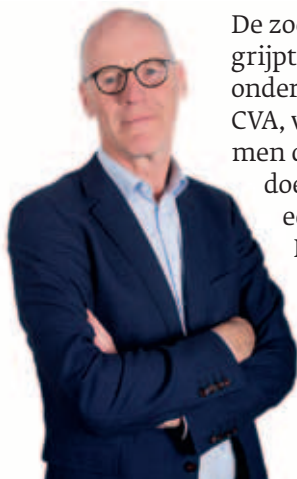


Pijn op de borst?



De zoon van de heer Kaya belt de spoedlijn. Vader (87 jaar) is niet goed, grijpt naar zijn borst, heeft hartkloppingen, is benauwd en de tabletten onder de tong helpen niet. In de voorgeschiedenis staan een infarct, AF, CVA, veel psychosociale problematiek in familie, communicatieproblemen door taalbarrière en wens tot behandeling in het ziekenhuis. Wat doe ik? Spoedvisite, ambulance? In mijn achterhoofd speelt mee dat een spoedvisite mij gauw een uur kost en de ambulance er eerder is. Ik bel de ambulance, draag de medische gegevens over, ga verder met mijn spreekuur en ben benieuwd naar de afloop. Heb ik de juiste keuze gemaakt?

In mijn ruim 30-jarige carrière als huisarts heb ik een totale verschuiving gezien in huisartsenzorg bij POB (pijn op de borst)-klachten. Van visites middenin de nacht en het effect van nitroglycerine afwachten tot het anno 2017 patiënten aanmoedigen om direct 112 te bellen en niet de huisarts.

Hoe weeg ik mijn keuze? Heeft het toegevoegde waarde als ik (eerst?) een visite rijd, de mate van ziek zijn beoordeel en een eventueel costomyogene, pulmonale of gastro-intestinale oorzaak diagnosticeer of uitsluit? Meestal is bij POB-klachten de oorzaak niet cardiaal. De patiënt hoeft dan niet naar het ziekenhuis, de rust kan weerkeren, er is minder medicalisering en de ambulance-inzet blijft optimaal. Kan, zoals Zeilstra stelt, een verbeterde beslisregel zoals de Marburgscore aangevuld met mijn klinische blik mij helpen? En wat betekent het 'overslaan' van de huisarts voor de positie van de huisartsenzorg en de spoedketen? Wegen al deze overwegingen op tegen het 'tijd is hartspier'-principe bij verdenking op acuut coronaair syndroom (ACS)? Crul stelt vanuit eigen ervaring dat het principe moet zijn 'better safe than sorry'. Delay kan leiden tot myocardnecrose en (fatale) ritmestoornissen. Beiden met hele grote gevolgen. Triage is dus van groot belang om enerzijds het delay te beperken en anderzijds voor doelmatige inzet van de ambulance.

Gezien de toename van de ambulance U1-ritten geïnitieerd door de huisartsenposten wordt het probleem om ambulances doelmatig in te zetten alleen maar nijpender. Om een 'infarct' in de spoedketen te voorkomen dienen we als huisartsen onze rol te pakken, onder andere gewaapend met de kennis uit de NHC-Standaard Acuut coronaair syndroom over de voorspellende waarde van klachten en bevindingen. Een betere eerste lijns beslisregel bij POB en versterking van de regionale samenwerking in de spoedzorgketen, eventueel financieel afgedwongen, gaan mij ook helpen.

Want dat triage aan de telefoon lastig is blijkt aan het eind van mijn werkdag. De SEH-brief vermeldt dat de heer Kaya opgenomen is op de hartbewaking met POB-klachten en zijn bekende AF. Uiteindelijk is de diagnose hartritmestoornis bij een CVA waarvoor trombolysie. Tja. ■

Ivo Smeele