

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="https://mijn.bsl.nl/niet-pluisgevoel-van-huisartsen-gerelateerd-aan-kanker-betekenis/15305030">https://mijn.bsl.nl/niet-pluisgevoel-van-huisartsen-gerelateerd-aan-kanker-betekenis/15305030</a>
Pubmed link	
DOI	10.1007/s12414-017-0277-z

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

# Niet-pluisgevoel van huisartsen gerelateerd aan kanker – betekenisvol? Een prospectieve cohortstudie

GÉ A. DONKER · EVA WIERSMA · LUCAS VAN DER HOEK · MARIANNE HEINS

## SAMENVATTING

Huisartsen gebruiken hun niet-pluisgevoel om kanker te diagnosticeren, maar er is weinig bekend over de relatie met patiënt- en huisartskenmerken.

Prospectieve cohortstudie van patiënten in 44 huisartsenpraktijken verspreid over Nederland, van januari 2010 tot en met december 2013. De huisartsen noteerden in een vragenlijst wat de aanleiding was voor het gevoel, het vervolgbeleid, de verwachte diagnose en drie maanden nadien werd in een followup vragenlijst bij dezelfde patiënten nagegaan welke diagnose gesteld was en of deze conform de geanticiperde diagnose was. Chikwadraattoets, uni- en multivariate logistische regressie en multilevel analyses werden verricht.

Van 366 gerapporteerde patiënten, had 35% drie maanden later kanker als diagnose. De meest voorkomende triggers waren: onverklaard gewichtsverlies (N = 85) en sporadisch spreekuurbezoek (N = 76), gevolgd door het aanhouden van klachten (N = 64), maar in een multivariate analyse waren geen van de triggers gerelateerd aan kanker. De positief voorspellende waarde van het nietpluisgevoel nam met 2% toe voor elk jaar dat een patiënt ouder was en 3% voor elk jaar dat de leeftijd van de huisarts toenam. Het geslacht van de huisarts bleek niet van invloed op de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel.

Het niet-pluisgevoel van de huisarts blijkt een nuttig diagnostisch instrument voor het diagnosticeren van kanker en de relatief hoge voorspellende waarde neemt toe naarmate de huisarts ouder en meer ervaren is en naarmate de patiënt ouder is. Dit verdient aandacht in onderwijs en richtlijnen.

## INLEIDING

In Europa krijgen naar schatting 3,5 miljoen mensen per jaar de diagnose kanker, van wie de helft curatief behandeld wordt [1]. De overleving neemt geleidelijk toe, deels door vroegere diagnose [2, 3]. In landen met een goed ontwikkelde eerstelijnszorg, is

het eerste contact meestal met de huisarts. Huisartsen gebruiken medische kennis, diagnostisch onderzoek en klinisch redeneren om kanker te diagnosticeren [4–6]. Toch tonen twee studies dat slechts een op de drie patiënten vroege symptomen van kanker heeft [7] en een van de acht pathognomonische symptomen tijdens het eerste huisartsconsult [8]. Deze percentages laten zien hoe moeilijk het diagnosticeren van kanker kan zijn alleen op grond van symptomen en klinisch onderzoek, reden waarom veel huisartsen ook gebruikmaken van ervaring en het pluis/niet-pluisgevoel van zowel huisarts als patiënt [6].

Huisartsen herkennen het niet-pluisgevoel en passen hun vervolgbeleid daarop aan, zoals onderzocht is door huisarts Stolper [9–13]. Specialisten weten een nietpluisgevoel ook op waarde te schatten en accepteren een verwijzing met als indicatie het niet-pluisgevoel, vooral van ervaren huisartsen [14]. Kwalitatief onderzoek betreffende niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker is wel verricht, maar kwantitatief onderzoek nauwelijks. Wij deden kwantitatief onderzoek naar de voorspellende waarde van een niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker, de triggers voor dat gevoel en de invloed van huisarts- en patiëntkenmerken.

## **METHODE**

Geanonimiseerde gegevens voor deze prospectieve cohortstudie werden verzameld van januari 2010 tot en met december 2013 in de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [15]. Dit netwerk van huisartsenpraktijken is landelijk representatief wat betreft de verdeling naar geslacht, leeftijd, regio en bevolkingsdichtheid.

Er waren 44 praktijken met een totale populatie van 119.882 patiënten, 0,7% van de Nederlandse populatie [16, 17]. Huisartsen werd gevraagd een vragenlijst in te vullen bij een niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker, onafhankelijk van de symptomen en klinische bevindingen, maar niet noodzakelijkerwijs bij afwezigheid van symptomen. Deze brede definitie van niet-pluisgevoel was gebaseerd op bevindingen in focusgroepen van huisartsen van Stolper [10, 11]. De vragenlijst bevatte open vragen betreffende huisarts- en patiëntkenmerken, het verwachte kankertype, de trigger(s) voor het niet-pluisgevoel en het beleid na het niet-pluisgevoel. Na drie maanden ontving de huisarts een vragenlijst voor dezelfde patiënt(en), waarop de diagnose werd ingevuld.

## **Statistische analyses**

Gegevens werden geanalyseerd met STATA® versie 13.0. Het percentage patiënten met kanker na drie maanden werd onderzocht voor alle patiënten en per trigger. Chikwadraattoetsen en univariate logistische regressieanalyses werden gedaan met kanker na drie maanden als uitkomstvariabele en leeftijd, geslacht van patiënt en huisarts, etniciteit van de patiënt, hoe lang en hoe goed de huisarts de patiënt kende en het aantal jaren ervaring van de huisarts als onafhankelijke variabelen. Alle variabelen die in de univariate analyse een p-waarde  $<0,10$  hadden werden in een multivariate analyse gebruikt, waarbij  $p <0,05$  als afkappunt voor significantie werd gedefinieerd. Een meer gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksmethode vindt u in het oorspronkelijk Engelstalige artikel.

## RESULTATEN

Door 59 huisartsen in 44 praktijken werden 366 vragenlijsten ingevuld met een gemiddelde van 6,2 vragenlijsten per huisarts; 74% door een mannelijke huisarts. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen was 50 jaar en het gemiddeld aantal jaren ervaring als huisarts 17. Van de patiënten was 48% vrouw en 93% van Nederlandse afkomst. De helft van hen was tussen 61 en 80 jaar oud en de huisartsen gaven aan 81% goed of heel goed te kennen (tab. 1).

### Triggers voor niet-pluisgevoel en vervolgacties

Gewichtsverlies (24%), sporadisch huisartsbezoek (22%) en duur van de klachten (19%) waren frequent door de huisarts gerapporteerde triggers voor een niet-pluisgevoel (fig. 1). Bij deze triggers werd bij ruim een kwart van de patiënten na drie maanden de diagnose kanker gesteld (25% tot 28%). Bij niet-pluisgevoel getriggerd door een palpabele tumor, abnormale testresultaten en een suspecte medische voorgeschiedenis werd het vaakst de diagnose kanker gesteld, respectievelijk 47%, 42% en 39% in univariate analyses.

De meeste patiënten (64%) werden naar een specialist verwezen; bij twee derde van deze patiënten betrof het een (semi)spoedverwijzing. Daarnaast ondergingen 32% een laboratoriumtest, 21% röntgendiagnostiek, 13% een echo en bij 5% besloot men af te wachten.

### [TABEL 1] [FIGUUR 1]

#### Voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel in univariate analyses

Van 366 patiënten had 35% uiteindelijk een diagnose kanker en bij 30 patiënten was de diagnose onbekend. De univariate analyses (tab. 2) tonen dat de positief voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel gerelateerd is aan hoe lang de huisarts de patiënt kent en aan de leeftijd van de patiënt. Als de huisarts de patiënt langer dan tien jaar kende ( $N = 196$ ), had 41% een diagnose kanker; 13% meer dan de groep waarvan de huisarts de patiënt korter dan tien jaar kende ( $p = 0,01$ ).

De kans op kanker nam toe met een factor 1,04 (95% BI 1,01–1,06;  $p = 0,004$ ) voor ieder jaar dat de huisarts de patiënt langer kende en met een factor 1,02 (95% BI 1,00–1,03,  $p = 0,03$ ) voor ieder jaar dat de patiënt ouder was.

Ook de leeftijd en het aantal jaren ervaring van de huisarts waren gerelateerd aan de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel. Bij huisartsen ouder dan 50 jaar had 43% van de patiënten kanker; 16% meer dan bij de jongere huisartsen ( $p = 0,004$ , fig. 2). Als de huisarts >15 jaar ervaring had, had 43% van de patiënten kanker; 17% meer dan van de minder ervaren huisartsen ( $p = 0,006$ ). De kans op kanker nam met 1,04 toe (95% BI = 1,01–1,07;  $p = 0,007$ ) voor ieder jaar toename in leeftijd en eveneens met 1,04 (95% BI 1,01–1,08;  $p = 0,002$ ) voor ieder jaar extra ervaring.

Van de elf triggers voor niet-pluisgevoel, voorspelde alleen een palpabele tumor kanker; 48% van de patiënten met een palpabele tumor had kanker ( $p = 0,03$ ).

Gewichtsverlies als trigger voorspelde relatief minder vaak kanker (27%,  $p = 0,07$ ) en dit gold ook voor sporadisch huisartsbezoek (26%,  $p = 0,07$ ).

### [TABEL 2] [FIGUUR 2]

#### Multivariate logistische regressieanalyse

De variabelen palpabele tumor, gewichtsverlies, sporadisch huisartsbezoek, leeftijd van patiënt en van de huisarts werden in een multivariaat logistisch regressiemodel

opgenomen. Vanwege een hoge correlatie tussen de leeftijd van de huisarts en diens professionele ervaring (correlatie 0,91) en ook tussen de leeftijd van de huisarts en hoe lang deze de patiënt kende (correlatie 0,47), werden de variabelen 'professionele ervaring' en 'hoe lang de huisarts de patiënt kende' niet meegenomen in de multivariate analyse. In het multivariate model bleken alleen toenemende leeftijd van de patiënt en van de huisarts voorspellende waarde voor de diagnose kanker te hebben: een toename van 1,02 voor ieder jaar dat een patiënt en een toename van 1,03 voor ieder jaar dat een huisarts ouder is (tab. 3). Multilevel analyses lieten vergelijkbare uitkomsten zien en worden in de oorspronkelijke publicatie uitgebreid beschreven.

### [TABEL 3]

#### DISCUSSIE

Dit is de eerste studie die het niet-pluisgevoel, de triggers van dat gevoel en patiënt- en huisartskenmerken kwantitatief analyseert. Het gebruik van een landelijk representatief langer bestaand huisartsennetwerk en de longitudinale opzet van de studie, maken een vergelijking tussen verwachte en werkelijke diagnose mogelijk zonder selectiebias.

Andere studies ondersteunen het bestaan van een kankergerelateerd niet-pluisgevoel en bevestigen dat huisartsen hierop meestal vervolgactie ondernemen [10, 11, 13, 18]. Ingeman toonde aan dat 16,2% van de Deense patiënten verwezen naar een oncologische polikliniek voor patiënten met ernstige specifieke symptomen uiteindelijk kanker had [19]. Het percentage kanker was hoger als de huisarts een sterk niet-pluisgevoel had dan wanneer dat niet het geval was. Bij een kwart van de patiënten met specifieke symptomen was het niet-pluisgevoel van de arts de reden voor verwijzing naar een speciaal zorgpad voor kanker en patiënten met een palpabele tumor hadden ook in die studie een hogere kans op kanker (26,9%) [19]. Een Noorse studie vond dat 3,8% van de suspecte gevallen een diagnose kanker kreeg en dat de correcte verdenking op kanker van huisartsen zes keer zo frequent was als ten onrechte geen verdenking hebben [20]. De verschillen in percentages zijn grotendeels gerelateerd aan follow-up duur en onderzoeksopzet.

#### Implicaties voor de praktijk

Shapley beschouwde een symptoom met een voorspellende waarde van meer dan 5% als een suspect symptoom [23]. In dat licht bezien laat onze studie zien dat een niet-pluisgevoel een waardevol diagnostisch instrument is met een voorspellende waarde van 35%, die toeneemt met het stijgen van de leeftijd van de patiënt en de huisarts. Geen van de triggers voor een niet-pluisgevoel was in multivariate analyses extra voorspellend voor kanker. Geaccumuleerde professionele ervaring zet niet-pluisgevoel mogelijk om in een bewust analytisch proces, waardoor het door ervaren huisartsen als een diagnostisch instrument gebruikt kan worden. Kunnen jongere huisartsen getraind worden in het ontwikkelen van een niet-pluisgevoel? Op sommige huisartsopleidingen wordt geoefend aan de hand van de beschikbare literatuur, gedeelde ervaringen en aandacht vragen voor de kunst van het onderbreken van het gebruikelijk snelle denken, patroonherkenning en handelen, op het moment dat je een specifiek gevoel hebt: de tijd nemen om de situatie rustig te analyseren.

Huisartsen in opleiding ervaren het als zeer waardevol om bij dit onderdeel van het vak stil te staan. Ook in opleidingspraktijken bevordert de aanmoediging van huisartsopleiders om te vertrouwen op het gevoel en de tijd te nemen erbij stil te staan, de ontwikkeling van het niet-pluisgevoel en het zelfvertrouwen van de huisartsen in opleiding, zoals ook bevestigd door een studie van Stolper [21]. De grotere kans op kanker bij stijgende leeftijd van de patiënt mag daarbij betrokken worden, maar hoeft niet de doorslag te geven [22].

### **Dankbetuiging**

De auteurs danken de Stichting Stoffels-Hornstra voor de studiefinanciering, de participerende huisartsen van de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn voor het invullen van de vragenlijsten en Marianne Heshusius voor een cruciale rol in de dataverzameling.

### **LITERATUUR**

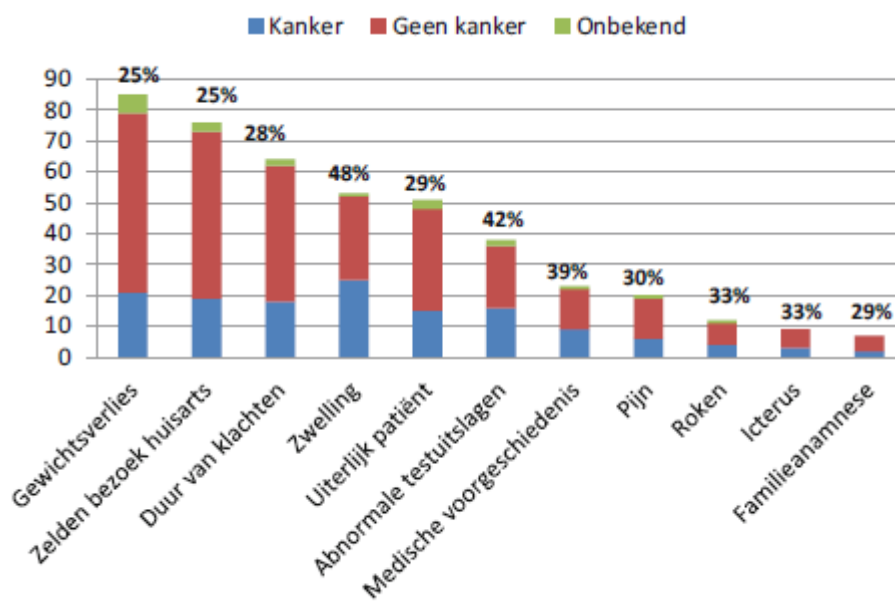
1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013;49(6):1374–403.
2. World Health Organization. Cancer – factsheets World Health Organization Media Centre 2015. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. Geraadpleegd op: 24 november 2015.
3. Nederland IK. Cijfers over kanker 2015. 2015. <http://www.cijfersoverkanker.nl/kerncijfers-overkanker-49.html>. Geraadpleegd op: 24 november 2015.
4. Hamilton W. Five misconceptions in cancer diagnosis. *Br J Gen Pract*. 2009;59(563):441–5.
5. Buntinx F, Mant D, Bruel A van den, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. *Br J Gen Pract*. 2011;61(582):43–6.
6. Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE. How does the thought of cancer arise in a general practice consultation? Interviews with GPs. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(3):135–40.
7. Scheel BI, Holtedahl K. Symptoms, signs, and tests: the general practitioner's comprehensive approach towards a cancer diagnosis. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(3):170–7. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1067512>.
8. Ingebrigtsen SG, Scheel BI, Hart B, Thorsen T, Holtedahl K. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. *Fam Pract*. 2013;30(2):153–60.
9. Stolper E, Wiel M van de, Royen P van, Weijden T van der, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med*. 2011;26(2):197–203.
10. Stolper E, Royen P van, Wiel M van de, Bokhoven M van, Weijden T van der, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009;10:66.
11. Stolper E, Bokhoven M van, Houben P, Royen P van, Wiel M van de, Weijden T van der, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract*. 2009;10:17.
12. Donker G, Dorsman S. Niet-pluis gevoel: een diagnostisch instrument. *HuisartsWet*. 2011;54(8):449.
13. Hjertholm P, Moth G, Ingeman ML, Vedsted P. Predictive values of GPs' suspicion of serious disease: a population-based follow-up study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(623):e346–e53.

14. Stolper E, Wiel M van de, Royen P van, Brand P, Dinant GJ. Hoe pluis is het niet-pluisgevoel? *Huisarts Wet.* 2015;58(4):192–5.
15. Donker GA. Continuous Morbidity registration Dutch Sentinel General Practice Network 2012. Annual Report NIVEL 2013. 2013.  
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Peilstationsjaarverslag-2013-Engels.pdf>. Geraadpleegd op: 21 juni 2016.
16. NIVEL. Nivel Zorgregistraties. Available from:  
<http://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisartspeilstations>. Geraadpleegd op 7 december 2017.
17. Donker GA. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn – Peilstations 2013. 2013.  
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Peilstations-2013.pdf>. Geraadpleegd op: 21 juni 2016.
18. Stolper E, Royen P van, Dinant GJ. 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(2):72–4.
19. Ingeman ML, Christensen MB, Bro F, Knudsen ST, Vedsted P. The Danish cancer pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer – a cross-sectional study of patient characteristics and cancer probability. *BMC Cancer.* 2015;15:421.
20. Scheel BI, Ingebrigtsen SG, Thorsen T, Holtedahl K. Cancer suspicion in general practice: the role of symptoms and patient characteristics, and their association with subsequent cancer. *Br J Gen Pract.* 2013;63(614):e627–e35.
21. Stolper CF, Wiel M van de, Hendriks RH, Royen P van, Bokhoven MA van, Weijden T van der, et al. How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20(2):499–513.
22. Nederland IK. Cijfers over kanker – Incidence 2015. 2015.  
[http://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/dataset\\_1/img5655cef397887](http://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/dataset_1/img5655cef397887). Geraadpleegd op 21 juni 2016.
23. Shapley M, Mansell G, Jordan JL, Jordan KP. Positive predictive values of 5% in primary care for cancer: systematic review. *Br J Gen Pract.* 2010;60(578):e366–e77.

TABELLEN EN FIGUREN

**Tabel 1** Verdeling van patiënt- en huisartskenmerken in aantal en percentage van het totale aantal gerapporteerd tussen 1 januari 2010 en 31 december 2013

<i>patiëntkenmerken</i>	<i>N = 366</i>	<i>%</i>
<i>geslacht patiënt</i>		
vrouw	175	48 %
man	191	52 %
<i>leeftijd patiënt</i>		
0-20 jaar	11	3 %
21-40 jaar	16	4 %
41-60 jaar	100	27 %
61-80 jaar	182	50 %
>80 jaar	57	16 %
<i>nationaliteit patiënt</i>		
Nederlands	340	93 %
Turks	5	1.5 %
Surinaams en Antilliaans	5	1.5 %
anders	15	4 %
onbekend	1	0 %
<i>hoe lang kent de huisarts de patiënt?</i>		
0-5 jaar	55	15 %
6-10 jaar	94	26 %
11-20 jaar	122	33 %
>21 jaar	89	24 %
onbekend	6	2 %
<i>hoe goed kent de huisarts de patiënt?</i>		
heel goed	137	37 %
redelijk goed	162	44 %
beperkt	38	10 %
niet goed	28	8 %
onbekend	1	1 %
<i>huisartskenmerken</i>		
<i>geslacht huisarts</i>		
vrouw	20	34 %
man	38	64 %
onbekend	1	<1 %
<i>leeftijdscategorie huisarts</i>		
≤50 jaar	24	40 %
>50 jaar	31	53 %
onbekend	4	6 %
<i>aantal jaren professionele ervaring</i>		
0-15 jaar	10	17 %
>15 jaar	15	25 %
onbekend	34	58 %



**Figuur 1** Triggers die bij huisartsen een niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker veroorzaken en het percentage dat na drie maanden kanker bleek te hebben, van januari 2010 tot december 2013



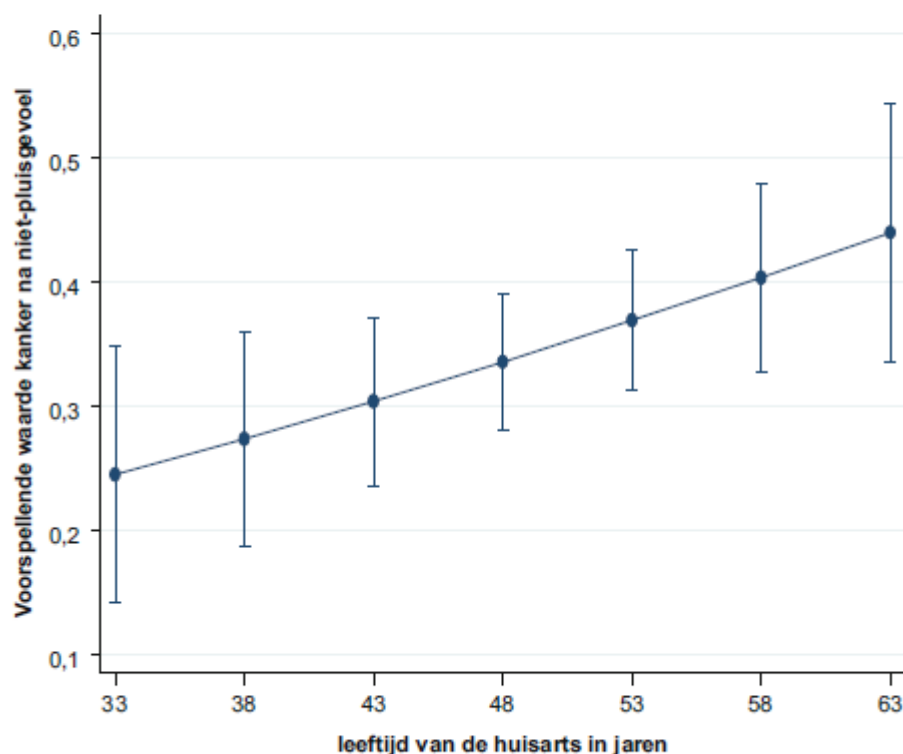
**Tabel 2** Univariate analyses van de voorspellende waarde van huisarts- en patiëntkenmerken en triggers voor het niet-pluisgevoel

<i>patiëntkenmerken</i>	<i>aantal patiënten<sup>a</sup></i>	<i>aantal (percentage) patiënten met kanker na 3 maanden</i>	<i>p-waarde</i>
<i>geslacht</i>			
vrouw	159	54 (34 %)	<i>p</i> = 0,67
man	177	64 (36 %)	
<i>leeftijdscategorie</i>			
0-30 jaar	16	3 (19 %)	<i>p</i> = 0,17
31-64 jaar	140	45 (32 %)	
65-100 jaar	180	70 (39 %)	
<i>hoe lang kent de huisarts de patiënt?</i>			
0-10 jaar	134	37 (28 %)	<i>p</i> = 0,01
>11 jaar	196	80 (41 %)	
<i>hoe goed kent de huisarts de patiënt?</i>			
niet goed	27	7 (26 %)	<i>p</i> = 0,11
beperkt	32	15 (47 %)	
redelijk goed	151	45 (30 %)	
heel goed	125	50 (40 %)	
<i>nationaliteit</i>			
Nederlands	204	110 (35 %)	<i>p</i> = 0,87
anders	14	7 (35 %)	
<i>huisartskenmerken</i>			
		<i>aantal (percentage) patiënten met kanker</i>	<i>p-waarde</i>
<i>geslacht</i>			
vrouw	81	29 (36 %)	<i>p</i> = 0,89
man	249	87 (35 %)	
<i>leeftijdscategorie</i>			
≤50 jaar	151	41 (27 %)	<i>p</i> = 0,004
>50 jaar	151	65 (43 %)	
<i>jaren professionele ervaring</i>			
0-15 jaar	116	30 (26 %)	<i>p</i> = 0,006
>15 jaar	119	51 (43 %)	
<i>triggers voor het niet-pluisgevoel</i>			
		<i>aantal (percentage) patiënten met kanker</i>	<i>p-waarde</i>
gewichtsverlies	79	21 (27 %)	<i>p</i> = 0,07
komt zelden bij de huisarts	73	19 (26 %)	<i>p</i> = 0,07
duur van klachten	62	18 (29 %)	<i>p</i> = 0,27
palpabele tumor	52	25 (48 %)	<i>p</i> = 0,03
uiterlijk van patiënt	48	15 (31 %)	<i>p</i> = 0,54
abnormale testresultaten	36	16 (44 %)	<i>p</i> = 0,22
medische voorgeschiedenis patiënt	22	9 (41 %)	<i>p</i> = 0,56
pijn	19	6 (32 %)	<i>p</i> = 0,74
roken	11	4 (36 %)	<i>p</i> = 0,93

**Tabel 2** Univariate analyses van de voorspellende waarde van huisarts- en patiëntkenmerken en triggers voor het niet-pluisgevoel (Vervolg)

<i>patiëntkenmerken</i>	<i>aantal patiënten<sup>a</sup></i>	<i>aantal (percentage) patiënten met kanker na 3 maanden</i>	<i>p-waarde</i>
icterisch	9	3 (33 %)	<i>p</i> = 0,91
familiaire belasting	7	2 (29 %)	<i>p</i> = 0,71

<sup>a</sup> Patiënten werden geëxcludeerd in analyses bij een ontbrekende waarde.



**Figuur 2** De voorspellende waarde met 95 % betrouwbaarheidsintervallen van het niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker (*N* = 366), in relatie tot de leeftijd van de huisarts (in jaren op de x-as)

**Tabel 3** Multivariate logistische regressieanalyse van de positief voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker met de variabelen in het model, die significant waren in de univariate analyse

<i>variabele</i>	<i>odds ratio (95 % betrouwbaarheidsinterval)</i>	<i>p</i>
leeftijd patiënt	1,02 (1,01–1,04)	<i>p</i> = 0,01
leeftijd huisarts	1,03 (1,00–1,06)	<i>p</i> = 0,04
palpabele tumor	1,90 (0,97–3,74)	<i>p</i> = 0,06
gewichtsverlies	0,58 (0,31–1,09)	<i>p</i> = 0,09
komt zelden bij huisarts	0,58 (0,32–1,09)	<i>p</i> = 0,09