

BETERE ZORG VOOR SYNCOPE VERGT BEWUSTZIJN VAN ONBEKWAAMHEID

Flauwvallen blinde vlek voor betrokken specialismen

Van alle syncope is de vasovagale syncope, het ‘gewone’ flauwvallen, de blinde vlek. Elk specialisme dat ermee te maken heeft, geeft er een eigen invulling aan. Van optimale zorg is zo geen sprake.

Vasovagale syncope (VVS) komt bij één op de drie mensen voor; desondanks schiet de zorg ervoor fors tekort. Een projectgroep heeft bekeken hoe de gemeenschappelijke blinde vlek voor flauwvallen bij de betrokken specialismen, neurologie, cardiologie, interne geneeskunde en geriatrie, kan worden weggenomen. Binnen hun vakgebied borgen specialisten hun bekwaamheid, maar daarbuiten hoeven ze niet bekwaam te zijn. Dat vinden specialisten ook geen probleem, of in ieder geval niet hún probleem. Het borgen van bekwaamheid op deze manier faalt echter bij aandoeningen zoals het ‘gewone’ flauwvallen ofwel vasovagale syncope (VVS), die door geen enkel specialisme als ‘eigen’ worden gezien: niemand hoeft er bekwaam in te zijn en niemand ervaart die onbekwaamheid als een probleem. Precies deze situatie kenmerkt de zorg rond VVS.

Blinde vlekken

Maar liefst één op de drie mensen valt gedurende het leven een of meer keren flauw en 5 procent van de bevolking doet dat minstens vijfmaal.² Ongeveer

2 procent van de SEH-bezoeken betreft syncope; met insulden erbij vormen wegrakingen 3 tot 4 procent van de SEH-zorg.³⁻⁵ Dit is een omvangrijk probleem. Wie denkt dat het met de kwaliteit van zorg voor flauwvallen meevalt, geven we een beetje gelijk: het gros van alle episoden van VVS is makkelijk als zodanig herkenbaar, ook door niet-medici.⁶ Maar zelfs als de diagnose VVS makkelijk is, blijkt er sprake te zijn van onbekwaamheid bij de behandeling: patiënten krijgen geen goede uitleg van wat ze hebben en vaak geen enkel therapeutisch advies. Lang niet alle betrokken artsen weten dat bij VVS een asystolie kan optreden, die – eenmaal vastgesteld – tot onterechte schrik en dadendrang kan leiden. De eenvoudige en werkzame ‘bloeddrukverhogende manoeuvres’ om syncope te voorkomen behoren helaas ook niet tot de algemene medische kennis.⁷

Als het alleen om VVS zou gaan, was het probleem goed oplosbaar: de diagnose van VVS berust op de anamnese, zodat een van de beschouwende specialismen, bedreven in anamnesevoering, VVS zou kunnen omarmen. Maar VVS kan zeer veel lijken op aandoeningen die al wel binnen specialismen vallen: de verwarring met

epilepsie raakt neurologen, de verwarring met vallen de klinisch geriateren en internisten/ouderengeneeskundigen, en die met cardiale syncope raakt cardiologen. De figuur toont een indeling van wegrakingen en wie nu voor wat zorgt. Momenteel meent een neuroloog het goed te doen als hij bij een wegraking probeert epilepsie uit te sluiten, en de cardioloog door naar een hartziekte te zoeken. Die tevredenheid over het eigen handelen wordt veroorzaakt doordat specialisten immers slechts bekwaam hoeven te zijn op het eigen gebied, en als VVS daar niet onder valt hoeft je er niet naar te zoeken. Maar deze ‘uitsluitstrategie’ levert voor de patiënt weinig nuttigs op; wat die patiënt wil weten is wat hij heeft en wat er moet gebeuren. De dokter is tevreden, de patiënt niet.

Nutteloze opnamen

Buitenlands onderzoek heeft laten zien dat de blinde vlek voor syncope leidt tot nutteloze opnamen en testen, met uitstel van de juiste diagnose.^{8,9} In de Verenigde Staten wordt aan syncopezorg in ziekenhuizen evenveel uitgegeven als aan astma, vooral door overbodige opnamen.¹⁰ Datzelfde onderzoek levert ook handreikingen voor verbetering: de European Society of Cardiology heeft een multidisciplinaire richtlijn voor syncope opgesteld.¹¹ Toepassing leverde minder mensen zonder enige diagnose op, minder opnamen, en minder kosten.^{4,8,9} Kortom: betere en goedkopere zorg voor syncope en wegrakingen is haalbaar.



Vasovagale syncope raakt zoveel specialismen dat het onjuist is één specialisme deze aandoening te laten omarmen.

Artsen kunnen hun medisch handelen snel veranderen, waarschijnlijk vooral als zij het nut en de noodzaak daarvan inzien. In het geval van VVS spreekt dat echter niet vanzelf. Veel specialisten moeten zich er eerst bewust van worden dat hun handelen nu eigenlijk onbekwaam is, ofwel dat zij 'onbewust onbekwaam' zijn. Dit is de eerste stap op een schaal die zowel bekwaamheid als het besef daarvan omschrijft. Wie dit erkent, bereikt het volgende stadium: 'bewust onbekwaam', ofwel de onaangename fase waarin men weet het niet goed te doen, maar niet hoe

Bewustwording
van eigen
onbekwaamheid,
is waarschijnlijk
het moeilijkst

het wel moet. Vergroting van kennis resulteert vervolgens in 'bewust bekwaam', met tevreden dokters en patiënten. Het hoogst haalbare stadium is 'onbewust bekwaam', waarin een expert nagenoeg automatisch juist handelt. De eerste stap, de bewustwording van eigen onbekwaamheid, is waarschijnlijk de moeilijkste. Bij de stappen erna, het verwerven van bekwaamheid, biedt een SKMS-project hulp.

Leerstof

De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten heeft een project gesubsidieerd om syncope en de differentiaaldiagnose (DD) van wegrakingen bekender te maken bij neurologen, cardiologen, internisten en klinisch geriateren. Aanvankelijk wilde men voor elk specialisme aparte leerstof maken, maar de uitwisseling van ervaringen leidde al snel tot het inzicht dat kennis van VVS voor elk specialisme en in elke werkomgeving een basisvoorwaarde is. VVS raakt zoveel specialismen dat het

onjuist is één specialisme deze aandoening te laten omarmen: iedereen die wegrakingen ziet, moet er verstand van hebben, domweg om niet onbekwaam te zijn. Ook was er snel consensus over de noodzaak dat alle betrokken specialismen de basiskenmerken van cardiale syncope moeten kennen; niet omdat cardiale syncope vaak voorkomt, maar omdat het wijst op een mogelijk dodelijke ziekte. Niet-cardiologen zouden kunnen denken dat het project hier is doorgeschoten, maar de risicosignalen van cardiale syncope passen op één dia en zijn niet heel complex: je hoeft geen cardioloog te worden om ze te kennen.

De projectgroep heeft bewust niet gekozen voor een nieuwe richtlijn. Enerzijds omdat er al een goede richtlijn bestaat, en anderzijds omdat een richtlijn niet garandeert dat deze ook wordt toegepast, zeker niet als potentiële gebruikers menen dat ze niet bekwaam hoeven te zijn op dat gebied. De kunst is de specialist zover te krijgen dat hij de richtlijn openslaat.

Op de site Syncopedia.org is een ruime keus aan educatiemateriaal te vinden. Er zijn onder meer ‘tutorials’ over allerlei onderwerpen en ruim twintig interactieve casussen, van eenvoudig tot complex, van kinderen tot ouderen, van algemene praktijk en SEH tot specialistische polikliniek. In de meeste draait het om de diagnostiek, maar ook consequenties zoals rijgeschiktheid komen aan bod. De gebruiker krijgt per casus meerkeuzevragen, steeds gevolgd door uitleg waarom de alternatieven juist of onjuist zijn. De moeilijkheidsgraad en situatie zijn aangegeven. Er staat een inleidende tekst per specialisme, zodat een gebruiker gericht kan zoeken naar materiaal dat past bij de eigen praktijk. Wij raden gebruikers echter aan zich buiten het eigen terrein te wagen: wegrakingen, en vooral VVS, houden zich niet aan specialistische grenzen. Een start om wegwijs te worden is een artikel in het NTvG.¹²

Andere gewoonte

Wij hopen dat er in elke afdeling die te maken heeft met wegrakingen enkele personen zullen beseffen dat de blinde vlek moet verdwijnen. Dat vergt dat men zich bewust wordt van de eigen graad van bekwaamheid. Het kost moeite om gewoontegedrag zoals ‘uitsluitdiagnostiek’ te veranderen, maar het gaat om betere zorg. Verbreding van kennis omtrent syncope zal meer juiste diagnoses en besparingen opleveren; naar wij vermoeden zal het werk de specialist meer bevrediging geven; maar vooral krijgen patiënten antwoord op de vraag wat ze hebben.¹³

Beter onderwijs aan aiossen is vermoedelijk de beste methode om goede zorg in de toekomst te garanderen. Acties van leden van het SKMS-project hebben hier al op meerdere punten succes geboekt: de aanpak van wegrakingen in het ‘acute boekje’, de zakgids van de internisten, strookt nu

Beter onderwijs aan aiossen is de beste methode voor goede zorg in de toekomst

met de ESC-richtlijn (Task Force 2009). De nieuwe opleidingseisen voor neurologen (Neuron2) bevatten dezelfde stof, en stellen bijvoorbeeld expliciet dat de toekomstige neuroloog de risicosignalen van cardiale syncope moet kennen. Op Syncopedia.org komt een module voor de opleiding van vasculair geneeskundigen.

In Nederland neemt de belangstelling voor regionale ‘syncopewerkgroepen’ toe, waar diverse specialismen samenwerken.¹¹ De multidisciplinaire ‘Werkgroep voor Syncope en Autonome Aandoeningen’ stimuleert deze ontwikkelingen, onder meer met een leidraad voor syncopedeskundigheid. Inmiddels is het Synergy-onderzoek gestart, een grootschalig doelmatigheidsonderzoek gericht op verbetering van syncopezorg op de SEH en via syncopewerkgroepen.

De grootste winst zit niet bij de expertisecentra – zij scholen zichzelf wel –, maar bij de specialist die dagelijks patiënten met wegrakingen ziet. Wie is de eerste stap al voorbij? Hier is een toets: kunt u de criteria noemen voor een VVS die geen nadere analyse vereist, en kunt u de klinische risicosignalen van een cardiale syncope noemen? ■

contact

j.g.van_dijk@lumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

CLASSIFICATIE EN VERSNIPPERING

Deze figuur toont van links naar rechts de drie meest voorkomende groepen niet-traumatische wegrakingen: epileptische insulten, syncope en psychogene wegrakingen, en een presentatie die bij ouderen veel diagnostische problemen oplevert: een val waarvan niet duidelijk is of het al dan niet een wegraking betreft. Per groep worden verschillende diagnoses gegeven en de specialist(en) die erbij betrokken is (zijn). De meest voorkomende van al deze aandoeningen, vasovagale syncope, wordt door geen enkel specialisme als ‘eigen’ gezien.

