

Kan het buikgevoel van patiënten nuttig zijn voor het medisch handelen in de eerste lijn?

Referentie

Stolper CF, van de Wiel MW, van Bokhoven MA. Patients' gut feelings seem useful in primary care professionals' decision making. BMC Primary Care 2022;23:178. DOI: 10.1186/s12875-022-01794-9

Duiding

Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Hoe herkennen en schatten eerstelijnsgezondheidswerkers het buikgevoel van patiënten in en hoe beïnvloedt dit buikgevoel het klinisch redeneren en handelen?

Achtergrond

In 2010 gaven we duiding bij een systematische review die aantoonde dat voor het aantonen van ernstige infecties bij kinderen in een eerstelijnssetting het pluis/niet-pluis gevoel van de arts en de ongerustheid van de ouders belangrijke argumenten zijn, zeker wanneer ze samen genomen worden met andere informatie zoals hoge koorts, cyanose, snelle ademhaling, slechte perifere circulatie en petechieën (1,2). Het buikgevoel van huisartsen is ook waardevol gebleken bij patiënten met dyspnoe of pijn op de borst (3,4). Zelfs bij artsen in het ziekenhuis blijkt dat het buikgevoel een belangrijke rol speelt bij het nemen van medische beslissingen (5). Of ook het buikgevoel van patiënten kan bijdragen aan het klinisch redeneren van de (huis-) arts is minder goed onderzocht. Zo is het nog onduidelijk hoe huisartsen en andere eerstelijnszorgprofessionals het buikgevoel van patiënten herkennen, inschatten en meenemen in hun besluitvorming.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- doelgerichte steekproefneming waarbij men potentiële deelnemers mailde of telefoneerde met de vraag om aan het onderzoek deel te nemen; via de sneeuwbalmethode breidde men een initiële pool van potentiële deelnemers verder uit
- uiteindelijke inclusie van 8 Nederlandse en 5 Belgische huisartsen, 13 Nederlandse praktijkverpleegkundigen in huisartspraktijken en triageverpleegkundigen en 4 Belgische onthaalmedewerkers in eerstelijnswachtposten.

Onderzoeksopzet

Kwalitatief onderzoek (6)

- met semigestructureerde interviews vroeg men de deelnemers of zij en hoe zij buikgevoelens bij patiënten herkenden en welke rol deze speelden in hun klinisch redeneren en hun verder medisch beleid; men voerde de interviews face-to-face of telefonisch uit, individueel of in kleinere groepen van twee tot drie personen
- alle interviews werden auditief opgenomen, verbatim uitgeschreven en gecodeerd met een beschrijvende inhoudsanalyse waarbij men hoofdthema's en bijkomende thema's via een iteratief proces bepaalde tot er saturatie bereikt werd; alle teamleden werden betrokken bij de discussie over de codes, concepten en thema's.

Resultaten

Er werden 5 thema's gevonden:

1. *Herkenning en verschil*

Bijna alle geïnterviewden herkenden het bestaan van buikgevoel bij patiënten als ‘ongerustheid en geruststelling’. Sommige huisartsen zagen gelijkenissen tussen het buikgevoel van patiënten en hun eigen buikgevoel, maar dan minder ondersteund door medische expertise en minder uitgedrukt in medisch jargon (zoals ‘pluis/niet-pluis gevoel’ van artsen).

2. *Verwoordingen en uitdrukkingen van patiënten*

Bijna alle deelnemers herkenden het buikgevoel van patiënten via verbale signalen en non-verbale, paralinguïstische communicatie. Bij de verwoording werd de nadruk gelegd op ‘vertrouwen of wantrouwen van de situatie’ of ‘verandering van het normale patroon’. Patiënten drukten zich non-verbaal uit via nuances in de stem en via lichaamstaal.

3. *Gepercipieerde waarde over het buikgevoel van patiënten*

Verschillende factoren spelen een rol bij de beoordeling door professionals in de eerste lijn van de waarde van het buikgevoel van patiënten of hun familieleden. Ofwel wegen ze het buikgevoel van patiënten af met hun eigen pluis/niet-pluis gevoel, ofwel nemen ze het buikgevoel van patiënten over.

4. *Inspelen op het buikgevoel*

Soms zet het buikgevoel van patiënten aan tot het stellen van bijkomende vragen of het heroverwegen van een diagnose. Soms geeft dit ook aanleiding tot het geven van meer informatie om de patiënt gerust te stellen. Voor sommige huisartsen zette het buikgevoel van patiënten ook aan om vlugger antibiotica voor te schrijven.

5. *Proactief gebruik van het buikgevoel*

Het vroeg bevragen van het buikgevoel van de patiënt kan het contact faciliteren of de conversatie verlichten. Sommige huisartsen checken het buikgevoel van patiënten op het einde van de consultatie.

Besluit van de auteurs

Over het algemeen beschouwden eerstelijnszorgverleners buikgevoelens bij patiënten nuttig omdat ze kunnen bijdragen aan hun klinisch redeneren en kunnen helpen om het probleem van patiënten diepgaander te begrijpen. De volgende stap zou kunnen zijn om patiënten zelf te vragen naar hun buikgevoelens en hiervan de klinische waarde te exploreren.

Financiering van de studie

Geen financiering vermeld.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflicten vermeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De onderzoekers gebruikten terecht een **doelgerichte steekproef** om een meer gevarieerde respons op hun onderzoeksvraag te bekomen. In twee verschillende Europese landen rekruteerde men zowel huisartsen en praktijkverpleegkundigen in huisartspraktijken als triageverpleegkundigen en onthaalmedewerkers in wachtposten. Behalve de man/vrouw verhouding worden geen details gegeven van de geïncludeerde zorgverleners. Belangrijke gegevens zoals leeftijd, aantal dienstjaren, professionele context ontbreken. We kunnen dus niet achterhalen of de steekproef voldoende representatief was. Misschien waren de meeste huisartsen gerekruteerd in een academische opleidingspraktijk waar vaak meer aandacht besteed wordt aan het exploreren van de Ideas, Concerns en Expectations (ICE) van de patiënt. Ook de culturele achtergrond en het opleidingsniveau van

patiënten van verschillende huisartspraktijken en/of wachtposten kunnen belangrijke covariabelen zijn waarmee geen rekening gehouden werd. Hoog opgeleide patiënten die de moedertaal van de arts spreken slagen er misschien meer in om hun bezorgdheden kenbaar te maken. Een andere belangrijke tekortkoming van deze studie is dat de onderzoekers initieel zorgprofessionals rekruteerden uit hun eigen professionele kennissenkring. Mede door het feit dat alle onderzoekers huisartsen waren, kan dit ertoe hebben geleid dat bepaalde nuances in antwoorden genegeerd of eenzijdig geïnterpreteerd werden. Dit kan de interne validiteit van de **gegevensverzameling** beperkt hebben. Om logistieke redenen werden de individuele interviews zowel face-to-face als telefonisch afgenomen. Hierover zijn weinig details gekend: hoe was de verdeling?; hoe lang duurden de telefonische gesprekken? Door het ontbreken van deze gegevens kunnen we geen uitspraken doen over de kwaliteit van de interviews, zoals bijvoorbeeld de diepgang van de telefoongesprekken. Een aanvulling met focusgroepen van huisartsen en van huisartsen en verpleegkundigen was zeker nuttig geweest voor de **triangulatie** en dus ook de betrouwbaarheid van de resultaten.

De manier waarop de gegevens geanalyseerd werden, is duidelijk beschreven in het artikel. De onderzoekers gebruikten de kwalitatieve contentanalyse. Eén onderzoeker die de codering van de citaten uitvoerde, werd kritisch bijgestaan door een tweede onderzoeker. In een iteratief proces stelde men uiteindelijk een codeboek op met toevoeging van nieuwe thema's tot saturatie bereikt werd. Alle onderzoekers waren betrokken bij de discussie over de codes en de thema's. In de publicatie citeren de auteurs voldoende quotes om de verschillende thema's te onderbouwen. Het is wel niet duidelijk in hoeverre deze quotes van verschillende huisartsen of verpleegkundigen komen en evenmin of ze betrekking hadden op de huisartspraktijk dan wel op de wachtpost.

Beoordeling van de resultaten

Buikgevoelens werden gemakkelijk herkend en de meeste zorgverleners beschouwden buikgevoelens bij de patiënt als een nuttige informatiebron voor communicatie met patiënten en tevens als hulpmiddel bij het klinisch redeneren. De zorgverleners voelden zich duidelijk in staat om formuleringen en uitdrukkingen over buikgevoelens van patiënten op te merken. Buikgevoelens slaan meestal op vertrouwen of wantrouwen van een situatie of op het percipiëren van wijzigingen in patronen die we als normaal beschouwen. De zorgverlener ontdekt de buikgevoelens van een patiënt via de stem of de lichaamstaal van de patiënt. Zorgverleners gaan eerst proberen achterhalen waarom een patiënt ongerust is en wegen hierbij de validiteit van de buikgevoelens van de patiënt af tegenover hun kennis van de context van de patiënt en de eigen inschatting van de situatie. Dit kan soms leiden tot een heroverweging van het diagnostisch landschap en tot een aanpassing van het medisch beleid. Buikgevoelens kunnen geëxploreerd worden in het vroege stadium van de consultatie en verbeteren dan vaak de communicatie met de patiënt of kunnen naar boven komen bij het afsluiten van de consultatie. Het is jammer dat men bij de resultaten geen onderscheid maakt tussen de wachtpost waar men de patiënt meestal nog niet kent en de huisartspraktijk waar men soms al een goede vertrouwensband met de patiënt heeft.

Niettemin schetsen deze kwalitatieve gegevens een interessant beeld van het buikgevoel van patiënten door de bril van de zorgverlener. Het opent de deur voor bijkomend kwalitatief onderzoek waarbij men patiënten zelf interviewt over hun buikgevoelens: Hoe drukken patiënten hun buikgevoelens uit?; Vertrouwen ze op hun buikgevoelens?; Voelen ze zich au serieus genomen door hun zorgverleners? In tegenstelling tot onderzoek naar de diagnostische waarde van pluis-/niet-pluisgevoel bij artsen weten we daarnaast voorlopig nog weinig over de diagnostische waarde van buikgevoelens bij patiënten. Ongerstheid bij de moeder van een ziek kind bleek wel een goede aantoner voor ernstige ziekte te zijn (LR+ 14,40; 95% BI van 9,30 tot 22,10) in een setting met lage prevalentie (1,2).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Klassieke richtlijnen over dit thema zijn er niet en mogen we ook niet verwachten. Het is wel zo dat men bij de opleiding van (huis-)artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners veel aandacht besteedt aan het 'spoor' van de patiënt tijdens een consultatie.

Besluit van Minerva

Deze kwalitatieve studie bij huisartsen, verpleegkundigen en onthaalmedewerkers in huisartspraktijken en wachtposten voor huisartsen toont aan dat buikgevoelens van patiënten worden opgepikt en een plaats krijgen in het medisch handelen. Door de selectieve rekrutering kunnen de gegevens mogelijk onvoldoende veralgemeend worden. Ook over de diagnostische waarde van buikgevoelens bij patiënten mogen we op basis van deze studie geen uitspraken doen.

Referenties

1. Michiels B. Ambulante diagnose van ernstige infecties bij kinderen. *Minerva* 2010;9(10):112-3.
2. Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, et al; European Research Network on Recognizing Serious Infection investigators. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. *Lancet* 2010;375:834-45. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)62000-6
3. Barais M, Fossard E, Dany A, et al. Accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnoea and/or chest pain: a prospective observational study. *BMJ Open* 2020;10:e034348. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034348
4. Van Den Biesen M, Stolper E, Coenen S, Van Royen P. Pluis- en niet-pluisgevoel bij dyspneu en thoracale pijn: wat is de diagnostische waarde van dit buikgevoel? *Huisarts Nu* 2021;50:50:172-8.
5. Van den Brink N, Holbrechts B, Brand PL, et al. Role of intuitive
6. knowledge in the diagnostic reasoning of hospital specialists: a focus group study. *BMJ Open* 2019;9:e022724. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022724
7. Stolper CF, van de Wiel MW, van Bokhoven MA. Patients' gut feelings seem useful in primary care professionals' decision making. *BMC Primary Care* 2022;23:178. DOI: 10.1186/s12875-022-01794-9