

De tiende kinderhartmissie naar Suriname was een groot succes. Dit jaar zijn zeventien kinderen met een aangeboren hartafwijking geopereerd, een record aantal. Dit is mogelijk door een combinatie van 'nieuwkomers' en vaste missieleden. De auteurs, van wie één een nieuwkomer, doen verslag van een bijzonder project, dat wordt uitgevoerd door meerdere partners.

Marion Mennes en Trude Noordergraaf,
IC-verpleegkundigen, LUMC

E-mail: M.PH.Mennes@lumc.nl

Foto's: Marion Mennes en Trude Noordergraaf

“We zijn inmiddels een geoliede trein”

Veertiendaagse kinderhartmissie naar Suriname

Sinds de eerste kinderhartmissie naar Suriname in 2005 (zie kader) is het doel het opereren van kinderen met aangeboren hartafwijkingen. Om de kosten zo laag mogelijk te houden gebeurt dit in de Surinaamse hoofdstad Paramaribo. De kinderen kunnen zo in hun eigen omgeving, bij hun ouders, blijven. De ziektekostenverzekering van de patiënten vergoedt de kosten van de operaties. Sinds 2000 bezoekt kindercardioloog Nico Blom Suriname, samen met Shirley Lo A Njoe - kinderarts/cardioloog te Curaçao - die de laatste vijf jaar ook aan dit project is verbonden. De kinderhartmissie is het resultaat van een jarenlange succesvolle en structurele samenwerking tussen het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP, zie foto 1) en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). De tiende kinderhartmissie vond dit jaar plaats van 25 januari tot 8 februari.

Start van de missie

Een aantal maanden voor de start van de missie reist Nico Blom naar Paramaribo om daar de kinderen te screenen. Hieruit ontstaat een lijst van kinderen die de komende missie geholpen moeten worden. Kinderen voor wie het medisch verantwoord is een jaar te wachten, komen op de lijst voor de volgende missie. Als duidelijk is welke kinderen geopereerd kunnen worden, gaat de coördinatie in Nederland van start. De kinderthoraxchirurgen uit het LUMC, Mark Hazekamp en Dave Koolbergen, nemen contact op met kindercardioloog Lucas Rammeloo, werkzaam in het VUMC. Zij zullen zowel voor als



Foto 1. Het Academisch Ziekenhuis Paramaribo.

tijdens de missie nauw contact hebben over de te opereren kinderen. Afhankelijk van de personeelsbezetting in het AZP, LUMC en VUMC wordt er een datum gepland wanneer de hartmissie plaats gaat vinden.

Pieter Voigt, de thoraxchirurg van het AZP die is opgeleid in het LUMC, staat twee weken zijn operatiekamer af voor de hartmissie. De IC van het



Foto 2. Het klaarzetten van het materiaal.

De Kinderhartmissie naar Suriname is in 2005 van start gegaan in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) onder leiding van CAHAL (Centrum Aangeboren Hartafwijkingen Amsterdam Leiden), dat in 1994 is opgericht. Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het Amsterdam Medisch Centrum (AMC) en het Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUMC) maken deel uit van deze samenwerking. Vóór 2005 werden de kinderen uit Suriname met een aangeboren hartafwijking geopereerd in Nederland via de RLA-regeling (Regeling Laagfrequente Aandoeningen).

Dit project is gestart door het Eddy en Ingrid Fonds (opgericht 1959). In 1980 bracht een kindercardioloog voor de eerste maal een bezoek aan Suriname, waarna deze bezoeken jaarlijks plaatsvinden.

AZP stelt drie bedden beschikbaar. Op de kinderafdeling wordt een speciale unit ingericht voor de pre- en postoperatieve zorg. Er vindt een inventarisatie



Foto 3. Er zijn meerdere monitors nodig om alle parameters in beeld te brengen.

tie plaats van de materialen en medicijnen per te opereren kind, die wij meenemen naar Suriname. Door de nauwkeurige screening kunnen we de hoeveelheid prijzige producten, zoals hartkleppen, beperken. Als alle materialen van de perfusie, IC, anesthesie en OK compleet zijn, worden ze door de coördinator ingepakt en zes weken van te voren verscheept. De coördinator houdt nauw contact met het AZP of de materialen en medicijnen zijn aangekomen en of alle afdelingen gereed zijn voor onze komst. Deze materialen en medicijnen worden door het AZP vergoed.

Kinderintensivist

Een team van vier ervaren kinder-IC-verpleegkundigen van het LUMC – onder wie de auteurs – is uitgezonden om aan de patiëntjes de postoperatieve zorg te verlenen. Minimaal twee leden dienen ervaring te hebben met

eedere missies. Er worden in principe twee kinderen per dag geopereerd. Het streven is de kinderen postoperatief op de OK te detuberen; als dit niet mogelijk is, proberen we dit op de IC zo snel mogelijk te doen. Wanneer alles goed verloopt, gaan de kinderen de volgende dag naar de kinderafdeling. Er is een derde bed voor kinderen die nog niet stabiel genoeg zijn om naar de afdeling te gaan.

Vierentwintig uur per dag is er een verpleegkundige aanwezig; een overdag en een in de avond en nacht. Per dienst krijgen we hulp van een verpleegkundige van de volwassen-IC. De kinderintensivist is 24 uur per dag verantwoordelijk voor de kinderen; overdag is hij aanwezig en 's avonds en 's nachts is hij telefonisch bereikbaar. Hij maakt voor de avond en nacht met de dienstdoende verpleegkundige afspraken over het te voeren medisch beleid. In acute situaties

duurt het gemiddeld 25 minuten voor hij aanwezig is. Alle verpleegkundigen zijn APLS-geschoold en starten zelf een reanimatie in acute situaties. Voor de volwassen intensive care is er door de weeks overdag altijd een intensivist aanwezig. Buiten die tijd is hij bereikbaar.

Verschillen

Een dag voordat de operaties starten, gaat het team naar het ziekenhuis om de materialen uit te pakken en de IC en OK in te richten (zie foto 2 en 2a). We kijken welke apparatuur beschikbaar is en testen die. Zo raken we er ook allemaal vertrouwd mee. Anders dan in Nederland is de standaardisatie van apparatuur nog niet tot stand gekomen en werken we met aanzienlijk minder middelen. Thermometers en saturatiemeters moeten met meerdere patiënten worden gedeeld. De hele manier van werken in Suriname verschilt met Nederland. Hier gebruiken we veel disposable materialen, daar worden veel materialen schoongemaakt en hergebruikt, zoals de glazen thoraxpotten en de beademingsmaskers. Veel apparatuur is verouderd en er worden meerdere merken door elkaar heen gebruikt. Soms heb je verschillende apparatuur nodig om alle parameters te kunnen bewaken, omdat niet alle onderdelen van een apparaat werkzaam zijn. Bijvoorbeeld een monitor voor de hartfrequentie, CVD en ABP, een monitor voor de saturatiemeter en een monitor voor de temperatuur (zie foto 3).

De logistiek is niet altijd even goed en er wordt minder adequaat gehandeld dan in Nederland. Zo wordt bij ongelukken eerst de politie gewaarschuwd en die bepaalt of er een ambulance



Het ambulancepark van het AZP.



Wachtruimte van de Intensive Care.



Foto 2a. Voorbereiden kinder-IC.



Foto 4. Het patiëntje dat vier weken geleden is geboren.

nodig is. In het ziekenhuis is niet altijd voldoende opnamecapaciteit en materialen en apparatuur zijn niet voldoende aanwezig. Mensen wonen vaak ver van het ziekenhuis. Sommige van 'onze' patiënten waren een week met een klein bootje onderweg geweest. Maar de sfeer in het ziekenhuis is goed en de mensen zijn aardig, waardoor het werken in deze omgeving, die wat betreft inrichting en eisen niet te vergelijken is met onze standaard, toch heel prettig is.

Onverwacht

Het OK-programma begint een dag later dan gepland omdat de thoraxchirurg verhinderd is. Om het programma toch te blijven volgen, worden er op twee dagen drie kinderen geopereerd in plaats van de geplande twee. De eerste operatiedag is er één patiënt met succes geopereerd, die de volgende dag wordt overgeplaatst. De tweede dag is er een extra patiëntje die vier weken geleden geboren is met een transpositie van de grote arteriën (zie foto 4). Hij is door de cardioloog in overleg met de cardiochirurg op het OK-programma gezet. Het is een jongentje die een banding van de arterie pulmonalis en een atriumseptectomie krijgt. Een banding is een bandje om de arterie pulmonalis om de long flow te beperken zodat het patiëntje kan groeien en op latere leeftijd volledig gecorrigeerd kan worden. Patiëntje

komt beademd terug op de afdeling, is instabiel en heeft noradrenaline. Hij blijkt al infectieus voor de OK en is behandeld met antibiotica. De volgende dag is hij gedetubeerd, maar komt al snel in de problemen. Hij heeft verhoogde ademarbeid, lage saturatie en heel veel sputum dat hij zelf niet op kan hoesten, omdat hij nog niet krachtig genoeg is. Hierdoor is al snel een reintubatie nodig.

Ballon

De volgende dag komt hij aan de

beademing opnieuw in de problemen. Hij blijkt een slechte bloedgas te hebben met een hoog pCO_2 . Hierop is de beademing aangepast, maar in de volgende bloedgas blijkt de pCO_2 nog hoger te zijn en is het patiëntje respiratoir zuur. De intensivist is opnieuw gebeld. Het kindje is op de ballon genomen en beademd; er blijkt een tubeobstructie te zijn. Bij het uitzuigen komt er geen sputum, er komt wel lucht in, maar er zijn hele hoge drukken voor nodig. Hierbij zakt de tensie en de noradrenaline wordt opgehoogd. Ondertussen is het patiëntje extra gesedeerd en verslapt, maar de situatie verbetert niet. Het kindje is op de ballon gehouden en de benodigheden voor intubatie worden klaargezet. Bij aankomst van de intensivist, die onderweg naar het ziekenhuis aan de telefoon blijft, is het kindje meteen gereintubeerd. Het beademingstoestel is gewisseld omdat we denken dat de tubeobstructie ontstaan is doordat er niet actief, maar passief(filter) bevochtigd werd. Nu wordt het patiëntje goed beademd en bevochtigd. Hij knapt op en is twee dagen later gedetubeerd. Een dag later is het patiëntje stabiel genoeg om te worden overgeplaatst naar de HC Neonatologie. Hij heeft nog te veel zorg nodig voor overplaatsing naar de kinderafdeling. Later zal hij naar Nederland komen om een volledige correctie te ondergaan, een arteriële switch-operatie.



Foto 5. Hartoperatie.

Prematuur

Tijdens de missie zijn er twee kinderen met een hartafwijking geboren, van wie er een niet behandeld is, omdat hij prematuur geboren is en 1500 gram weegt. Hij kan niet behandeld worden omdat de materialen die gebruikt worden te groot zijn, wat in Nederland ook het geval zou zijn. Het andere kind kan nog net op het OK-programma worden gezet, zodat er op de laatste donderdag opnieuw drie patiënten zijn geopereerd. De verder geplande operaties (zie foto 5) verlopen zonder complicaties. Die betreffen 8 maal sluiten VSD, 2 maal sluiten VSD en debanding, 1 maal coarctatio Aorta, 4 maal banding en 2 maal Mitralis klepplastiek. De operaties zijn complexer in vergelijking met voorgaande jaren, waardoor er regelmatig drie patiënten liggen. Nog complexere operaties zijn niet mogelijk omdat de ligduur dan veel langer wordt, waar geen plaats voor is, en omdat wij er maar twee weken zijn.

Ervaring

Gedurende de hele missie krijgen we ondersteuning van de verpleegkundigen van de volwassen intensive care. Zij verrichten hand- en spandiensten voor ons en kunnen ons in noodsituaties helpen of eventueel een arts bellen. Het verschil met Nederland is dat je hier 's avonds en 's nachts alleen verantwoordelijk bent voor de patiënten. Je kunt wel de kinderintensivist bellen, maar het duurt in acute situaties 20 minuten voordat hij aanwezig is. Besluiten moet je dus als verpleegkundige alleen nemen. De arts maakt




Foto 6. Uitstapje naar een koffieplantage.

tevorens wel afspraken voor de avond en nacht, maar in noodsituaties moet je zelf handelen en beslissen. Dat maakt het werken geestelijk zwaarder. De mensen die voor het eerst mee gaan, voelen zich zeker genoeg om deze verantwoording te dragen. Ze zijn deze missie enthousiast begonnen en enthousiast gebleven. Wij vinden het een geweldige ervaring en geven ons zeker op voor de eerstvolgende missie. Je hebt meer verantwoording, maar die ervaren we niet als belastend. Het geeft juist een enorme kick en bevestiging van je kunnen. Buiten de werktijd is er genoeg tijd om uit te rusten. We logeren in een mooi hotel en kunnen bij het zwembad heerlijk ontspannen. Ook hebben we genoeg vrije tijd om een dagtripje te maken naar de plantages (zie foto 6).

Eén team

Het gehele team heeft de handen ineen geslagen. Ons doel van de twee weken durende missie was: goede gezondheidszorg leveren, ieder in zijn eigen vakgebied, als één team.

De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat het team ernaar streeft om zoveel mogelijk kinderen te opereren. Dit is mogelijk door een combinatie van 'nieuwkomers' en vaste missieleiden. Dit jaar is dat bevestigd door het record van 17 behandelde kinderen te behalen. Het wiel hoeft niet jaarlijks opnieuw te worden uitgevonden, we zijn inmiddels een geoliede trein. Ondanks dat we onze vakantiedagen ervoor inleveren, het zowel geestelijk als lichamelijk zwaar is, keren we allen met een voldaan gevoel terug. Het doel is bereikt. 



Koloniale huizen aan de waterkant in het historische centrum van Paramaribo.



Het afscheidsfeest van de kinderhartmissie.