

Hoe het taalgebruik van de huisarts een patiënt kan beïnvloeden

Een onderzoek naar positief en negatief taalgebruik in gezondheidscommunicatie

English title: how a physician's language use can have influence on a patient.

An investigation of positive and negative language in health communication



Communicatie- en
Informatiewetenschappen
Radboud Universiteit Nijmegen
Scriptiebegeleider: Inge Stortenbeker
Tweede lezer: Martijn Balsters

Susanne van Stratum

Inleverdatum: 6 juni 2017

Aantal woorden (excl. voorblad, tabellen en literatuurlijst): 7.452

Samenvatting

Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat op de juiste manier communiceren met patiënten directe fysieke resultaten kan hebben en er dankzij het placebo-effect voor kan zorgen dat zij sneller genezen. In dit onderzoek wordt een experiment beschreven waarin proefpersonen worden blootgesteld aan positief of negatief taalgebruik van een huisarts. Positief taalgebruik zijn bevestigende positieve woorden (goed) en ontkennende positieve woorden (niet goed). Negatief taalgebruik is het omgekeerde daarvan, waarin bevestigende negatieve woorden (slecht) en ontkennende negatieve woorden (niet slecht) worden gebruikt. De proefpersonen waren analoge patiënten en kregen een video te zien. Voor en na het zien van de video vulden zij een vragenlijst in die onder andere de intentie tot therapietrouw, (bewegings)angst, vertrouwen in de arts en de verwachtingen van herstel bevroeg. Uit de statistische analyse bleken op de afhankelijke variabelen geen verschillen te bestaan tussen de proefpersoongroepen. Wel bleek dat personen met een medisch beroep minder inlevingsvermogen in de video hadden en dat beide groepen meer vertrouwen hadden in hun herstel na het zien van de video. Bij vervolgonderzoek zou er gebruik gemaakt kunnen worden van een realistischere video en zou bijvoorbeeld het onthouden van informatie in de verschillende condities onderzocht kunnen worden.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de gezondheidszorg is de communicatie tussen patiënt en arts een cruciaal element. Wat een arts tijdens een consult of uitslaggesprek zegt kan zichtbare positieve effecten hebben op een patiënt (Tulsky, 2003). Niet alleen is communicatie nodig om te achterhalen aan welke aandoening een patiënt precies lijdt, maar ook om het herstel zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Daarnaast kan alleen het voeren van een gesprek met een arts de stress van patiënten al verminderen, omdat zij het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt (Tulsky, 2003). Patiënten zijn minder angstig wanneer zij begrijpen wat de exacte gevolgen en implicaties van een aandoening zijn. Informatie geeft hen zekerheid, realistische verwachtingen, moed om door te vragen en voorkomt verder ongemak (Kerr et al., 2003). Het taalgebruik van de arts en de specifieke woorden die daarbij gekozen worden lijken directe gevolgen te hebben op de patiënt en diens herstel (Burgers, Beukeboom en Sparks, 2012). Het is daarom belangrijk om te weten hoe een diagnose het best verwoord kan worden.

Verschillende diagnoses vereisen verschillende soorten gesprekken. Voorgaande onderzoeken zijn voornamelijk gericht op chronische ziektes, zoals kanker, die een grote impact op patiënten en diens levens hebben. Slecht nieuws moet dan ook zorgvuldig gebracht worden (Brewin, 1991; Del Vento, Bavelas, Healin, MacLean & Kirk, 2009). Over het brengen van slecht nieuws is al veel onderzoek gedaan (Brewin, 1991; Mast, Kindlimann en Langewitz, 2005; Burgers, Beukeboom en Sparks, 2012). De relatie tussen de communicatie van een arts en de gezondheidsresultaten bij patiënten met aspecifieke aandoeningen is aanzienlijk minder vaak onderzocht en zal daarom in dit onderzoek behandeld worden. Een voorbeeld van een dergelijke aandoening is aspecifieke lagerugpijn.

1.1.2 Aspecifieke lagerugpijn

Aspecifieke lagerugpijn komt regelmatig voor in Nederland. Volgens de Nederlands Huisartsen Genootschap Standaard (NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn, 2017) maakt 60 tot 90 procent van de Westerse bevolking minstens één keer in hun leven aspecifieke lagerugpijn mee. Meestal (in 95% van de gevallen) kan geen specifieke lichamelijke oorzaak aangewezen worden. De NHG Standaard is een overzicht van richtlijnen die het werk van de huisarts kan ondersteunen, opgezet door de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. In de standaard voor aspecifieke lagerugpijn wordt omschreven dat een van de risicofactoren die

kunnen bijdragen aan het chronisch verloop van de aandoening, de angst voor pijn en bewegen en ongerustheid over het beloop is. Beweging is echter essentieel voor het herstel. Ook de aanwezigheid van depressieve gevoelens en psychische stress belemmeren (waarschijnlijk) het herstel (NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn, 2017). Hoe patiënten zich voelen over hun herstel en het vertrouwen daarin kunnen dus het beloop daarvan beïnvloeden. Een arts kan dit vertrouwen beïnvloeden door op de juiste manier te communiceren met de patiënt (Van Vliet, Van Dulmen, Mistiaen & Bensing, 2016). Deze kan de patiënt activeren om meer te gaan bewegen en de gegeven adviezen op te volgen.

Het is van belang om meer kennis te genereren over dit onderwerp, aangezien verzuim door rugpijn hoge kosten met zich mee kan brengen (NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn, 2017). Op een correcte manier communiceren met de patiënt kan ervoor zorgen dat het herstel soepeler verloopt en de patiënt sneller dagelijkse activiteiten zoals werk weer op kan pakken. Een belangrijk onderdeel van deze communicatie is de woordkeuze van de arts. Een boodschap kan op veel verschillende manieren verwoord worden. Dit onderzoek zal meer duidelijkheid verschaffen over de invloed die het taalgebruik van de arts heeft bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn.

1.2 Theoretisch kader

1.2.1 De effecten van arts-patiëntcommunicatie

Volgens Brewin (1991) zijn er drie manieren om te communiceren met een patiënt. De meest geschikte voor deze arts-patiëntcommunicatie is de *patient-centred* manier, waarin begrip en positiviteit centraal staan. Begrip is het luisteren naar de patiënten en laten blijken dat zij daadwerkelijk gehoord worden. Het gesprek is hier gebaseerd op flexibiliteit, feedback, positief denken, het geven van zekerheid en directe plannen maken voor de toekomst (Brewin, 1991). Een voorbeeld van positiviteit dat zij daarbij geven is: ‘Uw uitslag is veel positiever dan de gevallen die ik eerder heb gezien.’. De woorden die hierbij het beste gebruikt kunnen worden zijn ‘normaal’ en ‘gezond’. Deze *patient-centred* vorm wordt het meest aangeraden en blijkt ook het meest positieve resultaat op de verwachtingen van herstel van de patiënt te hebben (Mast, Kindlimann en Langewitz, 2005). De verwachtingen van herstel zijn de voorspellingen die de patiënten doen over het beloop van hun aandoening. Bij een patiënt die zich moet richten op de doelstellingen die gegeven worden door de arts, kan de diagnose dus het best positief en begripvol gebracht worden. Dit wordt ook wel communiceren met empathie genoemd.

Voorgaand onderzoek toont aan dat arts-patiëntcommunicatie gezondheidsuitkomsten beïnvloedt. Gezondheidsuitkomsten zijn de resultaten van een behandeling of consult. Dit kunnen bijvoorbeeld emotionele gesteldheid, fysieke belemmering, stemming of bloeddruk zijn (Stewart, 1995), maar ook de (bewegings)angst, het vertrouwen in de arts, de intentie tot therapietrouw (de mate waarin de patiënt van plan is het advies van de arts op te volgen) en de verwachtingen van herstel. Het vertrouwen in de arts is de mate waarin de patiënt gelooft dat de arts de waarheid spreekt en deskundig in zijn vakgebied is (Anderson & Dedrick, 1990). De vier laatstgenoemde zullen in huidig onderzoek besproken worden.

Het gesprek met de arts kan therapeutisch werken als deze begrip en empathie toont richting de patiënt. Dit verlicht direct de stress en de angst van de patiënt en brengt meer geruststelling. Volgens het model van Street Jr., Makoul, Arora, Epstein (2008) is dan sprake van een directe positieve beïnvloeding, omdat het consult direct in verbinding staat met de gezondheidsuitkomsten. Meestal wordt de patiënt op een indirecte manier positief beïnvloed. Het gesprek met de arts leidt dan niet direct tot betere gezondheidsuitkomsten, maar tot een aantal contextuele resultaten die veroorzaakt worden door de manier waarop de arts communiceert. Dit zijn bijvoorbeeld meer begrip vanuit de patiënt, vertrouwen in de behandeling en betere overeenkomsten tussen arts en patiënt (Street Jr., Makoul, Arora, Epstein, 2008). Deze resultaten leiden vervolgens tot verbeterde gezondheidsuitkomsten. Er bestaan volgens dit model dus twee wegen om tot betere resultaten te komen.

Een positieve, begripvolle aanpak blijkt dus beter te werken. De patiënt krijgt meer hoop en vertrouwen in de behandeling en dat is direct terug te zien in de ervaring en resultaten. Er is hier sprake van het zogenaamde *placebo-effect*: omdat de patiënt denkt en verwacht dat de behandeling beter zal verlopen, worden de resultaten ook daadwerkelijk beter.

1.2.2 Het placebo-effect en het manipuleren van verwachtingen

Het placebo-effect kan gedefinieerd worden als ‘substanties of behandelingen die op zich geen helende krachten hebben, maar die wel zorgen voor de verbetering van gewenste gezondheidsuitkomsten’ (Stewart-Williams & Podd, 2004, p.326). Daar waar het placebo-effect begon bij een lege suikerpil waarvan patiënten dachten dat het een echt medicijn was, is het nu een term die op veel fenomenen toegepast kan worden. Zo zorgt bijvoorbeeld cafeïnevrije koffie die verkocht wordt als normale koffie ook voor een placebo-effect. Het

energieke effect treedt op omdat de gebruiker verwacht dat het zal optreden. Hetzelfde geldt voor een consult bij de huisarts. Als patiënten geloven dat zij sneller zullen genezen omdat de arts dat communiceert, dan kan dit ook als resultaat een vlotter beloop van het herstel hebben. Dit bleek uit het onderzoek van Myers et al. (2008). Patiënten die positieve verwachtingen hadden over hun herstel hadden na vijf tot twaalf weken aanzienlijk minder rugpijn dan de proefpersonen die deze verwachtingen niet hadden. Bij het placebo-effect geldt dat niet enkel de medicatie of behandeling invloed heeft op de uitkomst, maar ook de context waarin deze gegeven wordt (Van Vliet et al. 2016).

De communicatie vanuit een arts heeft invloed op deze verwachtingen en kan daarom leiden tot bovengenoemde placebo-effecten. Volgens Verheul, Sanders en Bensing (2010), kan een arts ervoor zorgen dat patiënten meer vertrouwen hebben in hun herstel door op een affectieve, warme manier te reageren en zoveel mogelijk positieve voorspellingen te doen. Dit heeft een positieve invloed op de affectieve staat (positieve of negatieve gevoelens) en uitkomstverwachtingen van de patiënt. Daarnaast zorgt het voor een afname van de angst bij de patiënt. Uit onderzoek van van Vliet et al. (2016) is gebleken dat verwachtingsvolle uitspraken vanuit een arts, zoals ‘ik denk dat dit voor u gaat werken’, ervoor zorgen dat de patiënt mogelijk beter reageert en minder pijn ervaart. Dit effect treedt enkel op mits naast affectieve communicatie ook sprake is van het duidelijk uitspreken van dit vertrouwen. Ook het brengen van informatie draagt bij aan het placebo-effect. Patiënten hebben dan de indruk dat ze meer controle hebben over de situatie. Het is dus belangrijk dat de verwachtingen van de patiënt beïnvloed worden door middel van communicatie om het herstel zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Het manipuleren van deze verwachtingen kan gebeuren door middel van framing van de boodschap.

1.2.3 Framing

Niet enkel de inhoud van de boodschap is relevant, maar ook de vorm waarin deze gebracht wordt. In een boodschap kan gefocust worden op positieve of op negatieve uitkomsten. Dit wordt framing genoemd. Framing is het (impliciet) geven van een bepaald perspectief, waardoor boodschappen die nagenoeg dezelfde inhoud hebben verschillend lijken te zijn (Tversky & Kahneman, 1981). Zo kan de framing van een gebeurtenis de ervaring daarvan beïnvloeden. (Tversky & Kahneman, 1981). Het blijkt dat communicatie die gericht is op positieve uitkomsten (winst frame) meer motiveert om het gecommuniceerde gedrag uit te voeren dan communicatie die gericht is op negatieve uitkomsten en nadelen (verlies frame)

(Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin & Rothman, 1999). Een voorbeeld van een winst framed bericht is: ‘als u de aanwijzingen van de arts opvolgt, zult u sneller gezond worden’. Een voorbeeld van een verlies framed bericht is: ‘als u niet doet wat de arts zegt, zult u niet herstellen’. Uit onderzoek bleek dat dit effect optrad, mits er van te voren geen intentie was om het gedrag te vertonen (Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin & Rothman, 1999). Het gevonden verschil was echter klein.

De resultaten van het onderzoek van Meyerowitz en Chaiken (1987) contrasteren met de resultaten van Detweiler et al. (1999). Uit dit onderzoek bleek dat vrouwen die een *verlies-framed* boodschap kregen, vaker zelfonderzoek deden om borstkanker te voorkomen. Men is volgens de onderzoekers meer gemotiveerd om verlies te voorkomen, dan om winst te behalen. Beide onderzoeken zijn gericht op preventieve boodschappen. Bij aspecifieke lagerugpijn is de klacht echter al aanwezig en zal het consult niet uitsluitend preventieve boodschappen bevatten. Het is niet bekend of het verschil tussen winst- en verliesframing zich ook voordoet bij aandoeningen als aspecifieke lagerugpijn.

Een andere vorm van framing is attribuutframing. Hierin wordt slechts één aspect binnen een context gemanipuleerd met een frame (Levin, Schneider en Gaeth, 1998). Higgins (1997) omschrijft attribuutframing als ‘de verschillende manieren waarop dezelfde inhoud gebracht wordt en waarin gevarieerd kan worden in de manier van presenteren’. Een voorbeeld van attribuutframing is: ‘deze situatie heeft 60 procent kans van slagen’ versus ‘deze situatie heeft 40 procent kans van falen’. Beide boodschappen betekenen exact hetzelfde, maar hebben een andere lading (Levin, Schneider en Gaeth, 1998). Een huisarts kan gebruik maken van soortgelijke framing. Deze kan een diagnose op verschillende manieren verwoorden.

In het onderzoek van Kamoen, Mos en Dekker (2014) wordt omschreven dat sommige woorden niet geschikt zijn voor attribuutframing. Zo kan bijvoorbeeld een hotel niet ‘70% goedkoop zijn’. Als oplossing daarop werden framingsverschillen gemaakt door het gebruik van directe en indirecte woorden (zoals ‘goed’ en ‘niet slecht’). Kamoen, Mos en Dekker (2014) geven aan dat het woord ‘goed’ als positiever wordt ervaren dan ‘niet slecht’, terwijl de twee in principe dezelfde betekenis hebben. Deze indirecte manier van verwoording wordt ook wel het gebruik van *negaties* genoemd. Deze vorm is doorgaans minder bekend en minder onderzocht.

1.2.4 Framing door middel van negaties

Een negatie is de ontkennende vorm van een woord of zin (bijvoorbeeld: ‘niet slecht’ is de negatie van ‘slecht’) die gebruikt wordt om de betekenis van een woord af te zwakken of te ontkennen (Beukeboom, Finkenauer & Wigboldus, 2010). Hierbij worden de woorden ‘niet’ of ‘geen’ toegevoegd aan de positieve vorm van een woord. Negaties worden ook wel de indirecte positieve of indirecte negatieve vorm genoemd. De tegenpool van een negatie is een affirmatie. Affirmaties zijn de directe positieve of directe negatieve vorm. Het zijn positieve of negatieve woorden en zinsdelen (bijvoorbeeld ‘goed’, ‘lelijk’ of ‘nieuw’). In positief taalgebruik worden affirmaties (goed) gebruikt bij positieve boodschappen en negaties (niet goed) bij negatieve boodschappen. Bij negatief taalgebruik worden bij negatieve boodschappen affirmaties gebruikt (slecht) en negaties bij positieve boodschappen (niet slecht). Tabel 1 representeert schematisch het positieve en negatieve taalgebruik. De pijlen duiden het positieve en negatieve taalgebruik aan.

Tabel 1. Schematisch overzicht van negaties.

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

Artsen gebruiken de indirecte negatieve vorm veelvuldig als een eufemisme en om beleefd te zijn tegenover de patiënt. ‘U bent niet gezond’ klinkt tenslotte minder ernstig dan ‘U bent ziek’. In het onderzoek van Burgers, Beukeboom en Sparks (2012), wordt de rol van de formulering in het brengen van slecht nieuws onderzocht, waarbij specifiek negaties worden onderzocht. Er werden twee experimenten uitgevoerd. De onderzoekers maakten gebruik van twee verschillende soorten stimuli: een video en een geschreven script waarbij gebruik werd gemaakt van analoge patiënten. Analoge patiënten zijn gezonde proefpersonen die een video te zien krijgen van medische consulten en zich verplaatsen in de patiënt in de video (Van Vliet, van der Wall, Albada, Spreeuwenberg, Verheul & Bensing, 2012). Ook in dit onderzoek zal met analoge patiënten gewerkt worden.

Uit het onderzoek blijkt dat het gebruik van negaties een positief effect heeft op de beoordeling van de arts bij het brengen van negatieve berichten, omdat ze het slechte nieuws

afzwakken. Bij het brengen van positief nieuws hebben negaties echter een negatief effect op de beoordeling van de arts, omdat het lijkt alsof de arts niet oprecht is. Bij positieve berichten met negaties was ook minder sprake van intentie tot therapietrouw. Dit werkte op tegengestelde wijze bij negatieve berichten met negaties, waarbij patiënten juist meer de intentie hadden om het advies op te volgen. De auteurs stellen dat artsen behoedzaam moeten zijn met hun woordkeuze, omdat het taalgebruik de intentie tot therapietrouw (op lange termijn) kan beïnvloeden.

Uit voorgaand onderzoek van Burgers, Beukeboom en Sparks (2012) blijkt dat het gebruik van negaties bepaalde effecten teweegbrengt. Het onderzoek van Beukeboom, Finkenauer en Wigboldus (2010) draagt mogelijk een verklaring aan voor de gevonden verschillen. Volgens hen is een neveneffect van het gebruik van negaties dat het bepaalde verwachtingen impliceert. Wanneer een arts negaties gebruikt bij het geven van een diagnose, veronderstelt dat zekere verwachtingen. Volgens Burgers et al. (2012) leiden negaties in een positieve boodschap tot een negatieve reactie van de patiënt, omdat dan blijkt dat de arts in feite een tegenovergestelde verwachting had. Dit komt naar voren in het voorbeeld ‘u zult leven’ tegenover ‘u zult niet sterven’. In genoemd voorbeeld lijkt het alsof de arts verwachtte dat de patiënt eigenlijk wel zou sterven. Bij een negatieve boodschap werkt dit andersom. Daar worden negaties meer gewaardeerd, omdat ze het slechte nieuws afvlakken. De reactie die de patiënt vormt naar aanleiding van het taalgebruik draagt ook mogelijk bij aan het placebo-effect, zoals omschreven wordt in de bovengenoemde onderzoeken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een kleine verandering in woordkeuze een groot effect kan hebben op de gezondheidssuitkomsten. Welk effect het gebruik van negaties heeft bij een uitslaggesprek van specifieke lagerugpijn is echter onbekend.

1.3 Vraagstelling

Er lijkt dus een relatie te bestaan tussen het taalgebruik van de arts en de verwachtingen die de patiënt heeft over het herstel van de aandoening. Deze verwachtingen beïnvloeden door het optreden van het placebo-effect direct de gezondheidssuitkomsten van de patiënt (Van Vliet et al., 2016). De resultaten die voortkomen uit bovengenoemde onderzoeken zijn vaak contrasterend en gericht op ernstige aandoeningen en preventieve boodschappen. Er is weinig kennis over de werking van negaties in gezondheidscommunicatie. Het artikel van Burgers, Beukenboom en Sparks (2012) geeft al een beeld van het negatiegebruik, maar dit is gefocust op het brengen van slecht nieuws en

niet op een uitslaggesprek. Er is geen kennis over het effect van positief en negatief taalgebruik bij een uitslaggesprek van minder ernstige aandoeningen, zoals aspecifieke lagerugpijn. Aangezien aspecifieke lagerugpijn een veel voorkomende aandoening is, vinden uitslaggesprekken regelmatig plaats en het is daarom van belang om meer kennis te vergaren op dit gebied. Daarom is de onderzoeksvraag als volgt:

In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van een huisarts invloed op voorspellers van gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

De daarbij behorende deelvragen zijn:

In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van een huisarts invloed op de (bewegings)angst van analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van een huisarts invloed op de verwachtingen van herstel van analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van een huisarts invloed op de intentie tot therapietrouw van analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van een huisarts invloed op het vertrouwen in de arts van analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

2. Methode

2.1 Materiaal

Om het verschil tussen positief taalgebruik (bevestiging van positief; goed, en ontkenning van positief; niet goed) en negatief taalgebruik (bevestiging van negatief; slecht, en ontkenning van negatief; niet slecht) te meten is een experiment opgezet waarin proefpersonen een video te zien kregen. Er werd gebruik gemaakt van twee verschillende video's. In deze video vertoonde de arts dan wel (1) positief of (2) negatief taalgebruik. Afhankelijk van de versie antwoordt de arts hierop met positief taalgebruik of negatief taalgebruik. In de video is een patiënt te zien die binnenkomt met klachten over pijn in haar onderrug. Het script van deze video is te vinden in bijlage 1. Een voorbeeld van het taalgebruik in de video's is te zien in tabel 2.

Tabel 2. Twee fragmenten uit het script waarbij het taalgebruik gemanipuleerd is.

Negatief taalgebruik	Positief taalgebruik
H: 'Aspecifieke lage rugpijn is <u>geen ernstige</u> aandoening. Het samenspel van spieren, banden en botten functioneert <u>slecht</u> . Wat precies de oorzaak is, is onbekend. Wat we wel weten is dat bewegen het herstel <u>niet kan verslechteren</u> . De heftigste pijn duurt niet lang en <u>zal niet meer toenemen</u> .'	H: 'Aspecifieke lage rugpijn is een <u>onschuldige</u> aandoening. Het samenspel van spieren, banden en botten functioneert <u>minder goed</u> . Wat precies de oorzaak is, is onbekend. Wat we wel weten is dat bewegen het herstel <u>kan bevorderen</u> . De heftigste pijn duurt meestal maar enkele dagen en <u>neemt daarna af</u> .

De proefpersonen (analoge patiënten) vallen binnen de doelgroep van personen met aspecifieke lagerugpijn. De personen die te zien zijn in de video's zijn acteurs, afkomstig van de studie Geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. De acteurs zijn beide vrouwelijk. Deze video is al eerder gebruikt voor een ander onderzoek en is vrijgegeven door de Radboud Universiteit voor verder onderzoek. De video's zijn ongeveer even lang en verschillen alleen in het taalgebruik van de arts.

2.2 Proefpersonen

De onderzoekseenheden van dit onderzoek zijn personen tussen 40 en 80 jaar oud, omdat dit

de leeftijd is waarop aspecifieke lagerugpijn het vaakst voorkomt (NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn, 2017) en het waarschijnlijk is dat alle proefpersonen te maken hebben gehad met rugpijn. Op het moment van afname gaven 24 personen op dat moment last te hebben van rugpijn. De proefpersonen hadden een gemiddelde leeftijd van 56.33 jaar (SD 7.59). Er namen 60 mannen en 55 vrouwen deel aan het onderzoek. In totaal kregen 58 personen de versie ‘positief’ te zien en 57 personen de versie ‘negatief’. Daarnaast hadden 17 personen een medisch beroep en 97 personen een niet-medisch beroep. Veruit de meeste proefpersonen (84.17%) woonden samen of waren getrouwd. Het gemiddelde aantal werkuren per week was 35.0 uur (SD 15.4). Uit een Chi kwadraat bleek dat de groepen niet van elkaar verschilden op geslacht ($\chi^2(1) = 0.22, p = .638$), opleidingsniveau ($\chi^2(3) = 0.27, p = .966$)¹, burgerlijke staat ($\chi^2(1) = 0.001, p = .980$)², werkzaam zijn of niet ($\chi^2(1) = 0.22, p = .636$), lichamelijke activiteit³ ($\chi^2(2) = 2.65, p = .266$), nu last hebben van rugpijn ($\chi^2(1) = 0.26, p = .612$), in het verleden last hebben gehad van rugpijn ($\chi^2(3) = 4.99, p = .172$), het aanhouden van de rugpijn⁴ ($\chi^2(1) = 0.75, p = .383$) en het bezoeken van een huisarts voor deze klachten ($\chi^2(1) = 0.24, p = .624$). Uit een t-toets bleek ook dat de groepen niet met elkaar verschilden op leeftijd: ($t(113) = 1.08, p = .283$), het aantal uren dat zij per week werkten ($t(94) = 1.17, p = .245$) en de mate waarin zij hun beroep als fysiek belastend ervoeren: ($t(96) = 0.54, p = .588$).

2.3 Onderzoeksontwerp

Er werd gebruik gemaakt van een tussenproefpersoonontwerp, waarbij de ene helft van de groep een video te zien kreeg met positief taalgebruik en de andere helft een video met negatief taalgebruik. Het betreft een selecte steekproef, omdat de proefpersonen door de onderzoekers geselecteerd werden op basis van hun leeftijd. De vier afhankelijke variabelen zijn van intervalniveau.

¹ Om te kunnen voldoen aan de assumpties van een Chi kwadraat (niet minder dan 5 eenheden per cel), is de categorie ‘overig’ buiten beschouwing gelaten in deze berekening.

² Om te kunnen voldoen aan de assumpties van een Chi kwadraat, zijn de opties ‘alleenstaand’, ‘gescheiden’ en ‘weduwnaar/weduwe’ samengevoegd tot ‘geen relatie’ en de opties ‘in een relatie’ en ‘samenwonend/getrouwd’ tot ‘relatie’.

³ Om te kunnen voldoen aan de assumpties van een Chi kwadraat, zijn de categorieën ‘nooit’ en ‘1 keer per week’ samengevoegd tot ‘maximaal 1 keer per week’.

⁴ Om te kunnen voldoen aan de assumpties van een Chi kwadraat, zijn de categorieën ‘6 tot 12 weken’ en ‘langer dan 12 weken’ samengevoegd tot ‘langer dan 6 weken’.

2.4 Instrumentatie

De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn ‘verwachtingen van herstel’, ‘(bewegings)angst’, ‘vertrouwen in de arts’ en ‘intentie tot therapietrouw’. Deze variabelen werden gemeten aan de hand van de vragenlijst.

Voor de vragenlijst is gebruik gemaakt van reeds bestaande vragenlijsten. Voor de variabele verwachtingen van herstel werd gebruik gemaakt van het onderzoek van het onderzoek Broadbent, Petrie, Main en Weinman (2006). De verwachtingen van herstel zijn de verwachtingen over hoe snel de klachten weer af zullen nemen en of dat overeenkomt met de prognose van de arts of niet. Deze variabele werd gemeten met 3 items. Een van de vragen die gesteld zal worden is: *‘Hoe lang verwacht u dat de klachten zullen aanhouden?’*. Er werd gebruik gemaakt van een tienpuntsschaal, waarbij 1= ‘zeer onwaarschijnlijk’ en 10= ‘zeer waarschijnlijk’. De verwachtingen werden gemeten voor en na het zien van de video. De betrouwbaarheid van de variabele ‘verwachting van het herstel voor het zien van de video’ aan de hand van de tekst bestaande uit drie items was slecht: $\alpha = .43$. De betrouwbaarheid van de variabele ‘verwachting van het herstel na het zien van de video’ bestaande uit drie items was adequaat: $\alpha = .74$. Omdat de alfa van de voormeting slecht was, zijn de vragen van ‘verwachtingen van herstel’ los berekend voor zowel de voor- als de nameting. De variabele is opgedeeld in de vragen ‘Hoe lang verwacht u dat de pijn zal aanhouden?’, ‘Hoe veel controle denkt u te hebben over de pijn?’ en ‘In hoeverre verwacht u dat de behandeling zal helpen tegen de pijn?’.

De variabele ‘angst’ is gemeten door middel van twee componenten: bewegingsangst en algehele angst. De mate van bewegingsangst meet hoe bang de proefpersonen zijn voor het hebben van pijn door het bewegen van de onderrug en in hoeverre zij zich hierdoor laten belemmeren in het bewegen. Voor het bevragen van de bewegingsangst is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de tampa-schaal voor kinesiofobie (Vlaeyen, Kole-Snijders, Crombez, Boeren, Rotteveel, 1995). Deze variabele werd gemeten aan de hand van zeven items. Een voorbeeld van een vraag bij deze variabele is: *‘Wanneer ik beweeg verwacht ik dat de pijn heviger wordt’*. Deze variabele werd getest op een vierpuntsschaal, waarbij 1= ‘helemaal mee oneens’ en 4= ‘helemaal mee eens’. De betrouwbaarheid van de variabele ‘bewegingsangst’ aan de hand van de tekst bestaande uit zeven items was slecht: $\alpha = .48$. Ook de betrouwbaarheid van de variabele ‘bewegingsangst’ aan de hand van de video bestaande uit zeven items was slecht: $\alpha = .59$. Omdat de alfa’s laag zijn, was het noodzakelijk om deze

variabele op een andere manier te berekenen. Daarom is gebruik gemaakt van een somscore. Deze score werd ook gebruikt bij de vragenlijst over kinesiofobie van Vlaeyen, Kole-Snijders, Crombez, Boeren en Rotteveel (1995). Hierbij werd het totaal aantal punten opgeteld en werd de nieuwe minimale score 7 en de nieuwe maximale totale score 28.

De algehele angst is een verkorte versie van de STAI (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). De variabele werd gemeten op een vierpuntsschaal, waarbij 1= 'helemaal niet' en 4= 'helemaal wel' en bevatte zes items. Een voorbeeldvraag voor deze variabele is: *'terwijl ik de video keek voelde ik me ontspannen'*. De betrouwbaarheid van de variabele 'angst' aan de hand van de video was goed: $\alpha = .83$.

De intentie tot therapietrouw werd gemeten met vragen uit de *Self-scoring algorithm for Adherence Estimator* van McHorney (2009) en vragen uit het onderzoek van Burgers, Beukeboom en Sparks (2012). Onder intentie tot therapietrouw wordt verstaan: de mate waarin de proefpersoon van plan is om de adviezen van de arts ook daadwerkelijk uit te voeren. Deze variabele werd bevraagd met vier items. Een voorbeeldvraag voor deze variabele is: *'Ik ben van plan de oefeningen uit te voeren zoals voorgeschreven door de arts'*. De antwoorden werden gegeven op een zespuntsschaal, waarbij 1= 'helemaal mee oneens' en 6= 'helemaal mee eens'. De betrouwbaarheid van de variabele 'intentie tot therapietrouw' aan de hand van de video was goed: $\alpha = .92$.

Tenslotte werd het vertrouwen in de arts wordt gemeten met vragen uit Anderson en Dedick (1990). Het vertrouwen in de arts is de mate waarin de patiënt gelooft dat de arts gelijk heeft en goede adviezen geeft. De variabele werd gemeten aan de hand van vijf items. Een voorbeeldvraag is: *'Mijn arts is een expert in het behandelen van aandoeningen zoals de mijne'*. Er werd gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal, waarbij 1= 'helemaal mee oneens' en 5= 'helemaal mee eens'. De betrouwbaarheid van de variabele 'vertrouwen in de arts' aan de hand van de video bestaande uit vijf items was adequaat: $\alpha = .76$.

Tenslotte werden vijftien items toegevoegd die bevroegen in hoeverre de proefpersonen zich konden inleven in de patiënt en de situatie in de video. De vragen over het inlevingsvermogen zijn gebaseerd op de Video Engagement Scale (VES) van Visser (2016). Een voorbeeld van een inlevingsvraag is: *'In mijn gedachten was ik in de wereld van de video'*. De antwoorden worden gegeven op een zevenpuntsschaal, waarbij 1= 'helemaal mee oneens' en 7= 'helemaal mee eens'. De betrouwbaarheid van de variabele 'inlevingsvermogen' aan de hand van de video was goed: $\alpha = .93$. De vragenlijst is toegevoegd in bijlage 2.

2.5 Procedure

De proefpersonen zijn persoonlijk geselecteerd en benaderd door de onderzoekers, om zeker te weten dat zij binnen de doelgroep met lagerugpijn vielen. Het experiment begon met het lezen van een instructietekst en het invullen van een toestemmingsformulier. Daarna volgden enkele vragen over demografische gegevens. Voorafgaand aan de video kregen de proefpersonen een tekst te lezen die hen informeerde over de klachten van de patiënt. Hiermee werd een situatieschets gegeven zodat de proefpersonen zich zo goed mogelijk in konden leven in de in de videopatiënt en het eventuele effect van taalgebruik zo goed mogelijk gemeten kon worden. Na het lezen van deze tekst vulden de proefpersonen het eerste deel van de vragenlijst in. Hierna bekeken zij de video, aan de hand waarvan zij het tweede deel van de vragenlijst in de vragenlijst invulden. De video's werden op een computer bekeken en de vragenlijst werd op een geprinte versie ingevuld. De vragenlijsten werden individueel afgenomen en de procedure was voor alle proefpersonen gelijk. Van te voren werd niet duidelijk worden gemaakt dat het taalgebruik de onafhankelijke variabele was. Na afloop werd pas verteld wat het doel van het onderzoek was. De proefpersonen werden geïnstrueerd door middel van een instructietekst die ze te lezen kregen voor het begin van het experiment. Storende factoren zijn zoveel mogelijk uitgesloten door de proefpersonen te vragen of ze in een stille ruimte wilden gaan zitten en geen gebruik wilden maken van andere websites of hun mobiele telefoon tijdens het kijken van de video.

2.6 Statistische toetsing

Voor het verwerken van de data is gebruik gemaakt van de volgende statistische toetsen: onafhankelijke t-toetsen voor het meten van verschillen tussen de versies en een afhankelijke t-toets voor met meten van verschillen tussen de voor- en nameting.

3. Resultaten

In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal: *In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van een huisarts invloed op voorspellers van gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten met aspecifieke lagerugpijn?*

Uit een histogram bleek dat de data niet normaal verdeeld waren. De outliers (onderzoekseenheden die meer dan drie standaarddeviaties afweken van het gemiddelde) zijn verwijderd bij elke variabele om potentiële bias te voorkomen⁵. In tabel 1 worden de gemiddelden en standaarddeviaties van alle variabelen weergegeven.

Tabel 1 - Gemiddelden en standaarddeviaties (aangegeven tussen haakjes) van de variabelen. T0 betekent dat de meting plaatsvond voor het kijken van de video, T1 vond plaats na het kijken daarvan.

Variabele	Taalgebruik	
	Positief M (SD)	Negatief M (SD)
Voormeting (T0)		
Bewegingsangst	17.40 (2.93) N=55	16.84 (2.80) N=57
Aanhouden pijn	4.71 (2.36) N=58	4.51 (1.99) N=57
Controle over pijn	5.21 (2.08) N=58	4.75 (2.06) N=57
Behandeling tegen pijn	6.26 (2.13) N=58	6.23 (1.87) N=56
Inleving tekst	5.42 (1.36) N=57	5.80 (1.15) N=57
Nameting (T1)		
Bewegingsangst	17.35 (2.74) N=57	17.58 (1.97) N=53
Angst	2.39 (0.30) N=58	2.29 (0.29) N=56
Vertrouwen in de arts	3.73 (0.59) N=56	3.78 (0.53) N=57
Intentie tot therapietrouw	6.00 (1.20) N=55	5.97 (0.94) N=57
Aanhouden pijn	3.59 (2.23) N=58	3.49 (1.58) N=57
Controle over pijn	6.19 (2.36) N=58	5.88 (2.20) N=57
Behandeling tegen pijn	6.72 (2.30) N=58	6.88 (2.07) N=57
Inleving in de video	4.12 (1.20) N=58	4.33 (1.26) N=57

⁵ Proefpersoonnummers van de outliers per variabele: bewegingsangst T0: 111, behandeling tegen pijn T0: 81, inleving in tekst: 103, bewegingsangst T1: 6 en 58, angst: 58, intentie tot therapietrouw: 39, 101 en 103, vertrouwen in de arts: 101 en 103.

3.1 Afhankelijke variabelen

Uit een onafhankelijke t-toets voor 'bewegingsangst T1' bleek geen significant verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik: ($t(101.586) = 0.52, p = .606$). Bij deze toets bleek de Levene's test significant te zijn, wat betekent dat de assumptie van gelijke varianties geschonden is. Uit een onafhankelijke t-toets voor 'angst' bleek geen significant verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik: ($t(112) = 1.83, p = .070$). Een onafhankelijke t-toets voor 'vertrouwen in de arts' toonde geen significant verschil aan tussen de proefpersoongroepen: ($t(111) = 0.44, p = .660$). Positief en negatief taalgebruik doen een arts dus niet meer of minder betrouwbaar overkomen. Een onafhankelijke t-toets voor 'intentie tot therapietrouw' wees niet op een significant verschil tussen positief en negatief taalgebruik: ($t(110) = 0.09, p = .933$). Ook voor de verwachtingen van herstel na de video bleek geen significant verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik. Voor deze variabele zijn vanwege een inadequate alfa drie t-toetsen uitgevoerd. Een onafhankelijke t-toets voor 'Hoelang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?' bleek geen significant verschil op te leveren: ($t(100.471) = 0.26, p = .799$). De assumptie van gelijke varianties is geschonden, omdat de Levene's toets significant was. Er bleek ook geen significant verschil te bestaan voor de vraag 'Hoeveel controle denkt u over de rugpijn te hebben?': ($t(113) = 0.74, p = .464$). Een onafhankelijke t-toets voor de vraag 'In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen de pijn?' toonde ook geen significant verschil tussen positief en negatief taalgebruik: ($t(113) = 0.38, p = .709$).

3.2 Voor- en nameting

Uit een afhankelijke t-toets voor de variabele 'bewegingsangst' bleek geen significant verschil te bestaan voor (T0) en na (T1) het bekijken van de video: ($t(114) = 1.06, p = .294$). Een onafhankelijke t-toets toonde wel verschillen aan tussen de voor- en nameting van de vragen de variabele 'verwachtingen van herstel'. Zo bleek er een significant verschil voor de vraag 'Hoe lang denkt u dat pijn aan zal houden?' (waarbij outlier 81 niet is meegenomen in de berekening): ($t(113) = 5.05, p = .001$). Deze verwachting was hoger voor het kijken van de video ($M = 4.62, SD = 2.188$) dan erna ($M = 3.48, SD = 1.90$). Ook bleek er een verschil te zijn voor de vraag 'Hoeveel controle denkt u te hebben over de pijn?': ($t(114) = 4.07, p = .001$). De proefpersonen hadden na het kijken het idee meer controle te hebben over de pijn ($M = 6.03, SD = 2.28$), dan ervoor ($M = 4.98, SD = 2.07$). Tenslotte bleek voor de derde verwachtingsvraag, 'In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen de pijn?', ook

een verschil te bestaan: ($t(113) = 2.19, p = .030$). Voor de video verwachtten mensen minder effect van de behandeling ($M=6.25, SD=2.00$) dan erna ($M=6.78, SD=2.18$).

3.3 Controlevariabelen

Uit een onafhankelijke t-toets voor ‘bewegingsangst voor de video’ bleek geen significant verschil te bestaan tussen de proefpersoongroepen: ($t(110) = 1.03, p = .31$). Dit betekent dat beide groepen op hetzelfde niveau begonnen en er geen verschillen waren voor het kijken van de video. Voor de voormeting voor ‘verwachtingen van herstel’ zijn drie t-toetsen uitgevoerd. Een onafhankelijke t-toets voor ‘Hoelang denkt u dat de rugpijn aan zal houden? (T0)’ droeg geen significant aan: ($t(113) = 0.49, p = .629$). Ook voor ‘Hoeveel controle denkt u te hebben over de rugpijn? (T0)’ bleek geen significant verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik: ($t(113) = 1.18, p = .243$). Tenslotte toonde een t-toets voor ‘In hoeverre verwacht u dat de behandeling zal helpen tegen de pijn? (T0)’ ook geen significant verschil aan: ($t(112) = 0.07, p = .944$). Uit een onafhankelijke t-toets voor ‘inleven in de video’ bleek geen significant verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik: ($t(113) = 0.93, p = .352$).

3.4 Medische beroepen

Na het uitvoeren van de t-toetsen voor de afhankelijke variabelen bleek er geen significant verschil te zijn tussen de twee proefpersoongroepen. Echter viel het op dat veel van de proefpersonen een medische achtergrond hadden. Daarom is besloten te testen of er verschillen te vinden waren tussen personen met een medisch beroep en personen zonder medisch beroep. Er waren 17 personen⁶ met een medisch beroep en 97 personen een niet-medisch beroep.

Uit een onafhankelijke t-toets voor ‘inleven in de video’ bleek een significant verschil te bestaan: ($t(112) = 2.33, p = .022$). Het inlevingsvermogen bij de video van mensen met een medisch beroep bleek lager te zijn ($M = 3.60, SD = 1.06$) dan mensen met een niet-medisch beroep ($M = 4.34, SD = 1.23$). Er zijn ook t-toetsen uitgevoerd voor de andere variabelen, maar hieruit bleek geen verschil. Wanneer de proefpersonen met een medisch beroep bij een nieuwe berekening van de variabelen buiten beschouwing werden gelaten, werd ook geen verschil gevonden. De resultaten van deze toetsen zijn te vinden in bijlage 3.

⁶ Proefpersonen met een medisch beroep waren de nummers 5, 6, 21, 26, 27, 39, 51, 55, 66, 82, 84, 91, 100, 101, 102, 103 en 113.

4. Conclusie en discussie

In dit onderzoek is het effect van negatief taalgebruik vergeleken met het effect van positief taalgebruik op de intentie tot therapietrouw, het vertrouwen in de arts, de (bewegings)angst en de verwachtingen van herstel. In tegenstelling tot de verwachtingen aan de hand van de behandelde literatuur (Burgers, Beukenboom en Sparks, 2012), bleek geen verschil te bestaan tussen positief en negatief taalgebruik bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn. In het voorgenoemde onderzoek reageerden proefpersonen negatief op negaties in positieve boodschappen en positief op negaties in negatieve boodschappen. Verwacht werd dat een soortgelijk effect op zou treden in dit onderzoek.

Concluderend kan met de resultaten antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag. Het positieve versus negatieve taalgebruik van de huisarts bleek geen effect te hebben op de gezondheidsuitkomsten van deze doelgroep. Dit is in tegenspraak met de voorgaande literatuur, die aangaf dat de manier van verwoorden van een arts invloed heeft op de patiënt. Het gezochte verband bleek in het huidige onderzoek echter niet te bestaan. In voorgaande onderzoeken is aangetoond dat hoe iets gezegd wordt invloed kan hebben op de patiëntresultaten, maar uit het huidige onderzoek blijkt dat deze invloed niet zo groot is. Blijkbaar is in dit geval de inhoud van de boodschap nog altijd belangrijker dan de vorm waarin deze gebracht wordt of spelen andere contextuele factoren, zoals empathie (Verheul, Sanders en Bensing, 2010), een rol.

Er bleek echter wel een verschil te bestaan tussen proefpersonen die een medische achtergrond hadden en proefpersonen die geen medische achtergrond hadden: personen met een medisch beroep waren kritischer op de video. Zij gaven aan zich hierin minder goed in te kunnen leven. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat personen met een medisch beroep mogelijk meer kennis hebben van diagnosegesprekken en zich daardoor meer gericht hebben op de correctheid van de vorm van het gesprek dan op de inhoud.

Daarnaast bleek dat beide proefpersoongroepen meer vertrouwen hadden in hun herstel en de behandeling na het kijken van de video. Bij alle drie de vragen van ‘verwachtingen van herstel’ scoorden de proefpersonen positiever na het zien van de video. Deze bevindingen staan los van de manipulatie, maar geven wel aan dat enkel het zien van een consult vertrouwen en geruststelling kan brengen. Dit werd al bevestigd door van Dulmen (2001) en Tulskey (2003), die stelden dat alleen het voeren van een gesprek met een huisarts en

het bieden van een oplossing al voor minder ongerustheid en lichamelijke klachten bij een patiënt kunnen zorgen.

Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van een effect op de afhankelijke variabelen is dat het onderzoek van Burgers, Beukeboom en Sparks (2012) gericht was op slechtnieuwsgesprekken. Een gesprek waarin patiënten te horen krijgen dat zij een ernstige aandoening hebben heeft een andere lading dan een uitslaggesprek voor een relatief onschuldige aandoening als aspecifieke lagerugpijn. Bij een slechtnieuwsgesprek moet zorgvuldig te werk worden gegaan, omdat de informatie vaak gevoelig ligt bij de patiënt en deze langetermijneffecten kan hebben op diens leven (Vento, Bavelas, Healin, MacLean & Kirk, 2009; Grady, Carey, Bryant, Sanson-Fisher, & Hobden, 2016). Aspecifieke lagerugpijn heeft (normaalgesproken) echter geen langdurige gevolgen voor de patiënt (NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn, 2017). Het is daarom mogelijk dat de manier waarop een diagnose gebracht wordt minder invloedrijk is tijdens een uitslaggesprek en dat het gebruik van negaties en affirmaties niet in alle (medische) situaties hetzelfde effect teweegbrengt.

Van Dulmen (2001) geeft aan dat allerlei factoren het effect van een medische interventie zowel kunnen versterken als afzwakken. Interventieversterkende factoren die zij noemt zijn bijvoorbeeld het hanteren van richtlijnen, het uiten van emoties en het geven van aandacht. Het hanteren van richtlijnen biedt structuur aan de behandeling, wat een positieve invloed heeft op het vertrouwen in de arts en de behandeling, en daarmee op de effectiviteit van de interventie (van Dulmen, 2001). In de video zijn deze factoren niet tot uiting gekomen, wat er ook voor gezorgd kan hebben dat de proefpersonen minder vertrouwen hadden in de arts. Uit mondeling commentaar na het afnemen van de vragenlijst bleek dat veel personen het opmerkelijk vonden dat in de video geen fysiek onderzoek plaatsvond. Volgens de NHG Standaard (2017), hoeft bij aspecifieke lagerugpijn echter pas lichamelijk onderzoek plaats te vinden wanneer de klachten niet vanzelf verdwijnen of wanneer een specifieke oorzaak voor deze klachten lijkt te bestaan. Ondanks dat lichamelijk onderzoek in het dagelijks leven vaak niet meteen uitgevoerd wordt, is het mogelijk dat de afwezigheid daarvan tegen de verwachte richtlijnen van de proefpersonen in ging, wat er voor gezorgd heeft dat zij minder vertrouwen in de arts en de behandeling hadden.

Daarnaast gaf een aantal van de proefpersonen aan nooit naar de huisarts te gaan met hun klachten en weinig vertrouwen te hebben in huisartsen. Dit bleek uit de lage scores die zij gaven op de variabele ‘vertrouwen in de arts’ en de mondelinge feedback na het afnemen

van het onderzoek. Het is mogelijk dat de manipulatie geen enkele invloed heeft gehad op deze personen en dat ze de variabele ‘vertrouwen in de arts’ altijd een lage score zouden geven, ongeacht de versie. Een mogelijke oplossing hiervoor is om bij vervolgonderzoek het bezoeken van de huisarts een inclusiecriteria te maken.

Tenslotte moet rekening gehouden worden met het feit dat gewerkt is met analoge patiënten en video's, wat mogelijk andere resultaten teweeg brengt dan een werkelijk, persoonlijk consult bij de huisarts. Het is nu bekend hoe de proefpersoongroep reageert op een video, maar niet hoe zij zou reageren bij een echte huisarts en wanneer er sprake is van echte klachten. Wanneer iemand bij de huisarts zit, is het voor diegene van belang dat er goed geluisterd wordt naar de informatie die arts geeft. Bij een experiment is dat niet nodig, omdat er geen sprake is van een echte behandeling. Hoewel de proefpersonen in dit onderzoek niet aanzienlijk lager scoorden dan bij andere studies die de Video Engagement Scale (VES) gebruikten, is het mogelijk dat de proefpersonen zich niet volledig hebben kunnen inleven in de patiënt. In dit onderzoek waren de scores op inlevingsniveau 4.12 en 4.33 op een schaal van zeven. In het artikel van Middendorp, Visser, Hillen, de Haes en Smets (2017) werd ook gebruik gemaakt van de Video Engagement Scale bij onderzoek met analoge patiënten. Daar scoorden proefpersonen binnen de verschillende condities 4.6 en 4.8 op een schaal van zeven op de variabele ‘inleving’.

Een mogelijke beperking van het onderzoek is dat een aantal van de vragen uit de vragenlijst door de proefpersonen als verwarrend werd ondervonden. Een groot deel van de proefpersonen gaf aan moeite te hebben met vragen waarin een dubbele ontkenning voorkwam. Deze vragen zijn dan ook zeer variërend ingevuld, wat zorgde voor een lage interne consistentie. Door de verwarring die deze vragen veroorzaakten, is het mogelijk dat de variabele niet adequaat is gemeten. In vervolgonderzoek zou gezocht kunnen worden naar een geschiktere manier van het bevragen van bewegingsangst en de verwachtingen van herstel. Daarnaast gaven de proefpersonen aan de video niet altijd even geloofwaardig te vinden. Ondanks het feit dat de score op inleving niet lager is dan bij vergelijkbaar onderzoek, bleek achteraf uit mondeling commentaar van sommige participanten dat zij de video als onprofessioneel beschouwden.

Vervolgens bestaan verschillende mogelijkheden voor toekomstig onderzoek. Zo wordt in het onderzoek van van Middendorp et al. (2017) omschreven dat patiënten slechts 20 tot 60 procent van informatie die de arts aandraagt onthouden. In dat onderzoek werd middels

analoge patiënten onderzocht of communiceren op een vertrouwelijke manier (waarin de arts zijn vaardigheid, eerlijkheid en zorgzaamheid om de patiënt uit) het onthouden van informatie kon verbeteren. Dit verband werd inderdaad gevonden. Ook toonden van Osch, Sep, van Vliet, van Dulmen en Bensing (2014) aan dat op een affectieve manier communiceren het herinneren van informatie kan verhogen. Beide onderzoeken waren gericht op slecht nieuws. In het huidige onderzoek is het herinneren van informatie niet onderzocht, maar blijktbaar is deze factor wel door communicatie te beïnvloeden. De invloed van positief en negatief taalgebruik bij uitslaggesprekken is nog niet onderzocht. Toekomstig onderzoek naar positief en negatief taalgebruik bij de huisarts zou meer inzicht kunnen verstrekken.

Tenslotte zou bij vervolgonderzoek geïnvesteerd moeten worden in een betere, geloofwaardigere video. Een mogelijkheid daarbij zou het toevoegen van een pre-test van de video en de vragenlijsten kunnen zijn. Deze heeft in dit onderzoek niet plaatsgevonden, waardoor op het moment van afname niet bekend was hoe proefpersonen dachten over de vragenlijsten en de video's. Pas achteraf bleek dat de video niet altijd als geloofwaardig werd bevonden en dat de vragen soms onduidelijk waren.

Het is van belang om meer te weten te komen over de communicatie tussen arts en patiënt, zodat de verzuim- en behandelingskosten van patiënten met aspecifieke lagerugpijn zo laag mogelijk gehouden kunnen worden. Volgens Martin et al. (2008) kunnen rugklachten enorme economische consequenties met zich mee brengen. Om deze kosten zo veel mogelijk in te perken, is het belangrijk om zo efficiënt mogelijk te communiceren met patiënten met aspecifieke lagerugpijn. Dit onderzoek heeft nieuwe inzichten aangedragen aan de kennis over de arts-patiëntcommunicatie. Hopelijk zal vervolgonderzoek meer uitsluitsel kunnen geven over de nog te onderzoeken factoren die invloed hebben op deze aandoening.

5. Literatuur

- Anderson, L.A. & Dedrick, R.F. (1990). Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust in the patient-physician relationships. *Psychological Reports* 67, 1091-1100.
- Beukeboom, C. J., Finkenauer, C. & Wigboldus, D.H.J. (2010). Negation Bias: When Negations Signal Stereotypic Expectancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99 (6), 978 – 992.
- Brewin, T.B. (1991). Three ways of giving bad news. *The Lancet*, 337(8751), 1207- 1209.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Burgers, C., Beukenboom, 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.
- Del Vento A, Bavelas J, Healing S, MacLean G & Kirk P. (2009). An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. *Patient Education Counsel*, 77, 443-449.
- Detweiler, J.B., Bedell, B.T., Salovey, P., Pronin, E. & Rothman, A.J. (1999). Message framing and sunscreen use: gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology*, 18(2), 189-196.
- Grady, A., Carey, M., Bryant, J., Sanson-Fisher, R., & Hobden, B. (2016). A systematic review of patient-practitioner communication interventions involving treatment decisions. *Patient Education and Counseling*.
- Kamoen, N., Mos, M. B., & Dekker, W. F. (2015). 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.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Holzel, D. (2003). Doctor-patient communication. *Diseases of the colon & rectum*, 46(8), 1038-1046.
- 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.
- Martin, B. I., Deyo, R. A., Mirza, S. K., Turner, J. A., Comstock, B. A., Hollingworth, W., & Sullivan, S. D. (2008). Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *Jama*, 299(6), 656-664.
- Mast, M. S., 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.
- 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.
- Medendorp, N. M., Visser, L. N. C., Hillen, M. A., de Haes, J. C. J. M., & Smets, E. M. A. (2017). How oncologists' communication improves (analogue) patients' recall of information. A randomized video-vignettes study. *Patient Education and Counseling*.
- 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.
- Myers, S. S., Phillips, R. S., Davis, R. B., Cherkin, D. C., Legedza, A., Kaptchuk, T. J., ... &

- 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.
- NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn (2017). NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2017, 60(2), 78-84.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, STAI (form Y).. 1983, Palo Alto. CA: *Mind Garden*.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423.
- Stewart-Williams, S. & Podd, J. (2004). The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychological Bulletin*, 130(2), 324–340.
- Street Jr., R.L., Makoul, G., Arora, Neeraj K. & Epstein, R.M. (2008). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301.
- Tulsky, J. A. (2003). Doctor-patient communication. *Geriatric palliative care*, Oxford University Press, New York, 314-331.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453 – 458.
- van Dulmen, S. (2001). De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts en wetenschap*, 44(11), 194-198.
- van Osch, M., Sep, M., 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.

- Van Vliet, L., Van Dulmen, S., Mistiaen P. & Bensing J. (2016). De placebo-effecten van goede communicatie. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 160(D251), 1-6.
- Van Vliet, L. M., van der Wall, E., Albada, A., Spreeuwenberg, P. M., Verheul, W., & Bensing, J. M. (2012). The validity of using analogue patients in practitioner–patient communication research: systematic review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 27(11), 1528-1543.
- 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, 300-306.
- Visser, L. N., Hillen, M. A., Verdam, M. G., Bol, N., de Haes, H. C., & Smets, E. M. (2016). Assessing engagement while viewing video vignettes; validation of the Video Engagement Scale (VES). *Patient education and counseling*, 99(2), 227-235.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Crombez, G., Boeren, R., & Rotteveel, A. M. (1995). De Tampa Schaal voor Kinesiofobie TSK. *Nederlands geautoriseerde versie*.

Bijlagen

Bijlage 1

Script 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.

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

"Hier" hand op onderrug

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

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

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.

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

Script 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

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

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.

“Hier” hand op 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

H: Is er iets specifieks 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 specifieke 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 raadt 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 raadt 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

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 lijntje, 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?

0 Vrouw

0 Man

2. Wat is uw leeftijd?

_____ jaar

3. Wat is uw opleidingsniveau?

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

0 Geen onderwijs

0 Basisschool

0 Middelbaar onderwijs

0 Lager beroepsonderwijs

0 Hoger Beroepsonderwijs (HBO)

0 Universitair (WO)

0 Anders namelijk; _____

4. Wat is uw burgerlijke staat?

0 Alleenstaand

0 In een relatie

0 Samenwonend of getrouwd

0 Gescheiden

0 Weduwnaar/Weduwe

5. Werkt u momenteel (betaald of vrijwillig)?

0 Ja, ik werk als; _____

0 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

0 Nooit

0 1 keer per week

0 2-3 keer per week

0 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 ietsel 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.

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 ietsel 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 3

Tabel 3 – resultaten van onafhankelijke t-toetsen op de afhankelijke variabelen na het weglaten uit de berekeningen van personen met medische beroepen en overige outliers

Variabele	Resultaat t-toets	Overige outlier nummers
Aanhouden rugpijn	($t(95) = 1.22, p = .225$)	
Controle rugpijn	($t(96) = 1.38, p = .170$)	
Behandeling tegen rugpijn	($t(96) = 0.06, p = .949$)	
Angst	($t(95) = 0.56, p = .579$)	58
Bewegingsangst	($t(82.47) = 1.05, p = .295$) *	58
Intentie tot therapietrouw	($t(96) = 0.001, p = .999$)	
Vertrouwen in arts	($t(96) = 0.06, p = .950$)	
Inleven in video	($t(96) = 0.44, p = .663$)	

* Bij deze t-toets is de assumptie van gelijke varianties geschonden omdat Levene's test significant was