



Radboud Universiteit Nijmegen

“Moeilijk” vs “niet makkelijk”

Een onderzoek naar de invloed van positief vs negatief taalgebruik in dokter-patiëntcommunicatie bij analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn op voorspellers van patiëntuitkomsten.

“Difficult” vs “not easy”

An investigation about the influence of positive vs negative language use in doctor-patient communication with respect to analogue patients and their predictors of patient outcomes concerning aspecific lower back pain.

Bachelorscriptie

6 juni 2017

Naam: Michelle Heuts

Studentnummer: s4359003

Email-adres: michelle.heuts@student.ru.nl

Begeleidster: Inge Stortenbeker

Tweede lezer: José Sanders

Aantal woorden: 7.649

Samenvatting

Al jaren wordt er onderzoek gedaan naar de invloed van arts-patiëntcommunicatie op patiëntuitkomsten. Door middel van framing kan dezelfde boodschap door de patiënt namelijk anders worden geïnterpreteerd. Toch blijft het begrip ‘communicatie’ en het advies wat uit deze onderzoeken rolt vaak nog te abstract. Daarom wordt er in deze studie onderzocht of er een verschil zit tussen positief en negatief taalgebruik met betrekking tot patiëntuitkomsten van analoge patiënten met specifieke lage rugpijn. Positief taalgebruik wordt gedefinieerd als taaluitingen die een positief kernwoord bevatten (bv. ‘goed’, ‘niet makkelijk’) en negatief taalgebruik als het tegenovergestelde. Negaties veranderen de categorisering niet. In dit experiment wordt door middel van een tussenproefpersoonontwerp onderzocht of proefpersonen verschillen in verwachtingen van herstel, bewegingsangst, intentie tot therapietrouw en evaluatie van de boodschap wanneer zij blootgesteld worden aan een video waarin de arts met positief of negatief taalgebruik spreekt. Voor deze variabelen zijn geen significante verschillen gevonden, maar dit kan liggen aan het feit dat specifieke lagerugpijn een relatief onschuldige aandoening is, en de concrete woorden niet zo zwaar wegen als in een echt slechtnieuwsgesprek. Ook kan het gebruik van een video ervoor hebben gezorgd dat de manipulatie niet actief genoeg werd verwerkt en daarom minder impact had. Implicaties voor volgend onderzoek gaan onder andere over de invloed van een video op de controle en duur van de klachten en gevonden correlaties.

Aanleiding

De invloed van arts-patiëntcommunicatie is al in talloze onderzoeken bestudeerd. Zo lieten Mistiaen et al. (2016) door middel van een meta-analyse op basis van 51 eerdere studies zien dat verschillende communicatiestijlen een significant effect kunnen uitoefenen op de pijnbeleving van de patiënt. Zij leverden bewijs dat onder andere het gebruik van positieve suggesties door de arts het pijnniveau van de patiënt kan verminderen. Positieve suggesties bestonden vaak uit enkele zinnen die de arts zei (bv. ‘de behandeling zal zeker aanslaan’). Ook al waren de significante effecten die gevonden werden klein, het blijkt dat de wijze van communiceren een rol speelt in het herstelproces van de patiënt.

Naast het effect van communicatie op pijnbeleving, is ook dergelijk onderzoek gedaan naar het effect op therapietrouw van de patiënt. Therapietrouw is de mate van overeenkomst tussen het gedrag van de patiënt (in termen van het slikken van medicatie, een dieet volgen of het veranderen van leefstijl) en medisch of gezondheidsadvies (Haynes, 1979). De meta-analyse van 127 studies door Zolnierek en Dimatteo (2009), bevestigt deze correlatie tussen therapietrouw en communicatie. De lijst van verschijnselen waar communicatie nog meer invloed op zou hebben kan nog verder worden aangevuld, met bijvoorbeeld angst en verwachtingen (Van Vliet, Van Dulmen, Bensing, 2016).

Waar het de meeste onderzoeken echter aan scheelt, is het gebrek aan specificiteit. Hoewel het nu algemeen bekend is dat communicatie correleert met verschillende patiëntuitkomsten, is het scala aan communicatie-onderzoek dat er nu ligt nog niet expliciet genoeg. Het is nog niet duidelijk hoe de wijze van communiceren invloed heeft op patiëntuitkomsten en de manier waarop verschillende communicatiestijlen gedefinieerd worden is vaak ook onduidelijk of niet concreet genoeg. Daarom zal er in dit onderzoek gekeken worden naar hoe positief versus negatief taalgebruik invloed heeft op patiëntuitkomsten. De concrete aandoening die als praktijkgeval zal worden gebruikt in dit onderzoek betreft specifieke lagerugpijn. Van de westerse bevolking krijgt namelijk 60-90% minstens één keer te maken met lagerugpijn, en hiervan is maar liefst 95% specifiek (dus waarvoor geen specifieke lichamelijke oorzaak te vinden is). Ook blijkt dat specifieke lagerugpijn tot hoge maatschappelijke kosten leidt door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (NHG Standaard specifieke lagerugpijn, 2017). Om die reden zal in dit onderzoek onderzocht worden of en op welke manier de positief en negatief taalgebruik invloed heeft op verschillende voorspellers van patiëntuitkomsten van mensen met specifieke lagerugpijn. Om de voorspellers van patiëntuitkomsten te meten, zal er gebruik worden gemaakt van proefpersonen die de rol van analoge patiënten zullen vervullen. Meerdere onderzoeken die behandeld zullen worden gaven

hun experiment ook vorm door gebruik te maken van analoge patiënten, zoals Burgers et al. (2012), Schmid Mast et al. (2005) en Van Osch et al. (2014). Het gebruik van analoge patiënten is daarbij voor een onderzoeksexperiment als het huidige erg geschikt door de mogelijkheid om van subtiele taalvariaties experimenteel de effecten te meten.

Theoretisch kader

De invloed van framing op gezondheidsboodschappen

Om positief en negatief taalgebruik te kunnen definiëren, zal er eerst naar het begrip ‘framing’ gekeken moeten worden. Framing is de manier waarop dezelfde situatie op verschillende manieren kan worden beschreven (Kamoen, Mos & Dekker, 2015). Men probeert hetzelfde te zeggen, maar door het gebruik van bijvoorbeeld een positief of negatief frame, kan de originele boodschap anders worden geïnterpreteerd. In relatie tot de perceptie van gezondheidsrisico's, werd al door Levin, Schnittjer en Thee (1988) aangetoond dat proefpersonen een behandeling eerder aan zouden bevelen aan anderen en als effectiever beschouwden als de nadruk op winst werd gelegd in plaats van op verlies werd. De boodschap “50% kans op slagen” werd dus positiever ontvangen dan de boodschap “50% kans op mislukken”.

Levin et al. (1998) onderscheiden drie manieren waarop boodschappen kunnen worden geframed: *risky choice framing*, *goal framing* en *attribute framing*. *Risky choice framing* kenmerkt zich door het framen van risicovolle situaties op een positieve dan wel negatieve manier. Zo werd in een experiment een positief frame (kans van 1 op 3 dat alle levens worden gered en kans van 2 op 3 dat geen levens worden gered) naast een negatief frame (kans van 1 op 3 dat er geen levens verloren gaan vs kans van 2 op 3 dat alle levens verloren gaan) naast elkaar gezet (Tversky & Kahneman, 1981). Uit de meta-analyse die gedaan werd naar *risky choice framing* kan geconcludeerd worden dat mensen eerder geneigd zijn een risico te nemen wanneer een frame bestaat uit het vermijden van verlies dan wanneer een frame bestaat uit het verkrijgen van winst (Levin et al. (1998).

Goal framing kan het best uitgelegd worden door het onderzoek van Meyerowitz en Chaiken (1987). Zij lieten zien dat vrouwen eerder hun eigen borsten onderzochten als er een verlies-frame werd gebruikt (“als je je borsten niet zelf regelmatig onderzoekt, verkleint dat de kans om een tumor in de eerste fases van de ziekte te vinden”), dan wanneer er een winst-frame werd gebruikt (“als je je borsten zelf onderzoekt, vergroot dat de kans om een tumor in de eerste fases van de ziekte te vinden”). Ook de meta-analyse die door Levin et al. (1998) gedaan werd naar *goal framing* liet zien dat het over het algemeen meer loont om een negatief frame te gebruiken als je mensen tot actie wil aanzetten. Toch moeten deze resultaten enigszins

genuanceerd worden. Zo is er een verschil tussen preventiegedrag en detectiegedrag (Salovey, Schneider & Apanovitch, 2002). Preventiegedrag is gedrag dat vertoond moet worden om negatieve consequenties te vermijden, zoals het gebruik van anticonceptie om zwangerschap te voorkomen. Detectiegedrag heeft juist betrekking op gedrag dat een bepaalde zekerheid moet geven over de twijfel of men ergens aan lijdt, zoals het laten testen op een seksueel overdraagbare aandoening. O'Keefe en Jensen (2006) ontdekten in hun meta-analyse naar *goal framing* geen verschil tussen positieve en negatieve frames met betrekking tot detectiegedrag, maar ondervonden wel dat bij preventiegedrag het effectiever was een positief frame te gebruiken dan een negatief frame, maar dat dit alleen bij boodschappen over tandverzorging gold, werd later toegevoegd (O'Keefe en Jensen, 2007). Toch gaat het bij specifieke lagerugpijn niet over preventiegedrag maar over detectiegedrag. Bij detectiegedrag consulteert een patiënt een arts namelijk pas op het moment dat er klachten ontstaan. Preventiegedrag daarentegen wordt (meestal) vertoond vóórdát er klachten optreden. Bij specifieke lagerugpijn zal een patiënt detectiegedrag vertonen door naar de dokter te gaan op het moment dat deze klachten ervaart. Volgens O'Keefe en Jensen (2006) zal het daarom niet uitmaken of de boodschap positief of negatief geframed wordt.

De derde en laatste vorm van framing, *attribute framing*, karakteriseert zich door slechts één attribuut van een object of situatie dat positief of negatief geframed wordt. Zo is eerdergenoemd voorbeeld met betrekking tot gezondheidsrisico's (50% kans op slagen vs 50% kans op mislukken) een uitstekend voorbeeld van attribuutframing (Levin et al., 1988). Net als in dit vorige onderzoek, werd over het algemeen door een meta-analyse naar attribuutframing gevonden dat een positief frame vaker leidt tot betere evaluaties van de desbetreffende attributen dan een negatief frame (Levin et al., 1998).

In relatie tot het huidig onderzoek naar de invloed van positief en negatief taalgebruik in het geval van specifieke lage rugpijn, wordt het principe van attribuutframing aangehouden. In het geval van attribuutframing worden meestal antoniemen in de frames gebruikt, zoals 'goed' en 'slecht'. Toch is attribuutframing niet hetzelfde als het verschil tussen positief en negatief taalgebruik. In de gezondheidszorg is het namelijk niet mogelijk om een patiënt te vertellen dat bepaald gedrag 80% goed voor hem is, of 20% slecht. Tegen ditzelfde probleem liepen Kamoen et al. (2015) ook aan in hun onderzoek naar framing in hotel reviews. Zij waren zich er van bewust dat een hotel niet 70% goedkoop of 30% duur kon zijn, dus hanteerden zij een manier om geen percentages te noemen in de antoniemen. Ze onderzochten directe en indirecte bewoordingen en analyseerden het verschil in evaluaties wanneer men directe terminologie gebruikte ('goed', 'slecht') en indirecte terminologie ('niet goed', 'niet slecht').

Bij directe terminologie wordt gebruik gemaakt van affirmaties terwijl bij indirecte terminologie van negaties gebruik wordt gemaakt.

Aan de hand van het onderzoek van Kamoen et al. (2015) kan er verder geborduurd worden naar hoe positief en negatief taalgebruik in dit onderzoek gedefinieerd wordt. Er zal gebruik worden gemaakt van direct en indirect taalgebruik, maar in tegenstelling tot Kamoen et al. (2015) zal er niet naar positieve (goed, niet slecht) en negatieve (slecht, niet goed) evaluaties gekeken worden, maar juist naar de positieve dan wel negatieve bewoordingen die in het frame gebruikt worden. Zo doet in feite de inhoud er niet toe, maar juist de vorm van de boodschap. Figuur 1 maakt dit duidelijk.

| | Positieve inhoud | Negatieve Inhoud |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|
| Affirmatie | <u>Goed</u> | <i>Slecht</i> |
| Negatie | <i>Niet slecht</i> | <u>Niet goed</u> |

Figuur 1. Positief taalgebruik (onderstreept) vs negatief taalgebruik (cursief)

Zoals in figuur 1 te zien is, worden in dit onderzoek bewoordingen die een positief geladen woord bevatten, ongeacht of deze een negatie bevatten en ongeacht de inhoud van de boodschap, gezien als positief taalgebruik ('goed', 'niet goed'). Daar staat tegenover dat bewoordingen die een negatief geladen woord bevatten, ongeacht een negatie en de inhoud van de boodschap, gezien worden als negatief taalgebruik ('slecht, niet slecht'). Vanuit hieruit zal er gekeken worden of de verschillende bewoordingen invloed hebben op patiëntuitkomsten van mensen met aspecifieke lage rugpijn.

Communicatierichtlijnen met betrekking tot aspecifieke lagerugpijn

Waar een arts bij het diagnosticeren van aspecifieke lage rugpijn de nadruk op moet leggen in de communicatie met de patiënt is te vinden in de NHG Standaard aspecifieke lagerugpijn (2017). Hierin staat dat het beleid bij aspecifieke lagerugpijn zich kenmerkt door de focus op voorlichting, begeleiding en maatregelen tot behoud of herstel van het dagelijks functioneren. Het voornaamste richtpunt van de arts moet het overtuigen van de patiënt zijn om te blijven bewegen, ook al kan dat gepaard gaan met veel pijn. Door deze pijn, of zelfs al door de verwachting van pijn, kan bij een patiënt bewegingsangst ontstaan, waardoor de patiënt dus juist mogelijk minder gaat bewegen dan de arts hem adviseert.

Over op welke wijze de arts het beste met de patiënt kan communiceren, wordt in de

Standaard nauwelijks gesproken. De arts wordt aanbevolen de patiënt op het hart te drukken dat bedrust niet zinvol is en de patiënt in beweging moet blijven, ondanks de pijn. Wanneer de patiënt zich ongerust voelt, wordt geadviseerd deze patiënt extra aandacht te geven zodat zij hun normale activiteiten niet laten liggen. Deze communicatie-adviezen blijven tamelijk abstract omdat er slechts gesproken wordt over algemene raadgevingen die de arts tegen de patiënt dient te communiceren, maar niet over de concrete manier waarop de arts dit het beste aan zou kunnen pakken. Vooral nu door verschillende onderzoeken bekend is dat arts-patiëntcommunicatie effect kan hebben op bepaalde patiëntuitkomsten, zou het dus lonen hier specifiek op in te gaan in een dergelijke Standaard.

Voorspellers van patiëntuitkomsten bij specifieke lagerugpijn

Dit onderzoek richt zich op verscheidene voorspellers van patiëntuitkomsten. Wat die voorspellers van patiëntuitkomsten zijn, kan afgeleid worden uit de NHG Standaard voor specifieke lagerugpijn (2017). Aangezien er in deze Standaard meermaals over het belang van bewegen wordt gesproken, zal er gekeken worden naar hoe positief vs. negatief taalgebruik invloed heeft op de bewegingsangst die patiënten kunnen ervaren. Ook worden veel patiënten met langdurige klachten aangespoord fysio- of oefentherapie te volgen, vandaar dat het ook loont om de intentie tot therapietrouw te onderzoeken in combinatie met positief versus negatief taalgebruik. Ook zal er op verwachtingen van herstel worden getest. De verwachtingen van herstel zullen namelijk de beste indicatie geven van het daadwerkelijke herstelproces. De laatste voorspeller van patiëntuitkomsten die in dit onderzoek meegenomen zal worden is de evaluatie van het gesprek.

Bewegingsangst

Hoewel vrijwel nauwelijks tot niets bekend is over de invloed van communicatie op bewegingsangst, is het wel duidelijk dat bewegingsangst een verschijnsel is dat vaak hand in hand gaat met specifieke lagerugpijn (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & Van Eek, 1995). Patiënten kunnen een sterk negatieve houding jegens pijn en de angst om te bewegen bij zichzelf ervaren, wat belangrijke factoren zijn in het verklaren van chronische specifieke lage rugpijn (Fritz, George & Delitto, 2001; Vlaeyen & Linton, 2000). Wanneer iemand pijn ervaart, zal diegene activiteiten vermijden uit angst dat de pijn aanhoudt of zelfs erger wordt (Philips en Jahanshahi, 1986). Toch zal de arts in het geval van specifieke lage rugpijn juist de patiënt moeten stimuleren te blijven bewegen. Het is al bekend dat een affectieve communicatiestijl van de arts positieve gevolgen kan hebben wat betreft de ‘normale’ angst, onzekerheid en stress

die een patiënt kan voelen wanneer deze slecht nieuws ontvangt (Schmid Mast, Kindlimann & Langewitz (2005); Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou & Kleijnen (2001); Van Osch, Sep, Van Vliet, Van Dulmen & Bensing (2014). Een affectieve communicatiestijl kan bestaan uit bijvoorbeeld warmte, empathie en geruststelling. Toch blijven dit soort begrippen iets te abstract, en dat is waarom er in dit onderzoek wordt gekeken naar de invloed van het concrete taalgebruik van de arts op bewegingsangst.

Intentie tot therapietrouw

Intentie tot therapietrouw is een belangrijke variabele in het herstelproces, maar in hoeverre speelt arts-patiëntcommunicatie een rol in het van plan zijn de therapie te volgen? Uit een meta-analyse door Zolnierek en DiMatteo (2009) naar de communicatie tussen arts en patiënt, werd een significant positieve correlatie tussen arts-patiëntcommunicatie en therapietrouw door de patiënt gevonden. Toch blijft bij bovenstaand onderzoek het begrip ‘communicatie’ vaag. In Burgers, Beukeboom en Sparks (2012) wordt het begrip ‘communicatie’ verduidelijkt door concreet taalgebruik te onderzoeken. Zij ontdekten een direct effect met betrekking tot taaluitingen met negaties op de intentie tot therapietrouw van de patiënt. Wanneer de dokter sprak door middel van negaties in een positief frame (bv. “do not find it difficult”) had de proefpersoon een lagere intentie tot therapietrouw dan wanneer er een affirmatie werd gebruikt in een positief frame (bv. “find it easy”). Het omgekeerde effect werd gevonden wanneer er een negatief frame werd gebruikt.

Verwachtingen van herstel

Verwachtingen van herstel zijn een goede indicator van de daadwerkelijke mate van herstel. Zo bleek uit een meta-analyse uitgevoerd door Mondloch, Cole & Frank (2001) dat van de 16 onderzoeken er 15 sterke associaties lieten zien tussen positieve verwachtingen en betere patiëntuitkomsten. Wat specifieke lage rugpijn betreft, concludeerden Kalauokalani, Cherkin, Sherman, Koepsell & Deyo (1976) dat de verwachtingen van de patiënt het herstel op een positieve manier kunnen beïnvloeden, onafhankelijk van de behandeling zelf. De invloed van concreet taalgebruik op verwachtingen van herstel werd onderzocht door Burgers et al. (2012) Zij ondervonden dat proefpersonen hun verwachte kwaliteit van leven enkel lager schatten wanneer de arts sprak met negaties in een positief frame (bv. “do not find it difficult”) dan wanneer de arts sprak met affirmaties in een positief frame (bv. “find it easy”). Deze resultaten werden ook alleen maar gevonden wanneer de proefpersonen een script kregen te lezen met een gesprek tussen arts en patiënt, en niet wanneer de proefpersoon een video zag waarop een acteur

als dokter direct tegen ze praatte. Er werden geen verschillen gevonden tussen het gebruik van affirmaties en negaties in een negatief frame.

Evaluatie van het gesprek

Ook de evaluatie van het gesprek kan onder de noemer patiëntuitkomsten geschaard worden en kan door communicatie beïnvloed worden. Zo lieten Verheul, Sanders en Bensing (2010) immers zien dat warme, empathische communicatie de angst bij patiënten eerder wegneemt dan wanneer een koude communicatiestijl wordt gehanteerd. Daarnaast toonden Burgers et al. (2012) aan dat proefpersonen het gesprek met de arts positiever evalueerden wanneer er affirmaties gebruikt werden in een positief frame (bv. “find it easy”) in plaats van negaties in een positief frame (bv. “do not find it difficult”). Wat negatieve frames betreft, werd er geen verschil tussen het gebruik van negaties vs. affirmaties gevonden.

Onderzoeksvraag

Het is inmiddels bekend dat er via framing en verschillende communicatiestijlen invloed uitgeoefend kan worden op verschillende patiëntuitkomsten. Toch ontbreekt het de voorgaande materie aan precisie, waardoor de invloed van een vaag begrip als ‘communicatie’ nog steeds te abstract blijft. Om meer grip te krijgen op de manier waarop communicatie precies effect kan hebben op verschillende patiëntuitkomsten, loont het te kijken naar het verschil in effect tussen positief en negatief taalgebruik.

Daarom zal aan de hand van alle informatie die eerder is behandeld de onderzoeksvraag van dit onderzoek als volgt luiden:

Wat is de invloed van positief vs negatief taalgebruik in arts-patiëntcommunicatie bij analoge patiënten met aspecifieke lage rugpijn op voorspellers van patiëntuitkomsten?

De voorspellers van patiëntuitkomsten zullen de volgende zijn:

1. *Bewegingsangst*
2. *Intentie tot therapietrouw*
3. *Verwachtingen van herstel*
4. *Evaluatie van het gesprek*

Methode

Materiaal

In dit onderzoek bestond het stimulusmateriaal uit een video waarin een gesprek tussen arts en een patiënt met aspecifieke lage rugpijn nagespeeld werd. Van deze video werden twee versies gemaakt, waarbij één versie met positief taalgebruik bevatte en één versie met negatief taalgebruik. Taaluitingen werden alleen tijdens de diagnose en het advies gemanipuleerd, niet de anamnese. De anamnese is het gedeelte van het gesprek met de arts dat voorafgaat aan de diagnose en het advies en waarin informatie wordt verzameld over de klachten van de patiënt (Van Diermen, Brand & Vissink, 2006).

Positief taalgebruik werd gedefinieerd als taaluitingen die een positief geladen woord bevatten, ongeacht een negatie (bv. goed, niet fijn). Negatief taalgebruik werd daarentegen gedefinieerd als taaluitingen die een negatief geladen woord bevatten, ook ongeacht een negatie (bv. slecht, niet storend). Taaluitingen mochten dus een ontkenning bevatten, maar deze had geen invloed in welke categorie de taaluiting werd ingedeeld. Voorbeelden van zinnen uit de video die de arts naar de patiënt communiceert met positief taalgebruik waren “Aspecifieke lage rugpijn is een onschuldige aandoening.” en “Ja ik weet dat het niet makkelijk is.” Negatieve tegenhangers van het positief taalgebruik waren: “Aspecifieke lage rugpijn is geen kwaadaardige aandoening.” en “Ja ik weet dat het moeilijk is.”. Voor het gehele positieve en negatieve script, zie bijlage 2.

Proefpersonen

Aan dit onderzoek hebben in totaal 115 proefpersonen deelgenomen. Omdat in de NHG Standaard voor Aspecifieke lagerugpijn (2017) beschreven wordt dat dergelijke klachten het meest voorkomen in de leeftijdscategorie van 40 tot 80 jaar, werden proefpersonen op deze leeftijd geselecteerd. Op deze manier was de kans het grootst dat de proefpersoon overeenkwam met de doelgroep van het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 56 jaar ($M = 56.33$, $SD = 7.59$) en besloeg een range van 40 tot 80 jaar. Van de proefpersonen gaf 20.9% aan momenteel last te hebben van rugpijn, en gaf 49.6% soms, 22.6% regelmatig, en 9.6% vaak aan last te hebben gehad van rugpijn. Van de proefpersonen had 55.1% gaf aan de huisarts te hebben bezocht voor hun klachten, terwijl 44.9% te kennen gaf dit niet te hebben gedaan. Verder varieerden de opleidingsniveaus van middelbaar onderwijs (27.0%), lager beroepsonderwijs (22.6%), hoger beroepsonderwijs (33.9%), universitair (13.0%) en anders (3.5%), deden er 55 vrouwen en 60 mannen mee, en gaf 84.3% aan betaald of vrijwilligerswerk te doen, terwijl 15.7% niet (meer) werkte.

Uit een aantal χ^2 -toetsen bleken er geen verschillen te zitten tussen de twee groepen die de verschillende video's zouden zien op basis van geslacht ($\chi^2(1) = .22, p = .638$), opleidingsniveau ($\chi^2(3) = .27, p = .966$), en werk (ja/nee) ($\chi^2(1) = .22, p = .636$). Daarnaast bleek uit een onafhankelijke t -toets dat er ook geen verschil zat tussen de twee groepen op basis van de leeftijd van proefpersonen ($t(113) = 1.08, p = .283$). Uit een onafhankelijke t -toets van verwachtingen van herstel vóór de video op versie van de video bleek geen significant verschil te bestaan voor duur van de klacht ($t(113) = .49, p = .629$), controle over de klacht ($t(113) = 1.18, p = .243$) en effectiviteit van de behandeling ($t(112) = .07, p = .944$). Uit de onafhankelijke t -toets van bewegingsangst (T0) op versie van de video bleek echter wel een significant verschil aanwezig ($t(111) = 2.09, p = .039$). Hierbij ervoeren de proefpersonen van de versie met positief taalgebruik ($M = 16.70, SD = 3.84$) al meer bewegingsangst dan de proefpersonen van de versie met negatief taalgebruik ($M = 15.39, SD = 2.74$) voor het zien van de video.

Tenslotte is het belangrijk te vermelden dat de proefpersonen analoge patiënten waren. De proefpersoon zag immers de video van het gesprek tussen arts en patiënt en sprak dus niet direct met een arts.

Onderzoeksontwerp

In het huidige onderzoek werd een tussenproefpersoonontwerp toegepast. Dit omdat elke proefpersoon aan één versie van de video werd blootgesteld. In totaal kregen 58 proefpersonen de video te zien met positief taalgebruik en 57 proefpersonen de video met negatief taalgebruik. Er werd geen gebruik gemaakt van een controlegroep.

Instrumentatie

De afhankelijke variabelen van dit onderzoek bestonden uit: bewegingsangst, intentie tot therapietrouw, verwachtingen van herstel en evaluatie van het gesprek. **Bewegingsangst** (oftewel kinesiofobie) wordt gedefinieerd als de excessieve, irrationele en verhinderende angst om te bewegen uit een gevoel van kwetsbaarheid omtrent lichamelijke schade (Kori, Miller & Todd, 1990). Bewegingsangst werd gemeten aan de hand van zeven items van een schaal gebaseerd op de Tampa schaal voor Kinesiofobie, samengesteld door Miller, Kori en Todd (1991), vertaald door Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren en Van Eek (1995). De items werden bevraagd op een vierpunts Likertschaal en bevatten vragen zoals “Als ik de patiënt was, dan zou ik erover nadenken om meer te bewegen.” en “Als ik de patiënt was, dan zou ik geen lichaams oefeningen moeten doen.” Deze variabele werd twee keer gemeten, één keer voor het kijken van de video en een keer erna. De betrouwbaarheid van Bewegingsangst vóór de video

bestaande uit zeven items was onvoldoende ($\alpha = .48$), daarom is er gekozen om een somscore te gebruiken om de resultaten te analyseren, net zoals voorgeschreven door Miller, Kori en Todd (1991). De betrouwbaarheid van Bewegingsangst ná de video bestaande uit zeven items was ook onvoldoende ($\alpha = .59$). Ook hiervoor is een somscore gebruikt om bovenstaande redenen.

Intentie tot therapietrouw werd gedefinieerd met behulp van Haynes (1979) die therapietrouw omschrijft als de mate van overeenkomst tussen het gedrag van een patiënt (in termen van het slikken van medicatie, een dieet volgen of het veranderen van leefstijl) en medisch of gezondheidsadvies. Omdat het hier om de *intentie* tot therapietrouw ging, en niet om de daadwerkelijke therapietrouw, werd deze patiëntuitkomst gedefinieerd als ‘de intentie van de analoge patiënt om overeenkomst te tonen tussen zijn gedrag en het medisch advies’. Intentie tot therapietrouw werd gemeten aan de hand van vier items van de Likertschaal van Burgers et al. (2012) bestaande uit zevenpunts Likertschalen (‘compleet mee oneens’ - ‘compleet mee eens’) zoals: “Ik vind het advies van de arts een goed idee.” en “Ik zou proberen het advies op te volgen.” De betrouwbaarheid van Intentie tot therapietrouw bestaande uit vier items was goed ($\alpha = .92$).

Verwachtingen van herstel werd gedefinieerd als de mate waarin de analoge patiënt denkt weer de oude te worden en zijn leven weer te kunnen leiden zoals voordat hij last had van de aandoening. Dit werd gemeten door drie items te nemen van de schaal van Broadbent, Petrie, Main en Weinman (2006) en aan te passen aan analoge patiënten. Dit waren tienpunts Likertschalen, waarvan voorbeelden waren: “Hoe lang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?” en “Hoeveel controle denkt u te hebben over de klachten?” Ook Verwachtingen van Herstel werd twee keer bevraagd, voor en na het zien van de video. De betrouwbaarheid van Verwachtingen van herstel vóór het kijken van de video bestaande uit drie items was onvoldoende ($\alpha = .43$), daarom werden de items apart meegenomen in de analyses. De betrouwbaarheid van Verwachtingen van herstel ná de video was daarentegen wel adequaat ($\alpha = .74$), maar om consequentie te garanderen werden deze items ook na de video apart geanalyseerd.

De laatste afhankelijke variabele, **evaluatie van het gesprek** werd gedefinieerd als de mate waarin de patiënt het gesprek informatief, duidelijk en begrijpelijk vond. Dit werd gemeten door middel van vijf items die de informativiteit, duidelijkheid en begrijpelijkheid testen, genomen van de schaal van Burgers et al. (2012) bestaande uit zevenpunts Likertschalen (‘compleet mee oneens’ - ‘compleet mee eens’). De betrouwbaarheid van Evaluatie van het gesprek bestaande uit vijf items was adequaat ($\alpha = .79$).

Tenslotte werd besloten de **mate van inleving in de video** ook te bevragen. Door dit als controlevariabele te gebruiken, kon de ecologische validiteit van het onderzoek getoetst worden. Om de mate van inleving in de video in te schatten, werden alle vijftien items van de Video Engagement Scale (VES) van Visser et al. (2016) gebruikt. Dit waren zevenpunts Likertschalen, waarvan voorbeelden waren: “In mijn gedachten leek het alsof ik de patiënt in de video was.” en “Tijdens de video was ik volkomen geconcentreerd op de video.”. De betrouwbaarheid van Mate van inleving in de video bestaande uit vijftien items was goed ($\alpha = .93$). De gehele vragenlijst is te vinden in bijlage 4.

Procedure

Elke onderzoeker leverde 9 of 10 proefpersonen aan om aan het onderzoek mee te doen. Bij het werven van proefpersonen werd gevraagd of de persoon aan een onderzoek naar arts-patiënt communicatie deel wilde nemen. Na goedkeuring door de proefpersoon via een toestemmingsformulier (zie bijlage 3) werd er voorafgaand aan het experiment in de introductietekst gecommuniceerd dat: (1) er geen goede of foute antwoorden waren; (2) de gegevens volledig anoniem gemaakt zouden worden; en (3) participatie aan het onderzoek vrijwillig was en het daarom mogelijk was om op elk moment te stoppen. Daarna vulden de proefpersonen het eerste deel van de vragenlijst in. Wanneer ze hier mee klaar waren, zorgde de onderzoeker ervoor dat ze één van de twee video's te zien kregen, en hierna sloten ze hun deelname af door de tweede vragenlijst in te vullen. Dit alles gebeurde in een rustige omgeving, waardoor de concentratie van de proefpersoon het best gewaarborgd kon worden. De onderzoeker zag er ook op toe dat de vragenlijsten serieus werden ingevuld en er aandachtig naar de video werd gekeken door in dezelfde ruimte of woning aanwezig te zijn. De procedure was voor iedere proefpersoon gelijk en er werd geen beloning gegeven voor deelname.

Statistische toetsing

Voordat de statistische toetsen werden afgenomen, is er eerst gecontroleerd op outliers bij de afhankelijke en controlevariabelen, maar deze werden niet gevonden. Eerst zijn er vijf onafhankelijke *t*-toetsen afgenomen voor Verwachtingen van herstel, Bewegingsangst, Intentie tot therapietrouw, Evaluatie van de boodschap en Mate van inleving in de video. De variabelen Verwachtingen van herstel en Bewegingsangst zijn daarnaast ook vóór het kijken van de video gemeten. Dit gaf de mogelijkheid om voor beiden variabelen een afhankelijke *t*-toets uit te voeren om verschillen binnen groepen te analyseren. Tenslotte is er nog gecontroleerd op mogelijke correlaties middels Pearson's correlaties en Spearman's rangcorrelaties om naar

mogelijke samenhang tussen achtergrondvariabelen en afhankelijke variabelen te kijken.

Resultaten

Uit een onafhankelijke *t*-toets van Taalgebruik op de drie items van Verwachtingen van herstel bleken er geen significante verschillen te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik wat betreft de verwachte duur van de pijn ($t(100.47) = .26, p = .799$), verwachte controle over de pijn ($t(113) = .74, p = .464$) en verwachte effectiviteit van de behandeling ($t(113) = .38, p = .709$). Bij de verwachte duur van de pijn moet vermeld worden dat de assumptie van gelijke varianties geschonden was ($p = .001$). Voor Taalgebruik op Bewegingsangst bleek ook geen significant verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik wat betreft de angst om te bewegen ($t(110) = .14, p = .892$). Voor Taalgebruik op Intentie tot therapietrouw werd ook geen significant verschil gevonden tussen positief en negatief taalgebruik wat betreft de intentie om de therapie op te volgen ($t(92.47) = .97, p = .336$). Hier werd wel de assumptie van gelijke varianties geschonden ($p = .003$). Ook voor Taalgebruik op de Evaluatie van de boodschap werd de assumptie van gelijke varianties geschonden ($p = .032$) en werden er ook geen significante verschillen gevonden ($t(105.60) = .54, p = .588$). Ten slotte werden er voor Taalgebruik op de Mate van inlevingsvermogen ($t(113) = .93, p = .352$) ook geen significante verschillen gevonden. ($t(113) = .93, p = .352$).

Met betrekking tot verschillen binnen groepen, werd bij de groep met de video met positief taalgebruik uit een afhankelijke *t*-toets voor de verwachting van de duur van de klachten een significant verschil gevonden tussen de verwachting vóór het zien van de video en de verwachting ná het zien van de video ($t(57) = 2.90, p = .005$). Proefpersonen hadden het idee minder lang last te hebben van de pijn ná het zien van de video ($M = 7.41, SD = 2.33$) dan vóór het zien van de video ($M = 6.29, SD = 2.37$). Ook voor de verwachte controle over de klachten werd een significant verschil gevonden binnen deze groep ($t(57) = 2.54, p = .014$). Proefpersonen schatten in meer controle te hebben over hun klachten ná het kijken van de video ($M = 6.19, SD = 2.35$) dan vóór de video ($M = 5.21, SD = 2.08$). Voor de verwachte effectiviteit van de behandeling werd in deze groep geen significant verschil gevonden ($t(57) = 1.23, p = .225$). Bij de groep met de video met negatief taalgebruik werden uit een afhankelijke *t*-toets ook significante verschillen gevonden voor de verwachting van de duur van de klachten voor en na het zien van de video ($t(56) = 3.80, p < .001$) en voor de verwachte controle over de klachten voor en na het zien van de video ($t(56) = 3.25$). Proefpersonen hadden ook hier het idee minder lang last te hebben van de pijn ná het zien van de video ($M = 7.51, SD = 1.58$) dan vóór het zien van de video ($M = 6.49, SD = 1.99$) en schatten in meer controle te hebben over hun klachten ná het kijken van de video ($M = 5.88, SD = 2.20$) dan vóór de video ($M = 4.75, SD = 2.06$). Voor de verwachte effectiviteit van de behandeling werd in deze groep ook geen

significant verschil gevonden ($t(55) = 1.98, p = .053$). Voor Bewegingsangst werd er in de groep met de video met positief taalgebruik een significant verschil gevonden tussen de bewegingsangst voor en na de video ($t(55) = 2.75, p = .008$). Proefpersonen ondervonden minder bewegingsangst na het zien van de video ($M = 14.93, SD = 3.73$) dan voor het zien van de video ($M = 16.70, SD = 3.84$). In de groep met de video met negatief taalgebruik werd er geen significant verschil gevonden tussen de bewegingsangst voor en na de video ($t(54) = .50, p = .620$). Voor alle gemiddelden, standaardafwijkingen en groeps groottes, zie Tabel 1.

Tabel 1. Gemiddelden, standaardafwijkingen (tussen haakjes) en groeps groottes van de drie items van Verwachtingen van herstel, Bewegingsangst, Intentie tot therapietrouw, Evaluatie van de boodschap en Mate van inleving in de video.

| | Positief taalgebruik | | Negatief Taalgebruik | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | Voor video (T0) <i>M (SD)</i> | Na video (T1) <i>M (SD)</i> | Voor video (T0) <i>M (SD)</i> | Na video (T1) <i>M (SD)</i> |
| Verwachte duur van de pijn* | 6.29 (2.37) <i>n = 58</i> | 7.41 (2.33) <i>n = 58</i> | 6.49 (1.99) <i>n = 57</i> | 7.51 (1.58) <i>n = 57</i> |
| Verwachte controle over de pijn | 5.21 (2.08) <i>n = 58</i> | 6.19 (2.35) <i>n = 58</i> | 4.75 (2.06) <i>n = 57</i> | 5.88 (2.20) <i>n = 57</i> |
| Verwachte effectiviteit van de behandeling | 6.26 (2.13) <i>n = 58</i> | 6.72 (2.30) <i>n = 58</i> | 6.23 (1.87) <i>n = 56</i> | 6.88 (2.07) <i>n = 57**</i> |
| Bewegingsangst | 16.70 (3.84) <i>n = 56</i> | 15.16 (4.08) <i>n = 57***</i> | 15.45 (2.75) <i>n = 55</i> | 15.25 (3.40) <i>n = 55</i> |
| Intentie tot therapietrouw | | 5.74 (1.60) <i>n = 58</i> | | 5.97 (.94) <i>n = 57</i> |
| Evaluatie van de boodschap | | 5.63 (1.22) <i>n = 58</i> | | 5.74 (.92) <i>n = 57</i> |
| Mate van inleving in de video | | 4.12 (1.20) <i>n = 58</i> | | 4.33 (1.26) <i>n = 57</i> |

Opmerking: De schaal voor de items van Verwachtingen van herstel liep van 1 tot 10, van Bewegingsangst van 17 tot 68, van Intentie tot therapietrouw van 1 tot 7, Evaluatie van de boodschap van 1 tot 7 en Mate van inleving in de video van 1 tot 7.

*Dit item is in de vragenlijst omgepoold. Dat betekent dat een hoge score als een korte verwachte duur van de klachten geïnterpreteerd moet worden en een lage score als een lange verwachte duur van de klachten.

**Bij de afhankelijke *t*-toets voor negatief taalgebruik bij Verwachting van effectiviteit van de behandeling vulde één proefpersoon niet alles in wat leidde tot de volgende *M, (SD)* en *n*: 6.84 (2.07), *n = 56*.

***Bij de afhankelijke *t*-toets voor positief taalgebruik bij Bewegingsangst vulde één proefpersoon niet alles in wat leidde tot de volgende *M, SD* en *n*: 14.93 (3.73), *n = 56*

Om te kijken of verschillende achtergrondvariabelen (bv. leeftijd, burgerlijke staat of in het verleden last van rugpijn) samenhangen met de afhankelijke variabelen (de drie items van Verwachtingen van herstel, Bewegingsangst, Intentie tot therapietrouw, Evaluatie van de boodschap) en de controlevariabele (Mate van inleving in de video), is er ook gekeken naar eventuele Pearson's correlaties of Spearman's rangcorrelaties. Het bleek dat leeftijd van een proefpersoon met drie factoren significant positief correleerde: (1) de evaluatie van de boodschap ($r(115) = .22, p = .016$), (2) de intentie tot therapietrouw ($r(115) = .19, p = .040$) en (3) de inleving in de video ($r(115) = .27, p = .004$). Hieruit bleek dus dat naarmate proefpersonen ouder waren, zij de boodschap positiever evalueerden, een hogere intentie tot therapietrouw hadden en zich beter konden inleven in de video.

Daarnaast bleek uit twee rangcorrelaties dat de mate van inleving in de video significant positief correleerde met het gegeven of de proefpersoon werk had (betaald dan wel vrijwillig) ($r_s(115) = .30, p = .001$) en met het gegeven of de patiënt in het verleden al eens last had gehad van rugpijn ($r_s(115) = .21, p = .027$). Uit een andere rangcorrelatie bleek dat de mate van inleving in de video significant negatief correleerde met het gegeven of de proefpersoon de huisarts al eens had bezocht voor de klachten ($r_s(98) = -.24, p = .020$). Deze rangcorrelaties tonen aan dat wanneer iemand in het verleden last had gehad van rugpijn, en/of wanneer deze persoon niet werkzaam was, deze zich beter kon inleven in de video. Wanneer een proefpersoon de huisarts al eens had bezocht voor zijn klachten, kon deze zich ook beter inleven in de video. Ten slotte bleek er een significant, positief verband te bestaan uit een correlatie voor verwachting over de controle van de klachten en of de hulp van de huisarts had geholpen ($r(55) = .34, p = .010$). Hoe positiever een proefpersoon de eerdere hulp van zijn huisarts beoordeelde, hoe meer controle deze dacht te hebben over zijn klachten. Zie Tabel 1 en 2 in bijlage 1 voor alle niet-significante (rang)correlaties.

Conclusie

In deze studie is onderzocht of positief taalgebruik een ander effect had op Bewegingsangst, Intentie tot therapietrouw, Verwachtingen van herstel en de Evaluatie van het gesprek in vergelijking met negatief taalgebruik bij analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn.

Gezien de resultaten kan er geconcludeerd worden dat er geen verschil in effect zit tussen positief en negatief taalgebruik met betrekking tot de vier genoemde variabelen. Of een arts in zijn diagnose en advies positief geladen woorden of negatief geladen woorden gebruikt, heeft dus geen invloed op patiëntuitkomsten van aspecifieke lagerugpijn.

Wel schatten analoge patiënten in minder lang last te hebben van de klachten en meer controle over hun klachten te hebben ná het zien van de video, zowel bij het gebruik van positief als negatief taalgebruik. Dit betekent dat het zien van een video waarin een arts met een patiënt praat de patiënt meer geruststelt over de duur van de klachten en meer vertrouwen geeft in de controle over hun klachten. Of de arts hier positief of negatief taalgebruik in gebruikt, maakt blijkbaar niets uit. Het zien van een video had echter noch bij positief taalgebruik, noch bij negatief taalgebruik, geen effect op de verwachte effectiviteit van de behandeling. De mate van bewegingsangst veranderde na het zien van de video slechts wanneer de arts positief taalgebruik hanteerde. Bij de video met negatief taalgebruik trad dit effect niet op.

Daarnaast blijkt dat oudere patiënten de boodschap van de arts positiever evalueren, een hogere intentie tot therapietrouw hebben en zich beter kunnen inleven in een video dan jongere patiënten. Bovendien kunnen mensen die eerder rugpijn hebben gehad zich beter inleven in een dergelijke video, net zoals mensen die de huisarts in het verleden hebben bezocht voor hun klachten en mensen zonder werk (betaald/vrijwillig). Tot slot denken mensen meer controle over hun klachten te hebben als ze de eerdere hulp van de huisarts beter hadden beoordeeld.

Discussie

In het huidige onderzoek is geen significant verschil gevonden tussen de invloed van positief en negatief taalgebruik op voorspellers van patiëntuitkomsten van specifieke lagerugpijn. Deze uitkomsten komen deels overeen met de uitkomsten van Burgers et al. (2012). Het onderscheid dat Burgers et al. (2012) maken in hun onderzoek is indirect hetzelfde als in het huidige onderzoek. Het positieve taalgebruik in het huidige onderzoek is gelijk aan het taalgebruik met negaties in een negatief frame (bv. “do not find it easy”) en taalgebruik met affirmaties in een positief frame (bv. “find it easy”). Het negatieve taalgebruik in het huidige onderzoek is vergelijkbaar met taalgebruik met negaties in een positief frame (bv. “do not find it difficult”) en taalgebruik met affirmaties in een negatief frame (bv. “find it difficult”).

Voor de variabele Intentie tot therapietrouw stroken de resultaten niet met de resultaten van Burgers et al. (2012). Daar werd gevonden dat het taalgebruik vergelijkbaar met negatief taalgebruik in het huidige onderzoek een lagere intentie tot therapietrouw tot gevolg had dan het taalgebruik vergelijkbaar met positief taalgebruik.

Voor de Evaluatie van het gesprek werd er in Burgers et al. (2012) wel een verschil gevonden, maar dit was te wijden aan het gebruik van negaties. Zo evalueerden participanten een boodschap met negaties in een positief frame (bv. “the news is not bad”) negatiever dan een boodschap met affirmaties in een positief frame (bv. “the news is good”). Aangezien dit verschil niet gekoppeld kan worden aan positief of negatief taalgebruik maar juist aan negaties, stroken de niet significante resultaten van het huidige onderzoek met Burgers et al. (2012).

Ten slotte komen voor de Verwachtingen van herstel de resultaten wel overeen met Burgers et al. (2012). Daar werd wel een verschil gevonden met betrekking tot het taalgebruik, maar slechts wanneer de analoge patiënten een script te lezen kregen. Wanneer de proefpersonen een video te zien kregen, werden er geen verschillen gevonden tussen de typen taalgebruik. Dit laatste zou direct ook een reden kunnen zijn waarom er over het algemeen geen significante verschillen gevonden zijn voor de afhankelijke variabelen met betrekking tot taalgebruik. Het verschil tussen een video en een script heeft te maken met visuele informatie. Bij het zien van een video ontvangt een proefpersoon veel meer visuele informatie dan bij het lezen van een script. De proefpersoon heeft maar een bepaald aantal cognitieve bronnen, en moet deze bij een video over meer informatie verspreiden. Zo wordt er al jaren een onderscheid gemaakt tussen de woorden, de toon en de non-verbale houding. Een toeschouwer wijst hier respectievelijk 7%, 38% en 55% van zijn cognitieve bronnen aan toe (Giri, 2009). Bij het zien van een video gaat dus het merendeel van de cognitieve bronnen verloren aan de focus op de toon en de houding van de arts, wat ten koste gaat van de aandacht die aan de concrete woorden

van de arts kan worden besteed. Als een proefpersoon een script had moeten lezen, had deze dus waarschijnlijk meer cognitieve bronnen beschikbaar gehad om aan de verwerking van de concrete woorden van de arts te wijden. Doordat de mate van inleving in het huidige onderzoek bij de proefpersonen vrij hoog was, zou dit dus een plausibele verklaring kunnen zijn voor minder aandacht voor de gemanipuleerde woorden en dus de niet-significante resultaten kunnen verklaren.

Daarnaast wordt een video passiever verwerkt dan een tekst. Bij het lezen van een tekst zijn namelijk veel meer cognitieve bronnen nodig dan bij het kijken van een video (Wise et al., 1995). Op die manier zouden door de actievere verwerking van een tekst de gemanipuleerde woorden ook beter in het geheugen van de proefpersoon hebben gezeten en zou de manipulatie een grotere impact kunnen hebben gehad.

Voortbordurend op de impact van de manipulatie kan het ook zo zijn dat deze niet genoeg aanwezig was omdat de aandacht ten tijde van de manipulatie al verslapt was. De diagnose en het advies van de arts besloegen namelijk maar 2 minuten van de hele video die in totaal 6,5 minuten duurde. Voordat de proefpersoon pas bij het gedeelte met de manipulatie aankwam, had deze al 4,5 minuten geconcentreerd naar de anamnese moeten kijken. Het zou daarom dus kunnen dat de woorden die gemanipuleerd werden niet meer optimaal bij de proefpersoon binnenkwamen.

Een andere invalshoek van de verschillen in resultaten tussen Burgers et al. (2012) kan te vinden zijn in het verschil in de mate van ‘slecht nieuws’. Burgers et al. (2012), en met hen veel andere onderzoeken naar de invloed van arts-patiëntcommunicatie, focussen op de communicatie van de arts wanneer deze zware, vaak ernstige informatie aan de patiënt over moet dragen middels een slecht-nieuwsgesprek. De mate waarin het constateren van specifieke lagerugpijn als slecht nieuws kan worden gedefinieerd, is betwistbaar. Slecht nieuws wordt namelijk door Buckmann (1992) gedefinieerd als “informatie die op een ernstige en zware manier een impact heeft op de toekomst van een individu”. Gegeven dat de klachten van specifieke lagerugpijn meestal binnen een maand fors afnemen en het geen levensbedreigende aandoening is (NHG Standaard, 2017), kunnen de gesprekken in de video’s niet geschaard worden onder slecht-nieuwsgesprekken. In slecht-nieuwsgesprekken is de inhoud van het gesprek vaak zo zwaar, dat zelfs kleine verschillen in verwoordingen een verschil kunnen maken in hoe de patiënt de informatie ontvangt (Sparks, Villagran, Parker-Raley & Cunningham, 2007; Burgers et al., 2012). Dit kan als gevolg hebben dat een patiënt die bijvoorbeeld te horen krijgt dat hij kanker heeft veel meer gewicht hangt aan de woorden van de arts dan een patiënt die te horen krijgt dat hij specifieke lagerugpijn heeft. Op die manier

zou specifieke lagerugpijn een te ‘onschuldige’ aandoening kunnen zijn om de effecten van positief en negatief taalgebruik op te meten.

Hoewel de redelijke mate van inleving in dit onderzoek bijdraagt aan een mogelijke verklaring van de nul-bevindingen, is het tegelijkertijd ook een sterk punt van het huidige onderzoek. De hoge score op deze controlevariabele getuigt namelijk dat het onderzoek sterk ecologisch is gevalideerd. Ook verschilden de twee groepen niet significant qua mate van inleving, waardoor de positieve video met de negatieve video vergeleken mocht worden. Een ander sterk punt is dat alle participanten in de doelgroep van het onderzoek vielen. Daarnaast is, ondanks het grote aantal onderzoekers, de procedure consistent en zorgvuldig uitgevoerd.

Toch zaten er ook beperkingen aan het onderzoek. Een van de voornaamste beperkingen was het verschil in samenstelling van de twee groepen met betrekking tot initiële bewegingsangst. De groep met positief taalgebruik had om onbekende redenen voor het zien van de video al significant meer bewegingsangst dan de groep met negatief taalgebruik, terwijl de procedure tot de video identiek was. Om die reden kunnen er moeilijk uitspraken gedaan worden over het significante verschil in bewegingsangst tussen T0 en T1 in de groep met positief taalgebruik.

Ook bestaat het risico dat analoge patiënten anders reageren dan echte patiënten, wat vertekende resultaten kan geven. Daarnaast kan er nog steeds een verschil zitten tussen de gepercipieerde verwachtingen van herstel en het daadwerkelijke herstel, zo ook tussen de intentie tot therapietrouw en de werkelijke therapietrouw. Een dergelijk experiment kan op deze manier geen volkomen zuiver uitsluitel geven over het daadwerkelijke herstel en de daadwerkelijke therapietrouw.

Ook was de manipulatie wellicht niet zuiver genoeg, aangezien de twee soorten taalgebruik misschien niet dezelfde dingen impliceerden. Zo zou de zin “ook al is het moeilijk, het is niet slecht voor u om te bewegen” misschien meer de boodschap afgeven dat de patiënt niet zeker van bewegen zou worden, terwijl de tegenhanger “ik weet dat het niet makkelijk is, maar het is juist goed voor u om te bewegen” juist aangeeft dat de patiënt beter herstelt van bewegen. Op die manier zou de inhoud van de boodschap veranderen. Mayo, Schul en Burnstein (2004) ondersteunen dit vermoeden door in hun onderzoek te verwijzen naar het feit dat een boodschap met een negatie onder bepaalde omstandigheden iets anders zegt dan wat de spreker in feite wil zeggen. Zo zou, bijvoorbeeld, “niet slecht” een andere lading en inhoud hebben dan “goed”. Dit verschil zou een suggestie kunnen zijn voor vervolgonderzoek, aangezien men dan blijkbaar niet alleen gemanipuleerd heeft op concrete bewoordingen, maar ook op inhoud.

Ander vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de aandoeningen en bijbehorende factoren die een gesprek met een arts een slecht-nieuwsgesprek maken. Ook zou dan gekeken kunnen worden of het verschil tussen positief en negatief taalgebruik wel een ander effect zou hebben op patiëntuitkomsten van zwaardere, ernstigere ziektes. Verdere implicaties voor vervolgonderzoek kunnen gebaseerd worden op de verschillen tussen de verwachtingen van herstel voor en na de video en op de gevonden correlaties. Ten eerste zou er meer onderzoek gedaan kunnen worden naar de reden van het feit dat het kijken van een video de patiënt meer het vertrouwen geeft controle te hebben over zijn klachten en de duur van de klachten korter inschat. Er zou onderzocht kunnen worden welke factoren van een video tussen arts en patiënt een geruststellende werking hebben op het verwachte herstel van de patiënt. Daarnaast zou er op basis van de gevonden correlaties onderzoek kunnen worden gedaan naar de samenhang tussen leeftijd en intentie tot therapietrouw, evaluatie van de boodschap en de inleving in de video. Er zou onderzocht kunnen worden welke kenmerken oudere mensen hebben die ervoor zorgen dat er hoger gescoord wordt op de drie genoemde variabelen, en waarom jongere mensen hier lager op scoren. Op die manier zouden er bijvoorbeeld andere video's gemaakt kunnen worden voor jongere mensen, waarin zij zich beter in zouden kunnen leven. Ook zou er onderzoek kunnen worden gedaan naar de samenhang tussen inleving in de video en of een proefpersoon werkzaam was. Er kan op die manier gezocht worden naar verklaringen waarom mensen zonder werk zich beter in een video kunnen inleven. Ten slotte bleken de proefpersonen die eerder goed geholpen waren door hun huisarts meer controle denken te hebben over hun klachten. Hierdoor zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de precieze hulp van de huisarts en waarom deze hulp ze meer controle dacht te geven over hun klachten.

Al met al kan uit het huidig onderzoek geconcludeerd worden dat het gebruik van negatief of positief taalgebruik door de arts bij analoge patiënten met specifieke lagerugpijn geen verschil uitmaakt bij bepaalde voorspellers van patiëntuitkomsten. Er zijn echter veel implicaties gegeven voor onderzoek die op het huidig onderzoek kunnen voortborduren. Op deze manier komt er hopelijk, stap voor stap, een duidelijker, concreter communicatie-advies voor artsen om hun patiënten op dat vlak in ieder geval de beste zorg te bieden.

Bronnenlijst

- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 6, 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore.* Johns Hopkins University Press. ISBN: 0-8018-4490-8
- Burgers, C., Beukeboom, C.J., Sparks, L. (2012). 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*, 267-273. doi: 10.1016/j.pec.2012.08.008
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet, 10*, 357, 757-762. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04169-6
- Fritz, J.M., George, S.Z., & Delitto, A., (2001). The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain, 94*, 1, 7-15.
- Giri, V.N. (2009). Nonverbal Communication Theories. *Encyclopedia of Communication Theory*, 691-694. doi: 10.4135/9781412959384.n262
- Haynes., R.B. (1979). Introduction. *Compliance in Health Care*, 1-7.
- Kalauokalani, D., Cherkin, D.C., Sherman K.J., Koepsell, T.D., & Deyo, R.A. (2001). Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine, 26*, 13, 1418-1424.
- Kamoen, N., Mos, M.B.J., & Dekker, W.F.S. (2005). A hotel that is not bad isn't good. The effects of valence framing and expectation in online reviews on text, reviewer and product appreciation. *Journal of Pragmatics, 75*, 28-43. doi: 10.1016/j.pragma.2014.10.007
- Kori., S.H., Miller, R.P., & Todd, D.D. (1990). Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 35-43.
- Levin, I.P., Schneider, S.L., & Gaeth, G.J. (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.
- Levin, I. P., Schnittjer, S.K., & Thee, S.L. (1988). Information framing effects in social and Personal decisions. *Journal of Experimental Social Psychology, 24*, 6, 520-529. doi: 10.1016/0022-1031(88)90050-9
- Mayo, R., Schul, Y., & Burnstein, E. (2003). "I am not guilty" vs "I am innocent": Successful

- negation may depend on the schema used for its encoding. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 4, 433-449. doi: 10.1016/j.jesp.2003.07.008
- 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, 3, 500-510. doi: 0.1037/0022-3514.52.3.500
- Miller, R.P., Kori, S.H., & Todd, D.D. (1991). Tampa Scale for Kinesiophobia.
- Mistiaen, P., Van Osch, M., Van Vliet, L., Howick, J., Bishop, F.L., Di Blasi, Z., Bensing, J., & Van Dulmen, S. (2016). The effect of patient–practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 20, 5, 675-688. doi: 10.1002/ejp.797
- Mondloch, M.V., Cole, D.C., & Frank, J.W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *CMAJ*, 165, 10, 174-179. 0460-5
- NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2017, 78-84.
- O'Keefe, D.J., & Jensen, J.D. (2006). The advantages of compliance or the disadvantages of noncompliance? A meta-analytic review of the relative persuasive effectiveness of gain-framed and loss-framed messages. *Communication Yearbook*, 30, 1-43. doi: 10.1080/23808985.2006.11679054
- O'Keefe, D.J., & Jensen, J.D. (2007). The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease prevention behaviors: A meta-analytic review. *Journal of Health Communication*, 12, 7, 623-644. doi: 10.1111/j.1460-2466.2009.01417.x
- Philips, H.C., & Jahansahi, M. (1986). The components of pain behaviour report. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 2, 117-125. doi: 10.1016/0005-7967(86)90082-3
- Salovey, P., Schneider, T.R., & Apanovitch, A.M. (2002). Message framing in the prevention and early detection of illness. In J.P. Dillard, & M. Pfau (eds.), *The persuasion handbook: Developments in theory and practice*, 391-406. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schmid Mast, M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*, 58, 3, 244-251. doi: 10.1016/j.pec.2005.05.005
- Sparks, L., Villagran, M.M., Parker-Raley, J., & Cunningham, C.B. (2007). A Patient-centered Approach to Breaking Bad News: Communication Guidelines for Health Care Providers. *Journal of Applied Communication Research*, 35, 2, 177-196. doi: 10.1080/00909880701262997

- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, *211*, 4481, 453-458.
- Van Diermen, D.E., Brand, H.S., & Vissink, A. (2006). Het belang van een goede medische anamnese. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, *113*, 172-175
- Van Osch, M., Sep, Milou., Van Vliet, L.M., Van Dulmen, S., & Bensing, J.M. (2014). Reducing Patients' Anxiety and Uncertainty, and Improving Recall in Bad News Consultations. *Health Psychology*, *33*, 11, 1382-1390. doi: 10.1037/hea0000097
- Van Vliet, L.M., Van Dulmen, S., Mistiaen, P., & Bensing, J.M. (2016). De placebo-effecten Van goede communicatie. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, *160*.
- 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., Verdam, M.G.E., Bol, N., De Haes, H.C.J.M., & Smets, E.M.A. (2016). 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., Boeren, R.G.B., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, *62*, 3, 363-372. doi: 10.1016/0304-3959(94)00279-N
- Vlaeyen, J.W.S., & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, *85*, 3, 317-332. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0
- Wise, J.A., Thomas, J.T., Pennock, K., Lantrip, D., Potier, M., Schur, A., & Crow, V. (1995). Visualizing the Non-Visual: Spatial analysis and interaction with information from text documents. *ResearchGate*. doi: 10.1109/INFVIS.1995.528686
- Zolnierek, K.B., & Dimatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, *47*, 8, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

Bijlage 1. Correlatietabellen

Tabel 1. Correlaties (r) tussen achtergrondvariabelen, afhankelijke variabelen en de controlevariabele.

| Variabele | Leeftijd | Aantal uur p/w werk | Werk fysiek zwaar | Hulp huisarts |
|---------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|---------------|
| Leeftijd | | | | |
| Aantal uur p/w werk | -.05 | | | |
| Werk fysiek zwaar | -.09 | .32** | | |
| Hulp huisarts | .38** | -.05 | .15 | |
| Verwachting duur klachten | .04 | -.05 | -.13 | .03 |
| Verwachting controle klachten | .14 | -.12 | -.02 | .34* |
| Verwachting effectiviteit behandeling | .03 | -.09 | -.12 | .02 |
| Bewegingsangst | -.00 | -.12 | .15 | .21 |
| Intentie tot therapietrouw | .19* | -.09 | -.04 | -.04 |
| Boodschap evaluatie | .22* | -.11 | .01 | .12 |
| Inleving in de video | .27** | -.02 | .13 | .12 |

* $p < .050$, ** $p < .010$

Tabel 2. Correlaties (r_s) tussen achtergrondvariabelen, afhankelijke variabelen en de controlevariabele.

| Variabele | Geslacht | Opleidingsniveau | Burgerlijke staat | Werkzaam | Hoe vaak lichamelijk actief | Op dit moment last van rugpijn | Verleden last van rugpijn | Duur van de rugpijn | Huisarts bezocht |
|---------------------------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|
| Geslacht | | | | | | | | | |
| Opleidingsniveau | .10 | | | | | | | | |
| Burgerlijke staat | -.45 | -.10 | | | | | | | |
| Werkzaam | -.07 | -.07 | .14 | | | | | | |
| Hoe vaak lichamelijk actief | -.15 | .02 | -.06 | .18 | | | | | |
| Op dit moment last van rugpijn | .07 | .02 | -.20* | .05 | .07 | | | | |
| Verleden last van rugpijn | .08 | -.15 | .04 | .27** | -.05 | -.40** | | | |
| Duur van de rugpijn | -.02 | -.03 | .24* | -.14 | .00 | -.56** | .36** | | |
| Huisarts bezocht | -.12 | .08 | -.13 | -.00 | .13 | .32** | -.44** | -.40** | |
| Verwachting duur klachten | .07 | .13 | -.07 | .06 | .13 | .17 | .01 | .06 | .02 |
| Verwachting controle klachten | -.06 | -.04 | .04 | .09 | .08 | .09 | -.12 | .09 | -.11 |
| Verwachting effectiviteit behandeling | -.07 | -.04 | .04 | .07 | -.01 | .03 | -.02 | .07 | -.07 |
| Bewegingsangst | -.03 | -.09 | -.10 | .08 | .10 | .05 | .06 | -.04 | .04 |
| Intentie tot therapietrouw | -.02 | -.02 | .16 | .11 | .14 | -.16 | .00 | .09 | .00 |
| Boodschap evaluatie | .05 | -.02 | .03 | .14 | .11 | -.09 | .09 | .16 | -.13 |
| Inleving in de video | .03 | -.07 | -.03 | .30** | .13 | .01 | .21* | -.09 | -.24* |

* $p < .050$, ** $p < .010$

Bijlage 2. Scripts

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.

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.

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

“Hier” hand op onderrug

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 specifieke lage rugpijn.

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

H: Specifieke 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.

ADVIES

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

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

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

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.

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

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

“Hier” hand op onderrug

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.

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

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 aspecifieke lage rugpijn.

P: Aspecifieke lage rugpijn, wat houdt dat in?

H: Aspecifieke 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.

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 viermaal 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 3. Toestemmingsverklaring



TOESTEMMINGSVERKLARING

Naam onderzoek: Arts-patiënt communicatie bij lage rugpijn
Verantwoordelijke onderzoeker: drs. I.A. Stortenbeker

Verklaring deelnemer

Ik heb uitleg gekregen over het doel van het onderzoek. Ik heb vragen mogen stellen over het onderzoek. Ik neem vrijwillig aan het onderzoek deel. Ik begrijp dat ik op elk moment tijdens het onderzoek mag stoppen als ik dat wil. Ik begrijp hoe de gegevens van het onderzoek bewaard zullen worden en waarvoor ze gebruikt zullen worden. Ik stem in met deelname aan het onderzoek.

Naam: Geboortedatum:
.....

Handtekening: Datum:
.....

Verklaring uitvoerend onderzoeker

Ik verklaar dat ik de hierboven genoemde persoon juist heb geïnformeerd over het onderzoek en dat ik mij houd aan de richtlijnen voor onderzoekers zoals verwoord in het protocol van de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen

Naam:

Handtekening:
Datum:

Bijlage 4. Vragenlijsten

Eerste deel 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. Probeert 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 paracetamols

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. Probeert 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.

Tweede deel van de vragenlijst

U heeft zojuist een video gezien van een gesprek tussen een huisarts en patiënt. Probeert 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 iets 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!