

‘Er gaat letterlijk een leven door jouw handen’

Jaarlijks vinden er ongeveer 7000 tot 8000 reanimaties plaats buiten het ziekenhuis. Dat is uiteraard ingrijpend voor de slachtoffers en hun naasten, maar ook de hulpverleners die de reanimatie uitvoeren gaat het meestal niet in de koude kle- ren zitten. In de komende edities van HartbrugMagazine laten we deze laatste groep aan het woord. Dit keer het verhaal van Sjel Blanckers, ambulanceverpleegkundige bij Ambulancezorg Limburg-Noord.

‘Ik schat dat 60 tot 70 procent van ons werk bestaat uit mel- dingen die gerelateerd zijn aan het hart. Dat betekent niet dat iedere melding van pijn op de borst ook daadwerkelijk op een hartaanval wijst. Soms voelt het voor de patiënt zo, maar is er iets anders aan de hand, zoals hyperventilatie. In de meldkamer wordt daarom gevraagd naar de overige klachten. Tegen de tijd dat wij ter plaatse zijn, kunnen we daardoor vaak al een goede inschatting maken van hoeveel urgentie er is.

Naast ‘gewoon’ ambulanceverpleegkundige ben ik ook nog rap- id responder. Dat houdt in dat ik vanaf de post soms al in een klein autootje met spoed voor de ambulance uit rijd. Die auto heeft alles wat een normale ambulance ook heeft, behalve een brancard. En die is toch pas in een later stadium nodig. Als rapid responder kan ik dus alvast starten met de behandeling en even- tueel ook de reanimatie. Bij elke reanimatie is het protocol dat er sowieso twee ambulances komen. Als de patiënt aanspreekbaar is, dan is één wagen voldoende.

Het voordeel van de opkomst van het burgernetwerk, is dat het steeds vaker gebeurt dat er al omstanders zijn gestart met de BLS, oftewel de Basic Life Support, voor wij ter plaatse zijn. Zo heb ik meegemaakt dat een voetballer op het veld in elkaar

gezakt was, en met behulp van één schok van de AED alweer aanspreekbaar was, nog voor wij gearriveerd waren. Dat is na- tuurlijk geweldig, maar als je vaak reanimeert, maak je uiteraard ook mee dat het niet goed afloopt. Als hulpverlener haal je altijd het maximale uit jezelf, maar de realiteit is dat dit lang niet altijd genoeg is.

Lach en traan

De afloop weet je vaak niet, aangezien het ziekenhuis geheim- houdingsplicht heeft. Soms probeer ik er wel achter te komen door wat rond te vragen, maar dat lukt niet altijd. Daarom is het des te fijner als je achteraf nog iets hoort van de mensen zelf, of van hun familie. Het helpt je om het een plek te geven. We kregen ooit een lange, handgeschreven brief van een moeder die dankbaar was dat haar zoontje van 18 maanden de reanimatie had overleefd. En niet zo lang geleden stond een man, die na een longembolie meerdere keren gereanimeerd was, met een enorme vlaai op de stoep. Hij wilde ons bedanken omdat zijn kinderen dankzij ons de feestdagen nog konden doorbrengen met hun vader. Dat soort dingen grijpen je natuurlijk wel aan, zeker als het om leeftijdsgenoten of kinderen gaat. Net als de jonge meid van 29 die het niet gehaald heeft. Het ene moment zat ze nog nietsvermoedend soep en een broodje te eten, ver- telde haar vader, het andere moment stopte haar hart er mee. Dat vergeet je zomaar niet, ik ben zelf ook vader.

Gelukkig kan ik over dergelijke heftige gebeurte- nissen goed praten met mijn vriendin, die ook in de zorg werkt. Ook bij BOT, het bedrijfsopvang- team, kun je altijd terecht. Er wordt veel gelachen met collega's, maar we kunnen soms ook een traan laten.

Emoties

Hoe vaak je ook reanimeert, routine wordt het nooit. Het is ook zelden twee keer hetzelfde. De ene dag reanimeer je iemand in bed, de andere keer in een auto, dan weer onder de tafel. Je werkt volgens vaste protocollen, waardoor je altijd precies

weet wat je moet doen. De omstandighe- den waar je geen invloed op hebt, zijn vooral de emoties van de omgeving van de patiënt. Je hebt te maken met paniek, angst en ver- driet. Je eigen emoties zijn op zo'n moment op de achtergrond, al gaat er altijd wel even door je hoofd dat er letterlijk een leven door jouw handen gaat.

Tot nu toe heb ik het nog nooit meege- maakt dat de familie geen begrip had voor onze werkwijze, ook niet wanneer we slecht nieuws moesten brengen. Zeker bij oudere mensen, of mensen met een lange medische voorgeschiedenis, zie je ook vaak een vorm van acceptatie bij de omgeving. Onlangs kwam ik nog bij een vrouw van 93 die be- wusteloos was. Toen we binnenkwamen, zei de familie dat we niet hoefden te reanime- ren, omdat ze wisten dat moeder daar vrede mee zou hebben gehad. Op zo'n moment moet je heel snel inschatten wat je doet – aangezien we in principe altijd met reani- matie starten, tenzij er een niet-reanimeren- verklaring kan worden getoond. In dit geval hebben we besloten de wens van de familie te respecteren.

Evalueren

Achteraf wordt er altijd geëvalueerd: wat hadden we anders kunnen doen? Dat zit 'm soms in kleine dingen. Hadden we bijvoor- beeld iemand die in een krappe slaapkamer lag, beter kunnen verplaatsen naar een plek met meer werkruimte? In de toekomst kun- nen we ons vak hopelijk nog beter uitoeffe- nen, bijvoorbeeld door hulpmiddelen om sneller te intuberen, of apparaten die je om de borst bevestigt en die de BLS overnemen. Daar kunnen mensenhanden niet tegenop. Aan de andere kant denk ik dat we al heel tevreden mogen zijn met de cardiale zorg zoals we die nu in Nederland kennen. Er zijn genoeg landen waar het maken van een hartfilmpje of een dotterbehandelingen nog lang niet standaard zijn...

