Is het mogelijk om de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt te coderen met de ICPC-2 classificatie?

Achtergrond: Als we een zorgepisode in de eerstelijnsgeneeskunde willen beschrijven met oog op verder onderzoek, is een zo volledig mogelijke weergave van deze informatie door middel van een code erg interessant. De ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt, samen met de aanmeldingsklacht, zijn een mogelijke manier om de bredere context van de patiënt met zijn klacht weer te geven.
Doelstelling: Is het mogelijk om de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt door middel van de ICPC-2 classificatie te coderen?
Methode: Gegevens van 613 consultaties die voor een eerdere studie werden verzameld werden gedigitaliseerd en waar mogelijk gecodeerd met de ICPC-2 classificatie.
Resultaten: 181 van de 273 geregistreerde ideeën van de patiënt konden worden gecodeerd. Dit was zo voor 152 van de 258 zorgen van de patiënt. De verwachtingen van de patiënt werden in 202 van de 285 gevallen gecodeerd.
Besluit: ICPC-2 kan in de meerderheid van de gevallen gebruikt worden om de elementen van ICE te coderen. Verder kwalitatief onderzoek is nodig om een uitspraak te doen over de niet codeerbare waarden.
Promotor: Professor D. Avonts
Co-promotor: Dr. D. Schrans
Auteur: Dr. T. Caekebeke

1. Inleiding

Goede communicatie is essentieel voor een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Dit lijkt vandaag een evidente uitspraak. Uit systematische reviews blijkt inderdaad dat een goede arts-patiëntcommunicatie een positief effect heeft op gezondheid gerelateerde eindpunten[(1)]. McWithey (1989) analyseerde de traditionele klinische methode en beschreef de sterke en zwakke kanten ervan. De traditionele methode is sterk arts-georiënteerd. Het doel ervan is de symptomen van de patiënt te interpreteren in termen van specifieke ziekten en een wetenschappelijke verklaring te geven. Deze methode heeft in belangrijke mate bijgedragen tot de vooruitgang van de medische wetenschap. Ziekte wordt zo in termen van de onderliggende pathologie gediagnosticeerd en men concentreert zich meer en meer op de afzonderlijke defecte organen en lichaamsdelen, tot op het cellulaire en zelfs moleculair niveau. Deze extreme objectieve benadering gaat echter voorbij aan de patiënt, de zieke mens.
Zoals Cassell (1985) het zei: *'In de zorg om de functie van de organen worden persoonlijke zorgen van de patiënt terzijde geschoven.'*
Een nieuwe patiëntgerichte benadering stimuleert hulpverleners om in elk gesprek zowel de standpunten van de patiënt als die van de hulpverlener te beschouwen (Mischler, 1984; Campione.a., 1992; Keller & Carroll, 1994).
Uiteraard blijft het de taak van de arts om de symptomen van de patiënt te bekijken en vast te stellen of er sprake is van een onderliggende aandoening. De klacht van de patiënt echter is de uitdrukking van hoe de individuele patiënt zijn ziekte ervaart en hoe hij ermee omgaat. We kunnen de klacht van de patiënt niet onafhankelijk zien van de context waarbinnen de patiënt deze klacht ervaart, de patiënt doet dit namelijk ook niet[(2)].

Wanneer we een zorgepisode willen beschrijven zal een classificatiesysteem waarin enkel de diagnose wordt opgenomen, zoals de International Classification of Disease, in vele gevallen tekort komen. Dit is in het bijzonder zo voor de eerstelijnsgeneeskunde waar voor vele klachten geen diagnose wordt gesteld.
Daarom werd de aanmeldingsklacht (in de Engelstalige literatuur Reason For Encounter; RFE) in gebruik genomen voor het beschrijven van een zorgepisode. Het is de reden waarom een patiënt zich aanbiedt in de gezondheidzorg, en daarbij de vraag om hulp uit. Het kan hier gaan om een symptoom of een klacht, een gekende aandoening, een vraag naar preventieve of diagnostische handelingen, een behandeling, het verkrijgen van testresultaten of een administratieve handeling. De focus ligt hier op het perspectief van de patiënt. Het is de basis voor het ICPC classificatiesysteem[(3)].

De International Classification of Primary Care (ICPC) is een classificatiesysteem bedoeld om de distributie en inhoud van aspecten van de eerste lijns gezondheidszorg weer te geven. Het is ontworpen als epidemiologisch hulpmiddel bij dataclassificatie van drie belangrijke elementen van een contactepisode in de gezondheidszorg: de aanmeldingsklacht, een diagnose of probleem en een zorgproces. Het is ontwikkeld om zowel gebruikt te worden bij statistische datacollectie op papier als in elektronische informatiesystemen.
De ICPC heeft een twee-assige structuur met 17 hoofdstukken op de ene as en zeven componenten op de andere as (tabel 1).

De hoofdstukken zijn gebaseerd op de verschillende orgaansystemen met een extra hoofdstuk voor psychologische problemen en één voor sociale problemen. Elk hoofdstuk heeft een eigen code die uit één letter bestaat. De hoofdstukken worden onderverdeeld in zeven componenten die op hun beurt door een tweecijferige code worden geïdentificeerd[3].

Tabel 1: Structuur van ICPC-2

Hoofdstukken/ Componenten	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
1. Symptomen en klachten																	
2. Diagnostische verrichtingen																	
3. Therapeutische verwijzingen																	
4. Uitslagen																	
5. Administratieve verrichtingen																	
6. Verwijzingen en nao*																	
7. Omschreven ziekten																	

A. Algemeen
B. Bloed/lymfeklieren
D. Maagdarmstelsel
F. Oog
H. Oor
K. Hartvaatstelsel
L. Bewegingsapparaat
N. Zenuwstelsel
P. Psychische problemen
R. Luchtwegen
S. Huid
T. Endocriene klieren
U. Urinewegen
W. Zwangerschap/anticonceptie
X. Geslachtsorganen vrouw
Y. Geslachtsorganen man
Z. Sociale problemen

*nao: niet anders omschreven

Het wordt in sommige handboeken over communicatievaardigheden sterk aangeraden om tijdens een consultatie de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt expliciet na te gaan(Ideas, Concerns and Expectations; ICE) [4,5]. Uit onderzoek is zelfs gebleken dat het navragen van deze elementen een impact kunnen hebben op de voorgeschreven medicatie[1]. Ongetwijfeld geeft dit slechts in beperkte mate het complexe gedachtengoed van de patiënt en de arts-patiëntrelatie weer. Toch kan het navragen van ICE een praktisch haalbare manier zijn om een beter beeld te krijgen op de bredere context van een arts-patiëntcontact en een nuttige aanvulling op de aanmeldingsreden binnen de eerstelijns gezondheidszorg betekenen.

We gebruiken volgende definities voor de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt.
Idee: wat de patiënt denkt dat de diagnose zou kunnen zijn.
Zorgen: de diagnose waarvan de patiënt bang is dat het zou kunnen zijn.
Verwachtingen: hetgeen de patiënt verwacht dat de arts zal doen.

Indien we uitgaan van de toegevoegde waarde van de informatie die in de ICE is vervat, zou het interessant zijn om ook deze informatie te kunnen coderen.
De onderzoeksvraag van deze studie is of het al dan niet mogelijk is om met de ICPC-2 classificatie de ICE te coderen.
Dit classificatiesysteem werd ontwikkeld om de RFE te coderen, het is dus niet vanzelfsprekend dat het ook voor de codering van de ICE toepasbaar is. We willen vooral nagaan in welke mate ICPC-2 zoals deze momenteel is gedefinieerd, geschikt is om dit te doen. Het is niet onze bedoeling om een suggestie te maken om ICPC-2 aan te passen voor het gebruik als classificatiesysteem om ICE te coderen.
Het lijkt ons nuttig om meer dan alleen de RFE te kunnen coderen met zicht op verder

onderzoek. Misschien zijn andere coderingssystemen hiervoor beter geschikt, dit wordt in deze studie echter niet onderzocht.

2. Methode

2.1 Gegevens verzameling

De data die werd gebruikt voor deze studie zijn afkomstig van eerder verzamelde gegevens en werden reeds in een andere publicatie geanalyseerd. In deze studie onderzocht men het verband tussen het al of niet navragen van de ideeën, angsten en verwachtingen van de patiënt en het voorschrijfgedrag van de arts[(1)].

De gegevens werden verzameld uit 36 huisartspraktijken in Vlaanderen door 39 geneeskundestudenten, die op dat moment de consultaties bijwoonden in het kader van een obervatiestage.

Hen werd gevraagd voor alle bijgewoonde consultaties en huisbezoeken op 30 mei 2005 een standaardformulier in te vullen. Een week voordien ondergingen de deelnemende studenten een training waarin zij werden voorbereid op deze registratietaak.

De deelnemende artsen werden geïnformeerd over het project, maar om bias te vermijden werd hun gezegd dat het doel van de studie het registreren van de aanmeldingsklacht was. Patiënten werden geïnformeerd over de studie door middel van een poster in de wachtzaal en konden vrij kiezen of de student de consultatie mocht bijwonen.

Er werd bij het begin van de consultatie genoteerd of het ging om een huisbezoek of een consultatie in de praktijk en of het een nieuwe aanmeldingsklacht of een vervolgcontact betrof. De leeftijd, het geslacht en het opleidingsniveau van de patiënt, de consultatiefrequentie en of de patiënt de dokter al of niet had geconsulteerd in de voorbije maand werden gedocumenteerd.

De studenten registreerden de aanmeldingsklacht en, indien deze aan bod kwamen, ook de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt. Er werd hen gevraagd slechts één aanmeldingsklacht te registreren die verbonden was aan het diagnostisch of therapeutisch proces en gerelateerd was aan de ideeën, zorgen of verwachtingen van de patiënt.

Tot slot werden de ingestelde behandeling, eventuele verwijzingen of diagnostische investigaties en de door de arts gestelde diagnose ingevuld.

2.2 Gegevensverwerking

Deze studie werd door het ethisch comité goedgekeurd.

De oorspronkelijke formulieren werden voor deze studie gedigitaliseerd in een Excel tabel. Alle informatie die aanwezig was op de formulieren werd exact overgenomen. Een volledig ingevuld formulier bestond uit 25 variabelen. Discrete variabelen werden door middel van een keuzelijst ingevoerd, de andere variabelen als vrije tekst.

De aanmeldingsklacht, de ideeën, zorgen en de verwachtingen van de patiënt, alsook de evaluatie werden nadien gecodeerd met behulp van de ICPC-2 classificatie. Voor deze variabelen werd aangegeven of een code kon worden gevonden die hiermee verenigbaar was, indien dit het geval was werd deze code ingevuld. Op die manier werden 9 nieuwe variabelen aan de tabel toegevoegd.

Het digitaliseren van de gegevens alsook de codering werd door de auteur uitgevoerd en nadien door de co-promotor gecontroleerd. Bij twijfel werd over deze codes gediscussieerd en na overleg aangepast.

De tabel werd geoptimaliseerd voor het gebruik in SPSS.
Analyse van de gegevens gebeurde hoofdzakelijk met het programma Excel (Microsoft, versie 2010). Hierbij werd gebruik gemaakt van de functie geavanceerde filters en draaitabellen, de gebruikte tabellen en grafieken werden met hetzelfde programma aangemaakt.
De patiëntkarakteristieken werden geanalyseerd waarbij de verhouding tussen nieuwe aanmeldingsklachten en vervolgconsulten, huisbezoeken en consultaties in de praktijk, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, alsook de consultatiefrequentie en het al of niet consulteren in de voorbijgaande maand werden berekend.
Het aantal consultaties waarbij een idee, angst of verwachting van de patiënt werd opgegeven werden onafhankelijk bekomen. Voor de contacten waarbij tenminste één van deze variabelen aanwezig was werd het aandeel dat door middel van de ICPC-2 classificatie kon worden gecodeerd bepaald. Voor elk van deze variabelen werd nagegaan hoeveel codes per subcategorie van de ICPC-2 classificatie werden gebruikt.
De distributie van de aanmeldingsklachten werd vergeleken met de Intego databank om na te gaan of de geobserveerde populatie representatief was voor de algemene populatie [(1)].
Voor de ideeën en zorgen van de patiënt werd nagegaan welk aandeel van de gebruikte codes uit component 1 (symptomen en klachten) afkomstig zijn.

3. Resultaten

3.1 Populatiekarakteristieken

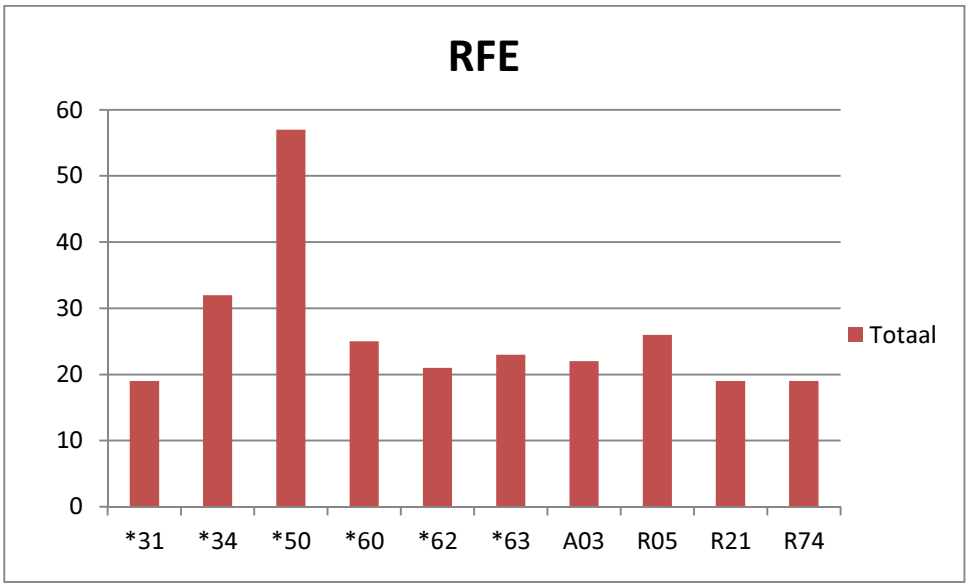
Er werden 613 consultaties geregistreerd. Hiervan werden 4 registraties geëxcludeerd omdat hiervoor geen aanmeldingsklacht werd opgegeven.
Voor de 609 geïncludeerde consultaties worden de patiënten kenmerken in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 2: samenvatting populatiekenmerken.

Populatiekenmerk	aandeel van totaal
Gemiddelde leeftijd	48,5j
Man	44,50%
Opleiding >18j	35%
>4 consultatie/j	57%
Consultatie in praktijk	84%
Nieuwe aanmeldingsklacht	55%

Voor 602 consultaties kon de aanmeldingsklacht worden gecodeerd volgens de ICPC-2 classificatie. De 10 meest voorkomende codes voor de aanmeldingsklachten worden in onderstaande grafiek weergegeven.
De code voor een medicatievoorschrift (*50) komt duidelijk het meest voor en wordt in 57 van de consultaties als aanmeldingsklacht gecodeerd.
39% van de aanmeldingsklachten worden met één van de standaardprocescomponenten gecodeerd.
Daarnaast zijn de meest voorkomende codes degene voor hoesten (26), koorts (22), symptomen/klachten keel (19) en acute infectie van de bovenste luchtwegen (19).

Grafiek 1: de 10 meest voorkomende RFE.



Wanneer we de verdeling van de gecodeerde aanmeldingsklachten per categorie van de ICPC-2 classificatie bekijken is zoals eerder aangegeven, het grootste aandeel voor de procescomponenten met 39% van het totaal.
Vervolgens is 15% van de aanmeldingsklachten onder te brengen in de categorie luchtwegen en 14% in de categorie bewegingsapparaat. De klasse algemeen en niet gespecifieerd komt voor in 9% van de gevallen en spijverteringsorganen in 7%. De vijfde categorie naast de procescomponenten is huid die 5% van de aanmeldingsklachten omvat.

3.2 Codering van de ideeën, zorgen en verwachtingen

Ideeën, zorgen en verwachtingen werden niet voor elke consultatie geregistreerd en kunnen in die gevallen uiteraard niet worden gecodeerd.
De ideeën van de patiënt werden in 273 consultaties geregistreerd, waarvan we voor 181 gevallen een code konden toekennen. De meest voorkomende categorieën zijn algemeen en niet gespecifieerd (34), luchtwegen (31) en bewegingsapparaat (23).
Als specifieke codes zijn die voor acute infectie van de bovenste luchtwegen (12) en die voor geneesmiddelenbijwerking (12) het meest gebruikt.
In 55 gevallen werd een code gebruikt uit component 1, dit betekent een klacht of symptoom.
De zorgen van de patiënt zijn in 258 gevallen beschreven en 152 daarvan konden worden gecodeerd. Dezelfde 2 categorieën als bij de ideeën van de patiënt komen het vaakst voor met 34 codes binnen de categorie algemeen en niet gespecifieerd en 21 codes voor luchtwegen. Op de derde plaats komen bij de zorgen van de patiënt het cardiovasculair stelsel (16).
De meest frequente code voor de zorgen van de patiënt is die voor angst voor hartziekte (6).
Bij de zorgen van de patiënt werden in 100 gevallen codes uit component 1 gebruikt.
Van de 285 verwachtingen van de patiënt konden we 202 gevallen coderen die, buiten 4 codes uit andere categorieën, allemaal onder te brengen zijn binnen de procescomponenten

(198).
Hier is een medicatieverzoek (63) de meest gebruikte code, gevolgd door een administratieve verrichting (35).

Tabel 3: aantal codes voor I, C en E per ICPC-2 categorie

ICPC-2 categorie	Som van RFE	Som van I	Som van C	Som van E
*	224	17	10	198
A	54	34	34	1
B	0	1	2	0
D	39	15	12	0
F	5	1	1	0
H	12	2	0	1
K	10	10	16	1
L	82	23	13	1
N	16	3	6	0
P	6	12	2	0
R	90	31	21	0
S	27	9	6	0
T	6	1	5	0
U	14	6	5	0
W	3	3	1	0
X	7	4	4	0
Y	3	2	1	0
Z	4	7	13	0
Eindtotaal	**602**	**181**	**152**	**202**

3.3 Ideeën, zorgen en verwachtingen zonder code

In 34% van de gevallen waarvoor een idee van de patiënt werd opgegeven kon deze met de ICPC-2 classificatie niet worden gecodeerd. Voor de zorgen van de patiënt was dit in 41% het geval. De niet codeerbare verwachtingen komen met 29% het minst voor.

4. Bespreking

Geen andere studies konden door de auteur worden gevonden waarbij werd onderzocht of ICE door middel van ICPC-2 kan worden gecodeerd.

De uitgebreide gegevensverzameling die werd gebruikt bij deze studie is een belangrijk voordeel.

Aangezien we in onze definitie van de ideeën en zorgen van de patiënt een mogelijke diagnose centraal plaatsen, verwachtten we dat deze voor een groot deel codeerbaar zouden zijn met de ICPC-2 classificatie. In deze analyse blijkt inderdaad dat dit voor een groot deel van de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt mogelijk is. Een aanzienlijk aantal ideeën en zorgen van de patiënt kan echter niet worden gecodeerd met de huidige

ICPC-2 codes. De verwachtingen van de patiënt leenden zich het best tot coderen binnen de ICPC-2 structuur. Deze waren zoals we hadden verwacht bijna uitsluitend procescodes.
We merken op dat veel symptoomcodes voorkomen voor zowel de ideeën als de zorgen van de patiënt. Dit is enigszins tegenstrijdig met onze verwachtingen. Gezien de definities van deze waarden verwachten we hier eerder codes voor een diagnose.
Wanneer we deze gevallen verder analyseren, blijkt dat in sommige gevallen een symptoomcode wel degelijk op een correcte manier de ideeën en zorgen van de patiënt kan weergeven.
Bij de aanmeldingsklacht buikpijn bijvoorbeeld, wordt obstipatie als idee van de patiënt gecodeerd als D12 (obstipatie). Dit geeft weer wat het idee van de patiënt over een mogelijke diagnose kan zijn.
De aanmeldingsklacht is in een ander geval de vraag naar een gynaecologisch onderzoek. De zorgen van de patiënt zijn hierbij het uitblijven van de menstruatie (X10). Hoewel in dit geval geen ongerustheid over een mogelijke diagnose wordt geuit, is dit wel een legitieme bezorgdheid van de patiënt die belangrijke extra informatie aan de aanmeldingsklacht toevoegt.
Voor een aantal gegevens echter moeten we besluiten dat op een bepaald niveau in het proces van consult tot codering iets fout liep. Zo gebeurt het vaak dat voor de ideeën of zorgen van de patiënt de RFE wordt herhaald. Bijvoorbeeld het idee van de patiënt over de mogelijke diagnose is diarree (D11) bij de aanmeldingsklacht van diarree. Soms zijn de genoteerde waarden niet verenigbaar met de definitie van ICE of bieden ze geen toegevoegde waarde. De waarde van de code voor gegeneraliseerde pijn (A01) als zorg van de patiënt bij de aanmeldingsklacht van kaakpijn is eerder beperkt.
Anderzijds kunnen we ook fouten herkennen bij het coderingsproces. Een code lijkt soms verenigbaar met een waarde voor de ideeën of zorgen van de patiënt omdat bepaalde elementen hiervan herkenbaar zijn voor een bepaalde code. Bij het controleren van de definities van deze codes en analyseren van de betekenis van de waarde binnen alle gegevens van het consult echter blijkt deze code niet correct te zijn toegekend of heeft deze geen echte betekenis. Dit zien we vaak voorkomen voor de codes die een heel brede lading dekken. ‘Mijn buik is niet in orde’ als idee van de patiënt kan worden gecodeerd met de code voor: andere symptomen of klachten van het spijsverteringsstelsel (D29), bij de aanmeldingsklacht van ‘de hik’.

De resultaten in deze studie met betrekking tot het aantal codeerbare elementen zijn gebaseerd op de mogelijkheid om een code te kunnen vinden waarvan de beperkte informatie binnen één waarde in min of meerdere wijze verenigbaar is met de definitie van deze code. In welke mate deze code effectief de informatie van deze waarde weergeeft, zeker binnen het geheel van de consultatie, is nog niet volledig duidelijk.

De codering is niet objectief. Elke analist kan éénzelfde waarde op een andere manier coderen of oordelen dat een bepaalde waarde al of niet codeerbaar is. Een sterkte van deze studie is dat de codering in overleg door twee analisten werd uitgevoerd.
In een groot deel van de consultaties is de ICE onvolledig weergegeven. Het is onduidelijk waarom in deze gevallen de ICE niet is beschreven. Het is mogelijk dat deze onvoldoende werden nagevraagd of door de observator niet werden herkend. In deze gevallen kunnen we

geen uitspraak doen over het al of niet codeerbaar zijn van de ICE.
De manier waarop de ICE wordt verwoord, zal voor een deel bepalen of een code kan toegekend worden. Met de beknopte informatie die door de observator werd genoteerd, kunnen we misschien geen code toekennen aan een onderdeel van de ICE. De werkelijke ideeën, verwachtingen en zorgen die de patiënt op het moment van het consult aanbrengt, bevatten misschien wel voldoende informatie om een correcte code toe te kennen. Door het gebruik van een tussenpersoon gaat ongetwijfeld een deel van de boodschap verloren.
De observatoren kwamen tijdens hun opleiding uitvoerig in contact met het gebruik van ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt bij de verduidelijking van de aanmeldingsklacht en voor hun observatietaak ondergingen zij een specifieke training. Hierdoor zijn de beperkingen van de observator als tussenpersoon zo beperkt mogelijk gemaakt.
Wanneer we dergelijke informatie op deze manier verzamelen zal steeds een belangrijk deel van het verhaal van de patiënt verloren gaan. Zeker omdat het hier gaat om erg genuanceerde, subjectieve en gevoelsmatige elementen.
Naast de onmiskenbare kwalitatieve variatie tussen de verschillende observatoren zullen ook de artsen die de consultatie afnamen een belangrijke rol spelen in de manier waarop de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt tijdens de consultatie aan bod komen.
We zien het als een voordeel dat de data afkomstig is uit reële consultaties. Het gebruik van data afkomstig van simulatie consulten zou minder waardevol zijn. Wel zouden een aantal elementen in een consult moeten aanwezig zijn om deze te kunnen includeren. Zo lijkt het noodzakelijk dat de arts de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt navraagt. Ideaal zou zijn dat ze dit op een min of meer gestandaardiseerde manier zouden doen.

5. Besluit

We kunnen besluiten dat ICPC-2 in de meerderheid van de gevallen een bruikbare manier is om de waarden van ICE te coderen.
In een deel van de gevallen is deze code echter niet waardevol.
Een verdere analyse waarbij eventueel een waardeoordeel wordt gevormd over de mate waarin de code de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt weergeeft kan een beter beeld geven over de kwaliteit van de informatie die de code bevat.

Een mogelijke manier om de beperkingen die we bemerkten met betrekking tot de gegevensverzameling weg te werken, zou het analyseren van videoconsultaties kunnen zijn. Hierbij zouden onafhankelijke en hiervoor getrainde observatoren de elementen die ons interesseren uit reële consultaties kunnen filteren en meteen ook de consultaties die niet voldoen aan de inclusiecriteria excluderen. Dergelijk opzet kan bij toekomstig onderzoek worden overwogen.

De niet codeerbare waarden werden in deze studie niet geanalyseerd. Kwalitatief onderzoek naar deze waarden waarbij nieuwe codes tot uitputting worden gedefinieerd door middel van inclusie- en exclusiecriteria is noodzakelijk om de beperkingen van het ICPC-2 classificatiesysteem voor het coderen van ICE duidelijk te maken. Ook kan het nuttig zijn om bij verder onderzoek na te gaan of andere classificatiesystemen al dan niet beter geschikt zijn om ICE te coderen.

6. Referenties

1. Matthys J, Elwyn G, van Nualand, et al. Patient's ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract 2009; 59:29-36.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezonheidszorg. Lemma BV, 2000, Utrecht.
3. WICC (Wonca International Classification Committee). International Classification of Primary Care-ICPC-2-R. Revised 2nd ed. Oxford medical press 2005, Oxford.
4. Pendleton D, Schofield T, Tate P, et al. The new consultation – Developing doctor-patiënt communication. Oxford medical press, 2003, Oxford.
5. Sihota J, Shannon S, Bhattacharyya A. History taking, Learning to consult. Radcliffe Publisching 2007, Abington.