

Klinisch redeneren: bespreken van casuïstiek op de terugkomdag

Em. Prof. Dr. Henk de Vries, oud-hoogleraar huisartsgeneeskunde VUMC
Juni 2021

Noodzaak

In de literatuur over scholing in klinisch redeneren wordt het belang benadrukt van het bespreken van zoveel mogelijk casuïstiek. Dat geldt voor (huis)artsen in opleiding en voor ervaren artsen. In de huisartsgeneeskunde is het helaas nog lang niet overal gebruikelijk om regelmatig patiënten te bespreken. We maken wel overdrachten over complexe patiënten voor de dienst en leggen elkaar tussendoor regelmatig een lastige casus voor. Bij FTO's en toetsingsbijeenkomsten brengen we ook wel casuïstiek in. Maar systematisch, bijvoorbeeld wekelijks, in een groep van huisartsen samen met de coassistenten en aios patiënten bespreken heeft veel meerwaarde, voor alle betrokkenen. In dit opzicht lopen we nog ver achter bij de gebruiken in de kliniek.

Methode

Tijdens de huisartsopleiding gebeurt ligt de nadruk van het bespreken van het patiëntcasuïstiek bij het contact van de aios met de opleider. Bij consultaties is er vrijwel altijd een focus op één of enkele aspecten waar de aios tegenaan loopt. In de leergesprekken vindt verdieping op aspecten of onderwerpen plaats vooral gericht op de ontwikkeling van deze aios. De wiki's Klinisch redeneren module 1 t/m 3 kunnen hierbij behulpzaam zijn. Het bespreken van casuïstiek op de terugkomdag of ontleent zijn waarde aan de inbreng van een grotere groep. Daarbij kan het accent worden gelegd op verschillende competenties. De kerncompetentie is echter die van medisch deskundige: het klinisch redeneren. Doorgaans heeft de aios die de casus inbrengt één of meer knelpunten of vragen. De inbreng van de groep en de docent kan de aios verder helpen en is tegelijkertijd leerzaam voor de groep (en de docent). De bespreking vindt stapsgewijs plaats en volgt het geneeskundig proces bij de patiënt in de praktijk. De groep staat bij de opeenvolgende beslissingen stil, oppert overwegingen, en draagt argumenten aan. Het doel van de bespreking is voor alle duidelijkheid niet het nemen van beslissingen. Dat doet de aios samen met de opleider. Het doel van casuïstiekbesprekingen op de terugkomdag is het verbreden van handelingsopties (over diagnostiek, behandeling of individuele preventie) en het verdiepen en afwegen van de argumentatie daarvoor.

Wij bevelen sterk aan om op de terugkomdag meer tijd te besteden aan het bespreken van actuele eigen casuïstiek van de aios als instrument voor het continu verbeteren van de klinisch redeneren skills van de aios.

Aandachtspunten

1. Werken in de grote groep (12-15) versus werken in subgroepen

Het voordeel van een groep van 12-15 deelnemers is dat alle deelnemers kunnen profiteren van een rijker geschakeerde inbreng. De overwegingen en argumenten voor klinische beslissingen zijn uitgebreider en genuanceerder dan in de subgroep van 3-4. In een kleine subgroep is de drempel lager om met ideeën te komen en hebben tegelijkertijd meer mensen de gelegenheid om actief bij te dragen. Bij on-line onderwijs heeft het werken in subgroepen (*outbreak rooms*) zijn waarde bewezen: het is makkelijker om je aandacht erbij te houden. Bij de grotere groep kan de docent beter een bewakende rol spelen. Let op: plenair terugmelden van de bevindingen in de subgroepen wordt al gauw saai door herhalingen, dus niet doen of zeer beperkt (bijvoorbeeld één saillant element).

2. Rol van de docent

- agenderen van *voldoende* casuïstiekbesprekingen
- bewaken van de *veiligheid* in de groep: iedereen mag alles inbrengen; bijdragen van aios die je zelf minder 'goed' vindt niet 'afstraffen', maar als mening accepteren en er vragen over (laten) stellen; duidelijke misvattingen wel als zodanig benoemen
- *eerlijk zijn* over wat je als docent zelf niet precies weet (je kunt niet alles weten)
- bewaken dat in de loop der tijd *alle* groepsleden ongeveer evenveel casus inbrengen
- een casus is *geschikt* als hij aanleiding geeft tot discussie (ongeacht hoe het in de praktijk verder gegaan is)
- als meerdere casus aan bod komen: zorgen voor voldoende *verschil* in onderwerpen
- bewaken van de *systematiek* bij de bespreking: volgens 'het geneeskundig proces': stap 1. altijd beginnen met geslacht, leeftijd, enkele zaken uit voorgeschiedenis of overige context; stap 2. spontaan gemelde klachten, hoofdklacht volgens aios, hulpvraag, urgentie; stap 3. beschrijvende anamnese en hypothesegerichte vragen incl. alarmklachten; stap 4 gericht lichamelijk onderzoek; stap 5. differentiaaldiagnostische overwegingen; stap 6. Eventueel aanvullend onderzoek; stap 7. eventuele kiezen van een behandeling; stap 8 eventuele problemen bij het verdere beloop. NB altijd tot slot vragen of het al bekend is hoe het verder gegaan is
- *rode draad* bij bespreking van een diagnostisch probleem is de *differentiële diagnose*, die je het beste *op het bord* kunt zetten, meteen al na het exploreren van de spontaan gemelde klachten en vóór het uitvragen van de anamnese; eronder schrijven + of -: wat er wel of niet op wijst bij de anamnese, LO, etc.; bij voorkeur een DD in drie groepjes: meest waarschijnlijke diagnose, daarna meest waarschijnlijke diagnose(n), dan de uit te sluiten, ernstige diagnosen; doorstrepen of tussen haakjes zetten van diagnosen als tegenargumenten dan wel onvoldoende argumenten ervoor naar voren komen; zo nodig aanvullen met diagnosen o.g.v. nieuwe info.
- *rode draad bij therapiekeuze* is: situatie (diagnose en context), mogelijke behandelingen, argumenten, keuze (SMAK); daarbij de mogelijke behandelingen *op het bord* en overwegingen als + of – eronder)
- bewaken van de *diversiteit* van de inbreng bij de discussie bij elke stap; niet alleen verschillende deelnemers aan bod laten komen, ook verschillende invalshoeken
- er is *niveaoverschil* in de groep in mate van inbreng en in ervaring in het klinisch redeneren; bedenk dat de stillen soms heel actief mee-denken; de groepsbegeleider weet wel wie hoe aangemoedigd kan worden tot een actieve inbreng; de zeer actieven niet te gauw afremmen, wel dominantie voorkomen door dit te benoemen en eventueel adviseren (terzijde of plenair) om de inbreng te gieten in de vorm van stimulerende vragen aan anderen i.p.v. het ventileren van eigen zienswijzen.
- bewaken van de *tijd*: sommige onderwerpen zijn 'gauwer klaar' dan andere; het moet wel boeiend blijven; dat merk je aan hoe de aios erbij zitten en aan de 'energie' van de groep
- leerzaam element is het bij de bespreking van een casus *laten samenvatten* door de inbrenger van het belangrijkste knelpunt en de overwegingen daarbij; evenals het aan het eind laten noteren door de deelnemers van enkele leerpunten en deze laten opnoemen. Dat geeft de docent meteen een indruk van wat er leerzaam was – accenten mee te nemen naar een volgende bespreking om die daar in te brengen of te 'onderstrepen' als ze genoemd worden

- *stimuleren* van de groep om met meer gezichtspunten te komen (wat zouden deze klachten voor de omgeving van de patiënt betekenen? denk eens aan andere pathofysiologisch mechanismen om je DD te verbreden; welke gerichte vragen kun je nog meer stellen? over welk deel van je onderzoek was je meer/minder zeker? welke aspecten van de standaard behandeling leveren voor deze patiënt problemen op; met welke contextfactoren moet je rekening houden bij de behandeling van deze patiënt? waardoor kan in het algemeen het resultaat van een behandeling tegenvallen?)

- regelmatig de vraag in de groep stellen: hoe *noteer* je dit in het journaal? Belangrijke positieve en negatieve bevindingen noteren; diagnostische overwegingen op E-regel noteren (als patiënten dat kunnen inzien en je wilt dat liever niet: dan onder O (of P? checken!))

- belangrijke uitweiding: de vraag stellen: hoe *bespreek* je dit met de patiënt? Eventueel mini-rollenspel.

- aanvaarden van twijfel en *onzekerheid* van de aios; dit is namelijk vooral inherent aan veel medische beslissingen; vermijden om in de groep 'het juiste antwoord' te geven (wie bepaalt dat...) hoogstens: als men het vraagt: ik zou het meest voelen voor; als onzekerheid een meer persoonlijk karakter heeft de bespreking daarvan parkeren en er tijdens een meer op reflectie gerichte bijeenkomst op terugkomen of verwijzen naar de opleider (daarbij kan de wiki Klinisch redeneren module 3 helpen)

- *alternatieve* scenario's inbrengen; als de discussie bij deze patiënt weinig oplevert is het soms leerzaam om je samen af te vragen wat dezelfde klacht of hetzelfde probleem bij een patiënt met een andere leeftijd of achtergrond kan betekenen

- zorgen dat de informatie uit relevante *NHG-standaarden* aan bod komt maar deze tegelijkertijd relativeren: de standaarden bieden houvast, maar bij toepassing op de individuele patiënt is er ruimte voor alternatieven en voor overwegingen voortkomend uit de unieke klachten en context van deze patiënt; soms zijn ze overigens onvoldoende klacht-gericht, op onderdelen niet duidelijk of toe aan revisie

3. Valkuilen

- de *epidemiologie*: bij vage klachten wordt de kans op een bepaalde aandoening sterk bepaald door het vóórkomen ervan ('hoefgetrappel op de Dam' is waarschijnlijk een paard); maar: wanneer bepaalde klachten en onderzoeksbevindingen op een specifieke diagnose wijzen is het niet van belang of deze zeldzaam is: de a priori kans is daarmee hoog (zwart-wit gestreept dier met hoefgetrappel op de Dam is waarschijnlijk een zebra). Voorbeeld: Drukkende pijn retrosternaal gedurende enkele uren met braken is zeer suspect voor een acuut coronair syndroom, ook al gaat het om een vrouw van 32 jaar oud (zie NHG-Standaard ACS 2012: alleen bij twijfel wegen leeftijd, geslacht en cardiovasculair risico mee).

- als de aios bang is dat er iets *ernstigs* aan de hand zou kunnen zijn en eventueel daarom uitgebreid aanvullend onderzoek wil doen, vraag dan aan welke aandoeningen de aios denkt, wat de klinische kenmerken daarvan zijn (bijpassende klachten en LO) en of deze bij de gepresenteerde patiënt van toepassing waren; kortweg: zijn er alarmsignalen (alarmklachten en alarmbevindingen) aanwezig– zie de NHG-standaarden en het leerboek Diagnostiek van alledaagse klachten dat de alarmsignalen bij veel voorkomende klachten geeft.

- vermijd enerzijds het streven naar de enig juiste beslissing (diagnose of beleid), maar aarzel anderzijds niet om duidelijke (kunst)fouten te *benoemen*

- discussies over afwijkende bevindingen bij aanvullend onderzoek dat weliswaar aangevraagd was maar ook volgens de inbrengende aios zonder goede indicatie; dit leidt nergens toe. Het uiteindelijke beloop zal het leren: een grote kans van niets aan de hand (*fout-positieve uitslag*), kleine kans op een toevalsbevinding die leidt tot een belangrijke diagnose; de discussie waarom dit niet past in de eerste lijn kun je natuurlijk wel één keer doen in de groep. Probeer dat verder te vermijden of buig het om naar een situatie waarbij dat onderzoek wel geïndiceerd was en ga dan met de groep de implicaties daarvan na.
- niet blijven hangen bij de diagnostiek; ook therapeutische beslissingen en vragen m.b.t. individuele preventie zijn van groot belang voor het klinisch redeneren
- de aanwezigheid van *psychische of sociale factoren* (psychische problemen, de aanwezigheid van stress-factoren of sociale tekorten) is op zichzelf onvoldoende verklaring voor een somatische klacht; altijd weer moet men nagaan of het totale beeld van klachten en bevindingen bij onderzoek kan wijzen op een belangrijke somatische aandoening; het nagaan van de alarmsignalen speelt daarbij een belangrijke rol; indien men geen aanwijzingen voor een belangrijke somatische oorzaak vindt moet je vervolgens proberen de relatie tussen de klacht en de psychische of sociale factor te begrijpen (moeheid bij overbelasting door frequent overwerk en wegvallen van sociale steun). Het is overigens bekend dat psychische en sociale factoren invloed hebben op de ervaren ernst en het beloop van klachten en op het dagelijks functioneren, zowel bij overigens onverklaarde klachten als bij duidelijke somatische en psychische aandoeningen. Ook bij het bepalen van het beleid spelen context-factoren van psychische of sociale aard een grote rol. Dus: bij evidente psychische of sociale factoren in eerste instantie goed het somatische spoor volgen, in tweede instantie proberen de onderlinge relatie te begrijpen en te verdisconteren.
- enkele aios kleven aan *rijtjes* die ze uit een boek, een standaard of van internet halen; het is aan de docent en de groep om de discussie te richten op het waarom: wat in deze casus doet denken aan een bepaalde diagnose