



Het effect van taalgebruik van de huisarts

“Onderzoek naar de effecten van positief versus negatief taalgebruik van de huisarts op gezondheidsuitkomsten bij analoge patiënten met specifieke lage rugpijn”

English title

The effects of linguistic variations used by the physician.

“The effects of positive versus negative language used by the physician on health outcomes of analog patients with unspecific low back pain”

Bachelorscriptie door: Steven van de Cruijs
Studie: Communicatie- en Informatiewetenschappen
Studentnummer: 4842499
E-mail: s.vandecruijs@student.ru.nl
Datum: 01-06-2017
Begeleider: Inge Stortenbeker
Tweede lezer: Martijn Balsters
Aantal woorden: 5928

Samenvatting

Dit onderzoek beoogde te achterhalen of er effecten optreden in positief versus negatief taalgebruik van de huisarts op gezondheidsuitkomsten bij analoge patiënten met specifieke lage rugpijn. Deze gezondheidsuitkomsten betroffen vertrouwen in de huisarts, bewegingsangst, herstelverwachtingen en de intentie tot therapietrouw. Het betrof een tussenproefpersoonontwerp. Door middel van een voormeting – een korte introductietekst over de patiënt – werd gemeten of de bewegingsangst, de verwachting van herstel en de mate van inleving verschilden ten opzichte van na het bekijken van het videofragmenten.

Er bleken geen verschillen op te treden bij de variabelen tussen de versies van het video-experiment. Hetzelfde gold ook wanneer enkel gekeken werd naar proefpersonen met niet-medische beroepen. Er bleek wel een verschil te zijn in de mate van inleving tussen medische en niet-medische beroepen. Proefpersonen met een medisch beroep hadden een significant lager inlevingsvermogen dan proefpersonen met een niet-medisch beroep. De verwachting van herstel bleek wel een verschil aan te tonen tussen de voormeting en het videofragment. Dit suggereert dat de herstelverwachtingen die proefpersonen hadden na het lezen van de tekst lager waren dan na het bekijken van het videofragment.

Er werd verwacht dat positief taalgebruik zou leiden tot positievere patiëntenuitkomsten dan negatief taalgebruik, die juist zouden leiden tot negatievere patiëntenuitkomsten. Daarmee vertoont dit huidige onderzoek inconsistente resultaten ten opzichte van voorgaande studies. De inconsistente resultaten zijn mogelijk te verklaren door het feit dat in eerdere studies videofragmenten van slechtnieuwsgesprekken werden gebruikt, terwijl in dit huidige onderzoek videofragmenten van uitslaggesprekken werden gebruikt.

Inleiding

Binnen de communicatie- en informatiewetenschap wordt veel onderzoek verricht naar hoe menselijk gedrag tot stand komt en hoe het kan worden beïnvloed. Er wordt steeds vaker binnen de gezondheidszorg onderzoek verricht naar hoe mensen aangespoord kunnen worden om gezonder te leven. Arts-patiëntcommunicatie speelt hierbij een grote rol (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012). Uit onderzoek blijkt dat een gebrek aan goede communicatie, vertrouwen of concreetheid stress teweeg kan brengen bij patiënten en dat dit nadelige gezondheidseffecten heeft (Van Vliet, Van Dulmen, Mistiaen & Bensing, 2016). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat empathie bijdraagt aan het vertrouwen in de arts en dat patiënten als gevolg hiervan meer vertrouwen hebben in hun eigen herstel (Verheul, Sanders & Bensing, 2010). Er zijn echter meerdere instrumenten die het herstel en het vertrouwen beïnvloeden (Burgers et al., 2012). Dat kan onder andere door middel van framing: een kader waarbinnen taalelementen worden gebruikt om de ontvanger met de boodschap een bepaalde richting in te sturen en tegelijkertijd andere details verbergt (Entman, 1993). De arts moet bewust zijn van de mogelijke effecten van het gekozen frame. Recente studies hebben aangetoond dat ook talige (linguïstieke) variaties in frames bepalende factoren zijn (Burgers et al., 2012; Burgers, Beukeboom, Sparks & Diepeveen, 2015; Wyllie, Baxter & Kulczynski, 2015). Meer kennis van en inzichten in de effecten van framing en talige variaties in arts-patiëntcommunicatie, zouden daarom bij kunnen dragen aan een beter herstel van de patiënt. Patiënten die veel baat hebben bij effectievere communicatie zijn patiënten met specifieke lagerugpijn. Specifieke lagerugpijn is een veelvoorkomende lichamelijke klacht die geen specifieke oorzaak heeft en de herstelperiode varieert vaak (Bons et al., 2017). Bij deze patiëntgroep zijn de effecten van framing en talige variaties niet eerder onderzocht, maar wel nodig want het is een veelvoorkomende lichamelijke klacht.

Effecten van communicatie in arts-patiëntcommunicatie

Arts-patiëntcommunicatie is een belangrijk middel om een patiënt te informeren en in samenspraak met de patiënt over te gaan tot een bepaalde behandeling. In een gesprek met de patiënt kan de arts vertrouwen creëren bij de patiënt, zodat de patiënt zijn eigen herstel kan bevorderen (Van Vliet et al., 2016). Door de expertise van de arts kan de patiënt het gevoel krijgen dat de arts betrouwbaar is, wat het vertrouwen in de arts bevordert. Naast de expertise speelt ook empathie een rol in het vertrouwen. Een arts moet namelijk empathisch overkomen om het vertrouwen te versterken. Uit onderzoek blijkt dat door empathie het vertrouwen in de

arts versterkt wordt en dat het ook de verwachtingen van het herstel en de mate van therapietrouw positief beïnvloeden (Sep, Van Osch, Van Vliet, Smets & Bensing, 2014; Van Vliet et al., 2016). Daarnaast ervaren patiënten meer stress wanneer een arts geen empathie overdraagt in zijn boodschappen en dit belemmert het herstel. Dit betekent dat empathie een vereiste is voor een goede arts-patiëntcommunicatie (Van vliet et al., 2016; Verheul et al., 2010). Uit onderzoek blijkt ook dat empathie de *self-efficacy* verhoogt, wat betekent dat patiënten vertrouwen hebben in hun eigen bekwaamheid. *Self-efficacy* duidt erop dat wanneer een persoon het gevoel heeft zelf bekwaam te zijn om een handeling te volbrengen, hij eerder geneigd is hiernaar te handelen. Dit resulteert in verminderde angst en stress en tegelijkertijd meer vertrouwen in de arts. Als de verwachtingen van herstel toenemen, zal de patiënt ook eerder herstellen (Myers et al., 2008).

In de gezondheidscommunicatie wordt dit ook wel het placebo-effect van communicatie genoemd (Van Vliet et al., 2016). Het placebo-effect treedt op wanneer de arts in arts-patiëntcommunicatie goede communicatie gebruikt om het herstel van de patiënt positief te beïnvloeden. Het placebo-effect wordt gezien als een belangrijk medicijn voor patiënten, omdat een patiënt hiermee zonder medicatie kan herstellen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat communicatie placebo's dezelfde werking kunnen hebben als pijnmedicatie. Naast empathie kan ook door middel van framing het herstel van patiënten bevorderd worden (Entman, 1993).

Framing als instrument om boodschappen te formuleren

Framing stelt de boodschapper in staat om zijn boodschap doelbewust over te brengen en kracht te geven door gebruik te maken van bewust gekozen taalelementen (Entman, 1993). Met framing wordt gepoogd een positief effect op de waardering van de boodschap te bewerkstelligen. Dit zorgt ervoor dat de ontvanger (de patiënt) overtuigd raakt van de boodschap van de arts (Hoeken, Hornikx & Hustinx, 2012). De arts heeft als doel de patiënt zo efficiënt en effectief mogelijk te helpen en vaak wordt hiervoor doel framing gebruikt.

Doel framing is het beïnvloeden van mensen door het doel te framen (Meyerowitz & Chaiken, 1987). Binnen de gezondheidscommunicatie wordt het doel, oftewel informatie delen, behandelingen adviseren, en verwachtingen van herstel managen, geframed om mensen ertoe te zetten gezonder te gaan leven. Een vorm van doel framing die veel wordt gebruikt in gezondheidscommunicatie is winst- en verlies framing (Zhao, Villagran, Kreps & McHorney, 2012). In een winst frame wordt de opbrengst of het positieve gevolg benadrukt, terwijl in verlies frames juist het verlies of de negatieve gevolgen worden geframed (Levin, Schneider &

Gaeth, 1998). In studies worden winst- en verliesframes ook wel positieve en negatieve frames genoemd (Rothman, 1993).

Verschillende studies binnen gezondheidscommunicatie tonen aan dat winst- en verliesframing niet altijd hetzelfde effect hebben (Meyerowitz et al., 1987; Rothman, 1993; Zhao et al., 2012). Deze effecten hebben te maken met preventie- of detectiegedrag. Een winstframe zouden bij preventiegedrag, bijvoorbeeld zonnebescherming gebruiken tegen huidkanker, vaker leiden tot positief gedrag (Salovey & Williams-Piehota, 2004). Bij detectiegedrag, bijvoorbeeld borsttumoronderzoek, blijkt een verliesframe juist effectiever te zijn (Meyerowitz et al., 1987). Dat komt doordat niet elke gezondheidsklacht een ernstig gezondheidsrisico of negatieve consequenties heeft als de patiënt het advies – de geframede boodschap – niet uitvoert. Bijvoorbeeld bij chronische klachten of borsttumoronderzoek. Hierdoor is het niet mogelijk eenduidige conclusies te trekken welk doelframe in het algemeen het beste werkt (Meyerowitz et al., 1987).

Een goed voorbeeld van de effecten van winst- en verliesframes is het *Breast self-examination* (BSE) onderzoek van Meyerowitz et al. (1987). Het (positieve) winstframe vertelde vrouwen die BSE doen, dat BSE de kans verhoogt om in een vroege fase tumors voortijdig te ontdekken. Het (negatieve) verliesframe vertelde dat vrouwen die geen BSE doen, zij de kans verlagen om in een vroege fase tumors voortijdig te ontdekken. Daaruit blijkt dat de negatief geframede boodschap effectiever is dan de positief geframede boodschap. Dat komt doordat de negatieve consequenties (het verlies) groter zijn wanneer vrouwen geen BSE doen (Levin et al., 1998). Uit een ander experiment naar gedragseffecten door doel framing in huidkankerpreventieboodschappen blijkt ook dat negatieve frames bij vrouwen vaker leiden tot positief gedrag dan positieve frames (Rothman et al., 1993). Of de boodschap winst of verlies benadrukt is dus een bepalende factor, evenals de mogelijke negatieve consequenties van het niet uitvoeren van het gedrag. In dit huidige onderzoek naar patiënten met specifieke lagerugpijn – een lichamelijke klacht met minder ernstige gezondheidseffecten – wordt verwacht dat positieve frames vaker leiden tot positieve effecten.

De werking van talige variaties in positief en negatief taalgebruik

In de vorige alinea is beschreven hoe met behulp van doel framing een boodschap meer positief of negatief geëvalueerd wordt. Er zijn echter meer framing methodes denkbaar, namelijk frames met talige variaties zoals affirmaties en negaties, die de boodschap ook positiever of negatiever maken. Een affirmatie is bevestigend taalgebruik die zich kenmerkt door een boodschap direct en expliciet te beschrijven (Burgers et al., 2012; Burgers et al., 2015). Een

negatie is tegenstellend taalgebruik, met als gevolg dat de boodschap minder direct maar ook minder positief (of negatief) dan de directe boodschap gevonden wordt. Bijvoorbeeld “*uw gezondheid is goed*” of “*uw gezondheid is niet slecht*”. Het eerste voorbeeld ‘*goed*’ is een affirmatie en is direct positief taalgebruik: het tweede voorbeeld ‘*niet slecht*’ is een negatie en maakt de positief geframede boodschap indirect negatiever. De negatief geframede tegenhanger kan zijn: “*uw gezondheid is slecht*” (affirmatie) of “*uw gezondheid is niet goed*” (negatie). Het eerste voorbeeld is direct negatief taalgebruik en het tweede voorbeeld indirect positiever taalgebruik van een negatief geframede boodschap.

In het onderzoek van Wyllie et al. (2015) verklaren de onderzoekers dat kinderen eerder geneigd zijn positieve attitudes te ontwikkelen en gewenst gedrag te vertonen ten opzichte van het eten van gezonde voeding wanneer direct positief taalgebruik (affirmaties) wordt gehanteerd dan wanneer indirect positief taalgebruik (negaties) wordt gehanteerd. Het positieve effect van affirmaties in positief taalgebruik komt ook voor in het onderzoek naar framing met talige variaties in arts-patiëntcommunicatie (Burgers et al., 2012). Daaruit blijkt dat direct positief taalgebruik (affirmaties) een positief effect heeft op het vertrouwen in de arts, herstelverwachtingen, evaluatie van de boodschap en intentie tot therapietrouw. Indirect positief taalgebruik (negaties) heeft het effect dat deze afhankelijke variabelen negatiever gewaardeerd worden. Bij negatief taalgebruik is de waardering juist positiever wanneer negaties gehanteerd worden dan wanneer affirmaties gehanteerd worden. Met deze resultaten in ogenschouw wordt geconcludeerd dat in arts-patiëntcommunicatie het van belang is dat in positief taalgebruik wanneer mogelijk affirmaties worden gebruikt, terwijl in negatief taalgebruik een boodschap minder direct geformuleerd zou kunnen worden door middel van negaties. Zodoende worden beide frames beter gewaardeerd. Op basis van deze gegevens is het interessant om positieve en negatieve frames te creëren waarbij deze de talige variaties zijn gemanipuleerd. Dit betekent dat beide frames in dit experimentele onderzoek getest worden met talige variaties bij analoge patiënten met specifieke lagerugpijn.

Analoge patiënten zijn proefpersonen – in sommige onderzoeken met een specifieke klacht – die naar een videofragment kijken, die gespeeld wordt door acteurs die zelf geen klachten hebben (Verheul et al., 2010). Het onderzoek van Burgers et al. (2012) maakte gebruik van analoge patiënten en een relatief onbekende ziekte, terwijl in dit huidige onderzoek met analoge patiënten met een bekende aandoening, namelijk (specifieke) lagerugpijn onderzoek wordt uitgevoerd. De afhankelijke variabelen vertrouwen in de arts, herstelverwachtingen en intentie tot therapietrouw uit het onderzoek van Burgers et al. (2012) worden ook in dit onderzoek gebruikt om de effecten van talige variaties in positief en negatief taalgebruik te onderzoeken.

Patiëntgroep met specifieke lagerugpijn

Zoals in de inleiding beschreven richt het onderzoek zich op patiënten met specifieke lagerugpijn. Lagerugpijn komt veel voor bij de westelijke bevolking: ca. 60 tot 90 procent krijgt er ooit last van (Bons et al., 2017). Lagerugpijn kenmerkt zich in meerdere lichamelijke klachten en is in 95 procent van de gevallen specifiek. De lagerugpijn wordt dan vaak veroorzaakt door lichamelijke overbelasting (zwaar lichamelijk werk), monotone arbeid, hoge werkdruk (stress) en obesitas. In de meeste gevallen trekt de pijn binnen enkele weken weg, maar bij de helft van de patiënten komt de pijn regelmatig weer terug (Bons et al., 2017). Het is tevens een maatschappelijk probleem dat rugklachten regelmatig gepaard gaan met ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en hoge (ziekte)kosten.

De rol van de arts in een huisartsconsult is in eerste instantie vaak voorlichting en advies geven aan de patiënt (Bons et al., 2017). De arts adviseert dat regelmatig bewegen helpt bij het herstel of wellicht dat de normale verloop van de klachtenduur circa zes weken is. Dit zijn veelal rationele boodschappen, maar zoals eerder benoemd moet de arts ook empathisch overkomen in zijn taalgebruik om ervoor te zorgen dat een gebrek aan vertrouwen en onzekerheid bij de patiënt geen rol gaat spelen (Van Vliet et al., 2016). Mensen met rugklachten ervaren namelijk regelmatig stress en bewegingsangst, wat het herstel belemmert (Bons et al., 2012). Van verhoogde negatieve stress is namelijk bekend dat het de gezondheid negatief beïnvloedt. Stress en bewegingsangst zijn daarom belangrijke voorspellers voor het de mate van therapietrouw en herstelverwachtingen. Om de gezondheidsuitkomsten van een patiënt te bevorderen, zou een arts ook rekening moeten houden met bovengenoemde factoren.

Onderzoeksvraag

Binnen de gezondheidszorg wordt veel onderzoek gedaan naar hoe communicatie kan bijdragen aan verbetering. Tal van studies bevestigen dat verschillende vormen van communicatie, waaronder doel framing effect hebben op de waardering van een boodschap. Daarnaast is het gedrag dat daaruit voortkomt verschillend, zoals het wel of niet volgen van een voorgeschreven behandeling (Burgers et al., 2012; Burgers et al., 2015).

Volgens Burgers et al. (2012) is er te weinig onderzoek gedaan naar kleine linguïstische variaties (affirmaties en negaties) in positief en negatief taalgebruik binnen de gezondheidscommunicatie, terwijl er wel een verscheidenheid van studies zijn verricht naar bijvoorbeeld het bevorderen van de eigeneffectiviteit van patiënten, het effect van empathie van de arts en winst- en verliesframes. De onderzoeken die zijn uitgevoerd met talige variaties zijn vaak onder gezonde studenten uitgevoerd en/of met een relatief onbekende ziekte. Er zijn

onvoldoende experimenten uitgevoerd met patiënten die daadwerkelijk last hadden van een lichamelijke klacht, aandoening of ziekte. Dat maakt het des te interessanter voor de gezondheidszorg te onderzoeken in hoeverre positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect heeft op gezondheidsuitkomsten van de patiënt. Met deze gezondheidsuitkomsten wordt verstaan: vertrouwen in de arts; bewegingsangst; herstelverwachtingen; intentie tot therapietrouw. Op basis hiervan is de onderstaande onderzoeksvraag tot stand gekomen.

“In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts invloed op het vertrouwen in de huisarts, bewegingsangst, herstelverwachtingen en de intentie tot therapietrouw bij analoge patiënten met aspecifieke lage rugpijn?”

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een experiment met analoge patiënten in twee videofragmenten, zodat effecten van positief en negatief taalgebruik in een arts-patiëntgesprek aangetoond konden worden.

Materiaal

Het experiment in dit onderzoek bestond uit twee videofragmenten van de Radboud Universiteit Nijmegen, waarbij het script van de acteurs in kwestie gemanipuleerd is door het gebruik van negaties en affirmaties in positief en negatief taalgebruik. In het experiment keken analoge patiënten naar een videofragment van een arts-patiëntgesprek over rugpijn (Van Vliet, 2010). Deze videofragmenten werden voor wetenschappelijke doeleinden vrijgegeven door de Radboud Universiteit Nijmegen, waarbij geneeskundestudenten gebruikt zijn als acteurs. De video's bootsten een realistisch arts-patiëntgesprek na. Beide videofragmenten hadden hetzelfde script op de manipulatie in taalgebruik na, zodat het effect van de talige variaties zichtbaar kon worden. Het betrof subtiele verschillen van de manipulaties. In positief taalgebruik werden affirmaties ('goed') gebruikt bij positieve boodschappen en negaties ('niet goed') bij negatieve boodschappen. Bij negatief taalgebruik werden affirmaties ('niet goed' werd 'slecht') bij negatieve boodschappen gebruikt en negaties ('onschuldig' werd 'niet ernstig') bij positieve boodschappen. Hieronder zijn nogmaals de taalvariaties van de positieve en negatieve frames schematisch weergegeven.

Tabel 1. Schema van frames met affirmaties en negaties.

	Positief frame	Negatief frame
Affirmatie	“Goed”	“Slecht”
Negatie	“Niet slecht”	“Niet goed”

De taalvariaties werden enkel aangebracht in het taalgebruik van de huisarts en niet van de patiënt. De patiënt had in beide versies hetzelfde script. De focus werd gelegd op de diagnose en het advies in het script en niet op de introductie in het script. De manipulaties van affirmaties en negaties in positief en negatief taalgebruik zijn in tabel 2 in het script weergegeven. De volledige scripts zijn te raadplegen in bijlage C *Positief taalgebruik* en bijlage D *Negatief taalgebruik*.

Tabel 2. Het script uit de videofragmenten

Positief taalgebruik	Negatief taalgebruik
H: Ja ik weet dat het <u>niet makkelijk</u> is. Maar het is juist <u>goed</u> voor u om te bewegen. Beweging <u>bevordert het herstel</u> , en rust kan er juist voor zorgen dat u stijf wordt, waardoor de rugklachten <u>erger kunnen worden</u> .	H: Ja ik weet dat het <u>moeilijk</u> is. Maar het is juist <u>slecht</u> voor u om stil te zitten. Beweging <u>belemmert het herstel niet</u> , en rust kan er juist voor zorgen dat u stijf wordt, waardoor de rugklachten juist <u>niet verbeteren</u> .

Proefpersonen

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 115 proefpersonen, variërend van veertig tot en met tachtig jaar oud. Binnen deze leeftijdscategorie komen de meeste lagerugpijn klachten voor (Bons et al., 2017). Een vereiste was dat proefpersonen de Nederlandse taal goed beheersten. Van de proefpersonen waren 60 mensen man en 55 vrouw. De gemiddelde leeftijd bedroeg 56 jaar ($M = 56.33$, $SD = 7.56$). De proefpersonen waren in 88% van de gevallen samenwonend of getrouwd. De verdeling in opleidingsniveau bedroeg respectievelijk: universitair onderwijs (13%); hoger beroepsonderwijs (34%); middelbaar beroepsonderwijs (27%); lager beroepsonderwijs 22%. Van de proefpersonen werkte 84% en in de meeste gevallen circa 35uur per week. De meeste proefpersonen (42%) waren drie keer per week lichamelijk actief. De analoge patiënten werden ook gevraagd of zij op het moment van het onderzoek rugpijn hadden. Daaruit bleken 24 proefpersonen momenteel rugpijn te hebben. Wanneer gevraagd werd of de proefpersonen ooit in hun leven rugpijn hebben ervaren, 21 proefpersonen nog nooit rugpijn te hebben ervaren.

Achteraf is gecontroleerd of er verschillen in demografische gegevens waren. Er zijn geen verschillen tussen videofragment versies en demografische gegevens. De χ^2 toets tussen geslacht en videofragment versie toonde geen verband aan ($\chi^2 (1) = .222$, $p = .638$). Datzelfde gold ook voor opleidingsniveau ($\chi^2 (3) = .269$, $p = .966$), waarbij de categorieën ‘geen onderwijs’ en ‘anders’ buiten beschouwing werden gelaten, om aan de assumpties van een correcte χ^2 toets te voldoen. De leeftijd bleek ook geen verschil aan te tonen met een T-toets ($t (113) = 1.079$ $p = .283$). Verschillen in burgerlijke staat (gecodeerd naar relatie ja/nee) ($\chi^2 (1) = .001$, $p = .980$), werk ($\chi^2 (1) = .224$, $p = .636$), lichamelijke activiteit ($\chi^2 (3) = 4.892$, $p = .180$), momenteel rugpijn ($\chi^2 (1) = .257$, $p = .391$), rugpijn gehad in het verleden ($\chi^2 (3) = 4.994$, $p = .172$) of de duur van de rugpijn ($\chi^2 (2) = 1.325$, $p = .516$) bleken ook niet aanwezig. Verschillen in bezoek van de huisarts en videofragment versie toonden ook geen

verschillen ($\chi^2(1) = .241, p = .3.87$). De assumptie van de χ^2 toets van lichamelijke activiteit (25%) en de duur van de rugpijn (33%) zijn geschonden omdat meer dan 20% van de cellen een waarde lager dan vijf hadden.

Onderzoeksonderwerp

De verdeling van videofragment versie was positief 58 en negatief 57. De proefpersonen werden in het experiment blootgesteld aan de onafhankelijke variabele 'taalgebruik'. Het betrof een tussenproefpersoonontwerp. Elke proefpersoon zag een van de twee videogesprekken: positief of negatief taalgebruik. De proefpersonen zijn willekeurig ingedeeld bij één van de twee versies.

Instrumentatie

Deel één van de vragenlijst bestond uit een introductietekst, algemene vragen die betrekking hadden op demografische gegevens en controlevariabelen. De demografische gegevens waren: geslacht; leeftijd; opleidingsniveau; burgerlijke staat; beroep; aantal uren; fysieke belasting beroep; lichamelijke actief. De controlevragen die in de vragenlijst werden opgenomen zijn: huidige staat rugpijn; rugpijn in het verleden; duur van rugpijn; bezoek huisarts voor rugpijn; mate van hulp van de huisarts.

Deel twee van de vragenlijst bestond uit vragen die betrekking hadden op de situatie van de patiënt in het videofragment. De afhankelijke variabelen waren 'Bewegingsangst', 'Verwachting van herstel', 'Intentie tot therapietrouw', 'Vertrouwen in de arts' en 'Inleving'. Alle vragen zijn aan de hand van gecertificeerde vragenlijsten opgesteld.

De 'Bewegingsangst' – beide delen van de vragenlijst – werd gemeten met vragen van de Tampa-schaal: een geautoriseerde vragenlijst over kinesiofobie, oftewel angst voor bewegen (Vlaeyen, Kole-Snijders, Crombez, Boeren & Rotteveel, 1995). Een stelling die de bewegingsangst door de tekst en het videofragment kon meten op een vierpunts Tampa-schaal is: "Als ik de patiënt was, dan zou ik bang zijn letsel op te lopen als ik bleef bewegen." (helemaal niet – helemaal wel). De betrouwbaarheid van de variabele 'Bewegingsangst' aan de hand van de tekst van het videofragment bestaande uit zeven items was slecht $\alpha = .479$. De betrouwbaarheid van de variabele 'Bewegingsangst' aan de hand van het videofragment bestaande uit zeven items was slecht $\alpha = .590$. De resultaten van de zeven vragen zijn gezamenlijk op opgeteld (somscore) om daarvan de waardes te kunnen berekenen (range = 4, 24).

De variabele 'Verwachting van herstel' werd gemeten aan de hand van vragen uit de *Brief Illness Perception Questionnaire* van Broadbent, Petrie, Main & Weinman (2006).

Hiermee werd verstaan of de patiënt verwacht te herstellen zoals de arts kenbaar gemaakt heeft. Een vraag die de herstelverwachtingen uit de tekst en het videofragment kon meten op een tienpuntsschaal: *“hoe lang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?”* (voor korte tijd – voor altijd). De betrouwbaarheid van de variabele ‘Verwachting van herstel’ aan de hand van de tekst bestaande uit drie items was slecht $\alpha = .433$. De betrouwbaarheid van de variabele ‘Verwachting van herstel’ aan de hand van het videofragment bestaande uit drie items was adequaat $\alpha = .743$. De drie vragen die de ‘Verwachting van herstel’ moesten meten worden daarom niet samengevoegd en dus elk apart geanalyseerd.

De ‘Intentie tot Therapietrouw’ is samengesteld op basis van stellingen uit het onderzoek van Burgers, Beukeboom & Sparks (2012) en de *Self-scoring algorithm for the Adherence Estimator* van MCHorney (2009). Hiermee werd verstaan of de patiënt de intentie had om zijn behandeling te voltooien. Een stelling die de intentie tot terapietrouw kon meten op een zevenpuntsschaal is: *“Ik zou proberen het advies op te volgen.”* (helemaal mee oneens – helemaal mee eens). De betrouwbaarheid van de variabele ‘Intentie tot terapietrouw’ aan de hand van het videofragment bestaande uit vier items was goed $\alpha = .923$.

Het ‘Vertrouwen in de arts’ werd gemeten met vragen van de *Trust in Physician Scale* van Anderson & Dedrick (1990). Een stelling die het vertrouwen in de huisarts kon meten op een vijfpuntsschaal was: *“De arts heeft veel aandacht voor de behoeften van de patiënt en stelt deze voorop.”* (helemaal mee oneens – helemaal mee eens). De betrouwbaarheid van de variabele ‘Vertrouwen in de arts’ aan de hand van het videofragment bestaande uit vijf items was adequaat $\alpha = .764$.

Om erachter te komen of de analoge patiënten zich konden inleven in het videofragment werd voorafgaand de inleving gemeten en na het videofragment. De ‘Inleving’ in de tekst van het videofragment werd gemeten aan de hand van drie stellingen uit het onderzoek van Cohen (2009). Een stelling die de mate van inleving in de tekst kon meten op een zevenpuntsschaal is: *“Ik kon me goed verplaatsen in de situatie van de patiënt.”* (helemaal mee oneens – helemaal mee eens). De ‘Inleving’ in het videofragment werd gemeten aan de hand van vijftien stellingen uit de Video Engagement Scale (Visser et al., 2016). Een stelling die de inleving in het videofragment kon meten op een zevenpuntsschaal is: *“Tijdens de video was ik volkomen geconcentreerd op de video.”* (helemaal mee oneens – helemaal mee eens). De betrouwbaarheid van de variabele ‘Inleving’ aan de hand van de tekst bestaande uit drie items was goed $\alpha = .852$. De betrouwbaarheid van de variabele ‘Inleving’ aan de hand van het videofragment bestaand uit vijftien items was goed $\alpha = .925$.

Procedure

De proefpersonen werden geworven door de onderzoeker via kennissen, studenten, vrienden en familie. Meerdere proefpersonen konden tegelijkertijd deelnemen aan het onderzoek. Er werd rekening gehouden met rustige experimentomgevingen om de verstaanbaarheid van het arts-patiëntgesprek en inleving te garanderen, maar ook om afleiding van de proefpersoon te voorkomen. De proefpersonen werden verteld dat ze deelnamen aan een wetenschappelijk bacheloronderzoek naar de effecten van taalgebruik van de huisarts en dat de resultaten anoniem verwerkt worden. Vooraf wisten proefpersonen niet welke versie van een videofragment ze zouden bekijken. Alvorens proefpersonen konden deelnemen, werd gevraagd om een toestemmingsformulier te ondertekenen.

De vragenlijst, die schriftelijk werd afgenomen bestond uit twee onderdelen, namelijk (1) vragen voorafgaand aan het videofragment en (2) na het bekijken van het videofragment (zie bijlage A *Deel 1 van de vragenlijst* en B *Deel 2 van de vragenlijst*). Deel één had ten doel te controleren of door de manipulaties een verschil gevonden kon worden. Dit werd gedaan aan de hand van een korte tekstuele situatieschets over de patiënt. Daarna volgde een korte tekst over de patiënt, waarbij gevraagd werd aandachtig te lezen en zich te proberen in te leven. Deze tekst gaf een korte introductie van de rugpijn van de patiënt, waarna direct de vragen volgden. Na het beantwoorden van het eerste deel van de vragenlijst volgde het videofragment. Na het videofragment volgde deel twee van de vragenlijst. Het lezen en invullen van beide delen van de vragenlijst duurde elk circa zeven minuten. Het bekijken van een videofragment duurde circa zeven minuten. De lengte van de videofragmenten verschilden niet van elkaar. Naderhand werden de proefpersoon hartelijk bedankt voor de medewerking aan dit onderzoek.

Statistische toetsing

Aan de hand van een onafhankelijke T-toets werd gekeken of er significante effecten optraden bij de intervalvariabelen tussen beide videofragment versies (Field, 2015). Met de gepaarde T-toets werd gekeken of effecten optraden tussen de T0 voormeting en T1 de werkelijke meting. De Chi-kwadraat toets werd gebruikt om te controleren of er verschillen voorkwamen tussen proefpersonen.

Resultaten

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag is gebruikgemaakt van een onafhankelijke T-toetsen en een gepaarde T-toetsen. De assumptie voor een correcte T-toets is geschonden, omdat niet alle variabelen normaal verdeeld waren. Uitbijters op variabelen zijn verwijderd voor de T-toetsen. Resultaten met standaarddeviaties >3 werden gezien als uitbijter en werden niet meegewogen.

Tabel 3. Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van positief en negatief taalgebruik zijn in onderstaande tabel weergegeven (n = per variabele aangegeven).

	Taalgebruik	
	Positief M (SD) n	Negatief M (SD) n
Bewegingsangst	17.35 (2.74) 57	17.58 (1.97) 53a
Verwachting van herstel (aanhouden rugpijn)	3.59 (2.23) 58	3.49 (1.58) 57
Verwachting van herstel (controle klachten)	6.19 (2.36) 58	5.88 (2.20) 57
Verwachting van herstel (effectiviteit behandeling)	6.72 (2.30) 58	6.88 (2.07) 57
Intentie tot therapietrouw	6.00 (1.20) 55a	5.97 (0.94) 57
Vertrouwen in de arts	3.73 (0.59) 56a	3.78 (0.53) 57
Inleving	4.12 (1.20) 58	4.33 (1.26) 57
<i>Voormeting (T0)</i>		
Bewegingsangst	17.40 (2.93) 55a	16.84 (2.80) 57
Verwachting van herstel (aanhouden rugpijn)	4.71 (2.37) 58	4.51 (1.99) 57
Verwachting van herstel (controle klachten)	5.21 (2.08) 58	4.75 (2.06) 57
Verwachting van herstel (effectiviteit behandeling)	6.26 (2.13) 58	6.23 (1.87) 56
Inleving	5.42 (1.36) 57a	5.80 (1.15) 57

NB: uitbijters, weergegeven met 'a', zijn verwijderd bij de variabelen 'Bewegingsangst' (negatief) 2, 'Intentie tot therapietrouw' (positief) 3, 'Vertrouwen in de arts' (positief) 2, 'Bewegingsangst' (voormeting, positief) 1 en 'Inleving' (voormeting, positief) 1.

Afhankelijke variabelen

Een onafhankelijke T-toets werd uitgevoerd om te bepalen of er verschillende resultaten uit voortkomen tussen beide versies van het videofragment. Uit de onafhankelijke T-toets voor 'Bewegingsangst' bleek geen significant verschil te zijn ($t(101.586) = .517, p = .606$). Er is

niet voldaan aan de assumptie van gelijke varianties, omdat de p-waarde bij *equal variances assumed* in Levene's test onder de .05 lag (namelijk .014).

De volgende drie onafhankelijke T-toetsen hebben betrekking op de variabele 'Verwachting van herstel'. Een onafhankelijke T-toets voor 'Hoelang de rugpijn aan zal houden' bleek geen significant verschil op te leveren ($t(100.471) = 0.256, p = .799$). Er is niet voldaan aan de assumptie van gelijke varianties, omdat de p-waarde bij *equal variances assumed* in Levene's toets onder de .05 lag (namelijk .015). Een onafhankelijke T-toets voor 'Mate van controle over de rugpijn' bleek geen significant verschil op te leveren ($t(113) = 0.735, p = .464$). Een onafhankelijke T-toets voor 'Hoeverre de behandeling helpt' (effectiviteit) bleek geen significant verschil op te leveren ($t(113) = 0.375, p = .709$).

De onafhankelijke T-toets voor 'Intentie tot therapietrouw' toonde aan dat er geen significante verschillen waren tussen beide videofragment versies ($t(110) = .085, p = .933$). Uit een onafhankelijke T-toets voor 'Vertrouwen in de arts' bleek geen significant verschil te zijn ($t(111) = .441, p = .660$). Een onafhankelijke T-toets voor 'Inleving' kon geen significant verschil aantonen ($t(113) = 0.934, p = .352$).

Controlevariabelen

Een gepaarde T-toets bij 'Bewegingsangst' werd uitgevoerd om te bepalen of er verschillende resultaten tussen de voormeting en de werkelijke meting – na het videofragment – waren, ongeacht de versie van het videofragment. De gepaarde T-toets voor de variabele 'Bewegingsangst' bleek geen verschil te tonen voor en na het videofragment ($t(114) = 1.055, p = .294$).

Uit gepaarde T-toetsen voor de drie vragen over de 'Verwachting van herstel', namelijk 'Hoelang de rugpijn aan zal houden', 'Mate van controle over de rugpijn' en 'Hoeverre de behandeling helpt' (effectiviteit) bleken significante verschillen op te treden voor en na het videofragment ($t(114) = 5.047, p = .001$), ($t(114) = 4.066, p = .001$) en ($t(113) = 2.194, p = .030$). Uit de voormeting 'Hoelang de rugpijn aan zal houden' bleek volgens de proefpersonen dat de rugpijn voor langere tijd zou aanhouden ($M = 4.62, SD = 2.19$) dan na het videofragment ($M = 3.48, SD = 1.90$). Uit de voormeting 'Mate van controle over de rugpijn' bleek volgens de proefpersonen dat ze minder volledige controle hadden ($M = 4.98, SD = 2.07$) dan na het videofragment ($M = 6.03, SD = 2.28$). Uit de voormeting 'Hoeverre de behandeling helpt' bleek volgens proefpersonen dat ze de effectiviteit van de behandeling hoger waardeerden ($M = 6.25, SD = 2.00$) dan na het videofragment ($M = 6.78, SD = 2.18$).

Niet-medische beroepen

Daarnaast werd er gecontroleerd of het al dan niet hebben van een medisch beroep een verschil oplevert op de afhankelijke variabelen of de controlevariabele. De invloed van een medisch beroep zou namelijk bepalend kunnen zijn, omdat zij over het algemeen veel werken met patiënten. Uit een gepaarde T-toets voor 'Inleving' bleek een significant verschil te zijn ($t(112) = 2.330, p = .022$). Het inlevingsvermogen bij proefpersonen met een medisch beroep bleek lager te zijn ($M = 3.60, SD = 1.06$) dan proefpersonen met een niet-medisch beroep ($M = 4.34, SD = 1.23$). Wanneer proefpersonen met een medisch beroep buiten beschouwing werden gelaten, bleken er geen verschillen te zijn bij één van de afhankelijke variabelen (zie Bijlage E *Tabel 4*).

Conclusie en discussie

Dit onderzoek beoogde te achterhalen of er effecten optreden in positief versus negatief taalgebruik van de huisarts op gezondheidsuitkomsten bij analoge patiënten met specifieke lage rugpijn. Onderzoek naar deze doelgroep was belangrijk, omdat 95% van de mensen tussen de veertig en tachtig ooit in zijn/haar leven rugpijn zou ervaren (Bons et al., 2017). Daarnaast is uit eerdere studies gebleken dat arts-patiëntcommunicatie invloed heeft op de gezondheidsuitkomsten van patiënten (Burgers et al., 2012; Van Vliet et al., 2016).

De volgende variabelen werden gemeten: vertrouwen in de arts; intentie tot therapietrouw; bewegingsangst; verwachtingen van herstel. Daaruit bleken geen verschillen op te treden tijdens het video-experiment.

Door middel van manipulatiechecks – de voormeting – werd bekeken of de mate van inleving, de verwachting van herstel en de bewegingsangst verschilden met de werkelijke meting. Het bleek dat de verwachting van herstel verschillend beoordeeld werd bij de voormeting en na het videofragment. Hoelang proefpersonen denken dat de rugpijn zal aanhouden bleek uit de voormeting langer te zijn dan na het videofragment. Proefpersonen gaven aan dat ze het gevoel hadden meer volledige controle te hebben na het videofragment dan bij de voormeting. In hoeverre proefpersonen vinden dat de behandeling effectief is bleek juist na het videofragment hoger gewaardeerd te worden. De verschillen in verwachting van herstel suggereren dat de verwachtingen die proefpersonen hadden na het lezen van de tekst lager waren dan na het bekijken van het videofragment. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat er een hogere onzekerheid was na het lezen van de korte tekst, waarbij minder informatie bekend was dan na het bekijken van het videofragment, omdat in het videofragment meer expliciete informatie werd gecommuniceerd.

Als gekeken werd naar medische/niet-medische beroepen, dan blijkt er een verschil op te treden bij de mate van inleving. Proefpersonen met een medisch beroep waardeerden het videofragment significant lager dan proefpersonen met een niet-medisch beroep. Op de afhankelijke variabelen werden juist geen verschillen gevonden.

Dit onderzoek is tot stand gekomen door bevindingen uit de studie van Burgers et al. (2012). Daarin werd geconcludeerd dat positief taalgebruik positievere patiëntenuitkomsten oplevert dan negatief taalgebruik. Ook in deze studie werden bij analoge patiënten de talige variaties (affirmaties en negaties) toegepast om positief versus negatief taalgebruik te onderzoeken. Dit huidige onderzoek vertoont inconsistente resultaten met de eerdere bevindingen uit de studie van Burgers et al. (2012). In tegenstelling tot het onderzoek van

Burgers et al. (2012) zijn er geen significante effecten gevonden op de voorspellers van gezondheid. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de ernst en negatieve consequenties van de medische klacht van het onderzoek van Burgers et al. (2012) ingrijpender zijn dan de negatieve consequenties van de medische klachten van dit huidige onderzoek. Hiermee wordt gedoeld op het onderzoek van Burgers et al. (2012) dat een slecht nieuws gesprek nabootst. Het verschil tussen het slechtnieuwsgesprek en het uitslaggesprek in dit huidige onderzoek zou een verklaring kunnen zijn voor de inconsistente resultaten. Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op een patiëntengroep met medische klachten met negatievere consequenties of voor een slechtnieuwsgesprek.

Er werd verwacht dat positief taalgebruik zou leiden tot positievere patiëntenuitkomsten dan negatief taalgebruik, die juist zouden leiden tot negatievere patiëntenuitkomsten. Een alternatieve verklaring voor de inconsistente resultaten met voorgaande studies is dat de proefpersonen zich niet volledig konden inleven in de videofragmenten. Een mogelijke verklaring waarom proefpersonen na het bekijken van het videofragment geen hogere waardering gaven voor inleving, zou gegeven kunnen worden doordat het videofragment niet realistisch genoeg was. Proefpersonen gaven achteraf bijvoorbeeld aan dat de patiënt in het videofragment geen rugpijn had wanneer zij opstond. Daarnaast zou het kunnen komen doordat de kwaliteit van de video afdoende was. Een aantal proefpersonen gaf aan dat de kwaliteit relatief laag was, in zowel beeld als geluid. Uit eerdere studies blijkt dat de bitrate, oftewel de hoeveelheid beeldinformatie (bits) die per seconden wordt toegepast in een video, invloed heeft op de mate van inleving in de video (Dobrian et al., (2011). Dat betekent dat bij vervolgstudies rekening gehouden moet worden met audiovisueel hoge-kwaliteit video's.

Tevens zou het realisme van de video als controlevariabele gemeten kunnen worden bij proefpersonen om te controleren of de video een realistische weergave is van een arts-patiëntgesprek. Als proefpersonen aangeven dat het videofragment een realistische weergave is van een echt arts-patiëntgesprek, pas dan is de video realistisch genoeg. Drie stellingen uit het onderzoek van Verheul et al. (2010) kunnen hiervoor gebruikt worden. Een voorbeeldstelling die het realisme van de video meet op een vijfpuntsschaal is: *“tijdens het kijken naar het consult had ik het gevoel dat ik deelnam aan een echt consult bij de huisarts”*, (Verheul et al., 2010).

Voor vervolgonderzoek is het tevens mogelijk om het effect van talige variaties te meten op verschillende variabelen. Voorbeelden hiervan zijn de *self efficacy* van patiënten, de empathie en de waardering van de arts. Het is relevant om de *self efficacy* als variabele te

meten, omdat het een belangrijk maatstaf is gebleken in verschillende studies naar gezondheidsgedrag door communicatie van een arts (Van Vliet et al., 2016). Daaruit komt voort dat de *self efficacy* verhoogd wordt, naarmate een patiënt meer het gevoel heeft controle te hebben op wat er komen gaat en wanneer de arts empathie toont in zijn communicatie. Daarmee wordt een brug geslagen naar de werking van communicatieplacebo's, die optreden als een patiënt meer het gevoel heeft aan zijn eigen herstel te kunnen werken. De werking van bovengenoemde talige variaties hebben daardoor mogelijk effect in hoeverre communicatieplacebo's optreden. Er is daarnaast een mogelijkheid om ook de mate van stress en angst te meten, aangezien gebleken is dat deze determinanten een voorspoedig herstel kunnen belemmeren (Verheul et al, 2010). Wanneer bovengenoemde variabelen gemeten worden, kan het duidelijk worden of er mogelijk communicatieplacebo's optreden bij positief en negatief taalgebruik.

Voor vervolgonderzoek is het raadzaam om een pre-test te doen voor de videofragmenten en de vragenlijst. Wat betreft de videofragmenten kan vooraf geanalyseerd worden of de versies positief en negatief taalgebruik voldoende waarneembaar van elkaar verschillen. Wat betreft de vragenlijst kunnen vragen die onduidelijk zijn voor proefpersonen gecorrigeerd worden, om te voorkomen dat proefpersonen onbewust verkeerde antwoorden geven. Een aantal proefpersonen gaf aan het moeilijk te vinden vragen met dubbele ontkenningen te beantwoorden. Dit resulteerde mogelijk in onjuiste antwoorden, die de resultaten mogelijk beïnvloeden.

Dit huidige onderzoek heeft weliswaar geen significante resultaten opgeleverd op het effect van positief versus negatief taalgebruik. Echter, heeft dit onderzoek wel nieuwe inzichten opgeleverd op het gebied van arts-patiëntcommunicatie binnen de gezondheidscommunicatie. Door middel van de gehanteerde onderzoeksmethode is het mogelijk om op dit onderwerp verder onderzoek te doen. Nieuwe studies zouden daarom uit moeten wijzen of door middel van talige variaties mogelijk wel effecten gevonden kunnen worden.

Literatuurlijst

- Anderson, L.A., & Dedrick, R.F. (1990). *Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships*. *Psychological Reports*, 67, 1091-1100.
- Bons, S. C. S., Borg, M. A. J. P., Van den Donk, M., Koes, B. W., Kuijpers, T., Ostelo, R. W. J. G., Schaafstra, A., Spinnewijn, W. E. M., Verburg-Oorthuizen, A. F. E. & Verweij, H. A. (2017). NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening). *Huisarts Wet*, 60(2), 78–84.
- Burgers, C., Beukeboom, C. J. & Sparks, L. (2012). Patient Education and Counseling How the doc should (not) talk: When breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Education and Counseling*, 89(2), 267–273. Doi:10.1016/j.pec.2012.08.008.
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., Sparks, L. & Diepeveen, V. (2015). How (not) to inform patients about drug use: use and effects of negations in Dutch patient information leaflets, (July 2014), 137–143. Doi:10.1002/pds.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Cohen, J. (2009). Defining Identification: A Theoretical Look at the Identification of Audiences With Media Characters. *Mass Communication and Society*, 4(3), 245-264.
- Dobrian, F., Awan, A., Joseph, D., Ganjam, A., Zhan, J. & Berkeley, U. C. (2011). Understanding the Impact of Video Quality on User Engagement. *ACM SIGCOMM Computer Communication Review*, 41(4), 362-373. Doi:10.1145/2043164.2018478
- Entman, M. Robert. (1993). Framing: Toward Clarification of A Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. Doi:10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x.
- Field, A. P. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4e editie). London: Sage.
- Hoeken, H., Hornikx, J. & Hustinx, L. (2012). *Overtuigende teksten: onderzoek en ontwerp*. Tweede herziene druk. Bussum: Coutinho.
- Levin, I. P., Schneider, S. & Gaeth, G. (1998). All Frames Are Not Created Equal: A Typology and Critical Analysis of Framing Effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76(2), 149–188. Doi:10.1006/obhd.1998.2804.
- McHorney, C. A. (2009). The Adherence Estimator: a brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. *Current Medical Research and Opinion*, 25(1), 215–238. Doi:10.1185/03007990802619425

- Meyerowitz, B. E. & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 500–510.
- Myers, S. S., Phillips, R. S., Davis, R. B., Cherkin, D. C., Legedza, A., Kaptchuk, T. J., Hrbek, A., Buring, J. E., Post, D., Connelly, M. T. & Eisenberg, D. M. (2008). Patient expectations as predictors of outcome in patients with acute low back pain. *Journal of General Internal Medicine*, 23(2), 148–153. Doi:10.1007/s11606-007-0460-5.
- Rothman, A. J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K. & Drake Martin, C. (1993). The Influence of Message Framing on Intentions to Perform Health Behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 408-433. Doi:10.1006/jesp.1993.1019.
- Sep, M. S. C., Van Osch, M., Van Vliet, L. M., Smets, E. M. A. & Bensing, J. M. (2014). The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 45–52. Doi:10.1016/j.pec.2013.12.022.
- Schiavo R. (2011) *Health communication: from theory to practice*. San Fransisco: Jossey-Bass, 237-280.
- Van Vliet, L., Van Dulmen, S., Mistiaen P. & Bensing J. (2016). De placebo-effecten van goede communicatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(D251), 1-6.
- Verheul, W., Sanders, A. & Bensing, J. (2010). The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 300–306. Doi:10.1016/j.pec.2010.06.017.
- Visser, L. N. C., Hillen, M. A., Verdham, M. G. E., Bol, N., De Haes, H. C. J. M. & Smets, E. M. A. (2016). Patient Education and Counseling Assessing engagement while viewing video vignettes; validation of the Video Engagement Scale (VES). *Patient Education and Counseling*, 99(2), 227–235. Doi:10.1016/j.pec.2015.08.029.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Crombez, G., Boeren, R. G. B. & Rotteveel, A. M. (1995). TAMPA-schaal voor kinesiofobie: geautoriseerde Nederlandstalige vertaling.
- Wyllie, J., Baxter, S. & Kulczynski, A. (2015). Healthy Kids: Examining the Effect of Message Framing and Polarity on Children's Attitudes and Behavioral Intentions. *Journal of Advertising*, 44(2), 140–150. Doi:10.1080/00913367.2015.1018462.
- Zhao, X., Villagran, M. M., Kreps, G. L. & McHorney, C. (2012). Gain Versus Loss

Framing in Adherence-Promoting Communication Targeting Patients With Chronic Diseases: The Moderating Effect of Individual Time Perspective. *Health Communication*, 27(1), 75-85. Doi:10.1080/10410236.2011.569002.

Bijlage A

Deel 1 van de vragenlijst

Radboud Universiteit



Beste deelnemer,

Fijn dat u wilt deelnemen aan dit onderzoek! Wij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Dit onderzoek voeren we uit in het kader van onze bachelorscriptie en zal gaan over arts-patiëntcommunicatie.

Allereerst beantwoordt u een paar algemene vragen. Vervolgens krijgt u een korte situatieschets te lezen. Voor het beantwoorden van de vragen die daarop volgen is het belangrijk dat u zich gedurende het hele onderzoek inleeft in de patiënt uit de geschetste situatie. Daarna zult u dezelfde patiënt te zien krijgen in een videofragment. Probeer u zich zo veel mogelijk in haar te verplaatsen (wat zij denkt en voelt) en beantwoordt op basis daarvan de vragen die aan u worden voorgelegd. Wij vragen u daarom om de video aandachtig te bekijken.

Deelname aan het onderzoek zal ongeveer 15 tot 20 minuten duren. Bij het beantwoorden van de vragen zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk; het gaat om uw mening. De gegevens die we in dit onderzoek verzamelen, zullen door wetenschappers gebruikt worden voor artikelen en presentaties. Natuurlijk maken we deze gegevens volledig anoniem. Tevens zullen uw gegevens nooit aan derden worden verstrekt. U doet vrijwillig mee aan dit onderzoek en kunt op elk moment tijdens het invullen van de vragenlijst uw deelname stopzetten.

Voor vragen kunt u contact opnemen met onze begeleidster drs. Inge Stortenbeker (i.stortenbeker@let.ru.nl).

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Hieronder volgen eerst een paar algemene vragen over uw persoonlijke situatie. Schrijf alstublieft uw antwoord op het lijstje, kruis aan wat op u van toepassing is of omcirkel het getal dat op u van toepassing is. Let op: U kunt maar één antwoord per vraag invullen of omcirkelen. Verder is het de bedoeling dat u geen vragen overslaat, tenzij dit wordt aangegeven.

1. Wat is uw geslacht?

Vrouw

Man

2. Wat is uw leeftijd?

_____ jaar

3. Wat is uw opleidingsniveau?

Als u momenteel met een studie bezig bent, kruis deze dan aan.

Geen onderwijs

Basisschool

Middelbaar onderwijs

Lager beroepsonderwijs

Hoger Beroepsonderwijs (HBO)

Universitair (WO)

Anders namelijk; _____

4. Wat is uw burgerlijke staat?

Alleenstaand

In een relatie

Samenwonend of getrouwd

Gescheiden

Weduwnaar/Weduwe

5. Werkt u momenteel (betaald of vrijwillig)?

Ja, ik werk als; _____

Nee

Als u deze vraag met nee beantwoordt, ga dan door naar vraag 7.

6. Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld?

_____ uur per week

7. In hoeverre vindt u uw werk (betaald of vrijwillig) fysiek zwaar?

Helemaal niet zwaar 1 2 3 4 5 6 7 Heel erg zwaar

8. Hoe vaak bent u lichamelijk actief?

Denk bijvoorbeeld aan sporten, fietsen, wandelen

- Nooit
- 1 keer per week
- 2-3 keer per week
- Vaker dan 3 keer per week

9. Heeft u op dit moment last van rugpijn?

- Ja
- Nee

10. Heeft u in het verleden last gehad van rugpijn?

- Nee, nooit
- Ja, soms
- Ja, regelmatig
- Ja, vaak

Als u vraag 9 en 10 met 'nee' heeft beantwoord, ga dan verder naar de tekst onder aan deze pagina.

11. Hoe lang houdt de rugpijn aan, of hoe lang heeft deze aangehouden?

- Korter dan 6 weken
- Tussen de 6 en 12 weken
- Langer dan 12 weken

12. Heeft u de huisarts bezocht voor uw klachten?

- Ja
- Nee

Als u deze vraag met 'nee' beantwoordt, sla dan vraag 13 over.

13. De huisarts hielp mij bij mijn klachten.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Voordat u verder gaat met het onderzoek, is het belangrijk dat u zich inleeft in de volgende situatie. Leest u deze alstublieft aandachtig door:

“Sinds gisterochtend heeft u last van heel erge rugpijn, onderin uw rug. U weet niet wat het precies is, u denkt dat het misschien wel een hernia kan zijn. U heeft de pijn nog nooit eerder gevoeld en u weet niet wat de oorzaak van de klachten is. Uw dagelijkse activiteiten worden sterk belemmerd, omdat u erge pijn ervaart wanneer u beweegt. U heeft zich hierdoor ziek gemeld op werk. Met een warme douche, door te rusten en door het nemen van paracetamol heeft u geprobeerd de pijn te verminderen. Helaas namen deze maatregelen de pijn niet weg. Daarom heeft u besloten een afspraak te maken bij de huisarts.”

Voor het beantwoorden van de vragen die hierna volgen, is het belangrijk dat u zich goed kunt inleven in de situatie omschreven op de vorige pagina. Lees daarom, indien nodig, de situatie nogmaals door. Beantwoord daarna de onderstaande vragen vanuit die situatie.

14. Hoe lang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?

Voor korte tijd 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Voor altijd

15. Hoeveel controle denkt u te hebben over de klachten?

Helemaal geen controle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Volledige controle

16. In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen de rugpijn?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Helemaal wel

Als ik de patiënt was, dan zou ik...

17. bang zijn letsel op te lopen als ik bleef bewegen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

18. waarschijnlijk minder pijn ervaren als ik lichamelijk actief zou zijn.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

19. erover nadenken om meer te bewegen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

20. bang zijn om na het doen van lichaams oefeningen pijn te hebben.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

21. verwachten dat mijn pijn erger wordt als ik me over de rugklachten heen zou zetten.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

22. niet geloven dat het gevaarlijk is als ik ergens veel pijn door krijg.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

23. geen lichaams oefeningen moeten doen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

Voordat u de video gaat bekijken, vragen wij u aan te geven hoe goed u zich kon inleven in de beschrijving van de situatie van de patiënt.

24. Tijdens het lezen van de tekst was ik volkomen geconcentreerd op de tekst.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

25. Ik kon me goed verplaatsen in de situatie van de patiënt.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

26. Ik voelde mee met de patiënt.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Dit was het eerste deel van de vragenlijst.

U krijgt nu een video te zien van een consult bij de huisarts. Het consult gaat over een patiënt die last heeft van rugpijn. Probeer u zich in te beelden dat u in de stoel van de patiënt zit. Kijk en luister goed naar het consult en probeert u zich zo goed mogelijk in te leven in de situatie van de patiënt. Na het kijken van de video volgt het tweede deel van de vragenlijst.

U kunt dit deel nu inleveren waarna u het tweede deel van de vragenlijst ontvangt.

Bijlage B

Deel 2 van de vragenlijst



U heeft zojuist een video gezien van een gesprek tussen een huisarts en patiënt. Probeer u zich ook bij het invullen van deze vragen zo goed mogelijk in te leven in de patiënt.

27. Hoe lang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?

Voor korte tijd 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Voor altijd

28. Hoeveel controle denkt u te hebben over de klachten?

Helemaal geen controle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Volledige controle

29. In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen de rugpijn?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Helemaal wel

Als ik de patiënt was, dan zou ik...

30. bang zijn letsel op te lopen als ik bleef bewegen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

31. waarschijnlijk minder pijn ervaren als ik lichamelijk actief zou zijn.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

32. erover nadenken om meer te bewegen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

33. bang zijn om na het doen van lichaams oefeningen pijn te hebben.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

34. verwachten dat mijn pijn erger wordt als ik me over de rugklachten heen zet.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

35. niet geloven dat het gevaarlijk is als ik ergens veel pijn door krijg.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

36. geen lichaams oefeningen moeten doen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Helemaal wel

De volgende vragen gaan over het gevoel dat u had tijdens het kijken van de video.

Terwijl ik de video keek...

37. voelde ik me kalm.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

38. voelde ik me gespannen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

39. was ik van streek.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

40. was ik ontspannen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

41. voelde ik me tevreden.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

42. was ik bezorgd.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De volgende vragen gaan over het advies van de arts.

43. Ik vind het advies van de arts een goed idee.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

44. Ik vind dat het advies van de arts wijs is.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

45. Ik denk dat het advies van de arts een positief effect zal hebben op de rugpijn.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

46. Ik zou proberen het advies op te volgen.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

De volgende vragen gaan over de arts zelf.

47. De arts heeft veel aandacht voor de behoeften van de patiënt en stelt deze voorop.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Helemaal wel

48. Ik twijfel of arts echt om de patiënt geeft.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Helemaal wel

49. Ik vertrouw de arts dermate dat ik het advies op zou volgen.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Helemaal wel

50. Ik vertrouw erop dat de arts de medische behoeften op de eerste plaats zet bij behandeling van de patiënt.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Helemaal wel

51. Ik vertrouw erop dat de arts het zou vertellen als er een fout in de behandeling gemaakt wordt.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Helemaal wel

De volgende vragen gaan het over het gesprek tussen de arts en patiënt.

Het consult dat ik zojuist gezien heb, was...

52. informatief.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

53. duidelijk.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

54. begrijpelijk.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

55. ontmoedigend.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

56. realistisch.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Tot slot volgt er een aantal vragen over de mate waarin u zich kon inleven in de video.

57. Tijdens de video was ik volkomen geconcentreerd op de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

58. Tijdens de video leek het alsof ik aanwezig was bij de gebeurtenissen die plaats vonden in de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

59. Toen ik de video aan het bekijken was, waren mijn gedachten volkomen bij de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

60. Nadat de video afgelopen was, had ik het gevoel dat ik terugkwam in de realiteit.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

61. Toen ik al een tijdje naar de video gekeken had, leek het alsof ik één werd met de patiënt in de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

62. Ik kon me goed verplaatsen in de patiënt in de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

63. De video heeft me geraakt.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

64. Tijdens het kijken naar de video, was ik in de wereld van de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

65. Tijdens het kijken van de video, voelde ik dezelfde emotie als de patiënt.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

66. Ik vond de video indrukwekkend.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

67. Ik voelde mee met de patiënt in de video.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

68. Tijdens het kijken van de video, was ik me niet bewust van de ruimte om me heen.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

69. Tijdens het kijken van de video had ik het gevoel dat ik hetzelfde meemaakte als wat de patiënt meemaakte.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

70. In mijn gedachten leek het alsof ik de patiënt in de video was.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

71. Door het kijken van de video, ervoer ik diverse emoties.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Dit is het einde van het onderzoek. Hartelijk bedankt voor uw deelname!

Bijlage C

Positief taalgebruik

(H = huisarts, P = patiënt)

Tekst

ANAMNESE

H: Goedemorgen, ik ben dokter de Jong

P: Goedemorgen, Mirte van Bremen

H: Gaat u zitten. Wat kan ik voor u doen, mevrouw van Bremen?

P: Nou, ik ben gisterenochtend wakker geworden met verschrikkelijke last van mijn rug. Ik heb er echt zo'n last van dat ik dacht: ik bel meteen voor een afspraak. Dus nu zit ik hier.

H: Hmm hmm. Heeft u enig idee wat het zou kunnen zijn; die rugpijn?

P: Ik moet steeds aan een hernia denken. Ik hoop natuurlijk dat dat het niet is...

H: Hmm hmm, en kunt u de pijn voor mij omschrijven? Is het een doffe pijn, of een scherpe pijn? Of heeft u last van steken?

P: Nou, ik zou niet zeggen: scherp. Maar ook niet dof... Lastig.

H: Geen specifiek last van steken ergens?

P: Nee, geen steken nee.

H: Kunt u aangeven waar de pijn precies zit?

P: Ja, hier. Echt helemaal in mijn onderrug.

H: Dus over de hele breedte van de rug?

P: Ja.

H: En heeft u daarbij ook last van urineverlies?

P: Nee, gelukkig niet.

H: En straalt de pijn uit naar uw been?

P: Ehhh, nee.

H: Heeft u een koud of doof gevoel in uw rug of ergens anders?

P: Nee, dat zou ik ook niet zeggen nee.

H: Heeft u nog gewoon gevoel in uw benen?

P: Ja hoor, ja.

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

“Hier” hand op onderrug

H: En heeft u nog moeten hoesten of niezen? Heeft dat invloed op de pijn?

P: Hoesten hoef ik gelukkig niet, maar ik heb wel geniesd, dat is niet fijn.

H: Maar de pijn wordt niet erger door het niezen?

P: De rugpijn bedoelt u?

H: Ja, de rugpijn.

P: Nee, dat niet.

H: Heeft u koorts gehad de afgelopen dagen?

P: Nee dat denk ik niet.

P: Nee, nooit zo heftig.

H: En dit is gistermorgen begonnen...

P: Ja

H: Is er iets specifiek gebeurd waardoor de pijn zou kunnen worden veroorzaakt?

P: Nee, daar heb ik wel even nagedacht. Maar ik ben gewoon de dag ervoor wezen werken. Ik ben niet gevallen of zo, maar 's morgens werd ik wakker en was het zo.

H: Aha, en wat voor werk doet u?

P: Ik ben administratief medewerker bij een verzekeringsmaatschappij.

H: Hmm hmm. De pijn is dus gisterenmorgen begonnen... Wat heeft u in de loop van de dag gedaan?

P: Eehm. Ik ben opgestaan met zulke pijn. Toen dacht ik al: zo kan ik niet naar het werk. Ik ga altijd met de auto naar mijn werk, dus ik heb meteen gebeld. Vervelend voor mijn collega's, maar ik moest mijn werk afzeggen. Ik kreeg niet eens mijn sokken aan, zo veel pijn doet het...

H: U kreeg uw sokken niet aan zegt u. Heeft u nog pijn in andere houdingen?

P: Nou, niet specifieke houdingen, maar meer als ik iets wil gaan doen.

H: Dus als ik het goed begrijp is het niet echt mogelijk om de alledaagse dingen te doen op dit moment.

P: Nee. Ik heb rustig aan gedaan; ik heb haast niks gedaan eigenlijk. Toen ik ging slapen heb ik wat paracetamol genomen en toen ging het slapen wel een beetje, dus ik heb gelukkig wel een paar uurtjes slaap genomen.

H: Hmm hmm. Dus u heeft zelf al een paracetamol genomen tegen de pijn. Hoeveel paracetamol heeft u toen genomen?

P: Twee tabletten van 500mg geloof ik.

H: En heeft u nog andere dingen geprobeerd om te pijn te verminderen?

P: Ik heb een warme douche genomen, want ik dacht dat ik iets verrekt had of zo. Maar dat hielp ook niet.

H: Aha, dus eigenlijk is paracetamol het enige dat helpt?

P: Ja, toen heb ik ieder geval een paar uurtjes kunnen slapen.

H: Oke. Dus als ik het goed begrijp heeft u sinds gisterenmorgen onderrugpijn, paracetamol is eigenlijk het enige dat op dit moment helpt. Warm douchen heeft geen zin, maar de pijnstilling heeft wel effect gehad.

P: Ja.

DIAGNOSE

H: Op basis van wat u mij verteld heeft, denk ik aan iets anders dan een hernia, de specifieke klachten die daarbij horen zoals uitstraling van de pijn naar de benen en de steken ontbreken bij u. Waar de klachten wel bij passen is aspecifieke lage rugpijn.

P: Aspecifieke lage rugpijn? Wat houdt dat dan in?

H: Aspecifieke lage rugpijn is een onschuldige aandoening. Het samenspel van spieren, banden en botten functioneert minder goed. Wat precies de oorzaak is, is onbekend. Wat we wel weten is dat bewegen het herstel kan bevorderen. De heftigste pijn duurt meestal maar enkele dagen en neemt daarna af.

P: Ok.

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

ADVIES

H: U vertelde mij dat u rust heeft genomen, maar ik wil u aanraden om juist meer te gaan bewegen.

P: Oke... Ook al krijg ik daar meer pijn van?

H: Ja ik weet dat het niet makkelijk is. Maar het is juist goed voor u om te bewegen. Beweging bevordert het herstel, en rust kan er juist voor zorgen dat u stijf wordt, waardoor de rugklachten erger kunnen worden. Daarom raad ik u aan om zoveel mogelijk de activiteiten zowel thuis als op het werk weer op te pakken.

P: Hmm, dat wordt wel moeilijk denk ik.

H: Als dat moeilijk wordt, kunt u altijd even rust nemen. Dit kunt u voor een paar uurtjes doen, en dan weer uw normale activiteiten herpakken. Probeer in ieder geval zoveel mogelijk te bewegen. U kunt ook paracetamol gebruiken, zoals u al deed, dat is aan te bevelen voor een korte periode. Neem vier maal daags twee tabletten van 500 mg. Daarmee bouwt u een voldoende hoge spiegel op en voorkomt u dat steeds weer die pijn ontstaat. Na vier dagen moet u dit gaan afbouwen en telkens één tablet minder nemen.

P: Ok. Ik ga het proberen. En als de pijn nu niet minder wordt?

H: Laten we afspreken dat als de pijn niet minder wordt, en langer dan een week aanhoudt, dat u dan weer een afspraak met mij maakt. Maar de verwachting is, dat de pijn minder wordt.

P: Oké, dat is goed.

H: Heeft u verder nog vragen voor mij?

P: Nee ik geloof het niet.

H: Prima, dan was dat het voor nu.

P: Ja, bedankt.

H: Tot ziens, dag.

P: Dag.

Einde van zin: staat op en geeft hand

Staat moeizaam op en geeft hand

Loopt weg

Bijlage D

Negatief taalgebruik

(H = huisarts, P = patiënt)

Tekst

ANAMNESE

H: Goedemorgen, ik ben dokter de Jong

P: Goedemorgen, Mirte van Bremen

H: Gaat u zitten. Wat kan ik voor u doen, mevrouw van Bremen?

P: Nou, ik ben gisterenochtend wakker geworden met verschrikkelijke last van mijn rug. Ik heb er echt zo'n last van dat ik dacht: ik bel meteen voor een afspraak. Dus nu zit ik hier.

H: Hmm hmm. Heeft u enig idee wat het zou kunnen zijn; die rugpijn?

P: Ik moet steeds aan een hernia denken. Ik hoop natuurlijk dat dat het niet is...

H: Hmm hmm, en kunt u de pijn voor mij omschrijven? Is het een doffe pijn, of een scherpe pijn? Of heeft u last van steken?

P: Nou, ik zou niet zeggen: scherp. Maar ook niet dof... Lastig.

H: Geen specifiek last van steken ergens?

P: Nee, geen steken nee.

H: Kunt u aangeven waar de pijn precies zit?

P: Ja, hier. Echt helemaal in mijn onderrug.

H: Dus over de hele breedte van de rug?

P: Ja.

H: En heeft u daarbij ook last van urineverlies?

P: Nee, gelukkig niet.

H: En straalt de pijn uit naar uw been?

P: Ehhh, nee.

H: Heeft u een koud of doof gevoel in uw rug of ergens anders?

P: Nee, dat zou ik ook niet zeggen nee.

H: Heeft u nog gewoon gevoel in uw benen?

P: Ja hoor, ja.

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

“Hier” hand op onderrug

H: En heeft u nog moeten hoesten of niezen? Heeft dat invloed op de pijn?

P: Hoesten hoef ik gelukkig niet, maar ik heb wel geniesd, dat is niet fijn.

H: Maar de pijn wordt niet erger door het niezen?

P: De rugpijn bedoelt u?

H: Ja, de rugpijn.

P: Nee, dat niet.

H: Heeft u koorts gehad de afgelopen dagen?

P: Nee dat denk ik niet.

P: Nee, nooit zo heftig.

H: En dit is gistermorgen begonnen...

P: Ja

H: Is er iets specifiek gebeurd waardoor de pijn zou kunnen worden veroorzaakt?

P: Nee, daar heb ik wel even nagedacht. Maar ik ben gewoon de dag ervoor wezen werken. Ik ben niet gevallen of zo, maar 's morgens werd ik wakker en was het zo.

H: Aha, en wat voor werk doet u?

P: Ik ben administratief medewerker bij een verzekeringsmaatschappij.

H: Hmm hmm. De pijn is dus gisterenmorgen begonnen... Wat heeft u in de loop van de dag gedaan?

P: Eehm. Ik ben opgestaan met zulke pijn. Toen dacht ik al: zo kan ik niet naar het werk. Ik ga altijd met de auto naar mijn werk, dus ik heb meteen gebeld. Vervelend voor mijn collega's, maar ik moest mijn werk afzeggen. Ik kreeg niet eens mijn sokken aan, zo veel pijn doet het...

H: U kreeg uw sokken niet aan zegt u. Heeft u nog pijn in andere houdingen?

P: Nou, niet specifieke houdingen, maar meer als ik iets wil gaan doen.

H: Dus als ik het goed begrijp is het niet echt mogelijk om de alledaagse dingen te doen op dit moment.

P: Nee. Ik heb rustig aan gedaan; ik heb haast niks gedaan eigenlijk. Toen ik ging slapen heb ik wat paracetamol genomen en toen ging het slapen wel een beetje, dus ik heb gelukkig wel een paar uurtjes slaap genomen.

H: Hmm hmm. Dus u heeft zelf al een paracetamol genomen tegen de pijn. Hoeveel paracetamol heeft u toen genomen?

P: Twee tabletten van 500mg geloof ik.

H: En heeft u nog andere dingen geprobeerd om te pijn te verminderen?

P: Ik heb een warme douche genomen, want ik dacht dat ik iets verrekt had of zo. Maar dat hielp ook niet.

H: Aha, dus eigenlijk is paracetamol het enige dat helpt?

P: Ja, toen heb ik ieder geval een paar uurtjes kunnen slapen.

H: Oke. Dus als ik het goed begrijp heeft u sinds gisterenmorgen onderrugpijn, paracetamol is eigenlijk het enige dat op dit moment helpt. Warm douchen heeft geen zin, maar de pijnstilling heeft wel effect gehad.

P: Ja.

DIAGNOSE

H: Op basis van wat u mij zojuist heeft verteld, denk ik niet aan een hernia. De specifieke klachten zoals verminderd gevoel en uitstraling van de pijn naar de benen treden bij u niet op. De klachten die u heeft zoals de pijn in de lage rug, zonder bijkomende klachten passen meer bij specifieke lage rugpijn.

P: Specifieke lage rugpijn, wat houdt dat in?

H: Specifieke lage rugpijn is een niet-ernstige aandoening. Het is het tijdelijk slecht functioneren van spieren, banden en botten in de rug, waardoor de pijn wordt veroorzaakt. Wat precies de oorzaak is, is niet aan te geven. Wel weten we dat rust ongunstig kan zijn voor het herstel. De heftigste pijn duurt meestal niet langer dan enkele dagen; daarna neemt het af.

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

P: Oké.

ADVIES

H: U vertelde mij dat u rust heeft genomen, maar ik raad u juist aan om weer te gaan bewegen.

P: Bewegen... Maar ik krijg daar juist extra veel pijn van...

H: Ja, ook al is dat moeilijk. Het is niet slecht om te bewegen. Rusten kan juist ongunstig zijn voor het herstel, en daardoor kunt u stijf worden en juist meer rugklachten krijgen. Dus ik raad u aan om juist uw activiteiten weer op te pakken, zowel thuis als op het werk.

P: Oké. Ik denk wel dat dat moeilijk wordt.

H: Als dat echt moeilijk wordt, kunt u altijd niet bewegen voor een paar uur, maar probeer daarna uw activiteiten weer op te pakken. Probeer gewoon zoveel mogelijk te bewegen. Daarnaast kunt u, zoals u nu al doet, paracetamol gebruiken. Dat is niet schadelijk voor een korte periode. U kunt vier maal daags twee tabletten van 500 mg gebruiken. Daarmee bouwt u voldoende hoge spiegel op zodat de pijn niet steeds terugkeert. Na vier dagen moet u dit weer afbouwen en kunt u elke keer één tablet minder nemen.

P: Ok. Ik ga het proberen. En als het nu niet minder wordt?

H: Laten we afspreken dat als het niet minder wordt, en de pijn langer dan een week aanhoudt, dat u dan weer een afspraak maakt en dat we dan even verder kijken. Maar de verwachting is, dat de pijn niet zal aanhouden.

P: Oké, dat is duidelijk.

H: Heeft u verder nog vragen voor mij?

P: Nee ik geloof het niet.

H: Prima, dan laten we het hierbij.

P: Ja, bedankt.

H: Tot ziens.

P: Dag.

Einde van zin: staat op en geeft hand

Staat moeizaam op en geeft hand

Loopt weg

Bijlage E

Tabel 4.

Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van positief en negatief taalgebruik van niet-medische beroepen zijn in onderstaande tabel weergegeven (n = per variabele aangegeven).

	Taalgebruik	
	Positief $M (SD) n$	Negatief $M (SD) n$
Bewegingsangst	17.09 (2.72) 47	17.60 (1.91) 47a
Verwachting van herstel (aanhouden rugpijn)	3.31 (2.17) 48	3.60 (1.50) 50
Verwachting van herstel (controle klachten)	6.38 (2.26) 48	5.74 (2.28) 50
Verwachting van herstel (effectiviteit behandeling)	6.79 (2.20) 48	6.82 (2.15) 50
Intentie tot therapietrouw	6.00 (1.20) 48	6.00 (0.99) 50
Vertrouwen in de arts	3.78 (0.57) 48	3.78 (0.56) 50

NB: één uitbijter, weergegeven met 'a', is verwijderd bij de variabele 'Bewegingsangst' (negatief).