

Onverklaarde lichamelijke klachten

Samenvatting

Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P. Onverklaarde lichamelijke klachten. *Huisarts Wet* 2012;55(7):301-5.

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Slechts een minderheid (2,5%) van deze patiënten houdt chronisch last van deze klachten, maar die minderheid doet wel een groot beroep op de gezondheidszorg. Veel huisartsen vinden de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK moeilijk, met name het geven van goede en concrete uitleg. Om de arts-patiëntrelatie in stand te houden vallen huisartsen terug op zorgrituelen, zoals het inplannen van regelmatige contacten. Veel huisartsen hebben een contraproductief beeld van patiënten met SOLK. Het idee dat patiënten druk uitoefenen op de huisarts voor het krijgen van somatische interventies klopt niet, evenals het idee dat patiënten met SOLK niet willen praten over psychosociale problemen. De communicatie in de consulten met patiënten met chronische SOLK is vaak weinig gericht op het structureel uitdiepen van hun ideeën, angsten en verwachtingen. Hierdoor sluit de uitleg die de huisarts geeft vaak niet aan bij de patiënt. Dit is jammer, want goede communicatie over de aard van de klacht is essentieel voor de effectiviteit van de behandeling en begeleiding. Patiënten met chronische SOLK willen, net als andere patiënten, patiëntgerichte communicatie. Ze geven bovendien aan dat ze een langdurige en persoonlijke relatie met hun huisarts erg belangrijk vinden. Een dergelijke arts-patiëntrelatie is een krachtig therapeutisch instrument in de eerste lijn. Het belang dat zowel huisartsen als patiënten toekennen aan de communicatie en de arts-patiëntrelatie past naadloos in de filosofie van de huisarts-geneeskunde. Hoewel er ruimte is voor verbetering, is de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK daarom een aangewezen taak voor de huisarts.

INLEIDING

Lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, rugpijn, duizeligheid en moeheid komen veel voor. Tweederde van de mannen en viervijfde van de vrouwen zegt in de laatste twee weken minstens één lichamelijke klacht te hebben gehad.^{1,2} Slechts een minderheid gaat ermee naar de dokter.^{3,4} Bij een kwart tot de helft van deze klachten kan de huisarts geen onderliggende ziekte diagnosticeren,^{5,6} en in 80% van de gevallen blijft het ook bij één doktersbezoek en gaan de klachten vanzelf over.⁷ De multidisciplinaire richtlijn, verschenen in 2010, classificeert deze klachten als somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).⁸

De meeste SOLK verdwijnen dus spontaan of na kort contact met de huisarts. Slechts 2,5% van de patiënten met SOLK houdt chronische klachten.⁹ Deze kleine minderheid doet echter een onevenredig groot beroep op de gezondheidszorg en zorgt voor hoge, onnodige kosten. Bovendien hebben deze patiënten vaak veel last van hun klachten en ondervinden ze beperkingen in hun dagelijks leven. Voor de huisarts verloopt

een consult met deze patiënten vaak niet zonder problemen, getuige de termen *heartsink patient*, 'moeilijke patiënt' en 'zeurende patiënt'.¹⁰⁻¹⁴ Ondanks de frustratie en scepsis die hierin doorklinken, vinden huisartsen dat patiënten met SOLK behandeld en begeleid moeten worden in de eerste lijn.¹⁰ In deze beschouwing laten we zien hoe de zorg die zij leveren zich verhoudt tot de zorg die de patiënten verwachten. Dat levert aanknopingspunten op voor verbetering.

ERVARINGEN VAN HUISARTSEN

Huisartsen vinden de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK vaak moeilijk en ingewikkeld, zeker wanneer de patiënt het spreekuur blijft bezoeken. De problemen die huisartsen ervaren, liggen vooral op het vlak van de communicatie en de arts-patiëntrelatie, onder andere door frustratie en scepsis vanwege het ontbreken van een goede biomedische verklaring.^{11,13,15}

Om meer inzicht te krijgen in deze moeilijkheden lieten we 22 huisartsen in vijf focusgroepen met elkaar discussiëren. Om de externe validiteit van ons onderzoek te vergroten namen we een kwalitatieve steekproef zodat er homogene focusgroepen ontstonden van academisch werkende en niet-

De kern

- Huisartsen vinden de behandeling en begeleiding van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) vaak ingewikkeld doordat ze problemen ervaren op het vlak van de communicatie en de arts-patiëntrelatie.
- Veel huisartsen hebben een verkeerd beeld van patiënten met SOLK. Ze gaan er ten onrechte van uit dat deze patiënten op zoek zijn naar somatische interventies en niet willen praten over psychosociale problemen.
- Een positieve communicatie met patiënten met SOLK is essentieel. Dit kan bereikt worden door de ideeën, angsten en verwachtingen van patiënten goed te exploreren, door psychosociale hints tijdens het consult op te pikken en door concreet en duidelijk uitleg te geven.
- De arts-patiëntrelatie is zeker in de eerste lijn een krachtig therapeutisch instrument. Gezien het geringe arsenaal aan specifieke, in de huisartsenpraktijk toepasbare interventies voor patiënten met chronische SOLK zou de huisarts die relatie zo veel mogelijk moeten benutten.

UMC St. Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker; H. van Ravesteijn, aios Psychiatrie en junior onderzoeker; dr. P. Lucassen, huisarts en senior onderzoeker • Correspondentie: t.oldehartman@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Beschouwing op basis van het proefschrift *Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation* (Radboud Universiteit Nijmegen, 13 oktober 2011). Het volledige proefschrift is in te zien op: http://stats.uci.ru.nl/~wvgerwen/thesis_Tim_olde_Hartman.pdf. Het proefschrift werd financieel ondersteund door ZonMW (subsidienummer 920-03-339).



Foto: Theo Audebrand/HH

academisch werkende huisartsen, en van huisartsen in stadspraktijken en huisartsen in plattelandspraktijken. We namen de focusgroepdiscussies op, schreven ze volledig uit en voerden vervolgens een kwalitatieve analyse uit volgens de methode van constante vergelijking.¹⁶

De huisartsen gaven aan dat ze het belangrijk vinden om een goede uitleg van de klachten aan hun patiënten te geven:

'Je moet het verdomd goed uitleggen, je moet heel erg duidelijk zijn over de oorzaak van de klachten. Wanneer je dit vaag houdt, gaan patiënten vol verwarring naar huis en dat maakt het alleen maar erger.'

Tegelijkertijd erkenden ze dat ze vaak grote moeite hebben die duidelijke uitleg te geven:

'Tja, wanneer je me vraagt: "Waar komen de klachten nou precies vandaan, die moeheid?" Dan heb ik eigenlijk geen antwoord.'

Omdat deze huisartsen zo'n moeite hebben met het geven van een specifieke uitleg, proberen zij patiënten gerust te stellen op niet-specifieke manieren, bijvoorbeeld door te zeggen dat er geen ziekte is, door metaforen te gebruiken (zwakke plek, overbelaste lift) en door de klachten te normaliseren (klachten horen erbij, ze zijn goedaardig en gaan vanzelf weg).¹⁶

De huisartsen gaven aan dat wanneer de patiënt last blijft houden van SOLK en blijft terugkomen bij de huisarts, dat ze zich dan vooral richten op het in stand houden van de arts-pa-

tiëntrelatie. Ze doen dit door gebruik te maken van zorgrituelen, zoals regelmatig lichamelijk onderzoek en regelmatige consulten:

'Ik laat zo'n patiënt zo nu en dan komen, zelfs zonder klachten, en dan onderzoek ik z'n hart, longen en bloeddruk en is hij gerustgesteld. Op deze manier heb ik een soort relatie gecreëerd waarbij de patiënt met weinig tevreden is.'

Sommige huisartsen vinden dit prima, anderen staan ambivalent tegenover deze zorgrituelen omdat ze het gevoel hebben dat de patiënt voor een belangrijk deel bepaalt wat de huisarts moet doen. Overigens moeten we hierbij wel opmerken dat dit focusgroeponderzoek alleen iets zegt over hoe huisartsen patiënten met chronische SOLK ervaren, niet over hoe zij in de praktijk handelen.

We kunnen concluderen dat huisartsen groot belang toekennen aan een goede uitleg en een goede arts-patiëntrelatie, en daar ook verantwoordelijkheid voor nemen.¹⁷⁻¹⁹ Tegelijkertijd lijkt er op dit gebied nog een verbeteringslag mogelijk.

VERKEERDE BEELDVORMING

Patiënten met SOLK hebben vaak het gevoel dat de dokter hun klachten niet erkent en dat ze continu moeten vechten tegen diens scepsis.²⁰ Ze hebben het gevoel dat hun dokter ze als 'psychologisch geval' bestempelt^{21,22} en ze niet serieus neemt.^{15,20,23-25} Het is dan ook niet verwonderlijk dat ze vaak ontevreden zijn over de zorg die ze krijgen.^{21,26}

Veel huisartsen denken dat SOLK geassocieerd zijn met persoonlijkheidsproblematiek of psychiatrische stoornissen.^{10,27} Velen van hen hebben bovendien het idee dat SOLK uitingen zijn van psychosociale problemen en dat de patiënt de link tussen de lichamelijke klachten en die problemen niet wil of kan leggen.^{28,29} Daarnaast hebben dokters het idee dat de presentatie van de klachten niet geheel in overeenstemming is met de daadwerkelijke last.³⁰ Huisartsen geven aan dat ze zich door patiënten met SOLK onder druk gezet voelen om allerlei somatische interventies uit te voeren, zoals aanvullend onderzoek, een recept of een verwijzing.^{29,31} Ze schrijven dit gevoel toe aan het feit dat patiënten ervan overtuigd zijn dat hun klachten veroorzaakt worden door een lichamelijke ziekte en psychologische hulp afwijzen.^{10,32}

Deze opvattingen zorgen voor problemen in de communicatie tussen de huisarts en de patiënt, en voor moeizaam verlopende consulten. Uit onderzoek van deze consulten blijkt echter dat patiënten met SOLK helemaal niet vaker om somatische interventies vragen dan andere patiënten. Ze vragen ook niet vaker om uitleg of geruststelling dan patiënten met verklaarde klachten, maar ze willen wel graag extra emotionele ondersteuning van hun huisarts.³³ Toch blijkt, en dat is ook wel begrijpelijk vanuit de scepsis die veel huisartsen bij SOLK ervaren, dat huisartsen een stuk minder empathisch reageren op patiënten met SOLK.

Deze bevindingen weerleggen dus het idee dat patiënten met SOLK druk uitoefenen voor een somatische interventie en niet willen praten over psychosociale problemen. In 95% van de consulten met patiënten met SOLK geven patiënten één of meer psychosociale hints. Daarbij suggereren patiënten zelf dat problemen onderdeel zouden kunnen zijn van hun klachten. Veel huisartsen pikken deze hints helaas niet op en laten de gelegenheid voor diepere exploratie van de klachten voorbijgaan.^{34,35}

Kortom, huisartsen hebben vaak een verkeerd beeld van patiënten met SOLK en dat belemmert een goede behandeling en begeleiding van deze patiënten. Daarom is het van groot belang dat dokters hun beeld van patiënten met SOLK bijstellen.

MOEIZAME COMMUNICATIE

Om de communicatie tussen huisartsen en patiënten met chronische SOLK beter in kaart te brengen, onderzochten we twintig videoconsulten tussen huisartsen en hun patiënten. Deze videoconsulten waren afkomstig uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel.^{7,36,37} De consulten die wij onderzochten vonden plaats bij de eigen huisarts en betroffen lichamelijke klachten waarvoor de patiënt deze huisarts al eerder had bezocht. Daarbij had de huisarts aangegeven dat de klachten gerelateerd waren aan psychosociale factoren. De patiënten waren 18 jaar of ouder en hadden ten tijde van het consult geen psychiatrische of sociale diagnose (ICPC-hoofdstuk P en/of Z). We schreven alle consulten woordelijk uit en analyseerden de arts-patiëntcommunicatie op een kwalitatieve manier, met

het biopsychosociale model als uitgangspunt.³⁸ De patiënten bleken meerdere klachten kriskras door het consult heen te presenteren. De huisartsen gebruikten echter nauwelijks gesprekstechnieken om daar structuur in aan te brengen, zoals het bepalen van de agenda en samenvatten. Wel gaven ze de patiënt ruim de gelegenheid om hun verhaal te vertellen, maar de reden van hun komst, hun ideeën en angsten werden niet structureel besproken. De huisartsen gaven vaak uitgebreid uitleg over de klachten, maar hielden daarbij geen rekening met de ideeën en angsten van de patiënt.

De consulten zijn dus te weinig gericht op het structureel uitdiepen van de klachten, ideeën, opvattingen en verwachtingen van de patiënt, en daardoor sluit de gegeven uitleg vaak niet aan bij die verwachtingen.³⁸ Hier lijkt nog veel winst te behalen. De ziektebeleving en de context van de patiënt zouden centraal moeten staan in de uitleg die de huisarts de patiënt geeft. Belangrijke hulpmiddelen daarbij zijn een biopsychosociale werkwijze (SCEGS) en het oppikken van hints die de patiënt geeft. Het acroniem SCEGS herinnert de huisarts eraan dat er naast de Somatische klachtendimensie (aard, duur en ernst van de klachten) nog vier andere belangrijke klachtendimensies zijn, namelijk een Cognitieve (ideeën van de patiënt), een Emotionele (angsten van de patiënt), een Gedragmatige (invloed van de klachten op het gedrag), en een Sociale (gevolgen op het sociale vlak).³⁹ En de psychosociale hints van de patiënt kunnen de huisarts helpen een beter begrip van diens perspectief te krijgen.⁴⁰ De hieruit verkregen informatie stelt de huisarts beter in staat een concrete en duidelijke uitleg te geven, die aansluit bij de gedachtewereld van de patiënt in kwestie. Bovendien mag men verwachten dat de patiënt met chronische SOLK zich gesteund en serieus genomen voelt doordat zijn verwachtingen en angsten besproken zijn.

Het is belangrijk zich te realiseren dat een goede arts-patiëntcommunicatie, net als een goede arts-patiëntrelatie, op zichzelf al een sterk positief effect op gezondheidsuitkomsten

Abstract

Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P. Medically unexplained physical symptoms. Huisarts Wet 2012;55(7):301-5.

GENERAL practitioners often see patients with medically unexplainable physical symptoms. While only a minority (2.5%) of patients are chronically affected by these problems, these patients take up a relatively large proportion of GPs' time and resources. Many GPs find it difficult to treat and manage these patients, for lack of a clear and concrete explanation. They often resort to 'care rituals', such as planning regular appointments. In many cases, this is because GPs have a counterproductive image of these patients as demanding treatment for physical problems and not being prepared to consider the possibility that they may have psychosocial problems. While this image is undeserved, it does ensure that GPs pay little attention to the patients' ideas, worries, and expectations. This results in a breakdown in communication. This is unfortunate because patients with unexplainable physical problems also state that they find it important to have a long-lasting, personal relationship with their doctor. The doctor-patient relationship is one of the most powerful instruments available in primary care and there is room for improvement.

heeft. Alleen al het gebruik van de juiste woorden is therapeutisch, omdat de patiënt zich begrepen en gerustgesteld voelt.^{41,42} Daarbij is aangetoond dat bij patiënten met SOLK 64% van de klachten genas na een positief consult (duidelijke uitleg en vertrouwen in een goede prognose), en slechts 39% na een niet-positief consult (vage uitleg en onduidelijke prognose).⁴³ Bovendien waren de patiënten die een positief consult kregen ook nog eens tevredener. In een onderzoek naar acupunctuur en gonartrose bleek dat de manier van communiceren mede de effectiviteit van de behandeling bepaalde. Patiënten met wie de therapeut de hoge verwachtingen van de behandeling besprak, bleken na de behandeling significant minder pijn te hebben (*effect size* 0,25) en tevredener te zijn (*effect size* 0,22), dan patiënten bij wie de therapeut neutraal was over de te verwachten effecten van de behandeling.⁴⁴

Een positieve arts-patiëntcommunicatie is derhalve essentieel voor de effectiviteit van behandelingen in de eerste lijn, en is een belangrijk hulpmiddel in de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK.

HET BELANG VAN DE ARTS-PATIËNTRELATIE

Om te exploreren welke verwachtingen patiënten met chronische SOLK van hun huisarts hebben, interviewden we 17 patiënten die tussen 2006 en 2008 in de Continue Morbiditeitsregistratie de registratie chronische SOLK hadden gekregen.⁴⁵ Dit waren semigestructureerde interviews, die we bij de patiënten thuis afnamen en daarna kwalitatief analyseerden met behulp van de methode van constante vergelijking. Deze patiënten hadden allen een lange geschiedenis van SOLK en daardoor ruime ervaring met de gezondheidszorg. Allen gaven zij aan dat zij een persoonlijke en langdurige relatie met hun huisarts erg belangrijk vonden:

'Ik heb dezelfde huisarts al 19 jaar lang, dan ken je elkaar inmiddels erg goed [...] de afstand tussen de dokter en de patiënt is dan ook klein [...] ik vind dat erg fijn.'

De patiënten wilden serieus genomen worden door hun huisarts. Ze verwachtten een niet-veroordelende, open wijze van communiceren:

'Ze heeft een actieve manier van luisteren. Ze kent me [...], dan reageert ze met zo'n begripvolle stem.'

De patiënten gaven aan dat ze prijs stellen op een nauwgezette exploratie van de klachten en op een begrijpelijke uitleg, en dat ze het waarderen wanneer ze gemakkelijk, zonder veel drempels, bij hun huisarts terecht kunnen. Verder wilden ze graag betrokken worden in de beslissingen die de huisarts tijdens het consult neemt:

'We denken samen na over dingen. Het is niet eenrichtingsverkeer. Samen bedenken we wat het beste voor me is.'

Kortom, in dit onderzoek bleek dat patiënten met chronische SOLK prijs stellen op patiëntgerichte communicatie, waarbij persoonlijke continuïteit en een langdurige arts-patiëntrelatie belangrijk zijn. Deze wens sluit exact aan bij de wijze waarop de huisartsenzorg in Nederland georganiseerd is, en ondersteunt de opvatting van de huisartsen dat de zorg voor patiënten met SOLK in de eerste lijn thuishoort.¹⁰

Uit de literatuur is inmiddels bekend dat een goede arts-patiëntrelatie, net als een goede arts-patiëntcommunicatie, in het algemeen zorgt voor betere gezondheidsuitkomsten, meer patiënttevredenheid en grotere therapietrouw.⁴⁶⁻⁴⁸ In de psychotherapie is die relatie zelfs verantwoordelijk voor 30% van het effect van de behandeling.⁴⁹ In een literatuuronderzoek naar het therapeutisch effect van de huisarts-patiëntrelatie⁵⁰ vonden onderzoekers dat huisartsen die een warme en persoonlijke relatie met hun patiënten aangaan, effectiever zijn dan huisartsen die het houden bij een meer onpersoonlijke en formele relatie. En in een Nederlands onderzoek naar de behandeling van depressie in de eerste lijn bleek een behandeling volgens de richtlijn op zichzelf onvoldoende effectief, maar in combinatie met empathie en ondersteuning wél effectief.⁵¹ Ook bij de behandeling van IBS (prikkelbaredarmsyndroom) is een warme, empathische en vertrouwelijke arts-patiëntrelatie effectiever dan dezelfde behandeling zonder zo'n relatie (verlichting van symptomen 61% versus 53%).⁵²

Deze onderzoeken laten zien dat de arts-patiëntrelatie een belangrijk en krachtig therapeutisch instrument is dat we juist in de eerste lijn uitstekend kunnen inzetten. Gezien het geringe arsenaal aan andere specifieke, in de huisartsenpraktijk toepasbare interventies bij chronische SOLK zouden we dat bij deze patiënten dan ook maximaal moeten doen.

CONCLUSIE

Om patiënten met chronische SOLK beter te kunnen helpen moeten huisartsen zich meer focussen op de consulten zelf, de gepresenteerde klachten en de woorden die ze gebruiken tijdens deze consulten. De communicatie moet gericht zijn op (1) de exploratie van de ideeën, angsten, verwachtingen en hulpvraag van patiënten met bijvoorbeeld de SCEGS, (2) het actief luisteren en het oppikken van hints, (3) het structuren van het consult en (4) het geven van een concrete en positieve uitleg die aansluit bij de ideeën en angsten van patiënten. Hiermee hebben we als huisarts krachtige hulpmiddelen in handen om patiënten met chronische SOLK te behandelen en te begeleiden. Door een heldere en patiëntgerichte communicatie en een positieve en langdurige arts-patiëntrelatie is de huisarts bij uitstek in staat om een gezonde therapeutische omgeving te creëren. Deze therapeutische omgeving is de sleutel tot het verbeteren van de zorg voor en gezondheidsuitkomsten van patiënten met chronische SOLK. ■

LITERATUUR

- 1 Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998;60:150-5.
- 2 Houtveen JH. De dokter kan niets vinden. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2009.

- 3 Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-5.
- 4 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 5 Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42:245-52.
- 6 Barsky AJ, Borus JE. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931-4.
- 7 Van der Linden MW, Westert G, De Bakker DH, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 8 Trimbos Instituut/Netherlands Institute of Mental H, Addiction. [Multidisciplinary guideline medically unexplained symptoms and somatoform disorders]. Houten: Ladenius Communicatie, 2010.
- 9 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
- 10 Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms: GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001;18:519-23.
- 11 Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcida A, Lopez-Aylon R, Monton C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:528-33.
- 12 Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:144-52.
- 13 Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract* 2001;18:495-500.
- 14 Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: A study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-6.
- 15 Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: Qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
- 16 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* 2009;10:68.
- 17 Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;55:793-801.
- 18 Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 19 McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 20 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000;32:603-11.
- 21 Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003;96:223-7.
- 22 Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998;76:417-26.
- 23 Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med* 1998;46:559-65.
- 24 Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. 'I've been crying my way': Qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13:498-503.
- 25 Nettleton S, Watt I, O'Malley L, Duffey P. Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Patient Educ Couns* 2005;56:205-10.
- 26 Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Soc Sci Med* 2001;52:1859-64.
- 27 Sharpe M, Mayou R, Walker J. Bodily symptoms: New approaches to classification. *J Psychosom Res* 2006;60:353-6.
- 28 Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: Perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;21:199-203.
- 29 Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: A qualitative study. *Fam Pract* 2002;19:178-82.
- 30 Asbring P, Narvanen AL. Ideal versus reality: Physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med* 2003;57:711-20.
- 31 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ*. 1991;302:1186-8.
- 32 Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988;32:137-44.
- 33 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005;59:255-60.
- 34 Cegala DJ. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: Implications for communication training. *J Health Commun* 1997;2:169-94.
- 35 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. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
- 36 Westert G, Jabaaij L, Schellevis F. Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage. Oxford: Radcliff, 2006.
- 37 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen S, De Haes HC, Visser AP, Schellevis FG, Bensing JM. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect* 2006;9:333-42.
- 38 Olde Hartman TC, Van RE, Van DS, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms: A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2011 Apr 7.
- 39 Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001 artsopleiding: Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen, 2001.
- 40 Olde Hartman TC, Van Ravesteijn HJ. 'Well doctor, it is all about how life is lived': Cues as a tool in the medical consultation. *Ment Health Fam Med* 2008;5:183-7.
- 41 Thorne SE, Kuo M, Armstrong EA, McPherson G, Harris SR, Hislop TG. 'Being known': Patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psychooncology* 2005;14:887-98.
- 42 Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psychooncology* 2005;14:831-45.
- 43 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;294:1200-2.
- 44 Suarez-Almazor ME, Looney C, Liu Y, Cox V, Pietz K, Marcus DM, et al. A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: Effects of patient-provider communication. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:1229-36.
- 45 Olde Hartman TC. Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patient, the doctor and the consultation [Dissertation]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen Medical Centre, 2011.
- 46 Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974-80.
- 47 Kim SC, Kim S, Boren D. The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Mil Med* 2008;173:85-90.
- 48 Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003;1:149-55.
- 49 Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC, editor. Psychotherapy relationship that work: therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- 50 DiBlasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
- 51 Van Os TW, Van den Brink RH, Tiemens BC, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005;84:43-51.
- 52 Kaptschuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.