

Hartpatiënt moet meer weten over alarmsymptomen

Sanne Bentum, Janneke Hendriks, Carine Doggen, Rolf Egberink, Rulon Sandvliet, Jorien Pierik

Inleiding Patiënten met symptomen van een acuut coronair syndroom (ACS) hebben zo snel mogelijk de juiste behandeling nodig om schade aan het hart te voorkomen of te beperken. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar prehospitala vertraging en de oorzaken daarvan, is er weinig bekend over de motivatie van de patiënt voor het kiezen van een keteningang. Het doel van dit onderzoek is het vinden van factoren die invloed hebben op deze keuze.

Methode We deden een explorerend dwarsdoorsnedeonderzoek, waarbij we met een vragenlijst gegevens verzamelden van 67 ACS-patiënten.

Resultaten Patiënten kregen toegang tot de acute zorgketen via vier verschillende ingangen: de huisarts (43%), de huisartsenpost (28%), de meldkamer ambulancezorg (112) (21%) of de spoedeisende hulp (7%). De overtuiging van patiënten dat hun huisarts het beste weet wat ze nodig hebben maakte dat ze vaker contact zochten met hun eigen huisarts. Dit deden ook de patiënten die alleen waren toen de symptomen ontstonden. Patiënten met een *fast onset* van de klachten en acute pijn belden vaker 112, net als patiënten die hun klachten als ernstig inschatten.

Conclusie Niet de kennis over alarmsymptomen, maar vooral subjectieve factoren, zoals de interpretatie van de ernst van de klachten, de overtuigingen van de patiënt over wie de juiste zorgverlener is, en de manier [plotseling, pijn] waarop de klachten zich voordoen zijn bepalend voor de keuze van de keteningang bij patiënten met ACS-klachten. Voor het reduceren van prehospitala vertraging kunnen huisartsen een rol spelen door patiënten de juiste voorlichting te geven.

INLEIDING

Om schade aan de hartspier te beperken en overlijden te voorkomen is het van groot belang dat de juiste behandeling van een acuut coronair syndroom (ACS) zo snel mogelijk plaatsvindt (*time = muscle*). Het verminderen van de (pre) hospitala vertraging leidt tot betere patiëntuitkomsten.¹⁻³ Een patiënt met ACS kan verschillende ingangen tot de acute zorgketen kiezen: de huisarts, de huisartsenpost (HAP), de meldkamer ambulancezorg (112), de spoedeisende hulp (SEH) en de Eerste Hart Hulp (EHH).^{3,4} Ruim 80% van alle patiënten met verdenking op ACS neemt als eerste contact op met de eigen huisarts of de HAP.³ De tijd van melding tot behandeling in het ziekenhuis wordt beïnvloed door de keteningang die de patiënt kiest; een directe 112-melding is het snelst.³

Hoewel er onderzoeken zijn naar (oorzaken van) de vertraging in de zorgketen, is er weinig bekend over de motivatie van de patiënt bij het kiezen van een bepaalde keteningang. Het doel van ons onderzoek is inzicht verkrijgen in factoren die de keuze voor een keteningang bepalen.

METHODE

Onderzoeksopzet

We deden een retrospectief dwarsdoorsnedeonderzoek naar de motivatie van een patiënt met een ACS voor de keuze voor een bepaalde keteningang. In 2016 hebben we een vragenlijst afgenomen bij Nederlands sprekende volwassenen in de regio die binnen drie maanden na de diagnose ACS (DBC-codes 203 (instabiele angina pectoris (IAP)), 204 (ST-elevatie myocardinfarct (STEMI)) of 205 (non-STEMI)) 1) een intakegesprek hadden voor het hartrevalidatieprogramma, 2) aanwezig waren bij een informatiebijeenkomst over hartrevalidatie of 3) fysiotherapeutische hartrevalidatie kregen. Wilsonbekwame of gereanimeerde patiënten hebben we geëxcludeerd.

Resultaten

Van de 78 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden vulden 67 patiënten (86%) de vragenlijst in. Geen interesse, fysieke en mentale omstandigheden waren redenen om niet deel te nemen. Het grootste deel van de patiënten was man (73%) en de gemiddelde leeftijd was 63 jaar (sd = 11). De respondenten



Huisartsen blijven poortwachter omdat ze patiënten met pijn op de borst zonder cardiale klachten eruit filteren.

Foto: iStock

waren gediagnostiseerd met IAP (27%), STEMI (48%) en non-STEMI (25%). Het merendeel van de respondenten koos een keteningang via de huisartsenzorg (72%): 43% via de eigen huisarts en 28% via de huisartsenpost. Geen enkele patiënt meldde zich direct bij de EHH.

Factoren

Leeftijd en geslacht hadden geen verband met de keuze van de keteningang. Hoogopgeleiden lijken vaker voor de huisarts te kiezen (57% versus 33%; $p = 0,12$).

Of de patiënt typische klachten (zoals pijn in de borst of kaken) ervoer, eventueel in combinatie met atypische klachten (zoals last van de spijsvertering, pijn in de rug of buik), had geen relatie met de keuze. Slechts twee patiënten gaven aan alleen atypische klachten te hebben. Patiënten met *fast onset* (snel progressieve) klachten kozen vaker voor de HAP (38%) of belden 112 (28%), terwijl patiënten met een *slow onset* meer voor de eigen huisarts kozen (63%) (38% versus 14%; $p < 0,05$). Als de pijn acuut optrad en duidelijk aanwezig was namen patiënten vaker contact op met de SEH of 112 (38%). Wanneer pijn niet prominent aanwezig was koos 68% voor contact met de eigen huisarts ($p < 0,05$).

Cognitie en emotie

Op de vraag wat de beste route is bij ACS-klachten zei 70% van de patiënten direct 112 te bellen. Van deze patiënten had 30% daadwerkelijk 112 gebeld. De kennis van de patiënt over ACS-symptomen, de eigen inschatting over het behoren tot een risicogroep, noch het eigen beeld van de gezondheid was gerelateerd aan de keuze voor een keteningang. De conclusie

die de patiënt zelf over de klachten trok leek wel gerelateerd: patiënten die de klachten hadden geïnterpreteerd als een hartprobleem belden vaker 112 (35% versus 18%; $p = 0,09$).

WAT IS NIEUW?

- Vooral subjectieve factoren en niet zozeer de kennis over specifieke alarmsymptomen zijn bepalend voor de keuze voor de keteningang bij ACS.
- Huisarts of praktijkondersteuner kan een belangrijke rol spelen bij het geven van de juiste voorlichting aan patiënten die deelnemen aan cardiovasculair risicomanagementketenzorg.
- Het gaat er vooral om dat patiënten ACS-gerelateerde klachten herkennen én zelf met spoed een zorgverlener inschakelen.

WAT IS BEKEND?

- Uit eerder onderzoek blijkt dat ruim 80% van alle patiënten met verdenking op ACS als eerste contact opneemt met de eigen huisarts of huisartsenpost.
- De tijd van melding tot behandeling wordt beïnvloed door de keteningang die de patiënt kiest; bij een 112-melding is de mediane tijd het kortst [60 min], via de eigen huisarts het langst [197 min; bij directe verwijzing van huisarts naar de ambulancedienst: 100 min].
- Het verminderen van de prehospitala vertraging leidt tot betere patiëntuitkomsten bij een ACS.

OPENSTAANDE DISCUSSIEPUNTEN

- Bij ACS kiest 72% van de patiënten een keteningang via de huisartsenzorg, waardoor de tijd tot behandeling langer wordt. De huisarts blijkt een waardevolle poortwachter doordat deze bij patiënten met pijn op de borst de cardiale klachten eruit filtert en verwijst voor diagnostiek. Is de huisartsenzorg dan een verkeerde keteningang bij ACS-gerelateerde klachten?
- Patiënten met minder progressieve slow onset-klachten en patiënten die zelf de klachten niet als ernstig inschatten kiezen vaker voor contact met de huisarts. Hoe kan de huisarts door middel van triage of voorlichting de prehospitala vertraging bij deze groep voorkomen?

De interpretatie van de ernst van de aanwezige klachten speelde ook een rol: patiënten die hun klachten als zeer ernstig inschatten (48% versus 8%; $p < 0,01$) of ziekenhuisopname noodzakelijk achtten (30% versus 13%; $p = 0,02$) belden eerder 112. Het merendeel van alle patiënten belde echter het liefst hun huisarts voor hulp, omdat deze hen goed kent en het beste weet wat ze nodig hebben, en voelde zich niet bezwaard om de huisarts met een hulpvraag te belasten. Van deze groep patiënten belde 83% een huisarts. Emoties, zoals angst voor de dood, de invloed van angst op de keuze, de mate en invloed van paniek hadden geen invloed op de keuze voor een bepaalde keteningang.

Omgeving

De aanwezigheid van omstanders en de woonomgeving van de patiënt waren van invloed op de keuze. Wanneer er op het moment dat de klachten zich voordeden niemand bij de patiënt aanwezig was, nam deze vooral contact op met de huisarts (69%). Bij aanwezigheid van anderen viel de keuze op de HAP, SEH of het bellen van 112 (65%, $p < 0,05$). Patiënten uit stedelijke gebieden kozen vaker voor de HAP (43% versus 16%), terwijl mensen die in een dorp of op het platteland woonden vaker voor de eigen huisarts kozen (54% versus 39%, $p < 0,05$). Het advies uit de omgeving, schaamte voor hartproblemen en het willen voorkomen van gedoe in de buurt waren niet van invloed op de keuze voor een keteningang.

BESCHOUWING

Uit dit onderzoek blijkt dat het opkomen van de klachten (de onset en het ontstaan van pijn), de interpretatie van de ernst van de klachten (de inschatting van de ernst van de klachten en van de vraag of ziekenhuisopname noodzakelijk is), overtuigingen van de patiënt over de juiste zorgverlener, en de omgevingsfactoren woongebied en aanwezigheid van omstanders, bepalende factoren zijn bij de keuze voor een bepaalde keteningang bij klachten die duiden op een ACS. De huisartsenzorg is de meest gekozen keteningang.

In dit onderzoek waren geslacht noch soort klachten bepalend voor de keuze. Eerdere onderzoeken laten echter zien dat

vrouwen minder vaak geneigd zijn om 112 te bellen en dat het hebben van atypische klachten invloed heeft op de keuze voor een keteningang.^{5,9-11} Tussen patiënten bestaan er grote verschillen in klachten die de herkenning en interpretatie van symptomen – zeker bij vrouwen – als ACS-gerelateerd bemoeilijken.¹²

Hoewel cognitieve factoren vaak invloed hebben op de keuze hebben we deze effecten in ons onderzoek niet gevonden.^{5-7,10-13} Kennis over de symptomen beïnvloedde de keuze niet. Kennis over symptomen leidt overigens niet direct tot een goede herkenning en interpretatie van de klachten.¹⁴ Ons onderzoek laat zien dat slechts 34% van de patiënten de klachten als cardiaal interpreteerde. Degenen die dit deden belden vaker 112. Ons onderzoek laat zien dat patiënten die hun klachten niet als acuut hulpbehoevend beschouwen als eerste contact opnemen met de huisarts.^{5,7,11,15-17} De aanwezigheid van omstanders of naasten zorgde ervoor dat de patiënt vaker contact opnam met de HAP, meteen naar de SEH ging of 112 belde. Dit is in lijn met eerder onderzoek waarbij patiënten die symptomen ontwikkelden in aanwezigheid van omstanders een grotere kans hadden om binnen de juiste tijd behandeld te worden.^{5,18} Dit onderzoek is explorierend van aard en we hebben een relatief klein aantal patiënten geïnccludeerd. De resultaten zullen een bevestiging moeten krijgen in een grotere populatie. Daarnaast hebben we de eigen huisarts en HAP meegenomen als aparte keteningang, hoewel ze niet gelijktijdig toegankelijk zijn. De keuze is mogelijk afhankelijk van het tijdstip of het urgentiebesef van de patiënt. Hetzelfde geldt ook voor de avondloket- (HAP), nacht- en weekenduren bij de ingangen SEH en HAP, aangezien in de regio spoedposten bestaan met

Slechts 34% van de patiënten interpreteerde de klachten als cardiaal

één loket voor zelfverwijzers.

Toekomstige interventies zouden zich moeten richten op juiste herkenning en interpretatie van alarmsignalen voor ACS door patiënten én het belang van melding bij de juiste zorgverlener.

De huisarts of praktijkondersteuner kan een belangrijke rol spelen bij het geven van voorlichting aan patiënten die deelnemen aan ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) om ACS-gerelateerde klachten te herkennen én met spoed een zorgverlener in te schakelen. Conform de NHG-Standaard is de huisarts zeer geschikt om patiënten met een voorgeschiedenis van ACS duidelijk te maken dat ze bij dergelijke klachten het beste 112 kunnen bellen.²

Huisartsen behouden hun functie als poortwachter, omdat het waardevol is dat ze patiënten met pijn op de borst zonder cardiale klachten eruit filteren. Bij ongeveer 1% van alle huisartsconsulten komt pijn op de borst voor, waarvan bij slechts een deel (16-22%) sprake is van een cardiale etiologie.¹⁹



Vooral subjectieve factoren zijn bepalend voor de keuze van de keten-
ingang.

Foto: Shutterstock

ABSTRACT

Bentum SB, Hendriks JN, Doggen CJM, Egberink RE, Sandvliet RH, Pierik JGJ. Heart patients should know more about alarm symptoms. *Huisarts Wet* 2018;61(4):DOI: 10.1007/s12445-018-0097-0.

Introduction Patients with symptoms of an acute coronary syndrome [ACS] should be treated as soon as possible to prevent or limit damage to the heart. Although many studies have investigated patient delay and causes for this delay, little is known about why patients for choose a particular route to access emergency care. The aim of this study was to find factors that influence patient choice.

Methods Explorative cross-sectional study in which questionnaire data were collected from 67 patients with ACS.

Results Patients used four different routes to access emergency care: via their general practice [43%], a general practice cooperative [28%], the emergency dispatch centre [telephone 112] [21%], or the emergency department [7%]. Most people contacted their general practitioner first because they thought that he/she knows best what the patient needs. Patients who were alone when the symptoms occurred also did this. Patients with a fast onset of symptoms and who experienced acute pain called 112 more often, as did patients who considered their symptoms serious.

Conclusion Patients chose which health care provider to approach on the basis of subjective factors, such as interpretation of symptom severity, the way in which symptoms occurred [suddenly, severe pain], and beliefs about who was the right caregiver, rather than on the basis of knowledge of ACS symptoms. GPs can have a role in reducing prehospital delay by providing patients with appropriate information.

De huisarts doet de selectie, de doorverwijzing naar de tweede lijn, op zorgvuldige wijze.²⁰ Hoewel de filterfunctie goed blijkt zijn er nog openstaande discussiepunten over de manier waarop de huisartsenpraktijk de prehospitala vertraging kan verminderen (zie [openstaande discussiepunten]).

CONCLUSIE

Uit ons onderzoek blijkt dat de aard van de klachten, het interpreteren van de ernst van de klachten, de overtuigingen van de patiënt over wie de juiste zorgverlener is en enkele omgevingsfactoren van invloed zijn op de keuze voor een bepaalde keteningang bij ACS. Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het geven van informatie en het overtuigen van patiënten om met spoed een zorgverlener in te schakelen als ze (opnieuw) ernstige klachten ervaren. Op deze manier kunnen huisartsen een wezenlijk deel van de prehospitala vertraging bij toekomstige ACS-patiënten helpen voorkomen. Daarnaast is kennis over het urgentiebesef van de vervolgacties in de keten belangrijk. ■

DANKBETUIGING

Wij willen de leden van expertgroep Myocard Infarct van Netwerk Acute Zorg Euregio, in het bijzonder voorzitter cardioloog Gert van Houwelingen en Sjoerd Velsing van Hart&Vaatgroep Overijssel, bedanken voor hun kritische blik op de onderzoeksopzet. Daarnaast willen we alle medewerkers van de regionale hartrevalidatieafdelingen in Medisch Spectrum Twente, Ziekenhuis Groep Twente en Streekziekenhuis Koningin Beatrix bedanken voor de prettige samenwerking.

LITERATUUR

1. Poos MJJC, Van Dis I, Engelfriet PM, Deckers JW. Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2014. Geraadpleegd 24 januari 2016. www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/coronaire-hartziekten/omvang/.
2. Rutten F, Bakx J, Bruins Slot M, Van Casteren B, Derks C, Rambharose V, et al. NHG-Standaard Acut coronair syndroom (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:564-70.
3. Doggen CJM, Zwerink M, Droste HM, Brouwers PJAM, Van Houwelingen KG, Van Eenennaam FL, et al. Prehospital paths and hospital arrival time of patients with acute coronary syndrome or stroke, a prospective observational study. *BMC Emerg Med* 2016;16:3.
4. Gijsen R, Kommer GJ, Bos N, Stel HV. Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2012. Geraadpleegd 24 januari 2016. www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/hoe-is-de-acute-zorg-georganiseerd/.
5. Finnegan JR, Meischke H, Zapka JG, Leviton L, Meshack A, Benjamin-Garner R, et al. Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U.S. regions. *Prev Med* 2000;31:205-13.
6. Wang X, Hsu LL. Treatment-seeking delays in patients with acute myocardial infarction and use of the emergency medical service. *J Int Med Res* 2012;41:231-8.
7. Jackson MNG, McCulloch BJ. 'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women. *Rural Remote Health* 2014;14:2560.
8. Rosenfeld AG. Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction. *Nurs Res* 2004;53:225-36.

9. Van Severen E, Willemsen R, Vandervoort P, Sabbe M, Dinant G, Buntinx F. How do patients with chest pain access Emergency Department care? *Eur J Emerg Med* 2016;24:423-7.
10. O'Brien F, O'Donnell S, McKee G, Mooney M, Moser D. Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS: an Irish cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012;12:201-8.
11. Devon HA, Saban KL, Garret DK. Recognizing and responding to symptoms of acute coronary syndromes and stroke in women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur* 2011;40:372-82.
12. Maas AH, Lagro-Janssen T, De Boer MJ. Acut coronair syndroom bij vrouwen onder de 60 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;155:A3925.
13. Bleeker JK, Lamers LM, Leenders IM, Kruyssen DC, Simoons ML, Trijsburg RW, et al. Psychological and knowledge factors related to delay of help-seeking by patients with acute myocardial infarction. *Psychother Psychosom* 1995;63:151-8.
14. Zock E, Kerkhoff H, Kleyweg RP, Van Bavel-Ta TB, Scott S, Kruyt ND, et al. Help seeking behavior and onset-to-alarm time in patients with acute stroke: sub-study of the preventive antibiotics in stroke study. *BMC Neurol* 2016;16:241.
15. Nymark C, Mattiasson A, Henriksson P, Kiessling A. The turning point: from self-regulative illness behaviour to care-seeking in patients with an acute myocardial infarction. *J Clin Nurs* 2009;18:3358-65.
16. Johansson I, Strömberg A, Swahn E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart Lung* 2004;33:291-300.
17. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes. *J Behav Med* 2008;31:498-505.
18. Mellon L, Doyle F, Williams D, Brewer L, Hall P, Hickey A. Patient behaviour at the time of stroke onset: a cross-sectional survey of patient response to stroke symptoms. *Emerg Med J* 2016;33:396-402.
19. Van Weert HCPM, Bär FWHM, Grundmeijer HGLM. Pijn op de borst. *Huisarts Wet* 2002;45:259-64.
20. Hoorweg BB, Willemsen RT, Cleef LE, Boogaerts T, Buntinx F, Glatz JF, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses 2017. *Heart* 2017;103:1727-32.

Bentum SB, Hendriks JN, Doggen CJM, Egberink RE, Sandvliet RH, Pierik JGJ. Het hart op de juiste plaats. *Huisarts Wet* 2018;61(4):DOI: 10.1007/s12445-018-0097-0.

Health Technology and Services Research, Universiteit Twente, Enschede: S.B. Bentum, student Health Sciences; J.N. Hendriks, student Health Care Management. Universiteit Twente, Afdeling Health Technology and Services Research, Enschede: dr. C.J.M. Doggen, epidemioloog en universitair hoofddocent. Acute Zorg Euregio, Enschede: R.E. Egberink, beleidsadviseur Kenniscentrum; dr. J.G.J. Pierik, beleidsadviseur Acute Zorg, j.pierik@acutezorgeuregio.nl. Huisartsenpraktijk Sandvliet, Enschede: R.H. Sandvliet, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.