“De patiënt is ongerust”

Een focusgroepanalyse van het concept ‘niet-pluisgevoel bij de patiënt’ en haar determinanten.

Julie Cools, KULeuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KULeuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

ABSTRACT **2**

DANKWOORD **3**

1. INLEIDING **4**

1.1 ACHTERGROND 4

1.2 VRAAGSTELLING EN MAATSCHAPPELIJK RELEVANTIE 5

2. METHODE **6**

2.1 LITERATUUR EN BRONNEN 6

2.3 DEELNEMERS 7

2.4 ETHISCHE IMPLICATIES 7

2.5 ANALYSE 8

3. RESULTATEN **9**

3.1 STUDIEPOPULATIE 9

3.2 BESCHRIJVEN VAN HET ONGERUSTHEIDSGEVOEL 9

3.2.1 Vertellen dat je gealarmeerd, angstig of ongerust bent 9

3.2.2 Uitdrukken van een sensatie of een gevoel 10

3.2.3 Vaststellen dat er een afwijking is van het normale 10

3.2.4 Beschrijven van een ziektebeeld of functionaliteit 10

3.2.5 Uitdrukken dat je het niet weet 10

3.2.6 Nood aan een medisch advies 10

3.2.7 Expressies die te maken hebben met de duur en tijd 11

3.2.8 Uitroepen 11

3.2.9 Non-verbale aanwijzingen 11

3.2.10 Crosslinking 12

3.3 DETERMINANTEN VAN HET ONGERUSTHEIDSGEVOEL 13

3.3.1 Alarmerende symptomen 13

3.3.2 Ongewone duur van het ziektebeeld 13

3.3.3 Leeftijd, opleiding en ervaring 14

3.3.4 Informatiestromen 14

3.3.5 Persoonlijkheid en opvoeding 14

3.3.6 Voor iemand anders ongerust zijn 15

3.3.7 Iemand is ongerust voor jou 15

3.3.8 Wachten op diagnose of resultaten 15

3.4 ONWETENDE DETERMINANTEN 16

3.5 CONSEQUENTIES VAN HET NIET-PLUISGEVOEL BIJ DE PATIËNT. 16

4. DISCUSSIE **17**

4.1 ALGEMENE BEVINDINGEN 17

4.2 ONDER WOORDEN BRENGEN 17

4.3 TERUGKOPPELING NAAR DE LITERATUUR 18

4.3.1 Intermezzo : Intuïtie ons buikgevoel 18

4.3.2 Belangrijke determinanten 18

4.4 STERKTES EN BEPERKINGEN VAN DE STUDIE 20

5. BESLUIT **21**

6. REFERENTIES **22**

7. BIJLAGEN: **24**

7.1 BIJLAGE: LIJST DEELNEMERS 24
7.2 BIJLAGE: INFORMED CONSENT 26
7.3 BIJLAGE: FOCUSGROEPMETHODOLOGIE 27
7.4 BIJLAGE: DRAAIBOEK FOCUSGROEP NIET-PLUISGEVOEL BIJ PATIËNTEN 31
7.5 BIJLAGE: GUT FEELINGS QUESTIONNAIRE 32
7.6 BIJLAGE: AANVRAAG ETHISCHE COMMISSIE 33
7.7 BIJLAGE: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE 35
7.8 BIJLAGE: VERWOORDEN VAN HET ONGERUSTHEIDSGEVOEL 36

Abstract

"De patiënt is ongerust"

Een focusgroepanalyse van het niet-pluisgevoel bij de patiënt en haar determinanten.

Huisarts-in-opleiding: Julie Cools, Katholieke Universiteit Leuven Academiejaar: 2016-2017
Promotor: Professor Jo Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleiders: Dr. Bart Schoolmeesters en Dr. Marleen Snellings

Achtergrond: Er werd in het verleden veel onderzoek gedaan naar het intuïtief nemen van beslissingen in verschillende settings. De laatste decennia heeft ook de medische wereld onderzoek gedaan naar de intuïtie van de zorgverlener, hetgeen geruststellend kan zijn of net alarmerend. Indien de intuïtie alarmerend is, wordt er gesproken van een niet-pluisgevoel. Dit gevoel zet de arts aan tot een verder diagnostisch management van het gezondheidsprobleem. In de medische literatuur is zeer weinig gekend over de intuïtie van patiënten.

Onderzoeksvraag: Ons doel is om na te gaan of patiënten een niet-pluisgevoel hebben, hoe ze hier mee om gaan en welke factoren naar hun mening een rol spelen bij het ontwikkelen van een niet-pluisgevoel.

Methode: De onderzoeksmethode is een exploratief kwalitatief onderzoek met zeven heterogeen samengestelde focusgroepen met een totale deelname van 35 participanten. De analyse gebeurde aan de hand van de gefundeerde theoriebenadering.

Resultaten: Het niet-pluisgevoel is aanwezig bij patiënten. De manier waarop zij dit benoemen werd samengevat in negen categorieën. Het onderzoek bracht ook een meer klare kijk op de determinanten van het niet-pluisgevoel van de patiënt. Meer onderzoek naar het uitspitten van de validiteit van het niet-pluisgevoel bij de patiënt is nodig zodat we haar diagnostische rol kunnen bevestigen.

Contact: coolsjulie@gmail.com

Dankwoord

Als eerste wil ik graag professor Jo Goedhuys mijn oprechte dank betuigen voor de begeleiding bij de totstandkoming van deze masterproef. Hartelijk dank voor jou tijd, ervaring en inspirerend advies.

Hierlangs wil ik ook Prof. Paul van Royen en Prof. Eric Stolper bedanken voor hun interuniversitaire samenwerking. Voor het overbrengen van hun onderzoeksenthousiasme en hun inzichten omtrent het thema.

Dankjewel Lena Shvarz, voor jou collegialiteit en mij op de hoogte te brengen van jou inzichten in de literatuur.

Dank ook aan mijn voormalige stagemeester Dr. Bart Schoolmeesters die mij niet alleen de inspiratie gaf voor het onderwerp van dit werkstuk, maar mij ook enorm inspireerde in het huisartsenleven. Dankjewel Bart.

Hierlangs wil ik ook mijn verloofde bedanken, die met veel begrip wat extra handjes in het huishouden heeft toegestoken, die me coachte langs de zijlijn en die zich ontpopte als een echte niet-pluisobservator.

Bedankt ook aan de participanten, voor hun deelname, hun interessante visies en hun feedback bij het nalezen van het eindwerk.

Ten slotte ook een welgemeende dankjewel aan Dr. Marleen Snellings voor het ter beschikking stellen van de vergaderzaal.

1. Inleiding

Intuïtie is een welbekend begrip in de Nederlandse taal, maar staan we er ook bij stil welke impact onze intuïtie heeft op de beslissingen die we maken? Onze medische beslissingen volgen niet altijd een algoritmisch model (Bayesiaans).[1] We trachten nochtans als arts onze beslissingen steeds te toetsen aan de evidence-based practice, toch? We weten dat naast de *'evidence'* de arts ook beroep doet op zijn ervaring en zijn intuïtie.[2] Maar welke zekerheid geeft onze intuïtie ons? En hoe zit dat met de intuïtie van de patiënt? Wanneer wordt hij ongerust en wanneer mag je hier als arts op vertrouwen? Het concept intuïtie heeft een omstreden imago, daarom nemen we het graag nog een keertje onder de loep, om het bagatelliseren van dit thema tegen te gaan.

1.1 Achtergrond

Als we Van Dale er op naslaan zegt deze over intuïtie het volgende : *"Inzicht zonder nadenken"*. Ook in de psychologie vinden we gelijkaardige definities : *"not knowing how one knows"*[3] of *"an unconscious process that does not rely on valid or established measurements."*[4] Bovenstaande definities beschrijven intuïtie dus als een onbewust fenomeen dat los staat van analytisch denken. Er werd in het verleden veel onderzoek gedaan naar het intuïtief nemen van beslissingen in verschillende settings.[3] De laatste decennia heeft ook de medische wereld onderzoek gedaan naar de intuïtie van de zorgverlener, hetgeen geruststellend kan zijn of net alarmerend.[2]

Nog maar zeer recent werd dit alarmerende gevoel benoemd als het niet-pluisgevoel door E. Stolper en zijn onderzoeksteam. Aan de hand van focusgroepen legde hij het concept van niet-pluisgevoel bij huisartsen en haar determinanten bloot.[2] Na het concept te hebben gedefinieerd werd er een vragenlijst ontwikkeld om het niet-pluisgevoel bij huisartsen op te sporen. Deze vragenlijst vindt u terug als bijlage. Bovendien toonde hun onderzoek ook aan dat het niet-pluisgevoel een universeel gegeven is onder huisartsen, in binnen en buitenland.[5]

In zijn zog volgde nog enkele andere onderzoeken. Zo bleek het ongerustheidsgevoel van ouders voor hun ziek kind van onschatbare waarde voor het vormen van het niet-pluisgevoel van de arts.[6] Hierlangs werd ook de kracht van het niet-pluisgevoel teruggevonden bij het diagnosticeren van kanker door de huisarts.[7] Ook het niet-pluisgevoel van de huisarts bij '*pijn op de borst'* bleek eerder al een belangrijke en betrouwbare determinant voor verwijzing.[8]

Op deze manier werd er in de medische literatuur menig maal bewezen dat intuïtieve kennis, volwaardige kennis is, die het diagnostisch denken kan sturen.[7,8,9,10] Het onderzoeksthema blijft actueel. Er wordt heden gewerkt aan verder onderzoek naar het niet-pluisgevoel bij specialisten, het vertalen van de niet-pluisvragenlijst naar andere talen en het verder uitdiepen van het determinanten van het niet-pluisgevoel. Het moeilijke aan het niet-pluis gevoel is dat het slecht meetbaar is, wat onderzoek naar de validiteit van dit diagnostisch instrument bemoeilijkt.[11]

1.2 Vraagstelling en maatschappelijk relevantie

In de medische literatuur is er zeer weinig gekend over het niet-pluisgevoel bij de patiënt.

Hebben patiënten een niet-pluisgevoel? Hoe gaan ze hier mee om? Hoe dient zo'n niet-pluisgevoel zich aan? Hoe wordt het ervaren door de patiënt? Hoe verwoordt een patiënt dit gevoel? Welke factoren hebben naar hun mening een rol bij het ontwikkelen van een niet-pluisgevoel? Hoe stuurt het niet-pluisgevoel van de patiënt diens handelen?

Aan de hand van deze studie wordt er getracht dit alles na te gaan en daardoor een klaardere kijk te krijgen op dit onderwerp. Als het niet-pluisgevoel bij patiënten sneller wordt onderkend, zou dit mogelijks kunnen leiden tot het beter erkennen van de *ideas, concerns* en *expectations* van de patiënt, wat kan bijdragen aan een meer optimale, patiëntgerichte zorg. Als bovendien het niet-pluisgevoel en haar determinanten gekend zijn, kan er ook niet alleen sneller ingespeeld worden op de noden van de patiënt, maar zou deze kennis ook gebruikt kunnen worden als diagnostisch element met een voorspellende waarde.

2. Methode

2.1 Literatuur en bronnen

De literatuurstudie vond voornamelijk plaats in het voorjaar van 2016 en omvatte verschillende kanalen. Enerzijds werd er gebruikgemaakt van online-databanken zoals PubMed en CDLH. In de Pubmed databank werden verschillende trefwoorden in het Engels opgegeven. De trefwoorden waren onder andere: gut feelings, intuition, patients inuition, en intuitive decision making. Nederlandse trefwoorden werden gebruikt om via CDLH op zoek te gaan naar literatuur. Volgens de watervalmetafoor werd er via gevonden artikels verder gescreend naar relevante literatuur. Er werd steeds gezocht naar artikels waarvan de volledige tekst beschikbaar was via de bibliotheek van de KULeuven. Ook andere websites werden geraadpleegd, waaronder gutfeelings.eu. Andere bronnen zoals boeken en proefschriften werden er op na geslagen. Zo was het meest waardevolle naslagwerk dat van Erik Stolper, hij schreef namelijk zijn doctoraat over het niet-pluisgevoel bij de huisarts. Tijdens een bezoek aan de universiteit van Antwerpen werden er gegevens over niet-pluisgevoel uitgewisseld. Studente Lena Shvarz, schrijft haar masterproef ook over '*het niet-pluisgevoel bij de patiënt*', haar thesis loopt over vier jaar en loopt over twee jaar af. Zij stelde mij op de hoogte van haar literatuurstudie : *"Het gebruik van intuïtie en de rol van intuïtie bij patiënten."* Er werd besloten tot een samenwerkingsakkoord en tot uitwisseling van gegevens, voor en na, dit ten voordele van beide onderzoeken.

2.2 Design

De onderzoeksmethode is een exploratief kwalitatief onderzoek, omdat dit de onderzoeker in staat stelt om op een goede manier de betekenis die patiënten geven aan hun ongerustheidsgevoel en hun oordeel hierover in kaart te brengen. De dataverzameling en -analyse zijn bij dit soort onderzoek verweven. Hierdoor werd de vragenlijst tijdens het verloop van de focusgroepen op regelmatige basis aangepast aan de hand van de antwoorden van de participanten. Deze focusgroepen stonden onder begeleiding van een moderator, dewelke de groep leidde aan de hand van een vooraf afgesproken methodologie. Zo werd er interactief gediscussieerd over de gefocuste topics, met als doel het bekomen van zo veel mogelijk details, gevoelens, veronderstellingen, meningen, acties en bedenkingen. Ook de interactie tussen de participanten *'sharing and comparing'* was een grote bron aan informatie. Het doel van de focusgroepen was niet om tot een consensus te komen, maar wel om explorerend te werk te gaan naar het concept en haar determinanten. Er werd getracht een open sfeer te creëren tijdens de focusgroepen, waarin de participanten vrijuit konden spreken. Ze vonden plaats in een privéruimte, grenzend aan de artsenpraktijk dus niet in het dokterskabinet, waar er ongestoord kon gewerkt worden. Er werden versnaperingen en drank voorzien. Er werd een 'focusgroep try-out' gehouden, met in totaal twaalf participanten bestaande uit HAIO's en assistent-specialisten, om de setting en het protocol uit te proberen. De eigenlijke focusgroepen gingen van start in oktober 2016 en liepen door tot en met februari 2017. De focusgroepen werden geleid door de eerste auteur en deze

werd bijgestaan door de observator dewelke zich toelegde op de niet-verbale reacties en interacties. De duur van de focusgroepen was wisselend en nam tussen de 60 en 120 minuten in beslag. Er werd geprobeerd zo veel mogelijk discussie op te wekken via open vragen. Suggestieve vragen werden daarentegen zo veel mogelijk gemeden, behalve om bepaalde topics verder in de diepte te exploreren. Voorafgaand aan elke focusgroep werden de deelnemers gevraagd een informed consent te ondertekenen, de anonimiteit werd verzekerd en tevens werd er aan de deelnemers gevraagd om discreet met de informatie om te gaan. Er werden elektronische geluidsopnames gemaakt en na zeven focusgroepen werd er besloten tot datasaturatie.

2.3 Deelnemers

De focusgroepen vonden plaats in de groepspraktijk *'Dr. Jans-Snellings'*, dewelke een solopraktijk is met één HAIO. De patiënten werden gerekruteerd voor de focusgroep door middel van een informatiebrief dewelke leesbaar was in de wachtzaal of door middel van mondelinge uitnodiging om mee te werken aan het onderzoek. Er werd getracht enige vorm van diversiteit in de focusgroepen te leggen. Zo werd er op toegekeken, dat niet alle deelnemers van dezelfde leeftijdscategorie waren en er minstens één iemand van elke geslacht aanwezig was. Bij de selectie van de deelnemers werd voorrang gegeven aan verbaal sterkere kandidaten opdat het onderzoek meer afdoende zou zijn. Deze inschatting werd enkel subjectief beoordeeld, gebaseerd op de visie van de praktijkopleider of de HAIO. Er werd getracht een minimum van vier kandidaten per focusgroep te bekomen, zodat er voldoende discussie mogelijk zou zijn. Het maximum aantal kandidaten mocht twaalf niet overschrijden. Na de eerste twee focusgroepen werd het duidelijk dat een groot aantal deelnemers, zeven of meer, te veel tijd in beslag nam om voldoende in de diepte te kunnen treden. Daarom werd er bij de volgende focusgroepen geopteerd voor kleinere groepen, van gemiddeld vier personen. Er werden geen kinderen jonger dan 18 jaar geïncludeerd en er werden geen dementerende of psychiatrische patiënten geïncludeerd. De participanten moesten de Nederlandse taal beheersen (moedertaal, niveau zes). Voorts werden geen familieleden of persoonlijke vrienden geïncludeerd met als doel een zo objectief mogelijk eindresultaat te bekomen.
Een anonieme opsomming van de focusgroepparticipanten wordt weergegeven in de eerste bijlage. Een draaiboek van de focusgroepen alsook een voorbeeld van het informed consent wordt wederom teruggevonden in de bijlagen.

2.4 Ethische implicaties

De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door het ethisch comité. In het hoofdstuk bijlagen vindt u de goedkeuring.

2.5 Analyse

Het verzamelde audiomateriaal werd anoniem neergeschreven door de interviewer. Nadien werden de uitgewerkte transcripties thematisch gecodeerd volgens de *'grounded theory'*.[12,13] Stap één bestond uit het '*open coderen'*.[13] Hier werd aan elke opmerking of quote uit de focusgroep die paste bij één van de onderzoeksvragen een specifieke code toegewezen. Irrelevante informatie werd hierbij overgeslagen. Er werden herhaaldelijk nieuwe codes en ideeën gecreëerd. Als er nieuwe codes aangemaakt werden, werd er teruggekeken naar voorgaande focusgroepen of deze code ook daar toegepast kon worden. Dit is een interessante manier om ongekende materie te ontginnen, omdat oude en nieuwe data steeds vergeleken worden. Tenslotte werd er 'axiaal gecodeerd' dit wil zeggen dat de codes werden geanalyseerd, geassocieerd, geïnterpreteerd en een theoretisch raamwerk rond het onderwerp gebouwd.[12,13] De data werden gecodeerd door de HAIO, een controle van de codering gebeurde door de observator. Ten slotte werd er aan een aantal participanten gevraagd of ze na het lezen van onze bevindingen nog opmerkingen hadden. Na deze methodische triangulatie[12] werden ook hun opmerkingen geïncludeerd.

Wegens ecologische redenen werden niet alle tabellen ingevoegd in de tekst of in de bijlagen. Deze kunnen ten alle tijden op vraag worden bekomen.

3. Resultaten

3.1 Studiepopulatie

Er werden in totaal zeven focusgroepen georganiseerd, met een totaal van 35 participanten waarvan 21 vrouwen en 14 mannen. Karakteristieken van de populatie vindt u terug onder de bijlage met titelnummer 7.1. In totaal zijn er zeven geïnviteerde niet komen opdagen, waarvan drie zonder opgave van reden.

3.2 Beschrijven van het ongerustheidsgevoel

Op één na, herkenden alle participanten het gevoel van ongerustheid om een medisch probleem voor zichzelf of voor iemand anders. Als we vroegen hoe zij die ongerustheid verwoorden naar de huisarts of anderen, kwam er een minder vlot antwoord. Het bleek een niet evidente vraag, met een waaier aan opinies en uitdrukkingen. In totaal werden er 121 citaten gebundeld die het ongerustheidsgevoel beschreven. Na analyse konden de volgende negen tendensen in uitdrukkingen worden onderscheden:

Tabel 1: Formuleren van het niet-pluisgevoel

1. Vertellen dat je gealarmeerd, angstig of ongerust bent
2. Uitdrukken van een sensatie of een gevoel
3. Vaststellen dat er een afwijking is van het normale
4. Beschrijven van een ziektebeeld of functionaliteit
5. Nood aan een medisch advies
6. Uitdrukken dat je het niet weet
7. Expressies die te maken hebben met de duur en tijd
8. Uitroepen
9. Non-verbale aanwijzingen

3.2.1 Vertellen dat je gealarmeerd, angstig of ongerust bent

De grootste groep participanten gebruikten de uitdrukking *“Ik ben/maak/word ongerust”.* Deze uitdrukking was de meest gebruikte doorheen alle focusgroepen. Vaak werd het ongerustheidsgevoel nog sterker ervaren en werd dit onder woorden gebracht als een angst. *“Bang zijn.” “Schrikken.” “In paniek zijn.*“ Vaak is de oorzaak van die ongerustheid een specifiek gegeven. Een angst voor kanker, een angst voor een erfelijke pathologie, angst voor de diagnose, angst voor een ernstig probleem maar ook angst omdat men niet weet wat het is en wat men te wachten staat.

3.2.2 Uitdrukken van een sensatie of een gevoel

Veel uitdrukkingen werden gevormd met het werkwoord '*voelen*'. De uitdrukkingen waren vaak erg vaag, maar gaven weer dat het om een gewaarwording ging bij de patiënt. *"Ik voel me niet goed." "Ik voel er is iets." "Een buikgevoel hebben."* Er werd zelfs gesproken van een '*(moeders)instinct'* en ook van het gevoel dat er iets '*niet-pluis*' was.

3.2.3 Vaststellen dat er een afwijking is van het normale

Sommige participanten gaven aan dat een ongerustheidsgevoel niet altijd gebaseerd moet zijn op een gewaarwording maar dat het ook een beredeneerd iets kan zijn. Een vaststelling als het ware. Beredeneerd door *'het gezond verstand',* met als meest populaire uitdrukking in de focusgroepen: "*Er klopt iets niet." "Het is niet normaal." "Dat is abnormaal." "Dat is niet juist." "Ik denk dat er iets mis is." "Dit zit hier fout."*

3.2.4 Beschrijven van een ziektebeeld of functionaliteit

Soms vertellen ze het als een gevoel, soms valt het buiten het normale, maar soms verwoordt men het ongerustheidsgevoel simpelweg door te vertellen wat de klachten of symptomen zijn. Een aantal deelnemers zei, dat ze het niet vertelden aan hun arts als ze ongerust waren, maar dat ze eenvoudigweg hun klachten beschreven. *"Ik heb dààr last van." "Ik beschrijf de klachten."* Dit kan zeer specifiek zijn: *"Ik ben altijd moe." "Dat doet pijn." "Ik voel me misselijk." "Ik heb het aan mijn hart."* Doordat ze hun klachten beschreven, gingen de patiënten er van uit dat ze hun ongerustheidsgevoel overgebracht hadden aan de arts.

3.2.5 Uitdrukken dat je het niet weet

Een ongerustheidsgevoel komt vaak verder uit onwetendheid en dit kan simpelweg verwoord worden als het *'niet weten'*. *"Ik weet niet wat dat is." "Ik weet niet wat ik er van moet denken."*

3.2.6 Nood aan een medisch advies

Op de vraag hoe verwoord je een ongerustheidsgevoel kwam er vaak een '*advies'* als antwoord. *"Je moet daarmee naar de dokter." "Zou je niet eens naar de dokter gaan?"* Niet alleen voor andere gaven ze het advies om medische hulp te zoeken, dit kon ook voor zichzelf zijn. *"Ik moet daar toch eens mee naar de dokter gaan." "Ik voel dat ik dit ik niet meer alleen te baas kan." "Het is tijd dat de dokter langskomt."* Of er werd heel expliciet een vraag naar hulp gesteld aan de arts: *"Ik wil uw mening weten." "Trek nog eens bloed en kijk is wat er aan de hand is."*

3.2.7 Expressies die te maken hebben met de duur en tijd

De tijd schijnt een goede indicator te zijn om de ernst en de ongerustheid weer te geven. Enkele voorbeelden: *"Het is hoog tijd." "Het is nijpend." "Dit hier kan niet blijven duren."* Of gecombineerd met de vraag naar een medisch advies *"Het is tijd dat de dokter langskomt."*

3.2.8 Uitroepen

Ongerustheid kan ook kort en krachtig worden uitgedrukt in één van de volgende uitroepen: *"Oei." "Ola." "Oh jee." "Hola." "Amai" "Shit."*

3.2.9 Non-verbale aanwijzingen

Tijdens de focusgroepen werd de onderzoeker erop gewezen dat ook non-verbale communicatie als essentieel wordt ervaren door de patiënt. Zo kwam het meermaals aan bod dat het feit dat de patiënt naar de dokter komt, kan beschouwd worden als een manier om zijn ongerustheid te tonen. Hij is op zoek naar een medisch advies. Bovendien gaven verschillende participanten aan, dat ze het zeer moeilijk vonden om hun ongerustheidsgevoel onder woorden te brengen. Hierlangs gaven verschillende te kennen dat een ongerustheidsgevoel vaak werd opgepikt door een arts, zonder dat dit expliciet moest vermeld worden. Dit kwam volgens hen door de (jarenlange) vertrouwensrelatie die zij me hun arts hadden opgebouwd.

3.2.10 Crosslinking

Het is belangrijk om bij deze taxonomie te vermelden, dat deze niet als absoluut mag gezien worden. Het moet eerder gezien worden als hulpmiddel om het ongerustheids- of niet-pluisgevoel van de patiënt sneller te kunnen doorzien. Bovendien overlappen de negen categorieën erg met elkaar. Hieronder worden enkele voorbeelden geschetst om de onderliggende verwevenheid te verduidelijken.

Zoals hier boven reeds vermeld is de quote: *"Het is tijd dat de dokter langskomt."* Een quote dewelke op twee domeinen actief is. Het is een uitdrukking met daarin het gegeven '*tijd*' wat wijst op de ernst en ook de drang om snel advies in te roepen. Hiernaast zien we ook dat het woord '*dokter'*, de specificatie van de hulpvraag weerspiegelt. Het is niet zomaar hulp dat er gevraagd wordt, het is de hulp van een arts dat deze patiënt nodig acht.

"Ik voel dit kan ik niet meer alleen te baas." Hier zit zowel de sensatie van het *'voelen'* als een hulpvraag naar medisch advies in.

"Het is nijpend." Een duidelijke verwijzing naar de tijd, maar deze uitdrukking wekt ook het gevoel op dat de patiënt ongerust is. Het klinkt alsof hij gealarmeerd is, bang dat hij misschien in tijdsnood zou komen. Het is een dringend probleem.

"Ik heb een gevoel dat je beter niet wacht." Een duidelijke sensatie die gekoppeld is aan de tijd.

"Ik voel me misselijk." Is een gewaarwording, maar ook een beschrijving van een symptoom.

Iemand kan objectief een probleem beschrijven, maar hier ter zelfde tijd ook zijn ongerustheid hierover laten uitschijnen, bijvoorbeeld; *"Dat ziet er niet goed uit."*

"Ik wist het niet, dus ik dacht ik moet naar de dokter." Hier zien we dat het *'niet weten'* gekoppeld is aan een nood voor medisch advies.

3.3 Determinanten van het ongerustheidsgevoel

Wat maakt dat de patiënt ongerust wordt? Het was niet eenvoudig om de determinanten van het ongerustheidsgevoel bloot te leggen. Dit kwam omdat de reflectie, om na te gaan waarom de participanten ongerust werden, geen gemakkelijke opdracht bleek te zijn. De lijst hieronder geeft een goed beeld van de determinanten dewelke onze deelnemers belangrijk achten. Net zoals bij de formulering van het niet-pluisgevoel gaat het onderzoek er hier van uit dat deze oplijsting niet limitatief is. Er werden in totaal 86 beïnvloedende factoren geëxtraheerd die onder volgende categorieën werden samengevat:

Tabel 2: determinanten van het niet pluis-gevoel van de patiënt

1. Alarmerende symptomen
2. Ongewone duur van het ziektebeeld
3. Leeftijd, opleiding en ervaring
4. Informatiestromen
5. Persoonlijkheid en opvoeding
6. Voor iemand anders ongerust zijn
7. Iemand is ongerust voor jou
8. Wachten op diagnose of resultaten

3.3.1 Alarmerende symptomen

Vele participanten gaven als reden van hun ongerustheid een symptoom. Een symptoom dat voor hen een alarmbel deed rinkelen. Deze waren dikwijls opvallend afwijkend. vb. *“Ik kan mijn been niet strekken.” “Een deuk in mijn borst.” “Ik kon nog amper spreken.”*

Hiernaast waren de alarmerende symptomen vaak gelinkt aan bloed: *“Bloed in de urine.” “Bloed bij de ontlasting.”* Echter het vaakst gingen zij gepaard met *‘pijn hebben’. “Ik was misselijk van de pijn.” “Pijn die je niet gewoon bent.”*

3.3.2 Ongewone duur van het ziektebeeld

Soms moest het geen opmerkelijk symptoom zijn, maar was het de duur waarmee de ziekte zich presenteerde, de reden tot de ongerustheid. *“Het blijft maar duren.” “Het ging niet weg.”* Er kon geen rduidelijke lijn getrokken worden in de termijn die de patiënt doorloopt, alvorens ongerust te worden. Dit varieerde van individu tot individu en van symptoom tot symptoom. “*Als het na een dag of drie niet beter is.” “Als het na een week niet opgelost is.”*

3.3.3 Leeftijd, opleiding en ervaring

De patiënten zeiden dat ze sneller ongerust werden voor dingen die ze niet kenden of herkenden. *"De eerste keer iets voorhebben of voelen." "Nooit eerder meegemaakt." "Niet weten wat het is."* Op basis van ervaring werd er **kennis** opgebouwd. Door deze kennis wisten ze wat ze moesten doen in bepaalde situaties. Anderzijds brachten zij ook het verhaal dat ervaring soms ongerustheid met zich meebracht. Ongerustheid om terug in dezelfde situatie terecht te komen als weleer. *" Angst voor het opnieuw te krijgen." " Angst dat het terugkomt."*

In de focusgroepen werd gesteld dat men op jonge leeftijd vaak veel zorgelozer is dan op een zekere ouderdom. De **leeftijd van 50 jaar** werd hier meermaals als referentiepunt naar voren geschoven. Eens deze leeftijd gepasseerd, zou men een pak bezorgder zijn en ook sneller gealarmeerd zijn, met betrekking tot gezondheidsproblemen. Dit werd als volgt verwoord: *"Tussen 50 jaar en 70 jaar ben je toch een risicogroep".* Vaak verwees men naar het feit dat na deze leeftijd bepaalde pathologieën vaak moeilijker te overwinnen zijn, dan op jongere leeftijd. Hierdoor zou het ongerustheidsgevoel toenemen.

Mensen die vaker in aanraking komen met **medische handelingen** gaven aan minder snel ongerust te zijn, omdat zij sneller en beter hun situatie konden inschatten. Het vaker in aanraking komen met medische handelingen kan zeer divers zijn, bv. EHBO-cursus gevolgd hebben, beroep van verpleegkundige uitoefenen of een jarenlange ervaring met een bepaalde ziekte.

Over **IQ en opleidingsniveau** als determinanten voor een ongerustheidsgevoel bestonden er verschillende meningen. Zo werd aangegeven dat het *"gewoon boerenverstand"* invloed had en dat dit los stond van IQ of opleidingsgraad. Anderzijds werd ook gesteld dat opleidingsniveau toch een rol kon spelen. *"Ik denk wel opleidingsniveau invloed kan hebben, als je achtergrond hebt dat je net meer of minder ongerust bent."* De meningen hieromtrent waren verdeeld.

3.3.4 Informatiestromen

In onze huidige maatschappij wordt de patiënt overspoeld met informatie. Vele participanten gaven toe *'Dr. Google'* te consulteren. Naast het raadplegen van sociale media zoals geneeskundige fora, gaven veel participanten aan dat zij ongerust werden van het lezen van de bijsluiter of van de adviezen van derden.

3.3.5 Persoonlijkheid en opvoeding

Tijdens de focusgroepen werd naar persoonlijkheid en opvoeding meermaals expliciet verwezen als belangrijke determinanten voor het ongerustheidsgevoel. *"Het heeft te maken met je persoonlijkheid."*

3.3.6 Voor iemand anders ongerust zijn

In elke focusgroep werd aangegeven dat men sneller ongerust is voor zijn naasten. Voorts werd nog aangegeven dat dit gevoel versterkt werd tijdens de periode van zwangerschap of in het geval dat het ging om een kind.

3.3.7 Iemand is ongerust voor jou

De zevende determinant is wanneer een derde ongerust is over de patiënt. Zo werd door de participanten meermaals gesteld, doorheen de verschillende focusgroepen, dat zij het niet-pluis gevoel ervaren wanneer een derde ongerust is over hen. Wanneer hierop door werd gevraagd, bleek in het merendeel van de gevallen dat deze determinant zich vooral manifesteerde wanneer de arts ongerust werd over de patiënt. *“De dokter was ongerust.” “De dokter had er geen goed oog in.”*

3.3.8 Wachten op diagnose of resultaten

Een laatste en bijgevoegde determinant. Na het nalezen door enkele participanten werd er een hiaat geopperd in de determinanten van het niet-pluisgevoel. Er werd gesteld dat wanneer patiënten in afwachting zijn van een diagnose of een resultaat, zij soms ook een ongerustheidsgevoel zullen ervaren. *“Die tijd dat je moet afwachten dat is veel erger.” “Als het te lang duurt wordt je ook ongerust hé.”*

3.4 Onwetende determinanten

Als we in globo naar de determinanten van het niet-pluisgevoel kijken zien we dat de meeste verder komen uit onwetendheid. Het niet weten wat je hebt of het angstig wachten op resultaten, maakt dat de patiënt ongerust wordt en dat hij advies gaat vragen of naar de dokter gaat. Er werd opgemerkt dat *'het weten'* of *'wetenschap hebben'*, helpt bij het management van de ziekte, alsook om het ongerustheidsgevoel in te dijken. *"Ik weet nu wel dat als ze nog is zoiets krijgt dat ik daar rustig in kan blijven. Je weet dat gaat over."*

3.5 Consequenties van het niet-pluisgevoel bij de patiënt.

Volgens de participanten alarmeerde het niet-pluisgevoel hen. Het dreef hen om actie te ondernemen. Vaak gingen ze op zoek naar antwoorden om hun niet-pluisgevoel te staven. Ze vroegen het na bij anderen, vaak om naar hun ervaring te toetsen. *"Ik bel naar mijn mama." "Als er iets is met mij of de kinderen, dan check ik bij mijn moeder."* Ze zochten antwoorden op het internet. Of kwamen langs bij de huisarts of specialist. *"Ik ga naar mijn huisarts."* Niet alleen ondernamen ze actie, vaak werden er ook fysieke gewaarwordingen ervaren als de patiënt ongerust was. *"Ik word gestresseerd." "Dan word ik ambetant." "Dan slaag ik altijd in een soort van paniekmodus."* Het bekomen van de consequenties van het niet-pluisgevoel van de patiënt was niet de hoofdonderzoeksvraag, maar wel een interessante zijsprong tijdens de focusgroepen. Dit deel werd dan ook onvoldoende uitgediept om hier concreet over te besluiten.

4. Discussie

4.1 Algemene bevindingen

Als er wordt teruggekeken op de focusgroepen in het licht van de vooropgestelde onderzoeksvragen dan werd er een duidelijk antwoord vastgesteld: **Het niet-pluisgevoel is aanwezig bij patiënten.** Hierlangs kon het onderzoek 121 quotes bekomen van de participanten, over hoe zij het niet-pluisgevoel verwoorden. Theoretisch zijn deze citaten niet limitatief. Het ging hier namelijk vaak om uitdrukkingen en zegswijzen, die mogelijks ook streekgebonden zijn. Er werd getracht deze quotes te bundelen in negen verschillende groepen, in de hoop dat artsen op deze manier gestimuleerd worden op het herkennen van het niet-pluisgevoel. Hiernaast werden met dit onderzoek ook de belangrijke determinanten, van het niet-pluisgevoel, bij de patiënt blootgelegd zoals; ervaring, persoonlijkheid en het belang van derden. Hierdoor werd er een beter beeld geschetst van hoe een ongerustheidsgevoel bij de patiënt wordt gevormd en hoe hij deze uit.

4.2 Onder woorden brengen

Het werd tijdens de focusgroepen duidelijk dat het onder woorden brengen van het niet-pluisgevoel, of meer nog het reflecteren naar beïnvloedende factoren van het niet-pluisgevoel, geen alledaagse opdracht was van de participanten. Ze waren er zich wel van bewust dat ze niet altijd expliciet hun ongerustheid verwoorden naar de arts. Ze gaven wel aanwijzingen voor hun ongerustheid aan de arts tijdens de consultatie of tijdens het beschrijven van hun symptomen. Wellicht is dit niet de enige manier waarop zij impliciet communiceren over hun ongerustheid tijdens de consultatie. In eerdere onderzoeken naar het ongerustheidsgevoel van patiënten werd door middel van het maken van patiëntenvideo's duidelijk dat patiënten impliciet communiceerden. Ze vertelden bijvoorbeeld een persoonlijk verhaal waaruit je moest afleiden dat ze angst hadden dat dit hun zelf ook zou overkomen.[14] Deze impliciete vraag naar bevestiging of ontkrachting van hun ongerustheidsgevoel is iets dat niet gebleken is uit het onderzoek. Waarschijnlijk staan patiënten onvoldoende stil bij hun impliciete vragen om deze retrospectief te kunnen oproepen. Bij deze impliciete vragen, moet je als het ware tussen de regels lezen als arts, om ze te kunnen begrijpen. Belangrijk bij deze impliciete communicatie is ook de non-verbale communicatie van de patiënt. De patiënt komt voor een tweede check-up maar de klinische situatie is nog steeds dezelfde? Hier is misschien meer aan de hand, de patiënt heeft mogelijks nog een onopgeloste vraag of bekommernis. Ook het herhaaldelijk terugkomen van dezelfde verklaringen en non-verbale communicatie kan hierop wijzen.[14]

4.3 Terugkoppeling naar de literatuur

4.3.1 Intermezzo : Intuïtie ons buikgevoel

Intuïtie, gut feelings, of buikgevoel. Komt onze intuïtie uit onze buik? Intuïtie werd al eerder omschreven als een lichamelijke gewaarwording, vaak werd het als een buikgevoel verwoord / gut feelings.[5,15,]Komt onze intuïtie werkelijk uit onze buik? Het enterische zenuwstelsel, gelegen in het abdomen, vertoond qua fysiologie erg veel gelijkenissen met de hersenen. Er bestaat een belangrijke bi-directionele communicatie tussen de twee zenuwstelsels. Endocriene, immunologische en neuronale afferente signalen van het visceraal systeem worden via extrinsieke vagale en spinale afferente banen geleid naar de hersenen. De perceptie van deze signalen wordt gevormd in anterieure insula en de orbitofrontale cortex. Ook smaak, reuk, emoties en andere perifere lichamelijke reacties worden hier tezamen opgeslagen als zijnde een multidimensionale ervaring.[16] Op deze manier wordt er een map aangelegd van meta-representaties van positieve of negatieve emoties gekoppeld aan viscerale, perifere of contextuele ervaringen in de orbitofrontale cortex. Aan de hand van hoe deze ervaringen worden opgeslagen, kan dit bewust of onbewust gebeuren.[16,17] Later kunnen deze prikkels onderbewust gebruikt worden als leidraad bij het nemen van beslissingen. Vaak kunnen prikkels zoals een afbeelding, een geluid of een geur, die gelinkt zijn aan de zo'n multidimensionale ervaring opnieuw leiden tot het herroepen van lichamelijke reacties. Bijvoorbeeld het misselijk worden bij het zien of ruiken van eten.[18,19] Op deze manier kunnen we een volgende keer automatisch reageren op nieuwe stimuli in nieuwe situaties gebaseerd op onze eerdere ervaringen. Vooral in complexe of gevaarlijke situaties blijken deze een cruciale rol te spelen.[17,18]

4.3.2 Belangrijke determinanten

De determinanten van het niet-pluisgevoel in de focusgroepen komen overeen met een aantal bevindingen in de literatuur.

Ten eerste wordt er gesteld dat **kennis** een belangrijke factor is. Zo wordt in de literatuur aangetoond dat het opdoen van ervaring of expliciet opbouwen van kennis de intuïtie kan versterken.[17,20,21] Des te meer ervaring, des te krachtiger de intuïtie, des te meer dat je als expert kan optreden.[10] "*Experts see the unexpected.*"[22] Hiernaast kan ook het impliciet leren, datgene wat je onbewust opsteekt, de intuïtie versterken.[5] Dit alles stelt de mens in staat om adequaat te reageren in onvoorziene omstandigheden.[23] Men kan artsen intuïtie aanleren door het delen van ervaringen en het reflecteren over keuzes.[17,23,24,25] Misschien kan men patiënten ook intuïtie aanleren en deze bijkomend leren hanteren?

Wat niet duidelijk naar voor kwam uit de focusgroepen was dat **opleidingsniveau of intellect** een rol zou spelen in het vormen van een betrouwbaar niet-pluisgevoel. Zoals hierboven vermeld, is kennis door ervaring een belangrijke determinant, maar ook in de literatuur stelt men vast dat mensen die goed zijn in abstract redeneren, flexibel denken en een goed probleemoplossend vermogen bezitten, betere intuïtieve beslissingen maken. Dit komt in grote mate overeen met de definitie van

intelligentie.[26,27] Het feit dat dit niet spontaan naar voor kwam in de focusgroepen kwam misschien doordat er niet was voorgeselecteerd op opleiding, waardoor verschillende niveaus qua intelligentie in één groep gemengd zaten. Een voorzichtig antwoord om niemand tegen de borst te stoten kan hier plaatsgevonden hebben.

In de focusgroepen komt de link met **media** sterk naar voren. Onderzoek toonde al eerder aan dat 56%, of ruim de helft van de Belgen naast geschreven bronnen ook het internet consulteert om medische vragen op te zoeken.[28] Het zijn vooral hoger opgeleiden, vrouwen en jongeren (15-24jaar) die digitaal op zoek gaan naar antwoorden.[29] Desondanks vond ongeveer 2/3 van de Belgen deze informatie niet betrouwbaar.[29] Vaak is informatie onduidelijk of onvolledig volgens de patiënt, zo geeft 33% aan dat ze na het opzoeken onzekerder en verwarder zijn.

Gekend is dat **emoties** een belangrijke rol spelen bij het nemen van beslissingen.[26,30] Zoals hierboven vermeld, speelt communicatie tussen de viscera en de hersenen een elementaire rol in het interpreteren van informatie. Deze interpretaties worden automatisch gelinkt aan geassocieerde gevoelens, beloning, straf of andere consequenties. Later worden deze emoties onderbewust gebruikt als leidraad bij het nemen van beslissingen. Op deze manier kan men een volgende keer automatisch reageren op nieuwe stimuli in nieuwe situaties gebaseerd op eerdere ervaringen. Vooral in complexe of gevaarlijke situaties blijkt emotie een cruciale rol te spelen.[18,26] Wel moet de aandacht gevestigd worden op het feit dat er ook nog enkele uitzonderingen zijn bij mensen wiens emoties zeer hevig zijn, dit kan zowel positief als negatief zijn. Vaak nemen deze hevige emoties de overhand, waardoor deze personen meer ongeremd beslissingen nemen. Evenals patiënten die door psychiatrische aandoeningen een andere emotionele beleving hebben. [26,31,32] In de focusgroepen kwam echter de factor emotie niet rechtstreeks naar voren. Wel zag de onderzoeker dat patiënten uit ervaring een niet-pluisgevoel ontwikkelden dewelke wellicht gekoppeld gaat met een emotionele beleving. Zo zei één van de participanten wiens ouder vroegdementie had: *"Is dat de weg die ik ook ga leiden?"*

Tot slot wordt bevestigd in recente literatuur dat patiënten dewelke **wachtende zijn op hun diagnose** erg ongerust kunnen worden. Zij ervaren een grote onzekerheid en dit draagt bij aan hun ongerustheid. Er zijn een hoop zaken dewelke we nog niet kunnen staven met de huidige literatuur, al lijken sommigen dingen voor zich te spreken.[33]

4.4 Sterktes en beperkingen van de studie

Het totaal van zeven focusgroepen met 35 deelnemers is een goed begin voor deze pilootstudie. Het was niet altijd gemakkelijk bereidwillige participanten te vinden, alsook er voor te zorgen dat ze ook allemaal kwamen opdagen als ze hadden toegezegd. De selectie gebeurde zowel spontaan, door een poster in de wachtkamer waarop de patiënten konden reageren, als door een persoonlijke uitnodiging van één van de artsen. Dit kan een selectiebias in de hand gewerkt hebben van meer extroverten persoonlijkheden. De populatie werd slechts gepoold uit één praktijk, wat geen kans laat aan interregionale linguïstische kenmerken. De keuze van een gemengde populatie met diverse leeftijden voor een goede discussiesetting te creëren, kan mogelijks ook inhiberend hebben gewerkt voor sommige patiënten. Het zou een interessante mogelijkheid zijn om de bezorgdheden van de patiënt in verschillende subpopulaties te analyseren (hoogopgeleiden versus laagopgeleiden, jongeren versus ouderen, mannen versus vrouwen).

Zoals hierboven reeds bediscussieerd is, kan deze retrospectieve studie een afwijkend beeld geven van de realiteit. Doordat de patiënt retrospectief niet aan bepaalde zaken denkt of ze op een andere manier verwoordt dan hij zou doen op raadpleging, gaan er misschien uitdrukkingen of informatie verloren. Deze hiaten zouden misschien kunnen weggewerkt worden als er gebruik werd gemaakt van patiëntenvideo's dewelke eventueel nadien gekoppeld kunnen worden aan diepte-interviews.

Ondanks de kleinschaligheid van dit onderzoek geeft deze studie duidelijkheid over de aanwezigheid van het niet-pluisgevoel bij de patiënt. Het design met focusgroepen gaf de kans aan het onderzoek om nieuwe materie te ontginnen en zorgde voor een springplank naar verder onderzoek.

5. Besluit

De meeste patiënten gaven aan een niet-pluisgevoel te hebben. Op de manier waarop zij die ongerustheid verwoorden, kwamen zeer uiteenlopende antwoorden. Ook de reflecties naar de determinanten bracht een brede waaier aan beïnvloedende factoren. Ook al is er meer licht geworpen op het niet-pluisgevoel van de patiënt, toch zal er verder onderzoek naar het uitspitten van de validiteit van het niet-pluisgevoel bij de patiënt nodig zijn zodat ze beter kan gehanteerd worden in het diagnostisch proces. Dit alles met als doel een betere arts-patiëntrelatie te bewerkstelligen en de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Dit kwalitatieve onderzoek was een eerste stap om een grip te krijgen op het fenomeen: *"Het niet-pluisgevoel bij de patiënt."*

"The intuitive mind is a sacred gift and the rational mind is a faithful servant. We have created a society that honours the servant and has forgotten the gift."

- Albert Einstein

---

6. Referenties

1. H. Van Puymbroeck. Klinische logica als antwoord op diagnostische onzekerheid. Huisarts nu 2004. 33: p. 119-122.
2. E. Stolper, P. Van Royen, M Van de Wiel. et al. Consensus on gut feelings in general practice. BMC Family Practice 2009, 10:66.
3. Philip G. Zimbardo, Robert L. Johnson, Vivian McCann Hamilton. Psychology Core Concepts 7th edition . Pearson; 2012
4. A. Dijksterhuis, LF Nordgren. A theory of unconscious thought. Perspect Psychol Sci 2006,1(2): 95–109
5. E.Stolper , P Van Royen, GJ Dinant. The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. Eur J Gen Pract. 2010;16:72–74.
6. A. van den Bruel, M. Thompson, F. Buntinx, D. Mant. Het niet-pluisgevoel bij ernstige infecties van kinderen. Huisarts Wet 2013;56(11):564-7.
7. E. Wiersma, G. Donker, M.J. Heins. Ervaring helpt bij niet-pluisgevoel kanker. Huisarts Wet 2016; 59(8): 354–354
8. R. Bruyninckx, A. Van den Bruel, K. Hannes, F. Buntinx, B. Aertgeerts. GP's reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. BMC Family Practice 2009; 10:55
9. E.Stolper, M Van de Wiel, P Van Royen, MA Van Bokhoven-Poeze, T van der Weijden, GJ Dinant. Intuitieve kennis is volwaardige kennis. Medisch Contact. 2011 Jan 1;66(46):2815-2817.
10. PE Benner, CA Tanner, CA Chesla. Expertise in nursing practice: Caring , clinical judgement and ethics. Springer publishing company :New York;1996
11. E. Stolper. Gut Feelings in General Practice [dissertation] . Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 2010
12. Ben Baarda Ester Bakker, Therese van der Velden ,Vincent Peters Tom Fischer Mark Julsing: basisboek kwalitatief onderzoek. 3de editie, Noordhoff Uitgevers B.V.; 2013
13. P. Van Royen, L. Peremans. Exploreren met focusgroep gesprekken: hoofdstuk 5 de 'stem' van de groep onder de loupe. Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum 2007
14. F1 Lang, MR Floyd, KL Beine. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening . Arch Fam Med. 2000 Mar;9(3):222-7.
15. L. Rew, & E. Barrow. State of the science: Intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. Advances in Nursing Science: 2007, 30(1):15–25.
16. AR. Damasio. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 1996;351:1413–1420
17. A. Bechara. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. Brain Cogn. 2004 Jun;55(1):30-40.
18. EA. Mayer, B Naliboff, J. Munakata. The evolving neurobiology of gut feelings. Prog brain Res,2000: 122: 195-206

19. MD Gershon The second brain. Harper, New York Harper Collins Publishing;1998
20. A. Dijksterhuis, PK Smith, RB van Baaren, DHJ Wigboldus.The unconscious consumer: effects of environ-ment of consumer choice. J Consum Psychol, 2005: 15: 193–202
21. EA. Mayer. Gut feelings: the emerging biology of gut–brain communication. Nature Reviews Neuroscience, 2011: 12, 453-466
22. P. Schwerdtfeger Marketing Shortcuts for the Self-Employed Wiley;2011
23. B. Lobergan. Insight. A study of human understanding. Vol.6 Toronto : university of Toronto press; 1992.
24. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N Engl J Med 2006 Nov 23; 355 (21): 2217-25.
25. KW Eva, RM Hatala, VR Leblanc, LR Brooks. Teaching from the clinical reasoning literature: combined reasoning strategies help novice diagnosticians overcome misleading information. Med Educ 2007 Dec; 41 (12): 1152-8.
26. E. Svarz, Prof. P Van Royen. E. Stolper. Het gebruik van intuïtie bij patiënten met een bepaald ziektebeeld. Literatuurstudie. [dissertation] Faculteit: Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen : 2016
27. S.A. Buetow, B Mintoft. When should patient intuition be taken seriously? J Gen Intern Med. 2011 Apr;26(4):p.433-6. doi: 10.1007/s11606-010-1576-6. Epub 2010 Nov 23. Review.
28. K. Auwerx P. Debbaut, N. Van Riel, S. Vanhees, B. Schoenmakers: Ziek op internet of ziek door internet? Huisarts Nu: 2016, Vol 45(6), pp 260–265
29. TNS political & Social. European citizens' digital health literacy. Flash Eurobarometer 404. European Union;2014.
30. N. Naqvi, B. Shiv, A. Bechara. The role of emotions in decision making: a cognitive neuroscience perspective. Current directions in psycholo-gical science 2006;15:260-4.
31. C Remmers, S. Topolinski, D.E. Dietrich, J. Michalak. Impaired intuition in patients with major depressive disorder. Br J Clin Psychol. 2015 Jun;54(2):pp.200-13. doi: 10.1111/bjc.12069. Epub 2014 Oct 11.
32. N.D Weinstein. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. J Behav Med. 1982 Dec;5(4): p.441-60.
33. R. C. Spillmann A. McConkie-Rosell, L. Pena, et al. A window into living with an undiagnosed disease: illness narratives from the Undiagnosed Diseases Network. Orphanet J Rare Dis. 2017;12(1):71.

7. Bijlagen:

7.1 Bijlage: lijst deelnemers

Focus 1	
Geslacht	Leeftijd
Man	78
Vrouw	16
Man	31
Vrouw	56
Vrouw	58
Man	63
Vrouw	43
Vrouw	85
Aantal deelnemers	8
Gemiddelde leeftijd	53,8

Focus 2	
Geslacht	Leeftijd
Vrouw	61
Vrouw	73
Man	77
Man	54
Vrouw	76
Man	62
Vrouw	61
Aantal deelnemers	7
Gemiddelde leeftijd	66,3

Focus 3	
Geslacht	Leeftijd
Man	55
Vrouw	59
Vrouw	42
Man	72
Aantal deelnemers	4
Gemiddelde leeftijd	57

Focus 4	
Geslacht	Leeftijd
Man	53
Vrouw	49
Vrouw	42
Man	48
Man	61
Aantal deelnemers	5
Gemiddelde leeftijd	50,6

Focus 5	
Geslacht	Leeftijd
Vrouw	47
Man	28
Vrouw	54
Vrouw	43
Aantal deelnemers	4
Gemiddelde leeftijd	43

Focus 6	
Geslacht	Leeftijd
Man	50
Vrouw	47
Vrouw	63
Aantal deelnemers	3
Gemiddelde leeftijd	53,3

Focus 7	
Geslacht	Leeftijd
Vrouw	35
Man	53
Vrouw	33
Vrouw	28
Aantal deelnemers	4
Gemiddelde leeftijd	37,3

7.2 Bijlage: Informed Consent

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING:

Hierbij bevestigt de deelnemer dat:

- Hij/zij vrijwillig deelneemt aan de georganiseerde focusgroep georganiseerd rond het thema het ongerustheidsgevoel van de patiënt. Deze focusgroep wordt georganiseerd in het kader van een MaNaMa-proefwerk.
- Hij/zij geeft de toestemming om de focusgroep op te nemen via digitale audio-opnames.
- Hij/zij weet dat de gegevens van de focusgroepen strikt anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.
- Hij/zij werd voldoende ingelicht over de aard en het doel van het onderzoek.
- Hij/zij worden niet vergoed voor deelname.

Datum: Datum:

Naam Participant: Naam Onderzoeker:

Handtekening Participant: Handtekening Onderzoeker:

7.3 Bijlage: Focusgroepmethodologie

Exploreren van het niet-pluis gevoel bij de patiënt aan de hand van focusgroepen.

Verwelkoming:

Dankjewel allemaal om te komen.

We werken aan een grootschalig onderzoek tussen verschillende universiteiten in België (Antwerpen-Leuven) alsook buitenlandse universiteiten over heel Europa. Dit onderzoek gaat over het ongerustheidsgevoel van de patiënt. Het gaat over de fase die vooraf gaat aan 'naar de dokter gaan'. We willen weten wat de patiënten denken en voelen. Dus jullie mening is heel belangrijk en leerrijk voor ons.

Hoe gaan we te werk? Het is goed als u zo veel mogelijk onderling discussieert. Ik ben er alleen om het tempo erin te houden, af en toe te sturen en om mensen aan bod te laten komen. Ik stel algemene vragen en jullie vertellen wat er in je opkomt. Het gaat er om wat u vindt en waarom u dat vindt. Dit kan van alles zijn. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Is je mening anders dan een ander panellid, geen probleem des te interessanter is deze.

Alles wordt opgenomen vandaag, met de voicerecorder. Alles zal anoniem verwerkt worden en daarna zullen de opnames vernietigd worden. Indien jullie graag iets meer te weten wil komen over het eindresultaat, kunnen jullie na afloop bij mij terecht.

Graag vraag ik ook om discreet te zijn over de persoonlijke dingen die u hier zou kunnen horen.

Hebben jullie nog vragen?
Vergeet ook geen stukje cake of wafeltje te smullen.

Ijsbreker

Vertel ons je naam, je leeftijd en hoe lang jullie al in deze dokterspraktijk komen.

Vragen

Ziekte

- Bent u al eens ernstig ziek geweest? Hoe ging dat? Wanneer was u ongerust?
- Bleek uw gevoel juist te zijn?
- Wat gaf de doorslag om naar de dokter te gaan? Wanneer gaat uzelf naar de arts/dokter? Wanneer beslis je om naar de dokter te gaan?
  Wat is voor u de belangrijkste reden om een arts te consulteren?
- Bent u altijd ziek als u naar de arts gaat? Onterecht ongerust?
- Wat is voor u ziek zijn?
- Wat is voor u normaal? Niet ongerust zijn?
- Wat maakt dat u ongerust wordt? / Wanneer bent u als patiënt ongerust over uw gezondheid?
- Wanneer bent u als patiënt gealarmeerd over u gezondheid?
- Heeft u soms het gevoel dat u te snel ongerust bent over uw gezondheid?
- Verandert dit jou gedacht nu? (sneller –minder snel ongerust- zelfde)
- Wat doe je als je ongerust wordt? Ga je dingen opzoeken? Of hoop je gewoon dat het overgaat? Iemand elders consulteren?
- Welke impact heeft ongerustheid op u? Waaraan zien mensen dat je ongerust bent?

Voorstel definitie

- Kan deze ongerustheid over jouw/iemands gezondheid worden uitgedrukt als een “niet-pluisgevoel”?
- Waarom ja?
- Waarom nee?
- Kan deze ongerustheid over jouw/iemands gezondheid worden uitgedrukt als Gut Feelings
- Welke definitie zou u hieraan (NPG) geven? / Zou je het kunnen omschrijven?
- Gebruiken patiënten dan woorden als PNP of hebben ze andere uitdrukkingen?
- Hoe verwoordt u deze ongerustheid naar de arts? / Hoe zou u deze ongerustheid verwoorden naar de arts? / Kunt u eens een paar van die uitdrukkingen of zinnen noemen die patiënten gebruiken wanneer ze meer dan gebruikelijk ongerust zijn over hun gezondheid?
- Hebt u het idee dat patiënten het begrip niet-pluisgevoel wel kennen?

Niet-pluisgevoel voor derde

- Ervaart u dit niet-pluisgevoel of ongerustheidsgevoel soms ook voor iemand anders?
- Wat zorgde ervoor dat u voor deze persoon ongerust werd?
- Hoe verwoordt u dit gevoel, voor iemand anders, naar de arts?
- Wie zorgt

Arts-patiënt interactie

- Heeft u ooit al eens een niet-pluisgevoel gehad over uw gezondheidstoestand of die van iemand anders?
- Met welke vragen zat u toen?
- Wat maakte dat u ongerust was?
- Wordt er actief naar gevraagd door de arts?
- Welke vragen stelt hij/zij?
- Moet hij hier actief naar vragen of moet de patiënt dit zelf vertellen?
- Hoe reageerde de arts op uw ongerustheid? Begreep hij jouw ongerustheid?
- Waarom wel?
- Waarom niet?
- Welke actie kwam hieruit verder?
- Welke betekenis/waarde geeft de arts aan het niet-pluisgevoel van de patiënt?
- Hangt deze waarde of betekenis van iets af?
- Wat maakt het niet-pluisgevoel bij de patiënt meer geloofwaardig?
- Waarom?
- Met welke woorden omschrijven artsen dit gevoel bij patiënten?
- Gebruikt uw arts soms de term niet-pluis?
- Hoort u wel eens over dat intuïtieve gevoel dat alles wel 'pluis' is maar dat patiënten toch wel een vraag hebben?
- Consulteert u soms de huisarts om gerustgesteld te worden?
- Is er een verschil tussen jonge en oudere artsen? Relatie opbouw

Beïnvloedende factoren

- Waardoor wordt het niet-pluisgevoel beïnvloed?
- Wordt dit gevoel beïnvloedt door andere personen?
- Maakt uw omgeving u soms attent op niet-pluisgevoel?
- Zijn er fases in het leven die dit ongerustheidsgevoel beïnvloeden? Ben je sneller ongerust als je ouder bent of jonger bent?
- Wordt dit gevoel beïnvloed door eerdere ervaringen?
- Wordt dit gevoel beïnvloed door leeftijd?
- Wordt dit gevoel beïnvloed door cognitie of opleidingsniveau?
- Heeft opleiding een invloed en waarom?
- Wordt dit gevoel beinvloed door introvert/extroverte persoonlijkheid?
- Wordt dit gevoel beinvloed door opvoeding?
- Wordt dit gevoel beinvloed door persoonlijkheid?
- Wordt dit gevoel beïnvloed door de omgeving/context?
- Wordt dit gevoel door andere zaken beïnvloed?

- Verschil tussen man en vrouw?
- Welke invloed heeft de media?

Afsluiter

Hartelijk dank voor jullie tijd en medewerking, we zijn aan het einde gekomen van deze focusgroep.
Zijn er nog opmerkingen of vragen?

7.4 Bijlage: Draaiboek focusgroep niet-pluisgevoel bij patiënten

Verloop	**Tijdsbestek**	**Interview**	**Praktisch**
Voor de sessie	10min	Invullen IC/registratieformulier	-Controleren materiaal (recorder, naamkaartjes…) -Accommodatie participanten (kleerhangers/dranken/hapjes) -Iedereen gaat op zijn plaats zitten
Aanvang	10 min	-Verwelkoming -Introductie/doel -Spelregels -Vragen? -Ijsbreker	Moderator en observator stellen zich voor en schetsen doelstellingen. Iedereen komt aan de beurt om zichzelf voor te stellen en te antwoorden op de introductievraag.
Focusgroep	+- 30min	-Ziekte -Niet-pluisgevoel voor derde -Voorstel definitie	
~~Pauze?~~	~~Neen~~		~~Participanten iets aanbieden om te drinken.~~
Interview vervolg	+- 30min	-Arts-patiënt interactie -Beïnvloedende factoren	
Afsluiten	5min	Bedanken	Geïnteresseerden voor eindresultaat noteren.

7.5 Bijlage: Gut Feelings questionnaire

Deze gut feelings questionnaire vindt u terug op : www.gutfeelings.eu

Dit is de website van het internationale onderzoeksprogramma betreffende *'Gut Feelings'*.

Gut Feelings Questionnaire (real practice version)	Completely disagree	Disagree	Neutral	Agree	Completely agree
	1	2	3	4	5
1. Please indicate what kind of gut feeling you have at the end of the consultation. If you cannot answer this question now, please answer the following nine questions, then give your answer to question 1, which is repeated at the end of the questionnaire. O Something is wrong with this picture. O Everything fits. O Impossible to say, or not applicable.					
2. It all adds up. I feel confident about my management plan and/or about the outcome.	O	O	O	O	O
3. Something does not add up here. I am concerned about this patient's state of health.	O	O	O	O	O
4. In this particular case, I will formulate provisional hypotheses with potentially serious outcomes and weigh them against each other.	O	O	O	O	O
5. I have an uneasy feeling because I am worried about potentially unfavourable outcomes.	O	O	O	O	O
6. Prevention of any (further) serious health problems requires specific management of this case.	O	O	O	O	O
7. This patient's situation gives me reason to arrange a follow-up visit sooner than usual or to refer him or her more quickly than usual to a specialist.	O	O	O	O	O
8. What diagnosis, or diagnoses, do you have in mind? (max. 3)					
9. What management have you chosen? (Please tick one answer.) I will: O not yet take action; wait and see. O not yet take action, but advise the patient to come back if the problem persists. O not yet take action, but invite the patient for a follow-up appointment either face-to-face or by phone. O order further testing (laboratory tests, X-rays, etc.). O order further testing, and in the meantime, I will start treatment (medicinal or other). O start treatment, but will not arrange a follow-up. O start treatment and give the advice to the patient to come back if the problem persists. O start treatment and invite the patient for a follow-up appointment either face-to-face or by phone. O refer the patient.					
10. Which diagnosis has determined your management?					
11. This question is the same as question 1. If you have already given an answer, there is no need to answer this question again. Please indicate what kind of gut feeling you have at the end of the consultation. O Something is wrong with this picture. O Everything fits. O Impossible to say, or not applicable.					

7.6 Bijlage: Aanvraag ethische commissie

KU LEUVEN **Biomedische Wetenschappen**

Ethische begeleiding masterproeven

mp11767	Fungeert het niet-pluis gevoel van de patiënt ook als kompas in het diagnostisch proces van de arts?

Student(en):
Julie Cools
Promotor:
Jo Goedhuys (jo.goedhuys@med.kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:
Cools Julie
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is uitsluitend retrospectief.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Inleiding

Huisartsen maken beslissingen op basis van gestructureerde methodes, maar ook door middel van hun intuïtie en ervaring. Het concept 'pluis' versus 'niet-pluis' kent in de medische besliskunde een belangrijke rol. Het fungeert als kompas om de onderzoeker al dan niet aan te sturen tot verdere exploratie. Men kan hierdoor stellen dat het, het diagnostisch proces stuurt.Tot op heden is in de medische literatuur weinig beschreven over de plaats van patiëntenintuïtie in het diagnostisch proces. Over dit laatste willen wij ons licht werpen.

Doel van het onderzoek

Fungeert het niet-pluis gevoel van de patiënt ook als kompas in het diagnostisch proces van de arts?

Deelvragen

- Kunnen we spreken van een pluis- versus niet-pluisgevoel bij de patiënt?
- Fungeert het niet-pluisgevoel bij de patiënt ook als kompas?
- Heeft het niet-pluisgevoel van de patiënt een voorspellende diagnostische waarde?
- Komt de prevalentie van het niet-pluisgevoel van de arts overeen met dat van de patiënt?
- Kan de arts het niet-pluisgevoel van de patiënt inschatten?
- Hoe kunnen we dit niet-pluisgevoel van de patiënt als arts capteren?

Methodologie:

Methode

Aan de hand van een literatuurstudie willen we het onderwerp afbakenen en definities voorop stellen. Vervolgens willen we aan de hand van de officiële vragenlijst (Stolper) het niet-pluisgevoel capteren bij de huisarts. Om dit vervolgens te vergelijken met een zelf opgestelde vragenlijst, die als meetinstrument dient om te peilen naar het niet-pluisgevoel bij de patiënt. Deze vragenlijst wordt grotendeels gebaseerd op de bestaande vragenlijst voor de arts. In de kwalitatieve analyse wordt het niet-pluisgevoel geïdentificeerd en vergeleken met deze van de arts.

Definities
Arts: Arts heeft in dit werk betrekking tot huisartsen en huisartsen in opleiding.

Patiënt: We includeren patiënten tussen 18 en 99 jaar oud.

Aanmeldingsklacht: Een nieuw probleem waarmee de patiënt zich presenteert. We excluderen hierbij alle hyperacute problemen en chronische klachten.

Inclusiecriteria: Leeftijd en aanmeldingsklacht.

Niet-pluisgevoel: Een spontaan opkomend, alarmerend gevoel van alertheid.

Pluisgevoel: Tegengesteld aan niet-pluisgevoel, gevoel van berusting.

Referenties:

Referenties/Bibliografie

1. Van Puymbroeck Klinische logica als antwoord op diagnostische onzekerheid. 2004. *Huisarts nu* 33 p. 119-122

2. Stolper Gut Feelings in general practice .2010. *Universitaire Pers Maastricht*

3. Van den Bruel et al. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children: a prospective study in primary care. . 2007 . *Br J Gen Pract* Jul;57(540):538-46

4. Rudi Bruyninckx et al. 2009. GPs' reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. *BMC Family Practice* 10:55

5. May-Lill Johansen et al. How does the thought of cancer arise in a general practice consultation? Interviews with GPs. 2012. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 30: 135-140

6. Rudi Bruyninckx et al. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. 2008. *British Journal of General Practice. 58(547): 105-111.*

7. Van den Bruel et al. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries a systematic review. 2010. *The lancet.* 375(9717), 834–845.

8. Joseph A. Mikels et al. Should I go with my gut? investigating yhe benefits of emotion-focused decision making. 2011. *American Psychological Association. 11(4), 743–753* .

9. Kirsten Lykke et al. This is not normal…- Signs that make the GP question the child's well being. 2008. *Family Practice Advance Access. 25: 146-153.*

10. Frank Buntinx et al. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. 2011. *British Journal of General Practice.* 61(582): 43-46.

11. Griffiths et al. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: a qualitative srudy. 2005. *British Medical Journal.* 330(7490):511.

12. Buntincx f. Supporting the GP's decisision-making process. 2000. *Universitaire Pers Maastricht*

13. Van Leeuwen YD. Gut Feelings or Protocol. 2004.*Medisch Contact.* 59:1464-5

14. Elstein AS,Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: a selective review of cognitive literature. 2002. *British medical Journal.* 324:729-32

15. Haynes et al. Clinical expertise in the era of eveidence-baesed medicine and patient choice. 2002. *ACP J Club 136: A11-A14*

16. Van de Ende et al. Argumenten en patienten. 1996. *Huisarts nu.* 25:322-8

17. Elstein et al. Medical problem Solving: an analysis of clinical reasoning. 1978. *Harvard University Press.*

18. Van Puymbroeck et al. Teaching problem solving and decision making in undergraduate medical education: an instructional strategy. 2003. *Med Teach. 25:547-50.*

19. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. 2006. *New England Jounral of Medecine.* 355:2217-25.

20. Baerheim A. The diagnostic process in general practice: has it a two-phase

structure? 2001. *Family practice*. 18:243-5.

21. Stolper et al. The diagnositc role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. 2009. *british medical journal*. 10:17.

22. Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decesionmaking process. 1992. *Scand j primary health care*. 10:290-4

23. Montgomery K. How doctors think. Clinical judgement ant the practice of medicine. 2006. *Oxford; New York; oxford university press.*

7.7 Bijlage: Goedkeuring ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Fungeert het niet-pluis gevoel van de patiënt ook als kompas in het diagnostisch proces van de arts?" (mp11767)

BEANTWOORDEN ALLEN BEANTWOORDEN DOORSTUREN

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

vr 31-3-2017 14:42

Markeren als ongelezen

Aan: Jo Goedhuys <jo.goedhuys@med.kuleuven.be>;

CC: Julie Cools;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Fungeert het niet-pluis gevoel van de patiënt ook als kompas in het diagnostisch proces van de arts?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Fungeert het niet-pluis gevoel van de patiënt ook als kompas in het diagnostisch proces van de arts?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

7.8 Bijlage: Verwoorden van het ongerustheidsgevoel

Hieronder vindt u de lijst van citaten onderverdeeld in categorieën. Omwille van ecologische redenen heb ik de lijst van de determinanten niet toegevoegd. U kan deze steeds bekomen. Bovendien bestaat er van elk ook nog een louter opsommende lijst, waarbij er geen onderverdeling is in categorieën, maar wel kwantitatief aangegeven staat welke de meest voorkomende uitspraken waren. Deze aantallen werden niet opgenomen in dit proefschrift omwille van het kwalitatieve karakter van de studie.

Tabel 1 UITGEBREID : Formuleren van het niet-pluisgevoel

1. **Vertellen dat je gealarmeerd, angstig of ongerust bent**
    - 1.2 Belletje gaan rinkelen
    - 1.3 Een acuut alarm hebben/Een alarm gegaan /een alarmbelletje
    - 1.8 Iets serieus hebben
    - 1.10 Bang zijn
    - 1.11 Schrikken
    - 1.12 Seffens gebeurd er iets (met lichaamsdeel)
    - 1.9 Ongerust zijn/maken/worden (doodongerust)
    - 1.18 Dat voelt eng / Dat is eng
    - 1.23 Ik heb het idee dat er iets is
    - 1.25 Ik ben bezorgd / bezorgd zijn
    - 1.31 Zorgen over iets maken / dat baart me zorgen
    - 1.38 Een onrust
    - 1.39 Met iets zitten
    - 1.40 Ik moet daar toch eens iets van zeggen tegen de dokter
    - 1.28 Wat is er nu
    - 1.41 Met iets in je hoofd zitten
    - 1.42 Onrustig worden
    - 1.56 Vreemd vinden / eigenaardig vinden
    - 1.63 Een ongerustheidsgevoel hebben
    - 1.64 Er staat me nog iets te wachten
    - 1.65 Er gaat iets gebeuren (algemeen)
    - 1.73 Speelt dat nu in mijn hoofd
    - 1.74 Is dat de weg die ik ook ga leiden
    - 1.75 Heb ik gepanikeerd / in paniek zijn / Een paniekreactie
    - 1.77 Seffens sterf ik
    - 1.81 ongerustheid
    - 1.85 Ik ben er niet gerust in
    - 1.86 Wat gaat dat worden
    - 1.97 Ik vertrouw het niet / heb er geen vertrouwen in
    - 1.76 Ik vond het verdacht

- 1.117 Nu ga ik er misschien aan
- 1.118 Er is misschien iets ernstigs
- 1.92 Ze is aan het doodgaan
- 1.103 Ik ben gestresseerd
- 1.104 ik heb er geen goed oog in
- 1.87 Dat gaat niet simpel zijn
- 1.108 Het loopt hier slecht af

2. Uitdrukken van een sensatie of een gevoel

- 1.14 Zo een gevoel hebben / aanvoelen
- 1.18 Dat voelt eng / Dat is eng
- 1.19 Dat voelt bizar / vreemd / raar
- 1.20 Ik voel me niet op mijn gemak
- 1.22 Ik voel me niet zoals gewoon
- 1.35 Ik heb een gevoel dat je beter niet wacht
- 1.37 Ik voel er is iets / ik voel iets
- 1.39 Met iets zitten
- 1.29 Niet-pluis
- 1.52 Een raar gevoel hebben
- 1.66 Ik heb een voorgevoel
- 1.82 Ik voel me er niet goed bij
- 1.95 ik voel me niet lekker in mijn vel
- 1.99 Ik voel dit komt niet goed
- 1.113 buikgevoel
- 1.102 betrokken voelen
- 1.95 ik voel me niet lekker in mijn vel
- 1.94 ik voel me niet lekker / niet goed
- 1.62 Er is iets aan de hand
- 1.91 Instinct (moeder-)

3. Vaststellen dat er een afwijking is van het normale

- 1.1 Het is niet normaal
- 1.5 Er klopt iets niet
- 1.7 Er mankeert iets
- 1.13 Dat is niet juist
- 1.15 Dat kan nu toch niet
- 1.2 Belletje gaan rinkelen
- 1.17 Er is iets mis/ ik denk dat er iets mis is
- 1.21 Ik ben niet gelijk gewoon
- 1.23 Ik heb het idee dat er iets is
- 1.51 Ik heb iets
- 1.96 het gaat buiten het gewone / overschrijdt het gewone

- 1.30 Wat zou dat kunnen zijn
- 1.37 Ik voel er is iets / ik voel iets
- 1.55 Er is iets
- 1.28 Wat is er nu
- 1.109 Abnormaal
- 1.112 Er scheelt iets
- 1.56 Vreemd vinden / eigenaardig vinden
- 1.62 Er is iets aan de hand
- 1.68 Ik kom niet voor het gewoonlijke
- 1.78 Het is niet ok
- 1.80 Er is iets anders / Dit is niet zoals anders
- 1.82 Dit zit hier fout
- 1.115 Niet in orde zijn
- 1.119 Dat ziet er niet goed uit
- 1.16 Je gezond verstand weet dat
- 1.51 Ik heb iets
- 1.100 niet koosjer
- 1.98 Dat kan toch niet

4. Beschrijven van een ziektebeeld of functionaliteit

- 1.121 Ik heb dààr last van
- 1.53 Ik was altijd moe / zeer moe zijn
- 1.54 Mijn knie is kapot
- 1.67 Daar doet het pijn / zeer
- 1.57 Dan wordt ik draaierig
- 1.111 Ik heb het aan mijn hart.
- 1.59 Ik beschrijf de klachten
- 1.69 Ik ben (echt) ziek
- 1.120 Kan het niet anders? Zou het niet anders kunnen
- 1.95 ik voel me niet lekker in mijn vel
- 1.94 ik voel me niet lekker / niet goed
- 1.93 ik voel me misslelijk
- 1.4 Ik voel me niet goed
- 1.110 Over and out
- 1.27 Gedesoriënteerd zijn
- 1.26 Gebrek aan stabiliteit
- 1.48 Mijn functioneren is gestoord
- 1.49 Als het niet meer gaat
- 1.50 Niet meer verder kunnen
- 1.70 Heel moeilijk hebben

5. **Nood aan een medisch advies**
    - 1.40 Ik moet daar toch eens iets van zeggen tegen de dokter
    - 1.47 Voelen dit kan ik niet alleen meer te baas
    - 1.60 Ik moet daar toch eens mee gaan
    - 1.61 Trek nog eens bloed en kijk is wat er aan de hand is
    - 1.105 Ik wil uw mening weten
    - 1.114 Ik moet is gaan
    - 1.71 Het is tijd dat de dokter langskomt
    - 1.47 Voelen dit kan ik niet alleen meer te baas
    - 1.6 Ik wou daar van af geraken
    - 1.107 Dàt zal toch niet aan het zakken zijn he
    - 1.31 Ga toch maar naar de dokter
    - 1.33 Zou je niet eens naar de dokter gaan
    - 1.34 Je moet daarmee naar de dokter
    - 1.35 Ik heb een gevoel dat je beter niet wacht
    - 1.36 Ik denk dat je beter niet wacht
    - 1.43 We gaan naar de dokter
    - 1.60 Ik moet daar toch eens mee gaan
6. **Uitdrukken dat je het niet weet**
    - 1.28 Wat is er nu
    - 1.89 Ik weet niet wat ik daarmee aan moet
    - 1.88 Ik weet niet wat dat is / van waar het komt
    - 1.90 Hoe gaat het verlopen
    - 1.101 Ik weet het niet
    - 1.84 Ik weet niet wat ik er van moet denken
    - 1.83 Ik ben niet zeker
    - 1.86 Wat gaat dat worden
7. **Expressies die te maken hebben met de duur en tijd**
    - 1.24 Ik heb het geprobeerd uit te zieken
    - 1.44 het is hoog tijd / het is nodig
    - 1.45 Het is nijpend
    - 1.46 Het kan zo niet meer verder
    - 1.116 Dit kan hier niet blijven duren
    - 1.71 Het is tijd dat de dokter langskomt
8. **Uitroepen**
    - 1.79 Ola /Oei / Oh jee / hola / amai / shit
9. **Non-verbale aanwijzingen**
    - 1.58 NON VERBAAL feit dat patiënt komt
    - 1.72 Het niet kunnen verwoorden/ Niet weten hoe te verwoorden
    - 1.106 Je arts ziet dat je ongerust bent