arriveerde. In negen gevallen werd een poging tot defibrillatie gedaan, waarvan er drie met succes werden bekroond. Alle defibrillatiepogingen werden door de huisarts gedaan; het ambulancepersoneel was hiervoor niet geschoold.

Beschouwing

Dolmans vond in 1980 en 1981 dat bij acute dood bij sport in 72 procent van de gevallen een reanimatiepoging was ondernomen.² Een dergelijk hoog percentage zal nooit worden gehaald in de totale populatie. Niet alleen liggen de

leeftijden daarin hoger, bovendien zullen er vaker geen omstanders zijn. Ook de kans op succes zal door de andere leeftijdsopbouw en gezondheidstoestand in de totale populatie waarschijnlijk kleiner zijn dan bijvoorbeeld bij sporters of bij mensen die tijdens hun werk door acute dood worden bedreigd.

Uit tabel 3 blijkt dat het aantal defibrillatiepogingen verhoudingsgewijs laag was. Vergeleken met het onderzoek in Aberdeen, waaruit men kan afleiden dat bij circa 30.000 inwoners ongeveer drie maal per tien jaar een succesvolle defibrillatie door de huisarts kan worden verwacht,⁵ maken onze uitkomsten echter een reële indruk.

Net als bij het onderzoek van Brouwer⁴ verschilden de praktijken ten aanzien van het aantal reanimatiepogingen.

De getallen zijn echter te klein om hieraan conclusies te kunnen verbinden.

Tegen de achtergrond van het geringe aantal reanimatiepogingen van omstanders, lijkt het wenselijk om leken, met name familieleden van personen met een verhoogd cardiovasculair risico, hierin te scholen.³ Daarnaast is een snelle bereikbaarheid van huisarts en ambulance – beiden met adequate uitrusting – noodzakelijk.

Als resultaat van het onderzoek oefenen de huisartsen in Krimpen a/d IJssel thans eenmaal per maand met de bediening van de defibrillator.

Dankbetuiging

Met dank aan Prof. dr. E. van der Does voor zijn adviezen bij de verwerking van de gegevens.

¹ Fieren CJ. Het myocard infarct. Een prospectief onderzoek naar de morbiditeit en de sterfte, speciaal in de acute fase, in het woongebied 'Neder-Veluwe' [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1973.

² Dolmans AJ. Plotse dood bij sport [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1983.

³ Hart NH, Slooff R, Veldkamp R. Medische aspecten van lekenreanimaties in Rotterdam. Hartbulletin 1986; 17: 72-80.

⁴ Brouwer APhW. Spoedeisende hartpatiënten op het platteland. Med Contact 1985; 40: 646-7, 693-4.

⁵ Pai GR, Haites NE, Rawles LM. One thousand heart attacks in Grampian: The place of cardiopulmonary resuscitation in general practice. Br Med J 1987; 294: 352-4.