

Het pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode

INLEIDING

Een huisarts legt samen met zijn aios huisartsgeneeskunde een huisbezoek af bij de heer De Vries, 69 jaar. Onder supervisie van de huisarts doet de aios onderzoek en stelt voor de patiënt thuis te laten met een vangnetadvies. De huisarts is het eens met de anamnese en het onderzoek, maar vindt het beter de heer De Vries vandaag nog te verwijzen. In de nabespreking gaan ze samen in op de argumenten voor het ene of het andere beleid, en komen uit bij pluis/niet-pluisgevoel als belangrijk extra element om tot beleid te komen. De aios wil weten wat precies de redenen waren voor het niet-pluisgevoel bij de opleider. Daarnaast geeft ze aan dat ze het graag wil leren en vraagt ze wat ze daarvoor kan en moet doen. In de nabespreking komt onder andere naar voren dat dit pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode van een geheel andere orde is dan bijvoorbeeld een CRP. Bij de laatste is er geen reden tot discussie (wel over het al dan niet aanvragen ervan, maar niet over de validiteit en betrouwbaarheid). In geval van 'pluis/niet-pluis' (intuïtie, *gut feeling*, patroonherkenning, ervaring?) is er sprake van mogelijk grote inter- en intradoktervariatie.

Voor huisartsen kan het pluis/niet-pluisgevoel van belang zijn bij het vaststellen van het beleid. In de casus hierboven komt een ervaren huisarts op grond van dit gevoel tot een ander beleid dan de onervaren aios. Dit zou de suggestie kunnen wekken dat het pluis/niet-pluisgevoel bij ervaren artsen beter is ontwikkeld dan bij onervaren collega's. Het is de vraag of dit inderdaad zo is. Het omgekeerde komt namelijk ook voor.

Deze klinische les kijkt vanuit vier verschillende invalshoeken naar het pluis/niet-pluisgevoel:

1. de ervaringen als huisarts-lid van de calamiteitencommissie van een grote huisartsenpost ([casus 1]);
2. de eigen ervaringen van de auteur als praktiserend huisarts, in de praktijk overdag, maar vooral tijdens ANW-diensten (Avond-Nacht-Weekend; [casus 2]);

Samenvatting

Brueren MM. Het pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode. *Huisarts Wet* 2017;60(2):91-3.

Het pluis/niet-pluisgevoel kan voor de huisarts een belangrijke aanvulling zijn bij het vaststellen van beleid. Er zijn situaties waarin het er zelfs bepalend voor is. In deze klinische les wordt aan de hand van enkele praktijkcasus onderzocht of dit gevoel is aan te merken als een diagnostische methode die ook geleerd kan worden. In de literatuur zijn nauwelijks gegevens te vinden over de betrouwbaarheid, validiteit, specificiteit en sensitiviteit van het pluis/niet-pluisgevoel. Deze klinische les is in de eerste plaats een verkenning. Velen onderschrijven het belang van dit gevoel, maar het is onduidelijk of het bij de een beter is ontwikkeld dan bij de ander. Ook op de vraag of het gevoel kan worden aangeleerd geeft de literatuur geen antwoord. Gezien het belang van het onderwerp is meer onderzoek wenselijk.

3. ervaringen als huisarts-docent, betrokken bij de huisartsopleiding. In de opleidingspraktijk blijken artsen vooral moeite te hebben als het om klachten van de borstkas gaat (vervelend gevoel, pijn die de patiënt al dan niet als drukkend ervaart, benauwdheid, 'misselijk gevoel'). Het is dan ook geen toeval dat er onlangs een voorstel is gepubliceerd voor onderzoek naar de betrouwbaarheid van het pluis/niet-pluisgevoel bij borstkasklachten;¹
4. interesse voor diagnostiek in de huisartsenpraktijk in het algemeen en voor de wetenschappelijke onderbouwing daarvan in het bijzonder.²

Deze klinische les begint met twee casus, die enkele vragen oproepen. De literatuur is doorzocht op informatie die kan bijdragen aan de beantwoording van die vragen. Beschreven is op welke manier naar literatuur is gezocht en er is een verantwoording van de gemaakte keuze. Vervolgens worden de sterke en zwakke kanten van de gekozen aanpak besproken.

BESCHOUWING

Casus 1 en 2 verschillen qua pathologie en beloop. Wat ze gemeen hebben, is het belang van een gevoel bij de arts die te hulp is geroepen. Dat kan een 'pluisgevoel' zijn en aanleiding geven tot een afwachtend beleid, of een niet-pluisgevoel dat aanzet tot verdere actie, verder onderzoek of verwijzing.

Casus 1

De triagist van een huisartsenpost krijgt op een zaterdag het verzoek een huisarts te sturen naar een 56-jarige man met buikpijn. De patiënt beschrijft de buikpijn als fors en geeft deze een VAS-score 8. De man is al langer bekend met rugpijn, die de laatste tijd lijkt toe te nemen. Hij voelt zich er kortademig bij en heeft geen pijn of drukkend gevoel op de borst. Huisarts A bezoekt meneer binnen de daarvoor vereiste tijd (= U2). De huisarts treft een man aan die in een stoel zit en geen acuut zieke indruk maakt. Hij vertelt vier dagen geen ontlasting te hebben gehad. De anamnese verloopt wat moeizaam (de man is niet erg spraakzaam), maar levert geen bijzonderheden op, behalve het gebruik van dagelijks vijf eenheden alcohol. Lichamelijk onderzoek: matig verzorgde man, RR 120/60 mmHg (bij gebruik van 1 bloeddrukverlager: hydrochloorthiazide 12,5 mg), pols 76/minuut, regulair aequaal, temperatuur 35,0 graden, saturatie 91%. Abdomen: adipeus, hypertympanie, hoog klinkende matige peristaltiek, diffuus drukpijnlijk, geen *défense musculaire* of loslaatpijn, geen zwellingen of palpabele weerstanden. De werkdiagnose van de huisarts is 'buikpijn bij obstipatie'. De thuiszorg gaat een hoog opgaand klysma geven. Daarnaast krijgt de patiënt een recept voor een laxans. Het vangnetadvies luidt: nieuw contact bij geen of onvoldoende effect, braken en toename van de buikpijn.

De volgende dag belt een familielid van de patiënt de huisartsenpost. Ze hebben de patiënt 's ochtends dood aangetroffen. De

Huisartsenpraktijk Stiphout, Kloosterstraat 23 a, 5708 GM Helmond: dr. M.M. Brueren, huisarts, huisarts-lid van de calamiteitencommissie HAP Oost Brabant, tevens docent aan de huisartsopleiding van de Universiteit Maastricht • Correspondentieadres: mark.brueren@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

dienstdoende huisarts doet de lijkschouwing, er wordt geen obductie afgesproken. Omdat het een onverwacht overlijden betreft met recent daarvoor een onderzoek en beoordeling door een huisarts, wordt het als calamiteit gemeld.

Casus 2

Op een maandagavond meldt zich bij de balie van een huisartsenpost een vrouw van 63 jaar. Ze is zonder afspraak naar de post gekomen, samen met haar man, omdat ze tintelingen in de vingers heeft, trekkend naar de armen, en een krampende pijn op de borstkas. De pijn is gerelateerd aan inspanning. Huisarts B roept haar binnen. De klachten blijken al langer te bestaan en ze is er voor het weekend ook voor bij haar eigen huisarts geweest. Die dacht aan spanningsklachten en heeft een benzodiazepine voorgeschreven. Er zijn geen cardiale klachten in de voorgeschiedenis, ze is niet bekend met diabetes mellitus of hoge bloeddruk en er zijn geen hart- en vaatziekten in de familie. Ze rookt twintig sigaretten per dag en gebruikt dagelijks alcohol, want anders kan ze niet slapen. De slaapproblemen heeft ze al lang en zijn gerelateerd aan een problematische relatie met een van de kinderen. Als ze daarover vertelt, barst ze in tranen uit. Er zijn geen vegetatieve symptomen of klachten en ze is niet benauwd. Tintelingen in de handen staan op de voorgrond. Lichamelijk onderzoek: RR 184/96 mmHg, pols 100/minuut, regulair aequaal, saturatie 99%. Aan hart en longen vindt de huisarts geen afwijkingen. Hij noteert op de E-regel: borstkas-klachten, laag-matig verdacht voor coronairlijden DD paniekstoornis/angst. Omdat mevrouw er niet gerust op is en ook de huisarts het zekere voor het onzekere wil nemen, verwijst hij haar naar de Eerste Harthulp. De klachten blijken cardiaal en ze wordt doorverwezen voor interventiecardiologie.

Tijdens de bespreking in de calamiteitencommissie geeft huisarts A aan het heel vervelend te vinden voor de patiënt en diens nabestaanden, maar ook terugkijkend geen niet-pluisgevoel te hebben gehad tijdens onderzoek en daarna. De huisarts vraagt zich af of dit gevoel er had moeten zijn, maar dat is 'praten achteraf'. Huisarts B is enigszins verrast dat er wel een cardiale oorzaak van de klachten was. Deze huisarts dacht meer aan wat in de huisartsgeneeskunde wel 'het tweede spoor' wordt genoemd. De aard van de klachten ('tintelingen'), de keuze van de eerdere huisarts voor een benzodiazepine, het verdriet dat in het gesprek naar boven kwam. Dat huisarts B de patiënt toch naar de eerste harthulp heeft verwezen had te maken met de ongerustheid van de patiënt, de licht tot matig sterke verdenking op coronairlijden en het betrekken van de wensen van haar en haar man bij het bepalen van het beleid. Het niet-pluisgevoel bij de vrouw is, achteraf zeer terecht, in het beleid betrokken, en het bij de huisarts aanwezige pluisgevoel bleek achteraf onjuist en zou tot een ander beleid hebben geleid.

Deze casus roepen enkele vragen op:

- Wat is een pluis/niet-pluisgevoel?
- Wat zijn de betrouwbaarheid, validiteit, sensitiviteit, specificiteit en de positieve en negatieve voorspellende waarden van het pluis/niet-pluisgevoel?
- Kan het geleerd worden?

Deze en andere vragen vormden het vertrekpunt bij een onderzoek onder coassistenten, neurologen in opleiding, en neurologen met weinig en neurologen met veel klinische ervaring. In het onderzoek onder neurologen heeft men gekeken

naar de mate van ervaring en interdoktervariatie bij het bepalen van de diagnose en het beleid. Het lijkt erop dat jaren van klinische ervaring verband houden met een juist gevoel, een mogelijk scherpere 'klinische blik', maar heel sterk is dit verband niet.³ Stolper is van mening dat het pluis/niet-pluisgevoel voor de huisarts een belangrijk diagnostisch instrument is.⁴

In Pubmed is aan de hand van de volgende zoektermen gezocht naar geschikte literatuur: 'diagnostic uncertainty', 'gut feelings', 'general practice', 'diagnostic reasoning', 'specificity' en 'sensitivity'. Combinaties van deze termen leverden een groot aantal artikelen op. Daaruit werden de voor de genoemde vragen relevant geachte artikelen gekozen en bestudeerd.^{1,5-11}

In de bestudeerde literatuur werden geen gegevens gevonden over betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit van het pluis/niet-pluisgevoel. Het onderzoek met betrekking tot deze testeigenschappen is nog niet afgerond.¹ Stolper en collega's noemen het pluis/niet-pluisgevoel een derde weg in huisartsgeneeskundig denken en handelen, naast *medical decision-making* en *medical problem-solving*.^{5,6} Wübken en collega's beschrijven de problemen waarvoor de huisarts zich geregeld geplaatst ziet: aan de ene kant een lage kans op ernstige ziekte met daaraan gekoppeld een grote kans op een fout-positieve uitslag van een test, met als gevolg overdiagnostiek en te snelle of onnodige verwijzing. Aan de andere kant de angst bij de huisarts om een ernstige ziekte te missen, die mogelijk tot een fataal beloop kan leiden.⁹ Diagnostische onzekerheid noemen men in dit verband wel 'systemimmanent', en is, in gewoon Nederlands, inherent aan het werk van de huisarts.

Goudsmit heeft vanuit een andere invalshoek dan die van de evidence based medicine in dit tijdschrift eerder het probleem besproken van onzekerheden in het werk van de huisarts en het pluis/niet-pluisgevoel.¹² Hij introduceert, in lijn met het werk van Aristoteles, de term 'phronese' ('praktische wijsheid') als derde weg naast die van de 'theoretische' en de 'technische' kennis. Bij phronese gaat het meer om inschattingen, patroonherkenning en contextfactoren die meewegen bij de keuze voor een bepaald medisch beleid. Goudsmit stelt dat de arts deze vorm van kennis kan aanleren, maar geeft geen informatie over de didactische methode die daarbij gebruikt kan worden. Het ontwikkelen van dit gevoel is wellicht wel te stimuleren. Snoek geeft aanzetten daartoe.¹³ Hij noemt daarbij onder andere het aanbieden van een leeromgeving die de arts stimuleert om bij medisch handelen op zijn intuïtie te vertrouwen, en beschouwt onderwijs aan het ziekbed en supervisie ook als mogelijkheden voor het ontwikkelen van het pluis/niet-pluisgevoel.

BESLUIT

In deze klinische les is vanuit verschillende invalshoeken (praktijk, onderwijs, bespreking calamiteiten, onderzoek) gekeken naar het pluis/niet-pluisgevoel als middel dat de huisarts kan gebruiken bij het nemen van medische beslissingen. Een sterk punt is dat dit stuk is gebaseerd op ervaringen in de praktijk, waarmee het hoopt aan te zetten tot meedenken

en discussie. Het literatuuronderzoek daarentegen is beperkt van opzet en de daarop gebaseerde conclusies daardoor ook. Hopelijk kunnen deze wel dienen als beginpunt voor verdere discussie. Op de eerder gestelde vragen zijn helaas geen antwoorden gevonden. Dat is jammer, maar het maakt de vragen niet minder belangrijk. De meeste huisartsen laten het pluis/niet-pluisgevoel in hun beleid meewegen, waarbij de een er mogelijk eerder en meer op durft te vertrouwen dan de ander. Meer inzicht in hoe het in de praktijk werkt is wenselijk.

Bij het beoordelen van ecg's blijken er forse verschillen te zijn tussen huisartsen onderling.¹⁴ Of de interdoktervariatie bij het pluis/niet-pluisgevoel minder groot is, zal onderzoek moeten uitwijzen. ■

LITERATUUR

- Barais M, Barraine P, Scouarnec F, Mauduit A, Le Floch B, Liétard C, et al. The accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnea and/or thoracic pain: protocol for a prospective observational study. *BMJ Open* 2015;5:e006810.
- Brueren M. Diagnosing hypertension. Contributions from primary care. [Proefschrift]. Maastricht: Maastricht University Press, 1998.
- Snoek JW. Het denken van de neuroloog. [Proefschrift]. Groningen: Rijk-universiteit Groningen, 1989.
- Stolper E. Gut feelings in general practice. [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2010.
- Stolper E, Van der Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Inter Med* 2011;26:197-203.
- Stolper C, Van de Wiel W, De Vet H, Dinant G. Family physicians' diagnostic gut feelings are measurable: construct validation of a questionnaire. *BMC Fam Pract* 2013;14:1.
- Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *Plos One* 2014;9:1-7.
- Donner-Banzhoff N, Haasenritter J, Hüllermeier E, Viniol A, Bösner S, Becker A. The comprehensive diagnostic study is suggested as a design to model the diagnostic process. *J Clin Epidemiol* 2014;67:124-32.
- Wübken M, Oswald J, Schneider A. Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh* 2013;107:632-7.
- Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant G. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* 2009;10:66.
- Schneider A, Löwe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire (DUQ)'. *J Eval Clin Pract* 2010 Jun;16:431-7.
- Goudsmit A. De plaats van 'phronese' in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2005;48:454-8.
- Snoek J. 'Pluis/niet-pluis': een valide denkmethode. Commentaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1766.
- Begg G, Willan K, Tyndall K, Pepper C, Tayebjee M. Electrocardiogram interpretation and arrhythmia management; a primary and secondary care survey. *Br J Gen Pract* 2016;291:6.

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Hartkloppingen'

Casus

Patiënt: Vrouw, 47 jaar, loopt competitief hard, komt op afspraak op het spreekuur van de huisarts.

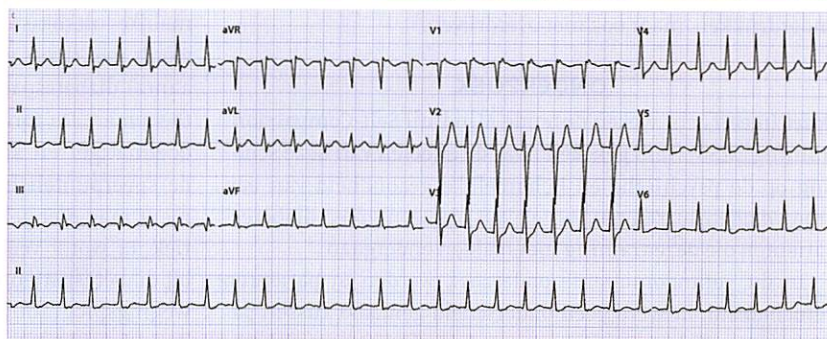
Voorgeschiedenis: Blanco.

Medicatie: Geen.

Anamnese: Aanvalsgewijs hartkloppingen. Ze heeft nu drie aanvallen gehad die telkens circa vijftien minuten aanhielden (een half jaar geleden, twee maanden geleden en vijf dagen geleden). Ze heeft haar pols gevoeld en deze vond ze erg snel gaan. Tijdens de palpaties heeft ze een gespannen gevoel op de borst en is ze duizelig. De klachten beginnen en stoppen plotseling. Na iedere aanval moet ze opvallend veel plassen.

Lichamelijk onderzoek: Het oriënterend lichamelijk onderzoek (hart, longen, bloed-druk, pols) is zonder afwijkingen.

ECG



OPGAVE

De huisarts instrueert haar bij een recidief meteen te komen voor een ECG. Mocht dit niet tot een diagnose leiden, overweegt de huisarts een eventrecorder te regelen. Vijf dagen later meldt ze zich tussendoor in de praktijk, mét klachten. De huisarts maakt een ECG.

- Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10+.¹
- Wat is uw beleid?

Het juiste antwoord vindt u op www.henw.org/oplossingcasus. ■

1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. *Huisarts Wet* 2016;59:166-70.

Mild zijn voor jezelf helpt als behandeling bij diabetes

INLEIDING

Stemmingsproblemen zijn een bekend probleem bij chronische ziekten, zoals diabetes. Depressie komt bij diabetespatiënten twee keer zo vaak voor vergeleken met mensen zonder diabetes. Jaarlijks krijgt 15 tot 20% van alle diabetespatiënten te maken met depressieve klachten. Diabetespatiënten worden dagelijks geconfronteerd met kleine en grote tegenslagen en frustraties met betrekking tot hun chronische ziekte. Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van depressie de glykemische instelling verbetert. De hypothese van de auteurs van het hier besproken artikel is dat *self-compassion* een positief effect heeft op de psychische en lichamelijke gezondheid van de diabetespatiënt. De Angelsaksische term *self-compassion* heeft een andere betekenis dan de Nederlandse vertaling zelfmedelijden (*self-pity*). Zelfcompassie betekent dat je een zekere mildheid, ook wel zelfmedeleven genoemd, met jezelf hebt. Zelfcompassie kan bij diabetespatiënten getraind worden. Er worden drie aspecten van zelfcompassie onderscheiden. De eerste is *vriendelijkheid voor jezelf*. Door bij frustraties mild te zijn voor jezelf, vergroot je de kans dat je iets leert van de tegenslagen die bij een chronische ziekte horen. Het tweede aspect is *menselijkheid*. Inherent aan het dagelijks bestaan is dat mensen in hun leven om moeten leren gaan met tegenslagen. Het hoort erbij en overkomt niet alleen chronisch zieken. Het is belangrijk om te leren accepteren dat je als mens kwetsbaar en onvolmaakt bent. Het derde aspect betreft *mindfulness*. Dit wil zeggen dat men van een afstand, met een open en nieuwsgierige houding en zonder vooroordelen leert te kijken naar de dingen zoals ze zijn. Negatieve emoties horen bij het leven; je moet ze niet onderdrukken, maar ook niet overdrijven.

ONDERZOEK

Opzet In een acht weken durende Mindfull Self-Compassion-training (MSC) werd gekeken naar de effecten van deze scholing op de psychische en lichamelijke gezondheid van een groep diabetespatiënten vergeleken met een groep diabetespatiënten die deze training niet hadden ondergaan.

In dit gerandomiseerde onderzoek werden 63 patiënten geïnccludeerd. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met diabetes mellitus type 1 en patiënten met diabetes type 2. Van deze geïnccludeerde populatie kregen 32 patiënten een gestandaardiseerde MSC-training en 31 patiënten de gebruikelijke zorg. De gemiddelde leeftijd was bijna 43 jaar. In elke groep vielen twee patiënten voortijdig uit. De trainingsgroepen bestonden uit 8 tot 12 patiënten. Er werd wekelijks een groepsbijeenkomst van 2,5 uur gehouden. De psychologi-

sche effecten werden gemeten met gevalideerde vragenlijsten en het metabole effect door middel van het HbA1c. Voor de meting van de mate van zelfcompassie werd gebruikgemaakt van de *Self-Compassion Scale* (SCS 26 items). Voor de depressie werd de *Patient Health Questionnaire* (PHQ 9 items) gebruikt. De *Diabetes Distress Scale* (DDS 17 items) werd gebruikt om de diabetespecifieke ziektelast te meten. Deze metingen werden verricht bij aanvang van de training, direct na de acht wekende durende training en na drie maanden.

Resultaten De zelfcompassievaardigheden lieten een significante verbetering zien na de training en ook nog na drie maanden. In de MSC-groep liet 62,5% een klinisch significante verbetering zien op de depressiviteitschaal vergeleken met 16,1% in de controlegroep. Met betrekking tot de diabetespecifieke ziektelast liet de MSC-groep een klinisch significante verbetering zien ten opzichte van de controlegroep: 46,9 versus 9,7%. Het HbA1c daalde in de MSC-groep significant ten opzichte van de controlegroep: 65,6 versus 29%. Het HbA1c daalde zelfs met 10 mmol/mol (0,9%) versus 1,6 mmol/mol (0,16%) in de controlegroep gemeten vanaf de start van de MSC-training tot drie maanden na het beëindigen hiervan. **Conclusie van de auteurs** Een gestandaardiseerde zelfcompassietraining van acht weken geeft een verbetering op zowel de mentale als metabole eindpunten bij patiënten met diabetes.

INTERPRETATIE

Dit onderzoek laat zien dat zelfcompassie een positief effect heeft op de gemoedstoestand en het HbA1c van diabetespatiënten. Zelfcompassievaardigheden kunnen geleerd worden. Mild zijn voor jezelf heeft effect op de psychische en lichamelijke uitkomsten als de diabetespatiënt geconfronteerd wordt met stress en klachten van zijn chronische ziekte. Het aantal diabetespatiënten zal de komende jaren alleen maar toenemen. De zorg voor deze groep chronische patiënten zal doelmatiger en kosteneffectiever moeten worden. Een van de speerpunten hiervoor is zelfmanagement. Zelfmanagement mag niet gefrustreerd worden door zelfverwijt en -kritiek. Er wordt veel nadruk gelegd op lifestyleveranderingen bij diabetespatiënten. De resultaten van de aangeboden bewegingsprogramma's en diëten zijn echter mager. Een van de hulpmiddelen om dit te voorkomen is een zelfcompassietraining. Een dergelijke training wordt door de GGZ al als e-healthmodule aangeboden. ■

LITERATUUR

- 1 Friis AM, Johnson MH, Cutfield, RG, Consedine NS. Kindness matters: A randomised controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care* 2016;39:1963-71.