

## Publieke automatische externe defibrillatoren

19 november 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

---

### Hoe vaak worden automatische externe defibrillatoren gebruikt bij een out-of-hospital cardiac arrest?

- a. Bij minder dan 3%
- b. Tussen 3,1-5%
- c. Tussen 5.1-7.5%
- d. Bij meer dan 7.6%

---

Ieder jaar worden in België ongeveer 9.000 personen buiten een ziekenhuis getroffen door een niet-traumatische hartstilstand, ook een 'out-of-hospital cardiac arrest' (OHCA) genoemd. De mogelijkheden om vroegtijdig te defibrilleren stegen enorm bij de introductie van de automatische externe defibrillatoren (AED's) in de jaren 1980.

Ondanks hun enorme levensreddende potentieel worden publieke AED's volgens het 'International Liaison Committee on Resuscitation' bij minder dan 3% van de OHCA's gebruikt. Hetzelfde geldt voor België: in 2017 schatte het KCE dat men in de toen geldende situatie met 8.000 tot 10.000 publieke AED's slechts 6 tot 28 levens per jaar zou kunnen redden. Er zijn tal van redenen voor deze povere resultaten, met als voornaamste onwetendheid en terughoudendheid om een AED te gebruiken bij toevallige getuigen, de slechte geografische spreiding van de publieke AED's, de beperkte toegang tot de aanwezige publieke AED's, moeilijkheden om de dichtstbijzijnde AED te vinden, foutief gebruik van het toestel en technische problemen.

Voor de totale groep van OHCA-slachtoffers valt aan te nemen dat een vroegtijdige defibrillatieschok slechts bij 10% een bijdrage kan leveren tot betere overlevingscijfers. Hierbij zijn 3 elementen te benadrukken. Vooreerst impliceert een vroegtijdige schok met een publieke AED niet per se het verschil tussen leven en dood. Als vuistregel geldt immers dat elke minuut vertraging van de defibrillatieschok een daling van het overlevingspercentage met 3% tot 5%

betekent als de BLS adequaat toegepast wordt en met 10% tot 12% als men geen BLS uitvoert.

Ten tweede kan die theoretisch bepaalde tijdswinst enkel gerealiseerd worden bij een optimale respons van de getuige(n) van de collaps. In de regel betekent dit concreet dat 1 persoon de BLS start en dat een tweede persoon een publieke AED ophaalt. Ten derde kan het AED-algoritme misleid worden door onoordeelkundig gebruik (zoals BLS-handelingen tijdens een AED-ritmeanalyse) en is dit algoritme ook bij correct gebruik niet onfeilbaar. Aldus kan een AED bij niet-schokbare ritmes een foute 'shock'-beslissing nemen of kan er bij schokbare ritmes onterecht een 'no shock'-beslissing volgen. De frequentie van die AED-fouten blijkt gelukkig beperkt.

Bij nader inzien zijn de ontgoochelende resultaten met betrekking tot het kleine aantal OHCA-patiënten dat een overlevingsvoordeel gehad zou hebben bij het gebruik van een publieke AED relatief makkelijk te verklaren.

De ontgoochelende resultaten in deze studie zijn geen unicum. Talrijke internationale studies maken melding van beperkt gebruik, een onvoldoende geografische spreiding en beperkte beschikbaarheid van een belangrijk deel van de publieke AED's.



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Hoe groot kan de impact van publieke automatische externe defibrillatoren in Weteren zijn?](#)

Auteur(s): I. TRIO, S. LEMOYNE, P. CALLE

DOI: 10.47671/TVG.80.24.076

---

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.