Communicatie over SOLK in de huisartsenpraktijk: een literatuurstudie

Dr. Renee Poortmans, Universiteit Antwerpen (HAIO)

Prof. Dr. Katrien Bombeke, Universiteit Antwerpen (Promotor)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Het onderwerp van de keuze voor mijn masterproef is tevens voor mij een belangrijke reden om huisartsgeneeskunde te studeren en uit te oefenen. Communicatie is iets waar ik veel belang aan hecht. Het leren kennen van de patiënten in een bredere omkadering en het verwerven van inzichten over mensen op zowel somatisch, psychologisch, sociaal als existentieel vlak vormen een belangrijke drijfveer voor mij.

Communicatie is uiteraard een breed begrip. Na overleg met mijn promotor hebben wij dit verfijnd tot het meer specifieke onderwerp van de NHG standaard SOLK.

Graag wil ik hierbij mijn promotor Katrien Bombeke, praktijkopleider Danny Van Hove, stagecoördinator Elsbeth Van Herck, collega-HAIO's (Eva, Lara, Vince, Jo, Silvie, Joost, Elisabeth, Jorrit, Wout, Jolien), mijn man Maarten, zus Michelle, mama Marijke en papa Philip bedanken voor hun bijdrage en aanmoediging tijdens mijn opleiding tot huisarts en tot het opzetten en bewerkstellingen van deze masterproef.

Abstract

Inleiding: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) worden gedefinieerd als aanhoudende klachten waarvoor bij medisch onderzoek geen afdoende verklaring kan worden gevonden. Huisartsen worden hier frequent mee geconfronteerd. In de regel is er sprake van herhaalde en tijdrovende consultaties voor vaak vage klachten, waarbij geleidelijk gevoelens van irritatie bij zowel de huisarts als bij de patiënt de bovenhand kunnen krijgen.

Onderzoeksvraag: Wat is de beste vorm van communicatie (kennis, vaardigheden en attitude) in de huisartsenpraktijk tijdens het consult met patiënten met SOLK, om tot een optimale zorg te komen op vlak van de zorgrelatie en het therapeutisch beleid? Welke communicatiemodellen en -aanbevelingen zijn in de literatuur voorhanden?

Methode: Als startpunt voerde ik een eerste verkennende literatuursearch uit met behulp van de NHG standaard SOLK en de referenties hiervan. Vervolgens heb ik zoektermen gedistilleerd uit relevante artikels. Deze werden geformuleerd met behulp van MeSH-termen en tekst-zoekwoorden en gecombineerd tot een search-string. Hiermee doorzochten we de database PubMed. Na selectie van de kernartikels werden deze verder verwerkt tot een overzichtelijke leidraad, aangevuld met een selectie van de overige referenties, (praktijk)ervaring, het symposium 'Het moeilijke lichaam. Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?' en de presentaties met feedback tijdens de seminaries.

Resultaten: De zoektocht door de database PubMed leverde 267 artikels op. Met behulp van een aantal selectiecriteria werd het aantal artikels vernauwd tot 19 studies. Een deel van deze studies bracht een concreet model naar voren, andere artikels voorzagen een algemene beschrijving van communicatieve situaties. Globaal bekeken tonen de diverse artikels, de Nederlandse NHG-richtlijn, de praktijk, en andere informatiebronnen verschillende raakvlakken wat de analyse en de benadering van SOLK betreft. Deze relevante informatie werd herwerkt tot een communicatieve leidraad voor consultaties met patiënten met SOLK. Doorheen het consult zit een rode draad verweven (nl. nonverbale communicatie en empathie). Vervolgens maakten we een onderscheid in deze studie tussen verbale, nonverbale en praktische zaken. Tevens worden enkele voorbeeldvragen en -zinnen verwerkt en enkele accenten gelegd op mogelijke knelpunten.

Discussie: Het communicatiemodel dat met behulp van deze literatuurstudie werd uitgewerkt bevat verschillende elementen die kunnen toegepast worden tijdens consultaties, zowel tijdens als voor opeenvolgende contacten, met patiënten met SOLK. Niettegenstaande de bestaande literatuur en de beschrijving van de verscheidene communicatievaardigheden, -modellen en trainingen overwegend als vaag kunnen beschouwd worden wordt met dit model een praktisch hulpmiddel voor toepassing in de huisartsenpraktijk voorgesteld.

Besluit: Een duidelijke communicatie is van erg groot belang in de huisartsenpraktijk. Deze dient aangepast te worden voor de benadering van patiënten met SOLK. Het voorgestelde model maakt het mogelijk om dankzij een kwaliteitsvolle communicatie tot een goede verstandhouding tussen huisarts en patiënten met SOLK te komen en op deze wijze op termijn kosten en tijd te sparen.

Trefwoorden: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, SOLK, communicatie, arts-patiëntrelatie, huisarts, eerste lijn geneeskunde

Inhoudstafel

Titelpagina
Voorwoord p.2
Abstract p.3
Inhoudstafel p.4
Inleiding p.5
Methode p.7
Resultaten p.9
Discussie p.18
Besluit p.20
Referenties p.21
Bijlagen
- Bijlage 1: Tabel 1-3 p.24
- Bijlage 2: Excel bestand p.26
- Bijlage 3: Tabel per artikel p.33
- Bijlage 4: Symposium: 'Het moeilijke lichaam. Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?' 23 maart 2018
  - Bewijs van deelname p.37
  - Inhoud symposium p.38
- Bijlage 5: Voorstelling Masterproef – Seminarie 27/03/2018 p.39
- Bijlage 6: Voorstelling Masterproef – Seminarie 17/04/2018 p.41

Inleiding

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) worden gedefinieerd als klachten die langer (dan enkele weken) aanhouden bij afwezigheid van een afdoende verklaring op basis van medisch onderzoek. [1-3,5,10,16-22,27,31,34] Factoren die kunnen wijzen op SOLK zijn o.a. de aanwezigheid van onduidelijke of vage klachten, hetgeen niet verandert wanneer de huisarts andere communicatievaardigheden aanwendt tijdens het consult of tijdens opeenvolgende contacten. [2]
Een goede arts-patiëntrelatie is ook hier van groot belang aangezien patiënten met SOLK zich vaak niet serieus genomen en niet begrepen voelen. Ongerustheid blijft vaak op de voorgrond staan. [1-3,7-8,13]
Machteloosheid en irritatie kunnen optreden bij artsen (en patiënten) mede omdat een gezamenlijk begrip voor de klachten en problemen moeizaam of helemaal niet bereikt wordt. De omgang met diagnostische onzekerheid valt zwaar, zowel voor de arts als voor de patiënt. [1-3,5,7,11,13-14]
Een onderverdeling van de ernst van SOLK wordt bepaald in functie van een aantal factoren, namelijk het aantal, de duur en de impact van de klachten op het dagelijkse leven. De ernst van SOLK wordt beschreven als mild, matig-ernstig en ernstig [Zie bijlage 1 Tabel 1]. [1]

Volgens de NHG-standaard kent SOLK een prevalentie in 1ste lijn van 40%. [1,11-13,16,21,38] Hiervan betreft 2.5% ernstige SOLK. [1,13] De prevalentie van SOLK in gecombineerd de 1ste lijn en de gespecialiseerde zorg zou, afhankelijk van de ene studie tot de andere, tussen 25 en 50% bedragen. [3,6-8] Patiënten met SOLK zijn frequenter van oudere leeftijd, het vrouwelijk geslacht, niet-Westerse origine en lagere socio-economische status. [5-6]

Verschillende factoren spelen een rol bij SOLK en de impact ervan op de patiënt. Psychosociale factoren, zoals stress, trauma, e.a., beïnvloeden zowel SOLK als lichamelijk verklaarde klachten. In geval van SOLK spreken we eveneens van predisponerende, luxerende en instandhoudende factoren. Vele hiervan zijn psychologisch van aard. Aanleg en het temperament behoren tot predisponerende factoren, evenals beperkte gezondheidsvaardigheden. Luxerende factoren omvatten o.a. een ingrijpende gebeurtenis, ziekte, ... Gedragsfactoren kunnen het herstel van een persoon belemmeren en maken deel uit van instandhoudende factoren. [1,4-5,10-11,21,25,28] De impact op de patiënt is moeilijk meetbaar. Frequent wordt frustratie en onbegrip waargenomen bij zowel de patiënt als de omgeving van de patiënt. [1,5,16-20,23,26]

Een goede arts-patiëntrelatie en communicatie vormen de eerste pijler van waaruit een individuele planning en behandeling kunnen worden opgebouwd. [2,13]
De communicatie wordt o.a. gevoerd met behulp van het nagaan van vragen bij de patiënt en het vrij laten vertellen door de patiënt waarbij door de arts gelet wordt op zowel verbale als non-verbale tekens. De exploratie van de SCEGS (Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragsmatige, Sociale dimensies) vormt hierbij een nuttige leidraad [Zie bijlage 1 Tabel 2]. [1,18]
De communicatie in een goede arts-patiëntrelatie houdt in dat de patiënt en zijn klachten serieus dienen genomen te worden en dat empathie wordt getoond. Hieruit resulteren een hogere patiënttevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten. [1-3,5-7,13,15-16,18-21] Patiënten maken gebruik van het persoonlijke en familiale ervaringen om hun klachten te interpreteren. Voor een goede communicatie en arts-patiëntrelatie is het van belang dat de arts de ideeën, emoties en bezorgdheden peilt. Een belangrijk aspect hierbij is de luistervaardigheid. [12,14-15]

De huisarts in eerste lijn staat dichter bij de patiënt, diens achtergrond en voorgeschiedenis, dan de meeste andere hulpverleners. Om deze reden is de huisarts belangrijk voor de diagnose en het opstellen van een beleid voor SOLK. [2] De aanpak van de huisarts wordt gebaseerd op enkele vaardigheden, namelijk het uitvoeren van een grondige anamnese om biopsychosociale factoren na te gaan, het geven van de nodige en duidelijke informatie betreffende de mogelijke origine van de klachten en het inzicht voor het plannen van de eventuele analyse om somatisch oorzaken uit te sluiten, de vervolggesprekken en de follow up [Zie bijlage 1 Tabel 3]. [3-7,9,15] De eerste, en erg belangrijke, stap is het denken aan en vervolgens de (h)erkenning van symptomen bij patiënten met SOLK voor een verder goed verloop van de arts-patiëntrelatie, opvolging en behandeling. [3-11] Om SOLK met zekerheid te diagnosticeren dienen meerdere consulten te worden gepland voor opeenvolgende gesprekken en vervolgens ter opvolging van de patiënt en diens klachten. De anamnese waarbij een grondige klachtexploratie wordt gemaakt vormt hierbij het belangrijkste en eerste onderdeel in de huisartsenpraktijk. [2] Hiermee wordt een beeld gevormd van de patiënt, de SOLK en de prognose. Voor dit laatste worden gunstige en ongunstige factoren (duur en ernst klachten) geëxploreerd. Zo zijn weinig verschillende klachten van korte duur en met weinig functionele beperkingen prognostisch gunstig. Prognostisch ongunstig is wanneer sprake is van het tegengestelde: langdurig bestaande en vele verschillende klachten met meestal meerdere functionele beperkingen. [1]

Onduidelijke of vage klachten en het aanwenden van telkens andere communicatievaardigheden tijdens herhaalde arts-patiëntcontacten zijn factoren die kunnen leiden tot herhaalde en tijdrovende consultaties waarin gevoelens van irritatie bij zowel de huisarts als bij de patiënt, die zich onbegrepen kan voelen, de bovenhand krijgen. De arts-patiëntrelatie, de manier waarop de patiënt diens verhaal schetst, de ervaring van de arts en de mate waarin de patiënt al bekend was bij zijn/haar huisarts spelen allen een belangrijke rol in de diagnose van SOLK. [2]

Bij sprake van veranderde klachten en/of alarmsymptomen kan aanvullend onderzoek en eventueel doorverwijzing overwogen worden. Tot deze klachten en symptomen behoren onder andere het optreden van een andere klacht, bijkomende klachten, toename van de ernst/intensiteit van klachten, of nog een (dreigende) depressie. Een duidelijke uitleg waarom iets wel dan niet wordt uitgevoerd moet verklaard worden aan de patiënt (om tot een optimaal begrip te komen). Een ander doel van de klachtexploratie is het inschatten van de ernst van SOLK [Zie bijlage 1 Tabel 1]. [1]

Uit onderzoek weten we dat communicatie heel belangrijk is en dat huisartsen kunnen getraind worden in communicatie met SOLK. [3,18-38] De vraag hoe optimaal te communiceren (kennis, vaardigheden en attitude) in de huisartsenpraktijk tijdens het consult met patiënten met SOLK, om tot een optimale zorg te komen op vlak van de zorgrelatie en het therapeutisch beleid staat centraal bij deze literatuurstudie. Daarnaast willen we weten welke communicatiemodellen en -aanbevelingen in de literatuur voorhanden zijn.

Methode

Als startpunt van dit systematisch literatuuronderzoek werd eerst een verkennende literatuursearch uitgevoerd met behulp van de NHG standaard SOLK en de referenties hiervan. Het formuleren van een eerste introductie en het verder oppuntstellen van de onderzoeksvraag vormden de volgende stap. Uit de relevante artikels werden zoektermen gedistilleerd die de belangrijke thema's uit de onderzoeksvraag weergaven. Deze werden geformuleerd met behulp van MeSH-termen en tekst-zoekwoorden en gecombineerd tot een search-string. Hiermee doorzochten we de database PubMed.

History

Download history Clear history

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#41	Add	Search ((((((((("Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR "Communication"[Mesh]) OR doctor-patient relation*) OR physician-patient relation*) OR communicat*) OR "Motivational Interviewing"[Mesh]) OR interview*)) AND (((skill*) OR competence*) OR consultation*)) AND ((((("Medically Unexplained Symptoms"[Mesh]) OR unexplained*) OR psychosomatic*) OR psycho-somatic*) OR somatoform*) OR mups*)) AND ((((((("General Practitioners"[Mesh]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR general pract*) OR family pract*) OR primary care*) OR family physician*)	267	08:55:19

Titel en abstract werden bestudeerd om een eerste selectie uit te voeren. Van elk artikel werden de titel, het tijdschrift, een kleurcode (groen=ja; oranje=misschien; rood=nee) en opmerkingen genoteerd in een Excel bestand [Zie bijlage 2]. De 2de onderzoeker (promotor) dubbelde een kleine steekproef van de groen en rood gelabelde papers, en keek alle twijfelgevallen (oranje) na. Voor deze selectie hanteerden we volgende inclusiecriteria: we beperkten ons tot studies in de huisartsensetting over communicatie bij SOLK, geschreven in het Engels of het Nederlands. Artikels die somatische of psychiatrische problematiek behandelden of uitsluitend gericht waren op de behandeling van SOLK werden excludeerd. (Zie tabel 4)

De beschikbare volledige teksten werden bestudeerd om de relevantie nader onder de loep te nemen. Vervolgens werden de kernartikels verder ontleed, samengevat, met elkaar vergeleken en uiteindelijk samengesmolten. Tijdens deze verfijning van de literatuursearch werden gaandeweg verscheidene inclusie- en exclusiecriteria uitgewerkt en gehandhaafd. (Zie tabel 4)

Tabel 4 Inclusie- en Exclusiecriteria

Inclusiecriteria:	Exclusiecriteria:
✓ Huisarts ✓ Communicatie(model) tussen arts-patiënt ✓ Specifieke richtlijn/interventie/techniek ✓ 'Full text' ✓ Engels en Nederlands	✓ Somatische problematiek ✓ Behandeling/therapie ✓ Psychiatrie (depressie, angststoornissen,…)

Voor het dieper ingaan in bepaalde communicatietechnieken werden eveneens (studie)boeken geraadpleegd. Deze zogenaamde grijze literatuur omvatte o.a. boeken van Wouda et al., Van Dalen et al., van Staveren en Silverman et al., alsook de website van de International Association for Communication in Healthcare (EACH) en de app MedCom van van Staveren. [36-41]

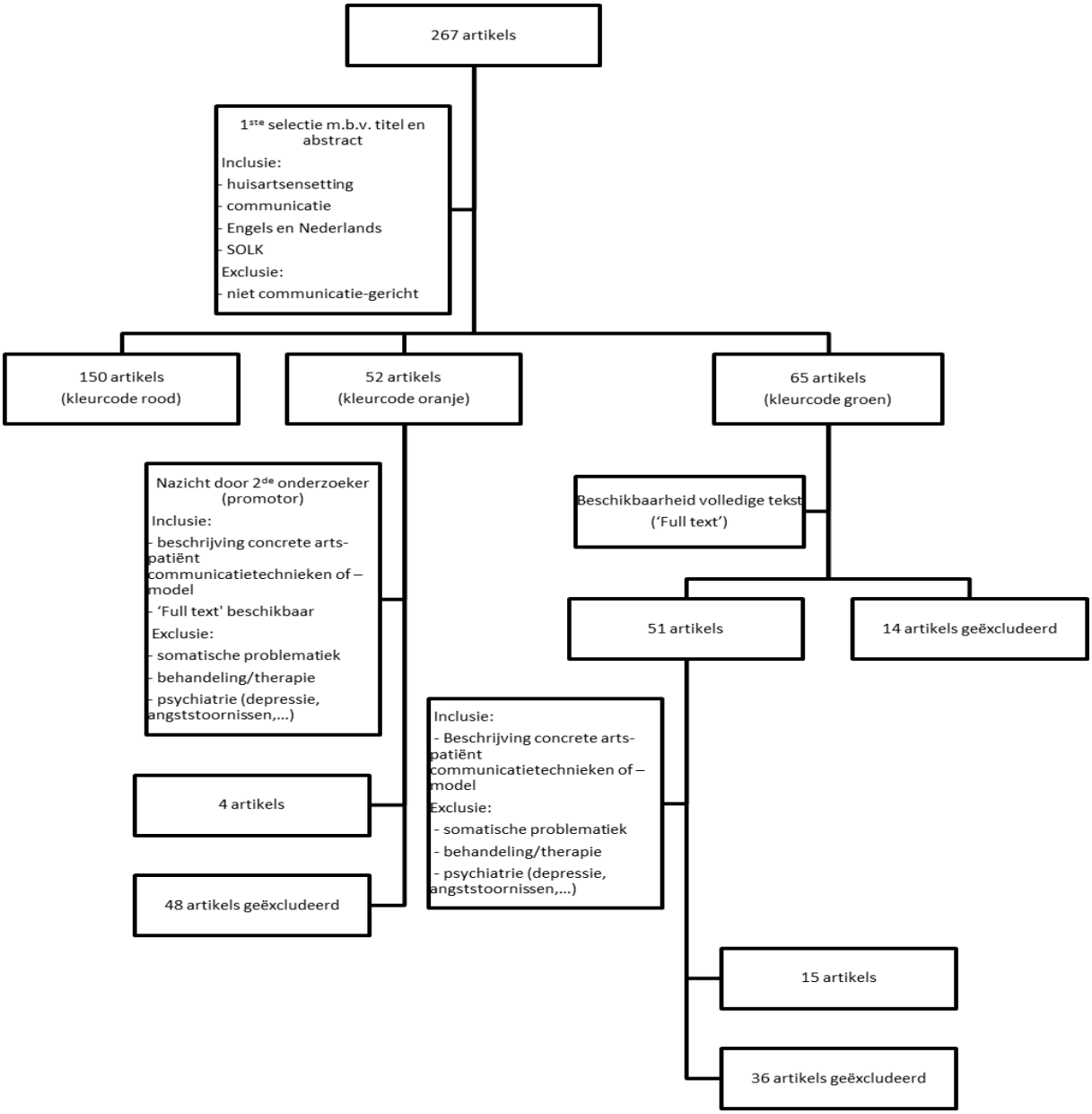
De uitgeselecteerde artikels werden in eerste instantie grondig doorgelezen, vervolgens werd een tabel per artikel opgesteld. De gegevens verzameld in de tabellen omvatten: doel van de studie, het soort studie, plaats en/of jaar, belangrijke punten, trefwoorden en interessante figuren en/of

tabellen. [Zie bijlage 3] Relevante figuren, tabellen en tekst rond communicatie werden eveneens samengevat. Met behulp van deze samenvattingen werden de verschillende artikels, boeken, e.a. met elkaar vergeleken.
Mijn promotor heeft mij bovendien aangemoedigd deel te nemen aan het jaarlijks symposium van de 'Society for Psychosomatic Medicine', met als onderwerp 'Het moeilijke lichaam. Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?'. Dit vond plaats op 23 maart 2018. [Zie bijlage 4]
Op 27 maart 2018 stelde ik mijn masterproef voor tijdens een seminarie. [Zie bijlage 5] Met behulp van een powerpoint presentatie gaf ik een introductie van SOLK. Hierbij voorzagen collega huisartsen-in-opleiding (HAIO) en de stagecoördinator (STACO) mij van feedback. Op dit punt werd voornamelijk de nadruk gelegd op het meer concreter maken van SOLK en communicatietechnieken voor patiënten met SOLK. Deze adviezen nam ik mee in de verdere verwerking van mijn masterproef.
Vervolgens stelde ik op 17 april 2018 mijn verder verwerkte en verfijnde versie van mijn masterproef voor tijdens een ander seminarie. [Zie bijlage 6] Het uitgewerkt communicatiemodel (zie Tabel 5) heb ik toen toegelicht met behulp van een powerpoint presentatie. Mijn vraag naar collega-HAIO's en STACO ging over de mogelijkheid van implementatie van dit communicatiemodel in de praktijk. De verkregen feedback werd vervolgens eveneens verwerkt in het eindresultaat van mijn masterproef.

Resultaten

De zoektocht door de database PubMed leverde 267 artikels op.
Met behulp van selectieprocedures (Zie figuur 1) leken 65 artikels op basis van titel en abstract relevant (kleurcode groen) voor dit literatuuronderzoek. Vier artikels met kleurcode oranje werden geïncludeerd na bespreking met de promotor. Vervolgens werd de beschikbaarheid van volledige teksten nagekeken, waarna 55 artikels resteerden. Na deze selectie werd het aantal artikels vernauwd tot een totaal van 19 studies, relevant voor deze literatuurstudie. (Zie Figuur 1)

Figuur 1



De geselecteerde artikels beschrijven ofwel een concreet communicatiemodel voor de arts-patiëntrelatie voor SOLK of brachten communicatieve situaties naar voren zonder gebruik te maken van een bestaand model. [1,3,18-35] De omgeving, arts-patiëntrelatie en vervolgens communicatie(technieken) zijn zaken die telkens weerkeren. [20-24]
[Zie bijlage 3: Tabel per artikel]

Globaal bekeken tonen de diverse artikels, de Nederlandse NHG-richtlijn, de praktijk, het symposium en de gevolgde seminaries verschillende raakvlakken. Voorbeelden hiervan zijn: het informeren, (aandachtig) luisteren, het tonen van empathie, e.a. [1,3,18-35]

Communicatiemodellen

De beschreven communicatiemodellen werden in de artikels op diverse manieren aangewend. In de meeste gevallen bouwden de auteurs verder op deze modellen, waarbij de communicatie in de arts-patiëntrelatie op meerdere manieren omschreven en/of ontleed kan worden. Het biopsychosociaal model is een van de gebruikte mogelijkheden. Volgens dit model zijn de klachten gepresenteerd door de patiënt onderhevig aan somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies. Hierbij speelt de omgeving in op de intensiteit en de beleving van de klachten. [1,18-19] Onder andere de groep van Houwen et al. uit Nederland doen onderzoek naar dit thema. [18-19] Zij beschrijven dat belangrijke punten tijdens de communicatie met patiënten met SOLK het op gelijke hoogte brengen van de agenda's van arts en patiënt, het tonen van empathie en aannemen van een geïnteresseerd houding zijn. Patiënten appreciëren bovendien een (goed) voorbereid consult en een beleidsplan aangepast aan hun noden en behoeften. Vooroordelen van de arts werken daarentegen averechts en patiënten hechten er belang aan serieus genomen te worden. Deze punten werden beschreven als mogelijke problemen wanneer hier niet aan voldaan wordt. [18] Een andere studie legde eerder nadruk op empathie, een gesprek tussen gelijkwaardige individuen en het geven van aandacht aan de problematiek van de patiënt. [19]

Als volgende stap kan communicatie met geïncorporeerd technieken van cognitieve gedragstherapie, waarbij de SCEGS worden geëxploreerd, toegepast worden. [1,3,38-39] Zo legt een studie de nadruk op drie belangrijke vaardigheden bij de communicatie met patiënten met SOLK: eerst een grondige anamnese om biopsychosociale factoren te onderzoeken, vervolgens het uitleggen van de bevindingen en het verklaren van SOLK en tot slot het plannen van de geadviseerde opvolging. [3]

Reattributie wordt aangewend om de link tussen lichaam en geest te verklaren aan patiënten. Het reattributiemodel kan (huis)artsen een structuur bieden om de focus te verleggen van somatische klachten en oorzaken naar de onderliggende psychosociale factoren. [27-35]

Dit model wordt in meerdere artikels besproken waarbij verder wordt gebouwd om tot een efficiënt communicatiemodel te komen. SOLK kunnen (h)erkennen, verklaren, psychosociale factoren bevragen en benoemen, een link maken tussen psychosociale factoren en lichamelijke klachten, een actieplan opstellen en voorstellen zijn punten die hierin aan bod komen. Het heeft o.a. tot doel de patiënt begrepen te laten voelen, zelf een open blik te houden en het voorkomen van iatrogene schade inclusief het uitvoeren van 'overbodige' onderzoeken en/of behandeling. Het voorzien van tijd, heldere verklaringen voor symptomen en de nadruk op het instellen van een beleid op klachten met een impact op de kwaliteit van leven staan hier o.a. op de voorgrond. Dit model kan tevens aangewend worden om huisartsen (in opleiding) sneller bedacht te maken op symptomen die kunnen wijzen op SOLK en een open blik hiervoor te houden. De impact van klachten kan beter ingeschat worden en er kan bijgevolg efficiënter teruggeblikt worden op een (reeds ingesteld) beleid. [27-35]

Communicatievaardigheden

Het gebruik van een voor de patiënt begrijpelijke taal, waarbij wordt afgewisseld tussen open en gesloten vragen, vormt een eerste punt op vlak van het toepassen van de communicatieve vaardigheden door de huisarts. Hiermee kan het verhaal van de patiënt correct gekaderd worden en kunnen meer concrete zaken te weten gekomen worden tijdens elk consult. [36]
Het erkennen van de aanwezigheid van de klachten, inclusief de impact van de klachten en de vaak optredende frustratie dat geen somatische oorzaak gevonden wordt is belangrijk voor patiënten met SOLK. [20,22] Door te informeren naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt kan hier rekening mee gehouden worden tijdens het verdere verloop het consult. [18-19,21] Psychosociale problemen benoemen en hier verder op doorvragen om vervolgens de link te maken met de klachten van de patiënt is een punt dat geregeld terugkomt. [21-22,24,29-30,32-35] Het verstrekken van informatie en een duidelijke (aanvaardbare) verklaring geven is eveneens van groot belang [3,20,22,24] Bij patiënten met SOLK moet de aandacht voortdurend liggen op het voorzien van duidelijke en concrete informatie, waarbij duidelijke afspraken moeten gemaakt worden rond opvolging en beleid en een periodieke herevaluatie van de situatie. [36-37] Het voorkomen/beperken van frequente spontane bezoeken, nuteloze diagnostiek en andere iatrogene schade is hierbij een duidelijk doel. [22,25,29,34] Het implementeren van samenvatten, terugblikken, gevoelsreflectie en pauzes geeft structuur aan het consult. Bovendien voelt de patiënt zich gehoord en kan een betere kennis vergaard worden van de gevoelsbeleving van de patiënt. [36-37] De samenvattingen tijdens en/of aan het einde van het consult is een toetsing om na te gaan of de patiënt de voorziene uitleg heeft begrepen en versterkt bij de patiënt het gevoel zich gehoord te hebben bij de afsluiting van het consult. [21,36] Het beperken van iatrogene schade komt in meerdere studies terug als belangrijk doel van de aanpak van SOLK. [20,22,27-35]

Toetsing in de praktijk

Tijdens het symposium [Zie bijlage 4] heeft een patiënt met SOLK gesproken over zijn ervaringen met het leven en functioneren met zijn klachten en met de medische zorg. Tijdens deze zeer interessante en boeiende bijdrage legde de patiënt een duidelijke nadruk op de behoefte aan een goede communicatie en het herkennen van SOLK door de (huis)arts. Zijn slechte ervaringen hadden met name te maken met het door een ‘mallemolen’ gehaald te worden. Hiermee doelde hij op het ondergaan van vele onderzoeken. Nadat hij een tijd ‘stabiel’ was en nadien opnieuw symptomen naar boven kwamen, werd de diagnostische ‘mallemolen’ herhaald. Hij voelde zich onbegrepen en niet-gehoord. Het leek er op dat de agenda’s van de arts en de patiënt niet op elkaar afgestemd waren. Hieruit concludeerde ik dat het van groot belang is actief te luisteren, empathie te tonen en te voorkomen dat iatrogene (diagnostische) schade wordt aangericht, naast de nood aan een goede communicatie en het herkennen van SOLK.
Tweemaal heb ik mijn masterproef met behulp van een powerpointpresentatie voorgesteld tijdens seminaries aan collega-HAIO’s en mijn STACO, van wie ik feedback kreeg. Een introductie van mijn masterproef voorzag ik tijdens mijn eerste presentatie. [Zie bijlage 5] De feedback legde met name de nadruk op het meer concreter maken van SOLK en communicatietechnieken voor patiënten met SOLK. Tijdens dit seminarie kwam reeds boven dat mijn collega-HAIO’s regelmatig geconfronteerd werden met patiënten met SOLK en dat dit frustraties (bij de HAIO’s) opwekt. De redenen voor deze frustraties waren herhaaldelijke en/of frequente en/of langdurige consultaties, waarbij de patiënt regelmatig informeert naar onderzoeken en/of beleid.

Tijdens mijn tweede presentatie stelde ik mijn verder verwerkte en verfijnde versie van mijn masterproef voor. [Zie bijlage 6] Hierbij heb ik het uitgewerkt communicatiemodel (zie Tabel 5) uitgelegd. De feedback en de discussie nadien was zeer nuttig en leerrijk. Zij opperden dat vele technieken op zichzelf wel algemeen bekend zijn maar meestal als losse elementen en niet een globale aanpak. Mijn presentatie maakte een wazig topic (SOLK, communicatie bij SOLK) als het ware veel concreter. De opgewekte frustraties kwamen ook tijdens dit seminarie aan bod, waarbij opnieuw vooral de tijdrovende consulten werden vermeld. Met mijn collega-HAIO's en STACO heb ik besproken dat het gebruik van het voorgestelde communicatiemodel aanvankelijk veel tijd zal vragen, maar dat het na verloop van tijd juist tijd zal besparen. Om deze reden is onder andere de uitgebreide en concrete uitleg aan en duidelijke afspraken met patiënten met SOLK van belang.

Communicatieve leidraad voor consulten met patiënten met SOLK

Alle relevante informatie werd herwerkt tot een communicatieve leidraad voor consultaties met patiënten met SOLK. De verzamelde informatie komt uit de opgezochte literatuur (artikels en boeken), opgedane ervaringen gedurende de opleiding geneeskunde, het symposium 'Het moeilijke lichaam. Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?' en de presentaties met feedback tijdens de seminaries.

Elk van de modellen die voorgesteld werden in de literatuur, bestaan uit slechts enkele criteria en aandachtspunten. Door een onderscheid in deze studies te maken tussen verbale, nonverbale en praktische zaken en dit vervolgens te structureren kon ik het verbale gedeelte onderverdelen in de inhoud en de communicatieve vaardigheden. (Zie Tabel 5) In de onderstaande uitleg worden enkele voorbeeldvragen en -zinnen verwoord en aangegeven met tekstballonnen. Tevens worden enkele accenten gelegd op mogelijke knelpunten met behulp van vragen.

Rode draad

De rode draad die doorheen het consult zit verweven betreft het voortdurend letten op de nonverbale communicatie en het tonen van empathie. Een open, eerlijke en directe aanpak is onmisbaar gedurende het hele consult. [1-39]

Praktisch

Ter voorbereiding kunnen voorgaande consultaties worden opgefrist en verslagen nagekeken. Dit geeft blijk van interesse voor de patiënt en diens verhaal. Het wordt uitermate geapprecieerd en draagt tevens bij aan de continuïteit van de zorg. Het consult kan aansluitend aan het vorige verder gaan zonder het eerste consult te herhalen. Tijdens het consult kan hier tevens op worden teruggeblikt en gereflecteerd. Specifiek bij patiënten met SOLK is dit van erg groot belang omdat bij hen frequent sprake is van regelmatige consultaties en uitgebreide verhalen/aanslepende klachten. Probeer bepaalde afleidingen zoals de telefoon, computer met patiëntendossier, e.a. te beperken. [1-39, seminaries]

Nonverbaal

Houding

Bij aanvang van een consult is het van belang een open en frisse houding, zonder uiting van enige vooroordelen, aan te nemen. Wanneer de patiënt de spreekkamer betreedt, wordt daarmee een veilige en open omgeving gecreëerd. [1-39]

Neem nonverbaal een open houding aan en moedig de patiënt zo aan zijn verhaal te vertellen. De patiënt aankijken, knikken met het hoofd, e.a. zijn eenvoudig toe te passen. [1-39]

Frustratie: 'Wat kan ik doen als mijn frustraties oplopen?'

Preventie is niet alleen van toepassing op de patiënten, maar ook op de artsen zelf. Zorg voor een gezonde geest in een gezond lichaam door aandacht te schenken aan zelfzorg, ontspanning, sport, e.a. Het uitoefenen van geduld zal een uitgerust en gezond persoon eenvoudiger afgaan en deze zal minder snel gefrustreerd raken. [1-39, symposium, seminaries]

Bij frustratie is het aangeraden (als huisarts) om je hiervan bewust te zijn. Zoniet is de kans reëel dat het zichtbaar wordt in de nonverbale communicatie. Het opmerken van innerlijk signalen, zoals frustratie tijdens een consultatie, kan met behulp van bijvoorbeeld mindfulness (zie Epstein RM. Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity) getraind worden. [1-39, symposium, seminaries]

Vervolgens zijn meerdere opties mogelijk. De arts kan zichzelf en/of het consult bijsturen zodra de frustratie opgemerkt wordt. Wanneer het niet mogelijk is deze negatieve gevoelens aan de kant te zetten, kan gebruik gemaakt worden van het verwoorden van de frustratie of metacommunicatie. [1-39, symposium, seminaries]

'Ik merk dat ik het moeilijk vind geen directe oorzaak of pasklare oplossing te vinden voor uw klacht.'
'De laatste consultaties merk ik uw ongerustheid op over verschillende klachten. Ik tracht duidelijk te maken dat ik verder onderzoek niet zinvol acht. Toch hoor ik u daar telkens opnieuw naar vragen. Kunnen we het hier over hebben?'

Aangezien bij consultaties met patiënten met SOLK regelmatig sprake is van diverse frustraties, bij zowel arts als patiënt, met duidelijke gevoelens van onbegrip bij de patiënt (zie ook inleiding) speelt het beheersen en controleren van zowel de verbale als de non-verbale communicatie een belangrijke rol. [1-39, symposium, seminaries]

Empathie een eerlijkheid: 'Hoe eerlijk kan ik zijn met mijn patiënt?'

Wees empathisch en eerlijk doorheen het gehele consult. Door je als huisarts in te leven in het verhaal van de patiënt en hoe deze zich hierbij voelt, creëer je een gevoel van veiligheid. De patiënt zal geneigd zijn het verhaal waarheidsgetrouw te delen. Omwille van de diverse gevoelens bij patiënten met SOLK (onbegrip, frustratie, e.a.) is het voordelig voor het verloop van het consult, de opvolging en therapietrouw om tot een wederzijds begrip te komen. [1-39, symposium, seminaries]

Verbaal

Het verbale deel van het consult kan opgesplitst worden in twee belangrijke onderdelen, nl. de inhoud en de communicatieve vaardigheden.

Inhoud

Inhoudelijk betreft het onder andere het verhaal van de patiënt en de (informatieve) uitleg voorzien door de huisarts.

Ideas Concerns Expectations

Het bevragen van de ICE (Ideas Concerns Expectations) is interessant om bij aanvang van het consult uit te voeren. Op deze wijze kunnen de gedachten, angsten en verwachtingen van de patiënt in kaart gebracht worden. In het geval van patiënten met SOLK werd vaak al een hele weg afgelegd en is regelmatig sprake van diverse gevoelens waaronder onzekerheid. Kunnen terugblikken tijdens het

consult op dergelijke gevoelens en bezorgdheden kan misverstanden helpen vermijden. [1-39, seminaries]

'Had u zelf al iets in gedachten wat het zou kunnen zijn?' 'Heeft u iets dergelijks al eens meegemaakt of gezien bij iemand die u kent?' 'Maakt u zich ergens zorgen over?' 'Heeft u bepaalde verwachtingen van mij/van dit consult?' 'Wat hoopt u dat ik zou kunnen doen?'

Agenda's arts-patiënt

Door rekening te houden met de ICE van de patiënt voelt deze zich reeds voor een deel gehoord, begrepen en kunnen de agenda's van arts en patiënt op elkaar afgestemd worden. De agenda van een patiënt met SOLK kan zeer verschillen van de agenda van de arts op vlak van het bepalen van een oorzaak, het uitvoeren van onderzoeken en beleid. [1-39, symposium]

'Is er iets dat er voor u zeker niet mag ontbreken dit consult?' 'Waar zou u zeker antwoord op willen hebben voordat u de praktijk verlaat?'

Een wederzijds overleg en begrip kan bewerkstelligd worden door beide agenda's te bespreken. Door de agendapunten van de patiënt te bespreken en te verklaren waarom er al dan niet mee verder gewerkt wordt, is de kans kleiner dat deze zich gepasseerd of genegeerd voelt. [1-39, symposium]

(H)erkenning

Het herkennen van het ziekteverhaal en het patroon dat zich afspeelt bij patiënten met SOLK, herhaaldelijke consultaties, onduidelijke klachten, e.a. (zie inleiding), is belangrijk voor het verloop van het consult en de aanpak. De patiënt komt op consult met klachten die reëel worden ervaren en een zekere impact hebben op diens leven. Erkenning geven aan de 'echtheid' van deze klachten en de invloed ervan op de patiënt is belangrijk om tot een wederzijds begrip en respect te komen. Zo is er ook het erkennen van de frustraties en emoties die vaak gepaard gaan met SOLK. De frustraties kunnen afgeleid worden van de klachten zelf, de duur ervan, het feit dat er geen somatisch probleem gevonden wordt, e.a. [1-39, seminaries]

'Ik kan me inbeelden hoe moeilijk het voor u moet zijn (te leven met die klachten).' 'Ik zie dat u het lastig heeft.' 'Ik begrijp dat u niet voor uw plezier naar de dokter gaat.' 'Ik merk dat u opgewonden/gefrustreerd bent. Wilt u me er meer over vertellen wat u precies dwars zit?'

Informeren: Kan ik de diagnose SOLK uitleggen aan mijn patiënt? Hoe kan ik dat doen?

Het goed en duidelijk informeren van de patiënt is steeds van belang. Bij patiënten met SOLK moet hier de nadruk op liggen. Het betreft een complex probleem dat duidelijke en concrete uitleg vereist. Een van de eerste stappen is de verklaring van de diagnose SOLK. [1-39]

'U heeft wat wij artsen 'onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' noemen.' 'Het komt erop neer dat we uw klachten met de huidige medische stand van zaken niet kunnen verklaren.' [38]

Bespreek de psychosociale context van de patiënt en maak de link met de gepresenteerde klacht(en). Verklaar de impact van stress en emoties op het menselijk lichaam. [1-39]

'Hoe gaat het verder met u?' 'Zijn er zaken thuis of op het werk waar u zich zorgen om maakt/druk in maakt?' 'Hoe gaat het op uw werk?' 'Heeft u soms last van stress of spanningen?'

'Het is belangrijk om de impact van stress op het lichaam niet te onderschatten.' 'We kunnen lichaam en geest niet van elkaar scheiden. Beiden oefenen een zekere impact op elkaar uit.'

Klinisch en/of bijkomend onderzoek? Voer ik een klinisch onderzoek uit? Vraag ik bijkomende onderzoeken aan?

Bij patiënten met SOLK wordt zeker bij het eerste consult een klinisch onderzoek uitgevoerd, zowel algemeen als meer specifiek gericht op de symptomen waar de patiënt zich mee presenteert. Leg duidelijk uit wat u doet, om welke reden en wat het betekent. Het al dan niet uitvoeren van bijkomende onderzoeken kan in overleg met de patiënt besproken en overwogen worden. Verklaar de reden waarom bepaalde zaken nuttig lijken of net niet. Zo nodig kan onderhandeld worden met de patiënt (bv. bij patiënten die herhaaldelijk om meer onderzoeken vragen) dat wanneer er een onderzoek plaatsvindt en dit geen afwijkingen vertoont er verder aan watchful waiting gedaan wordt. [1-39, symposium]

Beleid en verder verloop: Stel ik een behandeling in?

Tijdens het opstellen van een beleidsplan voor SOLK is het wederom van belang de patiënt van een duidelijke en concrete uitleg te voorzien. In het kader van de kwaliteit van leven kan er zeker overwogen worden om een behandeling op te starten. Duidelijke instructies omvatten wat er gedaan moet worden, hoe dit gedaan wordt, hoe lang en wanneer. Leg op een heldere en verstaanbare manier uit waarom iets al dan niet opgestart wordt, welke verwachtingen/winst we hierbij vermoeden en op welke termijn. Betrek de patiënt in het beslissingsproces om tot een beleid te komen waar zowel huisarts als patiënt zich comfortabel bij voelen. Leg daar waar mogelijk nadruk op levensstijladviezen en het leren omgaan met de klachten. [1-39, seminaries]

Iatrogene schade (afkomstig van 'overbodige' onderzoeken en/of behandelingen) voorkomen is in het algemeen belangrijk. Bij patiënten met SOLK moet hier zeker nadruk op gelegd worden. Zoals eerder beschreven komen zij vaak herhaaldelijk op consultatie met (diverse) klachten. Zij gaan tevens zelf mee op zoek naar een verklaring via internet, e.a. Frequent komen patiënten met SOLK informeren naar onderzoeken en/of behandelingen. Dit is een van de reden dat een duidelijke en concrete uitleg van de diagnose SOLK van groot belang is. Tevens kan de keerzijde van een bepaalde behandeling, zijnde de nevenwerkingen, stof tot nadenken bieden aan de patiënt. [1-39, seminaries]

Bijkomend kan met de patiënt (met SOLK) besproken worden dat de (gezondheids)situatie geherevalueerd zal worden in geval van andere, nieuwe of in intensiteit toegenomen symptomen. [1-39]

Vaardigheden

Taal en verhaal

Een niet te onderschatten punt bij communicatievaardigheden is uiteraard taal. Het is van belang gebruik te maken van een begrijpbare taal die aangepast wordt aan de patiënt. [1-39]

Globaal wordt meestal van start gegaan met een open vraag. Dit kan eventueel aangevuld worden met een vraag naar uitleg. [1-39]

'Wat kan ik voor u doen?' 'Wat brengt u hier?'

Dit kan eventueel gevolgd worden door:

'Wat bedoelt u hiermee?'

Met behulp van deze open vragen wordt de reden van het bezoek nagegaan en krijgt de patiënt een kans om zijn/haar verhaal te vertellen. [36, seminaries)]

Dieper ingaan op verhaal en psychosociale context

Tijdens het vervolg van de anamnese kan dieper ingegaan worden (met open en gesloten vragen) op de klachten van de patiënt. Van belang hierbij is de impact die de klachten hebben op het dagelijks leven van de patiënt (diens activiteiten, gedrag, e.a.) en op de sociale omgeving. In dit kader kan tevens gepolst worden naar de sociale context. Het bevragen van stressfactoren en emoties mag niet ontbreken bij patiënten met SOLK. [1-39]

'Welke impact hebben uw klachten op uw dagelijks functioneren?' 'Welk effect hebben uw klachten op uw gezin/familie/omgeving?' 'Beïnvloeden uw klachten uw sociaal leven?'

'Hoe voelt u zich hierbij?'

Door dieper in te gaan op bovenbeschreven topics is het mogelijk voor de arts om de patiënt te kaderen op psychosociaal vlak. Met de bekomen informatie kan vervolgens verder gewerkt worden waarbij de patiënt de boodschap krijgt dat psychische en sociale zaken bespreekbaar zijn. Aangezien dit een belangrijke rol speelt in SOLK, is het van belang dat dit aan bod komt tijdens het consult. [1-39, symposium]

Terugblikken, samenvatten, gevoelsreflectie, tijd

Blik daar waar mogelijk is terug op voorgaande consultaties, de voorgeschiedenis en/of onderzoeken. De continuïteit van zorg wordt op deze wijze gegarandeerd. [1-39, symposium, seminaries]

Door tijdens de anamnese kort samen te vatten kan je nagaan of je het verhaal van de patiënt correct geïnterpreteerd hebt en voelt de patiënt zich gehoord. Dit kan tevens aangewend worden als toetsing om na te gaan of de patiënt de gegeven uitleg heeft begrepen en/of ter afsluiting van het consult. Gevoelsreflecties kan de arts een goede indruk geven van de beleving van de patiënt. Het inplannen en voorzien van korte pauzes geeft de patiënt tijd om de informatie te verwerken. Zo nodig kan afgesproken worden enkele consultaties in te plannen zodat de informatieflow per keer beperkt wordt en de patiënt vragen kan stellen. [1-39]

Einde consultatie en opvolging

Bij het afsluiten van een consult moeten duidelijke afspraken gemaakt worden. Interessant is een opvolgconsult reeds te voorzien. Zo nodig kan meer tijd of een buffer ingepland worden. Concrete informatie is steeds van belang bij patiënten met SOLK en aangezien zij regelmatig op consult komen kunnen opvolgafspraken spontane bezoeken verminderen. [1-39, seminaries]

De patiënt kan tevens nog geïnformeerd worden dat in geval van andere, nieuwe of in intensiteit toegenomen symptomen een herevaluatie zal plaatsvinden. [1-39]

Tabel 5 Communicatieve leidraad

Rode draad	• Let op elk moment op o.a. de nonverbale communicatie en het tonen van empathie • Wees open, eerlijk en direct

Praktisch	• Voorbereiding
	  ○ Opfrissen voorgaande consultaties
	  ○ Nakijken (nieuwe) verslagen
	• Aanvang
	  ○ Open, frisse blik voor ogen houden zonder vooroordelen
	• Afsluiten
	  ○ Duidelijke afspraken
	  ○ Regelmatig geplande afspraken
	  ○ Zo nodig meer tijd voorzien of buffer inplannen

	• Beperk afleiding ○ Computer, telefoon, dossier,…

Nonverbaal	• Lichaamshouding: open
	• Oogcontact: patiënt aankijken
	• Lichaamsbewegingen: knikken met het hoofd,…
	• Informatie:
	  ○ Brochure
	  ○ Tekening-schets
	  ○ …

Verbaal (Anamnese)	• Inhoud
	  ○ Ideas Concerns Expectations
	  ▪ In kaart brengen van gedachten, angsten en verwachtingen patiënt
	  ▪ Agenda arts-patiënt
	  ○ (h)erkennen
	  ▪ Herken ziekteverhaal en patroon
	  ▪ Erken 'echtheid' klachten en de impact ervan
	  ▪ Erken de frustratie en onzekerheid waar de patiënt mee zit
	  ○ Informeren
	  ▪ Uitleg diagnose
	  ▪ Psychosociale context – link leggen
	  ▪ KO: wat waarom + betekenis
	  ▪ Bijkomend onderzoek
	  • Waarom wel/niet
	  • Onderhandelen
	  • Betrek de patiënt in het beslissingsproces
	  ▪ Behandeling
	  • Duidelijke instructies (wat, hoe, hoe lang, wanneer)
	  • Waarom wel/niet
	  • Winst/verwachtingen
	  • Betrek de patiënt in het beslissingsproces
	  ○ Herevaluatie
	  ▪ Andere, nieuwe of in intensiteit toegenomen symptomen
	
	• Communicatievaardigheden
	  ○ Maak gebruik van begrijpbare taal – aanpassen aan patiënt
	  ○ Start: open vraag
	  ➔ Reden van bezoek
	  ➔ Verhaal patiënt
	  ○ Afwisselen open en gesloten vragen
	  ➔ Dieper op klacht(en) patiënt
	  ➢ Impact op dagelijks leven
	  ➢ Impact op sociaal leven
	  ➔ Dieper op (psycho)sociale context patiënt
	  ➔ Stressfactoren bevragen, emoties bevragen
	  ○ Terugblikken (waar mogelijk) op vorige consult(en)/voorgeschiedenis
	  ➔ Continuïteit van zorg
	  ○ Samenvatten
	  ➔ Nagaan correcte interpretatie verhaal patiënt
	  ➔ Patiënt voelt zich gehoord, kan aanvullen/verbeteren
	  ○ Gevoelsreflectie
	  ➔ Indruk beleving van de patiënt
	  ○ Tijd/pauzes
	  ➔ Voor patiënt om informatie te verwerken

Discussie

SOLK betreft een complex probleem en vormt een uitdaging voor huisartsen. Regelmatig is er sprake van diverse frustraties, bij zowel arts als patiënt. Herhaaldelijke en tijdrovende consultaties voor vage klachten, waarin gevoelens van irritatie de bovenhand krijgen, zijn niet ondenkbaar. Kwaliteitsvolle communicatie is omwille van meerdere redenen van groot belang bij patiënten met SOLK en vormt de belangrijkste reden voor het onderwerp van deze masterproef.

Deze literatuurstudie verzamelt verschillende elementen uit de geconsulteerde referenties, aangevuld met (praktijk)ervaring, het symposium 'Het moeilijke lichaam. Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?' en de presentaties met feedback tijdens de seminaries. De gegevens werden samengebracht in een welgekozen structuur.
Met behulp van deze informatie en kennis werd een communicatiemodel voor de begeleiding, van begin tot eind, van patiënten met SOLK uitgewerkt als hulpmiddel voor in de huisartsenpraktijk. (Zie Tabel 5) Hierin zitten zowel algemene communicatievaardigheden vervat, die in elke arts-patiëntgesprek relevant zijn, als handvaten die meer specifiek voor SOLK een meerwaarde hebben. Zo konden een aantal typische vragen waarmee huisartsen mogelijk worstelen, zoals 'Hoe eerlijk kan ik zijn met mijn patient?', beantwoord worden met concrete tips. Volgende resultaten vallen duidelijk op:
De aanwezigheid van frustraties is niet ondenkbaar en is ook geen schande. Wees bewust van deze gevoelens en breng het zo nodig onder woorden. Verder kan en mag SOLK verklaard worden aan de patiënt, wees hierbij eerlijk en concreet. Gericht op de gepresenteerde klachten wordt een klinisch onderzoek uitgevoerd. Vervolgens kan op basis van uw bevindingen en in overleg met de patiënt bijkomend onderzoek overwogen worden. Een eventuele behandeling dient eerder ter ondersteuning van klachten met een impact op de kwaliteit van leven en hangt af van de intensiteit en aard van deze klachten. De nadruk ligt echter op eventuele levensstijlaanpassingen en het leren omgaan met de klachten.
Het doel van een dergelijke communicatieve leidraad ligt in het beperken en zo mogelijk het vermijden van 'shopgedrag', frequente spontane bezoeken, iatrogene schade (door 'overbodige' onderzoeken en/of behandelingen), frustratie bij zowel huisarts als patiënt, het bevorderen van de therapietrouw en het uitvoeren van correct medisch en ethisch handelen om een optimale zorg en gezondheid van de patiënt te bewerkstelligen.

Deze studie werd opgebouwd met behulp van meerdere bronnen, waaronder een symposium en seminaries. Hoewel we op zoek waren naar concrete technieken en vaardigheden bleef dit eerder vaag en het ontbreekt aan effectstudies die heel concrete technieken kunnen aanbevelen. De verschillende artikels, hierboven kort beschreven, gaven in wisselende mate een beschrijving van SOLK, de moeilijkheden in de diagnose en omgang met patiënten met SOLK, valkuilen in de communicatie met deze patiënten, nuttige communicatievaardigheden, e.a. Enkele auteurs beschreven de ontwikkeling van een communicatietraining (zonder hier in detail op in te gaan) waarbij een studie werd uitgevoerd naar de efficiëntie van die training. Anderen stelden een studie op met delen van een consult en een aantal communicatieve vaardigheden of een bepaald model om daar de doeltreffendheid van na te gaan. De beschrijving van de verscheidene communicatievaardigheden, -modellen en trainingen bleven overwegend vaag en om deze reden moesten we zelf een model opstellen. Het model is niet rechtstreeks getest in de praktijk. De aanpak

van dit communicatiemodel is mogelijk niet geschikt voor elke arts, daar iedereen een individueel inzicht en stijl heeft.

Het voorgestelde communicatiemodel werd zowel uitgewerkt in een tabel als volledig uitgeschreven in tekstvorm. Bovendien kan het aangewend worden voor een volledig consult (van begin tot eind) of kan de lezer kiezen bepaalde delen en/of technieken aan te spreken.
Tussen het lesmateriaal op de website van EACH konden we geen training over SOLK terugvinden (wat niet wil zeggen dat een dergelijke training nergens bestaat). Voor het zelf opstellen van een communicatiemodel, met toepassingsmogelijkheden voor training, werd voldoende materiaal verzameld. Het is eveneens interessant om te informeren bij collega's op congressen of zij bepaalde technieken en/of model gebruiken en om deze communicatieve leidraad te delen en bespreken.
Dit model kan gebruikt worden ter opfrissing en ter vergelijking of aanvulling van de eigen communicatiegewoonten. Een andere mogelijkheid is deze communicatieve leidraad te verwerken tot of aan te wenden als een training voor studenten geneeskunde, eventueel aangevuld met simulatiepatiënten. Het kan tevens aan de basis liggen voor een training voor huisartsen. Tijdens bijvoorbeeld een LOK-vergadering kan een LOK-pakket samengesteld worden met een deel theorie en een deel rollenspel (met behulp van een simulatiepatiënt).
In de huisartsenwachtpost Somedi te Heist op den Berg wordt met gelegenheid praktische navorming gegeven met behulp van workshops (waarvoor ingeschreven moet worden) om praktische en technische vaardigheden op te frissen. In een dergelijke setting kan een workshop rond communicatie bij SOLK met dit model georganiseerd worden met een simulatiepatiënt.

De literatuur die voorhanden was bleef vaag op vlak van gerichte communicatievaardigheden, -modellen en trainingen. Bijkomende studies zijn zeker aanbevolen daar het om een veelvoorkomend probleem gaat. Een mogelijke studie als vervolg op deze masterproef is een onderzoek met HAIO's, jonge huisartsen en meer ervaren huisartsen, waarbij vragenlijsten ingevuld worden voorafgaand aan en volgend op een training met de communicatieve leidraad, zoals hier beschreven. Patiënten met SOLK vullen eveneens vragenlijsten in voor en nadat hun huisarts de training heeft gevolgd.
Het kostenplaatje is tevens niet te onderschatten gezien het mogelijk 'shopgedrag' van de patiënt en 'overbodig' ingestelde behandelingen en/of bijkomende onderzoeken.
Na het uitwerken van deze literatuurstudie ben ik ervan overtuigd dat door het toepassen van een kwaliteitsvolle communicatie er veel frustraties, tijd, 'shopgedrag', 'overbodige' onderzoeken en/of behandelingen (en bijgevolg kosten) kunnen bespaard worden. Bovendien draagt dit tevens in positieve zin bij aan de arts-patiëntrelatie en aan ons medisch en ethisch verantwoord handelen. Een aandeel wordt geleverd aan de gezondheid van de patiënt net als het beperken/vermijden van iatrogene schade.

Besluit

Hoewel een duidelijke communicatie in het algemeen van groot belang is in de huisartsenpraktijk, ligt de nadruk bij patiënten met SOLK o.a. op het herkennen en erkennen van symptomen, de impact van de symptomen en de emotionele toestand van de patiënt.
Het is aangeraden eerlijk te zijn en blijven doorheen het hele consult met uw patiënt over zowel de diagnose, klinische en/of bijkomende onderzoeken, eventuele behandeling en het verdere verloop. SOLK kan en mag aan de patiënt verklaard worden. Een klinisch onderzoek wordt uitgevoerd gericht op de gepresenteerde klachten en op basis van uw bevindingen en overleg met de patiënt kan bijkomend onderzoek overwogen worden. Afhankelijk van de intensiteit en aard van de klachten en de impact hiervan op het dagelijks leven kan gekozen worden voor een ondersteunende behandeling. De nadruk ligt echter op eventuele levensstijlaanpassingen en het leren omgaan met de klachten.
Elke uitleg dient concreet in een duidelijke en verstaanbare taal gegeven te worden. Vervolgens wordt bij deze groep patiënten ook een klemtoon gelegd bij het beperken van iatrogene schade.
Door bij deze patiënten de nodige tijd te voorzien in de eerste consultaties is het mogelijk tot een goede verstandhouding te komen en op termijn tijd te besparen.
Deze masterproef biedt een communicatieve leidraad, voor communicatie met patiënten met SOLK, als hulpmiddel in de huisartsenpraktijk. Het kan tevens aan de basis liggen voor het opstellen van trainingen (voor onder meer geneeskunde studenten en huisartsen) en vormt een mogelijke opstap naar verder praktijkgericht onderzoek.

Referenties

1. NHG-standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
   Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma Tj, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.
2. den Boeft M., Huisman D., van der Wouden J.C., Numans M.E., van der Horst H.E., Lucassen P.L., olde Hartman T.C. Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study. BMC Family Practice 2016;17:1-9.
3. Weiland A., Blankenstein A.H., Van Saase J.L.C.M., Van der Molen H.T., Jacobs M.E., Abels D.C., Köse N., Van Dulmen S., Vernhout R.M., Arends L.R. Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. PLoS ONE 2015;10:1-12.
4. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). British Journal of General Practice 2003; 53:231-239.
5. Dirkzwager A.J.E., Verhaak P.F.M. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC Family Practice 2007; 8:1-10.
6. Verhaak P.F., Meijer S.A., Visser A.P., Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract 2006;23:414-20.
7. Weiland A., Van de Kraats R.E., Blankenstein A.H., Van Saase J.L.C.M., Van der Molen H.T., Bramer W.M., Van Dulmen A.M., Arends L.R. Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms; influences of communication on patient outcomes and use of health care: a literature overview. Perspect Med Educ 2012;1:192–206.
8. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004;184:470-6.
9. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. Br J Gen Pract 2004;54:165-70.
10. Koch H, Van Bokhoven MA, Bindels PJ, Van der Weijden T, Dinant GJ, ter RG. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. Fam Pract 2009a;26:455-65.
11. Olde Hartman TC, Lucassen PL, Van de Lisdonk EH, Bor HH, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? Br J Gen Pract 2004;54:922-7.
12. Olde Hartman TC, Van Ravesteijn HJ. Well doctor, it is all about how life is lived': cues as a tool in the medical consultation. Mental Health Fam Med 2008;5:183-7.
13. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract 2009b;10:68.
14. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. BMJ 1999;318:372-6.
15. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995;152:1423-33.
16. Van Bokhoven MA, Koch H, Van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. Ann Fam Med 2009;7:112-20.

17. Van Boven K, Lucassen P, Van Ravesteijn H, Hartman T, Bor H, Van Weel-Baumgarten E, et al. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. Br J Gen Pract 2011;61:e316-e325.
18. Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft WJJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. Br J Gen Pract 2017; DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp17X692537.
19. Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft WJJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. Family Practice 2017; Vol. 00, No. 00:1-7. (doi:10.1093/fampra/cmw132)
20. Stone L. Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the 'heartsink' experience. Australian Family Physician 2014;43: 191-195.
21. Heijmans M, olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PLBJ, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. Family Practice 2011; 28:444-455.
22. Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. Fam Med 2008;40:111-118.
23. Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. Psychosomatic Medicine 2007;69:571-577.
24. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. British Journal of General Practice 2004;54:171-176.
25. Goldberg RJ, Novack DH, Gask L. The Recognition and Management of Somatization. What Is Needed in Primary Care Training. Psychosomatics 1992; 33: 55-61.
26. Phillips LA, McAndrew L, Laman-Maharg B, Bloeser K. Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication. Patient Education and Counseling 2017; 100: 1580-1587.
27. Morton LK, Elliott A, Thomas R, Cleland J, Deary V, Burton C. Developmental study of treatment fidelity, safety and acceptability of a Symptoms Clinic intervention delivered by General Practitioners to patients with multiple medically unexplained symptoms. Journal of Psychosomatic Research 2016; 84: 37–43.
28. Stone L. Managing medically unexplained illness in general practice. The Royal Australian College of General practitioners 2015; 44: 624-629.
29. Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. Journal of Psychosomatic Research 2011; 71: 325–334.
30. Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med 2008;24:443-449.
31. Dowrick C, Gask L, Hughes JG, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AR, Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. BMC Family Practice 2008; 9:46. (http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/46)
32. Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Rigby C, Gask L. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. British Journal of Psychiatry 2007;191:536-542.

33. Garcı´a-Campayo J, Claraco LM, Sanz-Carrillo C, Are´valo E, Monton C. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. General Hospital Psychiatry 2002;24:101-105.
34. Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Rogers A, Dunn G, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifforda R, Iredale W, Towey M, Gask L. Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). General Hospital Psychiatry 2006; 28: 343-351.
35. Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, de Vries D, Zaat JOM, Knottnerus JA, van Eijk JTM, de Haan M. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. Patient Education and Counseling 2002; 47: 229-235.
36. Wouda J, van de Wiel H, van Vliet K. Medische communicatie. Gespreksvaardigheden voor de arts. Utrecht: De Tijdstroom; 2000. p356.
37. Van Dalen J, van der Beek JMH. Lastige gesprekssituaties in de arts-patiëntrelatie. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV; 2003. p79.
38. Van staveren R. Patiëntgericht communiceren. Gids voor de medische praktijk. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p267.
39. app MedCom (Remke van Staveren)
40. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2006. p342.
41. International Association for Communication in Healthcare (EACH). Teaching resources. Beschikbaar via: https://www.each.eu/teaching/resources/.

Bijlagen

Bijlage 1: Tabellen

Tabel 1 De ernst van SOLK [1]

Mild	• Lichte functionele belemmeringen; en • ≥1 SOLK-klachten binnen 1 of 2 klachtenclusters (GI, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen aspecifiek (dwz moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)).
Matig-ernstig	• Matig-ernstige functionele belemmeringen; en • Meerdere SOLK-klachten in ten minste 3 klachtenclusters; en/of • Klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht
Ernstig	• Ernstige functionele belemmeringen; en • SOLK-klachten in alle klachtenclusters; en/of • Klachtenduur langer dan drie maanden.

Tabel 2 SCEGS [1]

Somatische dimensie	• Klachtencluster (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat algemeen aspecifiek (dwz moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)); • Aard, plaats, duur, ernst en het patroon v/d klachten; • Begeleidende symptomen; • Gebruik van medicatie (ook zonder recept) en eventuele verslavende middelen.
Cognitieve dimensie	• De ideeën die bij de patiënt leven over het ontstaan en voortbestaan van zijn klacht; • De invloed die de patiënt hier zelf op denkt te hebben; • Waarom de patiënt denkt bep. activiteiten of werkzaamheden niet (meer) te kunnen doen; • De verwachtingen van de patiënt omtrent de bijdrage van de huisarts of andere hulpverleners aan het oplossen van de klacht.
Emotionele dimensie	• Welke gevoelens ervaart de patiënt door de klachten? Sommige patiënten worden depressief of angstig door de klachten, terwijl anderen zich wanhopig, moedeloos of opstandig voelen. • Is de patiënt erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?
Gedragsmatige dimensie	• Vermijden van belasting of beweging, of ander vermijdingsgedrag; • Werkverzuim; • Negeren van de klacht, en extra doorzetten waardoor overbelasting optreedt; • Ander gedrag dat het herstel zou kunnen belemmeren. Besteed hierbij tevens aandacht aan het hulpzoekgedrag: • Zoekt de patiënt snel medische hulp of probeert hij lang zelf de problemen op te lossen? • Bezoekt hij verschillende artsen/zorgverleners voor hetzelfde probleem? • Wat heeft de patiënt tot nu toe zelf aan de klacht gedaan, welke maatregelen heeft hij genomen?
Sociale dimensie	• Welke gevolgen hebben de klachten voor de belangrijkste relaties van de patiënt? • Hoe reageert de omgeving er op: (over)bezorgd, negatief of juist steunend? • Welke invloed hebben de klachten op het functioneren thuis en op het werk?

Tabel 3 Enkele communicatievaardigheden

[Weiland A., e.a. Table 4. Effects on doctors' communication skills.]

De anamnese om biopsychosociale factoren na te gaan	• Begrijpt de patiënt het probleem • De impact op activiteiten en gedrag van de patiënt • De impact op de sociale omgeving • Aanmoedigen emoties te uiten • Fysieke symptomen nagaan • Erkennen van de symptomen en impact ervan
Het geven van de nodige en duidelijke informatie	• Obv de SCEGS de informatie van de patiënt samenvatten • Positieve ingesteldheid • Uitleg oorzaak symptomen • Uitlokkende factoren benoemen • Gebruik van tekeningen/schema's/… • (h)erkennen bezorgdheid patiënt en de vraag naar behandelingsmogelijkheden • Uitleg medisch perspectief • Medisch perspectief en de patiënt linken • Tijd (bevatten informatie)
Het inzicht voor het plannen van de eventuele follow up	• Bijkomend onderzoek: verklaren waarom wel/niet • Aanmoedigen deel te nemen aan het maken van beslissingen • Nagaan bij patiënt voor aanvaardbare behandeling en/of follow up • Nagaan barrières bij patiënt • Samenvatten mogelijk plan voor behandeling en/of follow up • Verbale en non-verbale empathie

Bijlage 2: Excel bestand

Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care.	Br J Gen Pract.		Houwen
Physical examination skills training: Faculty staff vs. patient instructor feedback-A controlled trial.	PLoS One.		physical examination'
Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study.	Br J Gen Pract.		
Latvian family physicians' experience diagnosing depression in somatically presenting depression patients: A qualitative study.	Eur J Gen Pract.		diagnose depressie
Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication.	Patient Educ Couns.		US military veterans'
The effect of an educational intervention in family phisicians on self-rated quality of life in patients with medically unexplained symptoms.	Zdr Varst.		
Group supervision for healthcare professionals within primary care for patients with psychosomatic health problems: a pilot intervention study.	Scand J Caring Sci.		
Examiner characteristics and interrater reliability in a communication OSCE.	Patient Educ Couns.		niet over SOLK
[Medically unexplained symptoms' care in internal medicine: A paradigm of doctor-patient relationship in situation of uncertainty].	Rev Med Interne.		[Article in French]
Negotiating explanations: doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms-a qualitative analysis.	Fam Pract.		
Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue.	Fam Pract.		Houwen
Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs.	Cancer Treat Rev.		kankerpatiënten, effect van trainen
Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health.	Psychosom Med.		Long-term outcom', geen/beperkte communicatie
Crossing the bridge - A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations.	J Psychosom Res.		communicatie tussen hulpverleners
How do Dutch GPs address work-related problems? A focus group study.	Eur J Gen Pract.		niet SOLK-gerelateerd
Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study.	BMC Fam Pract.		
Evaluation of the performance of general practitioners in a collaborative care program by employing simulated patients.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.		evaluatie van huisartsen
Developmental study of treatment fidelity, safety and acceptability of a Symptoms Clinic intervention delivered by General Practitioners to patients with multiple medically unexplained symptoms.	J Psychosom Res.		
Symptoms as the main problem: a cross- sectional study of patient experience in primary care.	BMC Fam Pract.		niet SOLK-gerelateerd
Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study.	JAMA Pediatr.		niet SOLK-gerelateerd, pediatrie
"You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms.	BMC Med Educ.		
Collaborative stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care.	J Psychosom Res.		
The linguistic validation of Russian version of Dutch four-dimensional symptoms questionnaire (4DSQ) for assessing distress, depression, anxiety and somatization in patients with borderline psychosomatic disorders.	BMC Res Notes.		
Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study.	BMJ Open.		
Managing medically unexplained illness in general practice.	Aust Fam Physician.		
Clinical characteristics of persistent frequent attenders in primary care: case-control study.	Fam Pract.		niet SOLK-gerelateerd
Consultation liaison in primary care for people with mental disorders.	Cochrane Database Syst Rev.		niet SOLK-gerelateerd
Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically UnexplainedPhysical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial.	PLoS One.		
Medically Unexplained Symptoms: Barriers to Effective Treatment When Nothing Is the Matter.	Harv Rev Psychiatry.		
Child and adolescent psychiatry: which knowledge and skills do primary care physicians need to have? A survey in general practitioners and paediatricians.	Eur Child Adolesc Psychiatry.		psychiatrie, pediatrie, niet SOLK
Training specialists to write appropriate reply letters to general practitioners about patients with medically unexplained physical symptoms; A cluster-randomized trial.	Patient Educ Couns.		specialist gericht
Short communication: final year students' deficits in physical examination skills performance in Germany.	Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.		studenten, niet SOLK
"Peer-assisted learning" (PAL) in the Skills-Lab--an inventory at the medical faculties of the Federal Republic of Germany.	GMS Z Med Ausbild.		niet over dokter-patiënt, niet SOLK
Digital rectal examination skills: first training experiences, the motives and attitudes of standardized patients.	BMC Med Educ.		niet-communicatieve vaardigheid
Workplace learning: an analysis of students' expectations of learning on the ward in the Department of Internal Medicine.	GMS Z Med Ausbild.		niet SOLK-gerelateerd, niet communicatie-gerelateerd
Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice.	BMC Fam Pract.		
Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study.	Gen Hosp Psychiatry.		
[Psyche and soma: what can the consultation-liaison psychiatrist contribute?].	Neuropsychiatr.		2de lijn - psychiatrie
Approach to the patient with multiple somatic symptoms.	Med Clin North Am.		unexplained?

Are illness perceptions related to future healthcare expenditure in patients with somatoformdisorders?	Psychol Med.		communicatie?
Towards a clinically useful diagnosis for mild-to-moderate conditions of medically unexplained symptoms in general practice: a mixed methods study.	BMC Fam Pract.		diagnose gericht
Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice.	BMC Fam Pract.		persistent mups, Noorwegen (?)
[Associations with Muslim patients in general practice surgeries--a survey among German general practicioners].	Gesundheitswesen.		surgeries'
["Simply stay loose!"].	Dtsch Med Wochenschr.		[Article in German]
Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the 'heartsink' experience.	Aust Fam Physician.		
Getting beyond "pandora-phobia".	Fam Syst Health.		
Developing medical educators--a mixed method evaluation of a teaching education program.	Med Educ Online.		teaching education program', geen arts-patiënt relatie/communicatie
Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evaluation of the Düsseldorf CoMeD-OSCE.	Patient Educ Couns.		niet SOLK-gerelateerd
To give the invisible child priority: children as next of kin in general practice.	Scand J Prim Health Care.		niet SOLK-gerelateerd
Longing for existential recognition: a qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders.	J Psychosom Res.		
Making sense of medically unexplained symptoms in general practice: a grounded theory study.	Ment Health Fam Med.		
Developing medical educators - a mixed method evaluation of a teaching education program.	Med Educ Online.		niet SOLK-gerelateerd, niet in de praktijk
The German version of the Four Habits Coding Scheme - association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter.	Patient Educ Couns.		niet SOLK-gerelateerd
Diagnosing somatisation in adults in the first consultation: moving beyond diagnosis by exclusion.	Br J Gen Pract.		
A pilot registry of unexplained fatiguing illnesses and chronic fatigue syndrome.	BMC Res Notes.		eerder over CVS
The effect of including a 'psychooncological statement' in the discharge summary on patient-physician communication: a randomized controlled trial.	Psychooncology.		kankerpatiënten
[Treatment of mental and psychosomatic complaints - how the general population in Germany gets treatment, and what it expects and knows about treatment alternatives].	Z Psychosom Med Psychother.		[Article in German]
GP consultations for medically unexplained physical symptoms in parents and their children: a systematic review.	Br J Gen Pract.		
Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE Project.	BMC Fam Pract.		nieuw aangekomen immigranten in Catanonië
Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry.	Int Rev Psychiatry.		psychiatrie
The impact of psychosomatic co-morbidity on discordance with respect to reasons for encounter in general practice.	J Psychosom Res.		niet SOLK-gerelateerd
The General Practitioner's Consultation Approaches to Medically Unexplained Symptoms: A Qualitative Study.	ISRN Family Med.		
[Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner].	Encephale.		anxiety disorders
Factors influencing professional decision making on unplanned hospital admission: a qualitative study.	Br J Gen Pract.		niet SOLK-gerelateerd, ziekenhuisopname, medisch handelen
[Would the Screening of Common Mental Disorders in Primary-Care Health Services Hyper-Frequent Patients Be Useful?].	Rev Colomb Psiquiatr.		niet SOLK-gerelateerd, medisch handelen
[Suspected depression].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
[Field of tension between psychomatics and psychiatry].	Nervenarzt.		2de lijn
Results of a psychosomatic training program in China, Vietnam and Laos: successful cross-cultural transfer of a postgraduate training program for medical doctors.	Biopsychosoc Med.		training van artsen
Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention.	BMC Fam Pract.		
The effect of watchful waiting compared to immediate test ordering instructions on general practitioners' blood test ordering behaviour for patients with unexplained complaints; a randomized clinical trial (ISRCTN55755886).	Implement Sci.		arts-patiëntrelatie? Communicatie?
Implementation of the interdisciplinary curriculum Teaching and Assessing CommunicativeCompetence in the fourth academic year of medical studies (CoMeD).	GMS Z Med Ausbild.		niet SOLK-gerelateerd, arts-patiëntrelatie?
Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles.	J Psychosom Res.		
[Sexual abuse: general practitioner as first contact person].	MMW Fortschr Med.		niet SOLK-gerelateerd
Why the 'reason for encounter' should be incorporated in the analysis of outcome of care.	Br J Gen Pract.		
[Basic psychosomatics in primary care].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings.	J Psychosom Res.		
[The general practitioner faced with somatoform disorders].	Soins Psychiatr.		[Article in French]
[How do general practitioners deal with patients they do not consider to be depressed but who are classified as such according the PHQ-9?].	Psychiatr Prax.		depressie, communicatie huisarts-psychiater
The interpretation of low mood and worry by high users of secondary care with medically unexplained symptoms.	BMC Fam Pract.		

Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices.	Psychol Med.	
Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences.	Br J Gen Pract.	acupunctuur
Are medically unexplained symptoms and functional disorders predictive for the illness course? A two-year follow-up on patients' health and health care utilisation.	J Psychosom Res.	ziekteverloop
Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - how this relates to patient enablement.	Patient Educ Couns.	communicatie gericht, niet SOLK-gerelateerd
How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations.	Patient Educ Couns.	
Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials.	Fam Pract.	
Therapeutic assessment of families in healthcare settings: a case presentation of the model's application.	Fam Syst Health.	gericht op familie, niet SOLK-gerelateerd
Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care.	Cochrane Database Syst Rev.	brieven, niet communicatie gericht
[Therapy of depression in primary care].	Psychiatr Prax.	[Article in German]
[Care for immigrant patients: facts and professionals' perception in 6 primary health care zones in Navarre].	An Sist Sanit Navar.	niet SOLK-gericht, immigranten
Follow-up actions on electronic referral communication in a multispecialty outpatient setting.	J Gen Intern Med.	Electronic health records
Symptom presentation, interventions, and outcome of emotionally-distressed patients in primary care.	Psychosomatics.	
Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.	J Psychosom Res.	
Tackling the global mental health challenge: a psychosomatic medicine/consultation-liaison psychiatry perspective.	Psychosomatics.	psychiater
Models of care for co-occurring mental and medical disorders.	Harv Rev Psychiatry.	niet SOLK-gerelateerd, behandelingsgericht
[Somatic complaints of depressed patients: diversity of depressive complaints].	Encephale.	[Article in French]
Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study.	BMC Fam Pract.	
In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms.	BMC Fam Pract.	
[Family medicine and functional somatic syndromes].	Nihon Rinsho.	[Article in Japanese]
Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: different idioms for different contexts.	Health (London).	
The identification in primary care of patients who have been repeatedly referred to hospital for medically unexplained symptoms: a pilot study.	J Psychosom Res.	
Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms.	Psychol Med.	
A clinical prediction rule for detecting major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study.	Fam Pract.	depressie
Is a shared decision-making approach effective in improving hypertension management?	J Clin Hypertens (Greenwich).	beleid hypertensie
[Occupational and social participation disorders in patients in office-practice medical care].	Rehabilitation (Stuttg).	[Article in German]
[Identification of potential need for medical rehabilitation by general practitioners: idea and reality].	Rehabilitation (Stuttg).	[Article in German]
Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREshold for AntiDepressant response) study.	Health Technol Assess.	onderzoek naar medicatie (SSRI)
[Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of Crohn's disease - summary for the general practitioner].	Med Klin (Munich).	[Article in German]
Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints.	Ann Fam Med.	
Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders.	BMC Public Health.	niet SOLK-gerelateerd
Primary care consultations about medically unexplained symptoms: how do patients indicate what they want?	J Gen Intern Med.	
What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms.	J Gen Intern Med.	
Burden of dizziness and vertigo in the community.	Arch Intern Med.	niet SOLK-gerelateerd
Diagnostic interaction: the patient as a source of knowledge?	Scand J Prim Health Care.	
General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study.	BMC Fam Pract.	
What can alert the general practitioner to people whose common mental health problems are unrecognised?	Med J Aust.	
Improving the psychosomatic competence of medical doctors in China, Vietnam and Laos-the Asia-Link Program.	Int J Psychiatry Med.	
Contents of general practitioner-patient consultations in the treatment of depression.	J Gen Intern Med.	depressie
Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptomsand its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study.	BMC Psychiatry.	
Unexplained orofacial pain - is an early diagnosis possible?	Br Dent J.	beperkt tot 'orofacial pain'
Relieved after GP's consultation? Change in the complaint-related worry of young adult patients.	Psychol Health Med.	niet SOLK-gerelateerd

Screening for mental disorders in cardiology outpatients.	Nord J Psychiatry.		screening in beperkte populatie
[Eating disorders in the physician's office--the first interview may be decisive].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
GPs' experience of managing chronic pain in a South Asian community--a qualitative study of the consultation process.	Fam Pract.		chronische pijn
Doctors' attachment style and their inclination to propose somatic interventions for medically unexplained symptoms.	Gen Hosp Psychiatry.		
Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms.	Fam Med.		
Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care.	BMC Fam Pract.		follow-up
[How well do primary care patients assess the time needed for a consultation in general medical practice?].	Dtsch Med Wochenschr.		[Article in German]
Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms.	Br J Psychiatry.		
[Mental stress of immigrant patients and the family practice].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
Teaching junior doctors to manage patients who somatise: is it possible in an afternoon?	Med Educ.		
Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: criticism or confrontation?	Gen Hosp Psychiatry.		
Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary carepatients with medically unexplained symptoms.	Ann Fam Med.		beleid
Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention.	Psychosom Med.		
[The sick child in family practice. Competence test for the family physician].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
Why do general practitioners decline training to improve management of medically unexplained symptoms?	J Gen Intern Med.		
Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation.	Patient Educ Couns.		
European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics: report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics.	J Psychosom Res.		psychiatrie
Maintaining face in the presentation of depression: constraining the therapeutic potential of the consultation.	Health (London).		depressie
Randomised controlled trial of a psychiatric consultation model for treatment of common mental disorder in the occupational health setting.	BMC Health Serv Res.		mental disorder
A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms.	Psychol Med.		
[Pre- and post-treatment in inpatient psychosomatic rehabilitation].	Rehabilitation (Stuttg).		[Article in German]
Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure.	Psychosom Med.		beleid
Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST).	Gen Hosp Psychiatry.		
The potentially somatizing effect of clinical consultation.	CNS Spectr.		
[Patients with physical pain but no organic correlate].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills.	Psychosom Med.		niet SOLK-gerelateerd
Disability and the detection of mental disorder in primary care.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.		mental disorders
Are psychological skills necessary in treating all physical disorders?	Aust N Z J Psychiatry.		niet SOLK-gerelateerd
The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms.	Soc Sci Med.		
Are self-referrers just the worried well?--A cross-sectional study of self-referrers to community psycho-educational Stress and Self-Confidence workshops.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.		niet SOLK-gerelateerd
Functional symptoms in neurology: questions and answers.	J Neurol Neurosurg Psychiatry.		communicatie gericht?
Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system.	Gen Hosp Psychiatry.		communicatie tussen gezondheidsmedewerkers
Global versus specific symptom attributions: predicting the recognition and treatment of psychological distress in primary care.	J Psychosom Res.		niet SOLK-gerelateerd
Medically unexplained physical symptoms: the feasibility of group cognitive-behavioural therapy in primary care.	J Psychosom Res.		
Explaining medically unexplained symptoms.	Can J Psychiatry.		
Balint training makes GPs thrive better in their job.	Patient Educ Couns.		toestand arts
[Somatoform disorders--what must the general practitioner know?].	MMW Fortschr Med.		[Article in German]
Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change.	J Psychosom Res.		
An assessment of the feasibility of telephone and email consultation in a chest clinic.	Patient Educ Couns.		consultatie via email/telefoon, niet SOLK-gerelateerd
Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A	BMJ.		

qualitative study.			
Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts.	Sociol Health Illn.		chronische ziekte
Psychosocial job factors and the one-year evolution of back-related functional limitations.	Scand J Work Environ Health.		rugproblematiek
Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners.	Br J Gen Pract.		
Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology.	Br J Gen Pract.		
[Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle Network].	Encephale.		[Article in French]
The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders.	Br J Gen Pract.		psychiatric disorders
The role of symptoms in the recognition of mental health disorders in primary care.	Psychosomatics.		mood and anxiety disorders
[Validity of diagnoses of mental disorders by primary care physicians].	Gesundheitswesen.		[Article in German]
Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior.	Med Decis Making.		
Trauma and posttraumatic stress disorder in an urban Xhosa primary care population: prevalence, comorbidity, and service use patterns.	J Nerv Ment Dis.		niet SOLK-gerelateerd
Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice.	Br J Gen Pract.		laboratorium testen
[What can future physicians learn from general practice].	Lakartidningen.		[Article in Swedish]
Diagnostic work in general practice: more than naming a disease.	Scand J Prim Health Care.		diagnose stelling
Reporting psychosomatic consultations in the discharge letter: an examination of communication between inpatient and primary care physicians.	Gen Hosp Psychiatry.		
Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners.	Patient Educ Couns.		
Psychosocial primary care - what patients expect from their General Practitioners A cross-sectional trial.	BMC Psychiatry.		niet SOLK-gerelateerd
Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study.	Fam Pract.		
Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors.	Gen Hosp Psychiatry.		
[A shared room of reflection where the patient's symptoms are valid sources of knowledge].	Tidsskr Nor Laegeforen.		[Article in Norwegian]
Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach.	J Psychosom Res.		
Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.		toegang psychiatrische zorg
The 'difficult patient' as perceived by family physicians.	Fam Pract.		niet SOLK-gerelateerd
How general practice patients with emotional problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement.	Br J Gen Pract.		
Fatigue in primary care.	Obstet Gynecol Clin North Am.		niet SOLK-gerelateerd
A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total patient delay.	Patient Educ Couns.		kanker, niet SOLK-gerelateerd
Patterns of referral in patients with medically unexplained motor symptoms.	J Psychosom Res.		doorverwijzing
Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women.	Fam Med.		
Attachment style in patients with unexplained physical complaints.	Psychol Med.		
Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka.	Psychol Med.		beleid
Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders.	Psychiatry.		psychiatrie, prevalentie
Somatisation in primary care: clinical judgement and standardised measurement compared.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.		GPs' clinical judgement of somatisation
[Diagnosis and management of panic disorder in psychiatry (PANDA Study)].	Encephale.		[Article in French]
Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care.	Psychosomatics.		communicatie tss psychiater en HA
Psychosocial care by general practitioners--where are the problems? Results of a demonstration project on quality management in psychosocial primary care.	Int J Psychiatry Med.		niet SOLK-gerelateerd
[Chronic, unexplained pain: from complaint to action].	Ned Tijdschr Geneeskd.		meer over onverklaarde pijn...
Early diagnosis and empathy in managing somatization.	Am Fam Physician.		
How do we compare with our colleagues? Quality of general practitioner performance in consultations for non-acute abdominal complaints.	Int J Qual Health Care.		niet SOLK gericht, the quality of general practitioner performance
Panic disorder patients and their medical care.	Psychosomatics.		paniekstoornis
[Correlation between inpatient and ambulatory psychotherapy from the viewpoint of the family physician].	Wien Med Wochenschr.		[Article in German]
Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner?	Psychol Med.		niet SOLK-gerelateerd

Understanding and caring for the distressed patient with multiple medically unexplained symptoms.	J Am Board Fam Pract.		
Do minutes count? Consultation lengths in general practice.	J Health Serv Res Policy.		psychiatrie, niet SOLK-gerelateerd
Psychiatric liaison with a primary care clinic--14 years' experience.	Isr J Psychiatry Relat Sci.		niet SOLK-gerelateerd
[Prevalence of upper abdominal complaints and their effect on the quality of life and utilization of medical resources. Swiss Primary Care Group].	Schweiz Med Wochenschr.		[Article in German]
From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain.	Psychosomatics.		niet SOLK-gerelateerd
An evaluation of the effectiveness of a consultation-liaison psychiatry service in general practice.	Aust N Z J Psychiatry.		psychiatrie, niet SOLK-gerelateerd
[Diagnosis and treatment of affective disorders].	Ther Umsch.		[Article in German]
Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: associations and risk factors.	Br J Psychiatry.		mental disorders', niet communicatie gericht
Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care.	Psychol Med.		onderzoek naar invloed, geslacht en cultuur, niet communicatie gericht
A population-based incidence study of chronic fatigue.	Psychol Med.		chron vermoeidheid, niet communicatie gericht
Utilization of medical specialists by anxiety disorder patients.	Psychosomatics.		angststoornissen
Reassurance therapy: what to say to symptomatic patients with benign or non-existent medical disease.	Int J Psychiatry Med.		
Diagnosis of transient ischemic attack by the nonneurologist. A validation study.	Stroke.		hart- en vaatziekten
[Detection of psychiatric diseases in general practice: results from Germany].	Gesundheitswesen.		[Article in German]
Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with low back pain.	Gen Hosp Psychiatry.		niet SOLK, psychiatrie
The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care.	Fam Pract.		
Psychiatric consultation for somatizing patients in the family practice setting: a feasibility study.	Int J Psychiatry Med.		psychiatrie, niet HA-patiënt
Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden--a comparative study.	Scand J Soc Med.		niet SOLK-gerelateerd
Doctor-dependent changes in complaint-related cognitions and anxiety during medical consultations in functional abdominal complaints.	Psychol Med.		
Somatization. Diagnosis and management.	Arch Fam Med.		
Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with abdominal pain.	Psychosomatics.		niet communicatie HA-patiënt
Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice.	Br J Gen Pract.		
Mental health care practices and educational needs of general practitioners.	Med J Aust.		niet SOLK-gerelateerd
Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter.	Psychol Med.		niet SOLK-gerelateerd, niet communicatie gericht
The effect of patient ethnicity on prescribing rates.	Health Trends.		voorschriften, niet SOLK-gerelateerd, niet communicatie gericht
Liability of psychiatric consultants.	Psychosomatics.		niet SOLK-gerelateerd, niet communicatie gericht
Hysteria, somatisation & the sick role.	Practitioner.		
Psychiatric consultations in medical outpatients with abdominal pain: patient and physician effects.	Int J Psychiatry Med.		psychiatrie, niet communicatie HA-patiënt
A research agenda for outpatient consultation-liaison psychiatry.	Gen Hosp Psychiatry.		psychiatrie, niet communicatie HA-patiënt
Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care.	Am J Psychiatry.		psychiatrie, niet communicatie HA-patiënt
Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic.	Psychol Med.		psychiatrie
Education of general practitioners in psychosomatic medicine. Effects of a training program on the daily work at Swedish primary health care centers.	Gen Hosp Psychiatry.		
The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder.	Gen Hosp Psychiatry.		psychiatrie, niet communicatie HA-patiënt
Why people with probable minor psychiatric morbidity consult a doctor.	Psychol Med.		niet communicatie HA-patiënt
Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome.	J Gen Intern Med.		communicatie ? Vermoeidheid
Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners.	Med Educ.		
The recognition and management of somatization. What is needed in primary care training.	Psychosomatics.		
Detection of depression in the stroke patient.	Psychosomatics.		niet SOLK, depressie, beperkte groep
Determinants of somatization in primary care.	Psychol Med.		niet communicatie gericht
Somatization: a spectrum of severity.	Am J Psychiatry.		niet communicatie gericht, psychiatrie
Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs.	Gen Hosp Psychiatry.		niet communicatie gericht, psychiatrie

Health care utilization for emotional problems: results from a community survey.	Can J Psychiatry.		niet communicatie gericht, psychiatrie
The prevalence of psychiatric morbidity among people aged 85 and over living at home. Associations with reported somatic symptoms and with consulting behaviour.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.		niet communicatie gericht, psychiatrie
Changing the psychiatric knowledge of primary care physicians. The effects of a brief intervention on clinical diagnosis and treatment.	Gen Hosp Psychiatry.		psychiatrie, diagnose-beleid
What does a doctor do with psychosocial problems in primary care?	Int J Psychiatry Med.		behandeling
Symptomatology of late-life minor depression among primary care patients.	Psychosomatics.		depressie
Polytomous logistic regression analysis of the General Health Questionnaire and the Present State Examination.	Psychol Med.		niet communicatie gericht, niet SOLK
Psychiatric cases: an ethnography of the referral process.	Psychol Med.		niet communicatie gericht, psychiatrie
PROQSY: a computerised technique for psychiatric case identification in general practice.	Br J Psychiatry.		niet communicatie gericht, psychiatrie
Locus of control in health: the effects of psychological well-being and contact with the doctor.	Int J Soc Psychiatry.		niet communicatie gericht, niet SOLK
The role of the general practitioner in the care of mentally disturbed subjects in the general population--results of the Upper Bavarian Study.	Int J Soc Psychiatry.		psychiatrie
General practitioners' characteristics and the assessment of psychiatric illness.	J Psychiatr Res.		
Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire.	Int J Soc Psychiatry.		niet communicatie gericht, niet SOLK
Illness and disease in female patients. II. A study of consultation techniques designed to improve the exploration of illness in general practice.	Scand J Prim Health Care.		beperkt tot vrouwen, niet duidelijk SOLK
Does labelling and treatment for hypertension increase illness behaviour?	Fam Pract.		hypertensie
"Hidden" popular illnesses in primary care: residents' recognition and clinical implications.	Cult Med Psychiatry.		niet communicatie gericht, niet SOLK
Abnormal illness behaviour in young women in a primary care setting: is Briquet's syndrome a useful category?	Psychol Med.		niet communicatie gericht, niet SOLK
Psychosexual problems.	Practitioner.		
Models of mental health training for primary care physicians.	Psychosom Med.		
Communication in primary care: the role of patient and practitioner explanatory models.	Soc Sci Med.		
The application of psychodynamic principles to the learning objectives in a general practicevocational training scheme in the setting of a small group.	Psychother Psychosom.		niet SOLK-gerelateerd
Guidelines for family interviewing and brief therapy by the family physician.	J Fam Pract.		gericht op familie, niet SOLK-gerelateerd
[The importance of the medical discussion for diagnosis in general medicine (author's transl)].	MMW Munch Med Wochenschr.		[Article in German]
Management of "psychosomatic" problems in clinical practice.	Can Med Assoc J.		
The psychosomatic approach in the practice of medicine.	Int J Psychiatry Med.		
[The psychosomatic patient faces the hospital, the psychiatrist and the general practitioner].	Ther Umsch.		[Article in French]
The physician, emotions and medical illness.	Psychosomatics.		

Bijlage 3: Tabel per artikel

Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically UnexplainedPhysical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. [3]			
De ontwikkeling van een evidence-based communicatietraining voor ptn met SOLK, met als doel het verbeteren van de anamnese, het informeren en planningvaardigheden	Multi-center randomized controlled trial	Rotterdam 2011-2014	De vaardigheden (stellen van vragen, geven van info) verbeteren mbv SOLK-gerichte communicatietraining
Tabel 1, 4			

Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care [18]			
Doel: verkrijgen van inzicht in de problemen die ptn met SOLK ondervinden tijdens consultaties	A qualitative interview study Ptn met SOLK worden gevraagd te reflecteren over hun video-opname van het consult	Nijmegen 04/2015-09/2015	Belangrijke punten: - Gericht contact met pt - Aandacht voor agenda pt - Vermijden uitlokken onaangename gevoelens en vooroordelen - Voorbereiding consultaties - Focus op probleem pt - Eerlijk
Trefwoorden: communication; consultation; general practice; medically unexplained symptoms Tabel 1			

Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue [19]			
Doel: het bekijken van relevante communicatie elementen om de verwachtingen van ptn met SOL na te gaan	A qualitative interview study Ptn met SOLK worden gevraagd te reflecteren over hun video-opname van het consult	Nijmegen 04/2015-09/2015	Belangrijke punten: - Gepersonaliseerde aanpak - Aandacht voor de persoonlijke omstandigheden v/d pt - Adequaat somatisch management van de symptomen - Een gepaste conversatie waarin ze als gelijken worden behandeld
Trefwoorden: Communication, consultation, general practice, medically unexplained symptoms Tabel 2			

Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the 'heartsink' experience. [20]			
- Uitdagingen en strategieën in consultaties met ptn met SOLK - Nadruk: ervaring arts en pt, uitdagingen therapeutische relatie, geven van 'betekenis' mbv uitleg + verhaal	review		- Ptn van uitleg voorzien om een acceptabel ziektebeeld te kunnen construeren - (h)erkennen van de problemen - Empathische zorg/communicatie
Trefwoorden: chronic disease/therapy; consultation, doctor–patient relations; communication, doctor–patient relations; psychiatry, general practice Tabel 1-3			

Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. [21]			
Doel: het nagaan van belangrijke en effectieve elementen in de behandeling van ptn met SOLK in 1ste lijn	a systematic search of narrative reviews and scientific editorials in Medline and PsycINFO and triangulated the findings by conducting a focus group with MUS experts	10/2009	- belang: creëren van een veilige therapeutische omgeving en andere generieke interventies zoals motivatie gesprekken, geruststelling, uitleg en regelmatig geplande afspraken
Trefwoorden: Doctor–patient relationship, family medicine, mental health, patient-centred care, qualitative research Tabel 2			

Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. [22]			
Doel: de strategieën van HA onderzoeken in hun omgang met ptn met SOLK	qualitative study	2002	De strategieën worden mede bepaald door de (lange termijn) HA-pt relatie en de tijd die genomen wordt
Trefwoorden: Fig 1			

Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. [23]			
Doel: Wanneer somatische interventie: - artsen bieden eenvoudige geruststelling (geen gedetailleerde symptoomverklaring en geen bespreking van psychosociale problemen - patiënten breiden hun symptoompresentatie uit om artsen meer te betrekken	Consultations were audiorecorded, transcribed, and coded	2000 - 2002	- somatische interventie werd gerelateerd aan de lengte van het consult - aandacht voor psychosociale aspecten lijkt nood aan somatische interventie te verminderen - belang symptoompresentatie door ptn
Trefwoorden: somatization, communication, physician-patient relationships, symptoms Tabel 1 (fig 2)			

Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. [24]			
Ingaan op psychosociale problemen Laten HA kansen liggen om in te gaan op psychosociale problematiek?	Qualitative analysis of audiotaped consultations between patients and GPs	Merseyside, United Kingdom	Ingaan op psychosociale aspecten, aangegeven door ptn met SOLK, kan onnodige somatische/symptomatische interventie beperken
Trefwoorden: consultation; general practice; psychosocial outcomes; unexplained symptoms Tabel 1			

The Recognition and Management of Somatization. What Is Needed in Primary Care Training. [25]			
Somatisatie: een specifieke training voor herkenning en beleid zou moeten inhouden: - biopsychosociaal model - vaardigheid: benoemen relevante psychosociale factoren - een basis voor psychiatrie (depressie en angst, diagnose) - anamnese - omgaan met tegenoverdracht	Dit artikel kaart tekortkomingen aan betreffende de medische educatie rond somatisatie		- somatisatie is een complex gegeven - kennis en vaardigheden zouden reeds (uitgebreider) aan bod moeten komen tijdens de opleiding (huis)artsgeneeskunde
Tabel 1			

Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication. [26]			
In welke mate wordt SOLK besproken en wat zijn de mogelijke gevolgen van dergelijke gesprekken	Studie met veteranen met SOLK		Vermoeden betere therapietrouw bij uitleg symptomen van SOLK en verwachte uitkomst van behandeling
Trefwoorden: Medically unexplained symptoms, veterans, primary care, treatment adherence, doctor-patient communication, illness and treatment representations			

Developmental study of treatment fidelity, safety and acceptability of a Symptoms Clinic intervention delivered by General Practitioners to patients with multiple medically unexplained symptoms. [27]			
Kunnen huisartsen een interventie aangeleerd worden voor ptn met SOLK? Interventie: herkenning; erkenning symptomen; uitleg van symptomen; acties om symptomen te behandelen	An uncontrolled observational study in Northeast Scotland	Schotland	Huisartsen kunnen technieken aangeleerd worden om om te gaan met patiënten met SOLK
Trefwoorden: Medically unexplained symptoms, Observational study, Intervention, Primary care Tabel 1,3			

Managing medically unexplained illness in general practice. [28]			
Doel: een aanpak voor het management van ptn met SOLK	Casus bespreking		Strategieën: - Het verzorgen en behouden van een gezonde therapeutische relatie - Erkennen van de ervaringen van de ptn - Het bekomen van een 'common ground' uitleg - Algemene gezondheid maximaliseren - Schadebeperkende strategieën - Ondersteuning ivm omgang met vervelende symptomen
Box 1-4			

Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. [29]			
Doel: onderzoek van het gebruik van het reattributiemodel, nagaan training voor huisartsen, nagaan implicaties toekomstig onderwijs en onderzoek betreffende het management ptn met SOLK in 1ste lijn	Literature search for studies utilising the reattribution model. Narrative review of the results.		- het reattributiemodel is te eenvoudig in zijn huidige vorm voor de problemen van ptn met SOLK - het herleiden van fysieke symptomen naar een psychologische oorzaak is vaak overbodig - een consult kan het best beschouwd worden al s een gesprek en een voortdurende onderhandeling tussen arts en patiënt waarin er geen zekerheden zijn over de aan- of afwezigheid van organische pathologie
Trefwoorden: Functional-somatic-symptoms, General-practitioner, Medically-unexplained, Primary-care, Somatisation Box 2-3			

What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. [30]			
Doel: het opsporen van belemmeringen voor reattributie en de verbetering van de klinische uitkomst door de ervaringen van ptn te analyseren Om zo tot een verbetering van communicatie interventies te komen	Qualitative study - Thematic analysis of in-depth interviews		- ptn helpen om hun symptomen/problemen te begrijpen - duidelijke communicatie aandacht voor zowel psychosociale zaken als fysieke problematiek - zorg voor goede dokter-patiënt relatie - onvoldoende: het verbeteren van uitleg van SOLK door huisartsen
Trefwoorden: doctor–patient communication; medically unexplained symptoms; reattribution Tabel 1			

General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. [31]			
Doel: het nagaan van de attitude, ervaring en verwachtingen van huisartsen voor de introductie van nieuwe methoden voor het omgaan met ptn met SOLK	A nested attitudinal survey and qualitative study	Noord-West Engeland 2005-2006	Een hoger competentie gevoel bij HA voor het management van ptn met SOLK mbv reattributietraining Maar: barrières vb aanwezigheid van zowel verklaarde als onverklaarde klachten; overtuiging ptn
Fig 1-3			

Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. [32]			
Doel: nagaan of praktijkervaring en training in reattributiede arts-patiënt communicatie wijzigt (met betere uitkomsten)	a cluster randomised controlled trial	Noord-West Engeland	reattributie training alleen is onvoldoende voor ptn met SOLK die vaak naar de HA gaan Maar: slechts korte training – efficiënter maken?
Tabel 1			

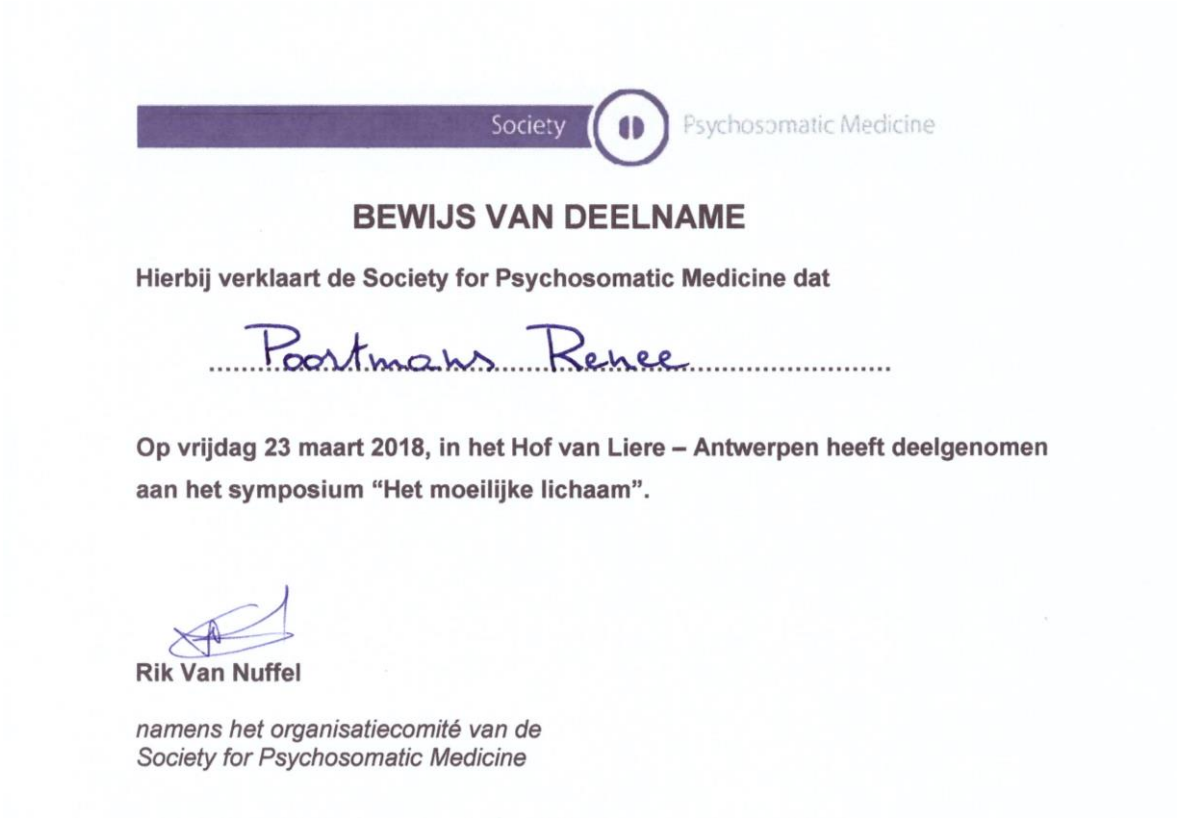
Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. [33]			
Doel: opzetten training voor HA voor het dagelijks management van ptn met 'somatization disorder'	a 20-h practical course, using role-playing and video recording with standardized patients	Zaragoza College of Physicians	- ontwikkeling van vaardigheden - focus op vaardigheden die bijgeschaafd en aangevuld kunnen worden - omgaan met negatieve houding
Trefwoorden: Somatization disorder; Somatoform disorders; Primary care; Treatment Tabel 2			

Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). [34]			
Doel: het aantonen van de effectiviteit van reattributie (training)	An exploratory randomized controlled trial	Praktijken gelinkt aan de University of Manchester (teaching or research links)	- reattributie model: origineel drie stadium + aanvullingen - bijscholing: uitvoerbaar en nuttig voor huisartsen
Tabel 1, 3-4			

Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. [35]			
Het bruikbaar/geschikt en uitvoerbaar maken van reattributie voor patiënten met lang bestaande somatisatie	Ontwikkeling aangepast reattributie model Training huisartsen Metingen/registratie gedurende 1 jaar	Nederland	3 aanpassingen: - omgang met aanhoudende zorgen/angst voor ziekte (toont moeilijke uitvoerbaarheid na de studie) - snelheid arts aanpassen aan patiënt - gebruik van symptoom dagboeken
Trefwoorden: somatisation, general practice, reattribution, feasibility Tabel 1-2			

Bijlage 4: Symposium: 'Het moeilijke lichaam.
Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?' 23 maart 2018

Bewijs van deelname



Society Psychosomatic Medicine

BEWIJS VAN DEELNAME

Hierbij verklaart de Society for Psychosomatic Medicine dat

Poortmans Renee

Op vrijdag 23 maart 2018, in het Hof van Liere – Antwerpen heeft deelgenomen aan het symposium "Het moeilijke lichaam".

Rik Van Nuffel

namens het organisatiecomité van de
Society for Psychosomatic Medicine

Inhoud symposium

Society Psychosomatic Medicine

Als het lichaam een last is, is lust voor de geest ver weg. En toch horen ze - lichaam en geest - onlosmakelijk samen. Vraagstuk van de dag: hoe bereiken we die eenheid?

Het moeilijke lichaam

Van lichaamslast naar levenslust, hoe vinden we onze weg?

Symposium
Vrijdag 23 maart 2018
Hof van Liere - Antwerpen

9u30	***Onthaal met koffie***	
10u00	***Inleiding***	***Stijn Jannes,*** prof. dr. em.
10u05	**Casus uit de praktijk**	*nog te bevestigen*
10u20	**Geschiedenis van de beïnvloedingstherapieën bij psychosomatische klachten** ***Stijn Jannes,*** prof. dr. em.	
10u50	**Van gevoelige buik naar buikgevoel; de gut-brain interacties** ***Lukas Van Oudenhove****, professor gastro-enterologie, KU Leuven*	
11u20	*pauze*	
11u50	**Een andere kijk op het psychosomatische lichaam in therapie. De invloed van vroege ontwikkelingsprocessen op het myofasciale lichaam** ***Joeri Calsius****, dr., klinisch psycholoog-psychotherapeut, osteopaat DO, docent UHasselt*	
12u35	**plenumdiscussie met publiek:** *moderator* ***Stijn Jannes***	
13u00	***Middagpauze met warme maaltijd***	
14u00	Twee sessies met parallelle workshops; te kiezen uit: • **Aan de slag met een lichaam dat moeilijk doet** ***Joeri Calsius & Sophie Van de Put,*** *fascia-therapeute, Antwerpen* • **The Neurobiology of Affection and Connection** (workshop in het Engels) ***Savera Noriega****, traumatherapeute, Antwerpen* • **Lichaamsgerichte psychotherapie vanuit antropologisch standpunt en gevechtskunst** ***Bram De Groote,*** *lichaamsgericht therapeut, Antwerpen*	
16u00	**Synthese en afsluiting**	***Dirk Vogelaers,*** *professor en diensthoofd algemene inwendige ziekten, UZ Gent*
16u30	***Einde***	

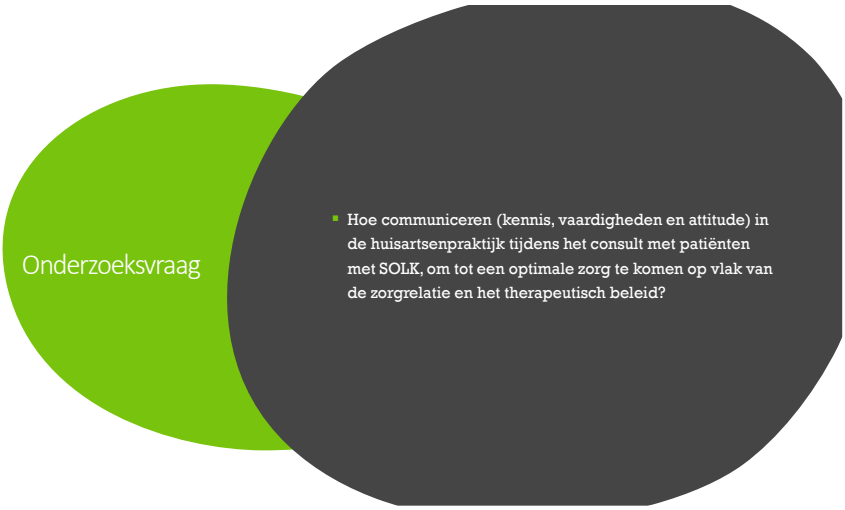
Deelnameprijs:	€ 95; studenten, … € 60.
Locatie:	Hof van Liere, Universiteit Antwerpen
Inschrijven	via de website www.psychosomatic.be Na inschrijving ontvangt u een uitnodiging tot betaling.
Meer informatie:	prof. em. Stijn Jannes, voorzitter van de Society: stijn.jannes@skynet.be

Accreditering voor artsen (rubriek 2 & rubriek 6 – ethiek en economie) is aangevraagd.

Bijlage 5: Voorstelling Masterproef – Seminarie 27/03/2018



Dr. Renee Poortmans (HAIO)
Prof. Dr. Katrien Bombeke (Promotor)
Universiteit Antwerpen





Nonverbaal

- Lichaamshouding: open
- Oogcontact: patiënt aankijken
- Lichaamsbewegingen: knikken met het hoofd,…

- Informatie:
  - Brochure
  - Tekening-schets
  - …

- Beperk afleiding
  - Computer, telefoon, dossier,…

Verbaal

- Ideas Concerns Expectations
  - Agenda arts-patiënt
- (h)erkennen
  - ‘echtheid’ klachten
- Informeren
  - Uitleg (mogelijke) diagnose
  - Psychosociale context – link leggen
  - KO: wat waarom + betekenis
  - Bijkomend onderzoek
    - Waarom wel/niet
    - Onderhandelen
  - Behandeling
    - Waarom wel/niet
    - Winst
- Herevaluatie
  - Andere, nieuwe of in intensiteit toegenomen symptomen

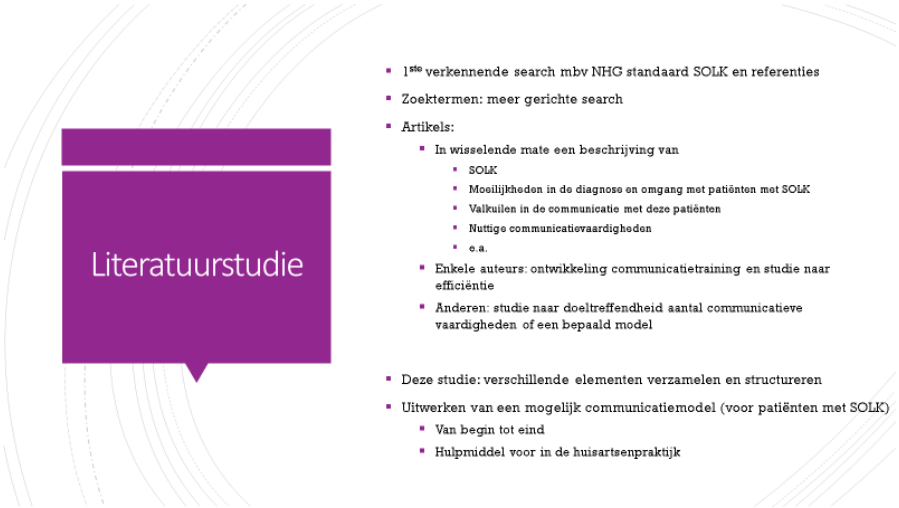
Referenties

1. NHG-standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde lichamelijke Klachten (SOLK)
   Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma *J, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.
2. den Boeft M., Huisman D., van der Wouden J.C., Numans M.E., van der Horst H.E., Lucassen P.L., olde Hartman T.C. Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study. BMC Family Practice 2016;17:1-9.
3. Weiland A., Blankenstein A.H., Van Saase J.L.C.M., Van der Molen H.T., Jacobs M.E., Abels D.C., Köse N., Van Dulmen S., Vernhout R.M., Arends L.R. Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. PLoS ONE 2015;10:1-12.
4. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). British Journal of General Practice 2003; 53:231-239.
5. Dirkzwager A.J.E., Verhaak P.F.M. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC Family Practice 2007; 8:1-10.
6. Verhaak P.F., Meijer S.A., Visser A.P., Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract 2006;23:414-20.
7. Weiland A., Van de Kraats R.E., Blankenstein A.H., Van Saase J.L.C.M., Van der Molen H.T., Bramer W.M., Van Dulmen A.M., Arends L.R. Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms: influences of communication on patient outcomes and costs. Patient Educ Couns. Forthcoming. Accepted Med Educ 2012;1:102-209.
8. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004;184:470-6.
9. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. Br J Gen Pract 2004;54:165-70.
10. Koch H, Van Bokhoven MA, Riesbeck PJ, Van der Weijden T, Dinant GJ, ter HC. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. Fam Pract 2008a;25:475-83.
11. Olde Hartman TC, Lucassen PL, Van de Laarkoe EH, Bor HH, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? Br J Gen Pract 2004;54:922-7.
12. Olde Hartman TC, Van Ravesteijn HJ. Well doctor, it is all about how life is lived': cues as a tool in the medical consultation. Mental Health Fam Med 2008;6:183-7.
13. Olde Hartman TC, Rosmalen-Franken IJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract 2008b;10:68.
14. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. BMJ 1998;317:1273-6.
15. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995;152:1423-33.
16. Van Bokhoven MA, Koch H, Van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Riesbeck PZ, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. Ann Fam Med 2009;7(1):12-20.
17. Van Boven K, Lucassen P, Van Ravesteijn H, Hartman T, Bor H, Van Weel-Baumgarten E, et al. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. Br J Gen Pract 2011;61:e318-e325.
18. Heuven J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft WJJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. Br J Gen Pract 2017; DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp17X693537.
19. Heuven J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft WJJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. Family Practice 2017; Vol. 00, No. 00:1-7. (doi:10.1093/fampra/cmw132)
20. Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JLCM, Van der Molen HT, Jacob ME, Abels DC, Köse N, Van Dulmen S, Vernhout RM, Arends LR. Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomised, Controlled Trial. PLOS ONE 2015;1-12.
21. Stone L. Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the 'heartsink' experience. Australian Family Physician 2014;43: 191-195.
22. Heijmans M, olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PLBJ, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. Family Practice 2011; 28:444-450.
23. Anderson M, Kuru A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes K, Jones P, Gy J, Agarwal R, Anderson S. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. Fam Med 2008;40:111-118.
24. Salmon P, Humphris GM, Ring A, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. Psychosomatic Medicine 2007;69:871-877.
25. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. British Journal of General Practice 2004;54:171-178.
26. Goldberg RJ, Novack DH, Gask L. The Recognition and Management of Somatization. What is Needed in Primary Care Training. Psychosomatics 1992; 33: 82-91.
27. Phillips LR, McKinley-le L, Lamar-Maharg S, Rivener E. Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication. Patient Education and Counseling 2017; 100: 1585-1587.
28. Morton LK, Elliott A, Thomas R, Cleland J, Deary V, Burton C. Developmental study of treatment fidelity, safety and acceptability of a Symptoms Clinic intervention delivered by General Practitioners to patients with multiple medically unexplained symptoms. Journal of Psychosomatic Research 2016; 84: 37-43.
29. Stone L. Managing medically unexplained illness in general practice. The Royal Australian College of General practitioners 2015; 44: 624-629.
30. Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. Journal of Psychosomatic Research 2011; 71: 325-334.
31. Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med 2008;24:443-448.
32. Dowrick C, Gask L, Hughes JC, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AS, Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. BMC Family Practice 2008, 9:46. (http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/46)
33. Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A, Lewis R, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Rigby C, Gask L. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. British Journal of Psychiatry 2007;191:536-542.
34. Garcí a-Campayo J, Claraco LM, Sanz-Carrillo C, Ara vale E, Morton C. Assessment of a pilot course on the management of somatisation disorder for family doctors. General Hospital Psychiatry 2010;24:251-258.
35. Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Rogers A, Dunn G, Lewis R, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Iredale W, Towey M, Gask L. Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomised controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). General Hospital Psychiatry 2009; 28: 243-251.
36. Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, de Vries D, Zael JOM, Escrivanca JA, van Eijk JTM, de Haan M. Development and feasibility of a modified reattribution format for activating patients, applied by their own general practitioners. Patient Education and Counseling 2012; 87: 229-236.
37. Woods J, van de Wiel H, van Vliet K. Medische communicatie. Gespreksvaardigheden voor de arts. Utrecht: De Tijdstroom; 2000. p266.
38. Van Dulm J, van der Kooi JMJ. Leerge gesprekstechnieken in de arts patiëntrelatie. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV; 200. p75.

Bijlage 6: Voorstelling Masterproef – Seminarie 17/04/2018







Rode draad

Praktisch

- Let op elk moment op o.a. de nonverbale communicatie en het tonen van empathie
- Wees open, eerlijk en direct

- Voorbereiding
  - Opfrissen voorgaande consultaties
  - Nakijken (nieuwe) verslagen
- Aanvang
  - Open, frisse blik voor ogen houden zonder vooroordelen
- Afsluiten
  - Duidelijke afspraken
  - Regelmatig geplande afspraken
  - Zo nodig meer tijd voorzien of buffer inplannen

Nonverbaal

- Lichaamshouding: open
- Oogcontact: patiënt aankijken
- Lichaamsbewegingen: knikken met het hoofd,…
- Informatie:
  - Brochure
  - Tekening-schets
  - …

- Beperk afleiding
  - Computer, telefoon, dossier,…

- Bewaak eigen frustratie
  - Wees bewust

Verbaal (anamnese)

- Inhoud
  - Ideas Concerns Expectations
    - In kaart brengen van gedachten, angsten en verwachtingen patiënt
    - Agenda arts-patiënt
  - (h)erkennen
    - Herken ziekteverhaal en patroon
    - Erken 'echtheid' klachten en de impact ervan
    - Erken de frustratie en onzekerheid van de patiënt
  - Informeren
    - Uitleg diagnose
    - Psychosociale context – link leggen
    - KO: wat waarom + betekenis
    - Bijkomend onderzoek
      - Waarom wel/niet
      - Onderhandelen
      - Betrek de patiënt in het beslissingsproces
    - Behandeling
      - Duidelijke instructies (wat, hoe, hoe lang, wanneer)
      - Waarom wel/niet
      - Winst/verwachtingen
      - Betrek de patiënt in het beslissingsproces
  - Herevaluatie
    - Andere, nieuwe of in intensiteit toegenomen symptomen

Verbaal (anamnese)

- Communicatievaardigheden
  - Maak gebruik van begrijpbare taal – aanpassen aan patiënt
  - Start: open vraag
    - Reden van bezoek
    - Verhaal patiënt
  - Afwisselen open en gesloten vragen
    - Dieper op klacht(en) patiënt
      - Impact op dagelijks leven
      - Impact op sociaal leven
    - Dieper op (psycho)sociale context patiënt
    - Stressfactoren bevragen, emoties bevragen
  - Terugblikken (waar mogelijk) op vorige consult(en)/voorgeschiedenis
    - Continuïteit van zorg
  - Samenvatten
    - Nagaan correcte interpretatie verhaal patiënt
    - Patiënt voelt zich gehoord, kan aanvullen/verbeteren
  - Gevoelsreflectie
    - Indruk beleving van de patiënt
  - Tijd/pauzes
    - Voor patiënt om informatie te verwerken

Nadruk SOLK

- Herkennen en erkennen
  - Symptomen
  - Impact symptomen
  - Emotionele toestand patiënt
- Elke uitleg concreet in duidelijke en verstaanbare taal
  - Verwoording diagnose
  - Verklaring klachten
  - Link met psychosociale factoren (impact emoties en stress)
  - Duidelijke afspraken (beleid, opvolging, e.a.)
- Beperken iatrogene schade ('overbodige' onderzoeken en/of behandelingen)

Doel 'goede' communicatie

- Beperken van
  - 'shopgedrag' patiënten
  - Frequente, spontane bezoeken door patiënt
  - Iatrogene schade ('overbodige' onderzoeken en/of behandelingen)
  - Frustratie huisarts en patiënt
- Bevorderen therapietrouw
- Uitvoeren correct medisch en ethisch handelen
- Optimale zorg en gezondheid patiënt

Referenties

1. NHG-standaard Somatisch Onverklaarde verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Waarma Y, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onverklaarde verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(8): 322-30.
2. den Boeft M , Haasnoot C , van der Wouden J C , Numans M E , van der Horst H E , Lucassen P L , olde Hartman T C C. Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study. BMC Family Practice 2016;17:1-9.
3. Weiland A., Blankenstein A.H., VanZuuren J.-L.C.M., Van der Molen H.T., Jacobs H.E., Abels D.C., Kiers R., Van Dalmen S., Vernhout R.M., Arends L.R. Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS): A Randomized, Controlled Trial. PLoS ONE 2015;10:1-12.
4. Burton C. Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). British Journal of General Practice 2003; 53:231-239
5. Dirkzwager A J E , Verhaak P F M. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC Family Practice 2007; 8:1-10.
6. Verhaak P.F., Meijer S.A., Visser A.P., Wiskerke G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract 2001;23:414-20.
7. Weiland A., Van de Ernste R.E., Blankenstein A.H., VanZuuren J.-L.C.M., Van der Molen H.T., Bramer W.M., Van Dalmen A.M., Arends L.R. Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms: influences of communication on patient outcomes and use of health care: a literature overview. Perspect Med Educ 2012;1:192-206.
8. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, VanHemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004;184:470-6.
9. Dowrick CF, Bingq A, Humphris GM, Zalmen P. Normalization of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. Br J Gen Pract 2004;54:165-70.
10. Koch H, Van Bokhoven MA, Bindels PJ, Van der Weijden T, Dinant GJ, ter HG. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. Fam Pract 2009a;26:405-66.
11. Olde Hartman TC, Lucassen PL, Van de Laarkolk EH, Rosmalen JG, Dirksen CD, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a simple synchrome? Br J Gen Pract 2008;58:923-7.
12. Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H]. Well doctor, if je zal almost here life is lived': cases as a tool in the medical consultation. Mental Health Fam Med 2009;6:183-7.
13. Olde Hartman TC, Borrnste-Franke IJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations: How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract 2008b;10:68.
14. Zalmen P, Peters Z, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. BMJ 1999;318:372-6.
15. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995;152:1423-33.
16. Van Bokhoven MA, Koch H, Van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, et al. Influence of watchfulwaiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. Ann Fam Med 2009;7:115-20.
17. Van Boven L, Lucassen P, Van Ravesteijn H, Rutjenes T, Bor H, Van Weel-Baumgarten E, et al. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. Br J Gen Pract 2011;61:e516-e526.
18. Rosmus J, Lucassen[Jill], Zhegrami[SW, Amentsdelt VE], van Dalmen Z, olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. Br J Gen Pract 2017; DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp17X693857.
19. Rosmus J, Lucassen[Jill], Zhegrami[SW, Amentsdelt VE], van Dalmen Z, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the pattern, the symptoms and the dialogue. Family Practice 2012; Vol. 00, No. 00 1-7. (doi:10.1093/fampra/cmm132)
20. Stone L. Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the 'heuristic' experience. Australian Family Physician. 2014;43: 191-195.
21. Rutjenes M, olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten[E, Dowrick C, Lucassen[Jill], van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. Family Practice 2011; 28:444-450.
22. Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum[E, Royer R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson Z. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. Fam Med 2008;40:111-118.
23. Zalmen P, Humphris GM, Rang A, Dantes IC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. Psychosomatic Medicine 2007;69:871-877.
24. Zalmen P, Dowrick CF, Rang A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. British Journal of General Practice 2004;54:171-176.
25. Goldberg RJ, Herwaldt[M, Gask L. The Recognition and Management of Somatization. What is Needed in Primary Care Training. Psychosomatics 1992; 33:55-61.
26. Philips IA, Mollenbrew L, Lapsan-Mahrargh, Bleeme K. Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication. Patient Education and Counseling 2017; 100: 1686-1687.
27. Morton IC, Elliott A, Thomas R, Cleland J, Deary V, Burton C. Developmental study of treatment fidelity, safety and acceptability of a Symptoms Clinic intervention delivered by General Practitioners to patients with multiple medically unexplained symptoms. Journal of Psychosomatic Research 2014; 84: 37-43.
28. Stone L. Managing medically unexplained illness in general practice. The Royal Australian College of General practitioners 2019; 44: 924-929.
29. Gask L, Dowrick C, Zalmen P, Peters Z, Morton R. Reattribution recommended: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. Journal of Psychosomatic Research 2011; 71: 328–334.
30. Peters Z, Rogers A, Zalmen P, Gask L, Dowrick C, Tiwary M, Clifford R, Morton R. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med 2010;24:443-449.
31. Dowrick C, Gask L, Hughes JO, Charles-Jones H, Rogg JA, Peters Z, Zalmen P, Rogers AR, Morton RC. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. BMC Family Practice 2008; 9:46. (http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/46)
32. Morton R, Dowrick C, Zalmen P, Peters Z, Dunn G, Rogers A, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Rigby C, Gask L. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. British Journal of Psychiatry 2007; 191:536-542.
33. Garn 'a-Campayo J, Olaneo-Idl, Sanz-Carrillo C, Ate'valo E, Morton C. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. General Hospital Psychiatry 2002;24:101-105.
34. Morton R, Dowrick C, Zalmen P, Peters Z, Rogers A, Dunn G, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Iredale W, Tiwary M, Gask L. Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomised controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the RESPECT). General Hospital Psychiatry 2008; 29: 343-351.
35. Blankenstein AH, van der Horst HE, Zoltán AF, de Vries D, Snel JGM, Knottnerus JA, van Eijk JTM, de Haan M. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. Patient Education and Counseling 2010; 81: 228-236.
36. Wrzuta], van de Wal H, van Vliet E. Medische communicatie. Geprioriteerde vaardigheden voor de arts. Utrecht: De Tijdstroom; 2003. p366.
37. Van Dalen J, van der Bonk JMH. Lastige gesprekssituaties in de arts-patiëntrelatie. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV; 200. p19.