

Arts-patiëntcommunicatie bij Aspecifieke lagerugpijn

*Een onderzoek naar het effect van positief en negatief taalgebruik op
analoge patiënten*

Physician-patient communication with Aspecific lowerbackpain

*A study to investigate the effect of positive versus negative language
use on analogue patients*

Lisa Berhиту

S4210999

0640736412

l.berhиту@student.ru.nl

Begeleider: I. Stortenbeker

Tweede lezer: M. Balsters

Bachelorscriptie

Aantal woorden: 7066

Radboud Universiteit Nijmegen

Samenvatting

Optimale communicatie speelt een belangrijke rol in de gezondheidszorg. Onderzoek naar arts-patiëntcommunicatie duidt erop dat de communicatie patiëntuitkomsten zoals het herstelproces kan beïnvloeden (Van Vliet, Van Dulmen, Mistiaen & Bensing 2016). Het taalgebruik van een arts kan een cruciale rol spelen bij specifieke lagerugpijn (Bons et al., 2017). Er is hierom besloten om te onderzoeken welk effect communicatie op patiënten met specifieke lagerugpijn heeft. Een veel voorkomend onderscheid in communicatie is het verschil tussen positief en negatief taalgebruik. De onderzoeksvraag luidt hierom als volgt: *In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts invloed op voorspellers van gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten met specifieke lagerugpijn?* Doormiddel van een experiment met een tussenproefpersoonontwerp hebben analoge patiënten aan de hand van een tekst en een videofragment een vragenlijst ingevuld. De variabelen die hierin werden behandeld zijn de bewegingsangst, de verwachting van het herstel, de intentie tot therapietrouw en het vertrouwen in de arts. Na een statistische toetsing van de gegevens wordt duidelijk dat, binnen deze kaders, positief versus negatief taalgebruik geen effect teweegbrengt in de gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten met specifieke lagerugpijn. Verder onderzoek naar gesprekstypen en communicatie tussen de arts en de patiënt kunnen naar verbeteringen in dit onderzoek leiden. Verder onderzoek dient aan te tonen of er daadwerkelijk geen verschil in het gebruik van positief versus negatief taalgebruik is.

Inleiding

Aanleiding

Men is continue bezig om de gezondheidszorg zo efficiënt en effectief mogelijk te maken. Alhoewel er veel aandacht wordt besteed aan het verbeteren van de medicijnen, kan de gezondheidszorg ook veel baat hebben om de effecten van arts-patiëntcommunicatie verder te onderzoeken. Arts-patiëntcommunicatie is namelijk een belangrijke factor in het herstelproces van de patiënt (Di Blasi et al., 2001; Van Vliet et al., 2016). Een huisarts kan door middel van zijn taalgebruik bijvoorbeeld invloed uitoefenen op het herstelproces van de patiënt (Van Vliet, Van Dulmen, Mistiaen & Bensing 2016). Daarnaast kan een arts door het juiste taalgebruik ervoor zorgen dat de patiënt zich beter houdt aan de voorgeschreven therapie (Zhao, Kreps & McHorney, 2012).

Een klacht waarbij arts-patiëntcommunicatie een grote rol speelt is aspecifieke lagerugpijn (Bons et al., 2017). Aspecifieke lagerugpijn is een pijn die zich bevindt tussen de onderste ribben en bilplooien van de mens en heeft geen verklaarbare oorzaak. Deze klacht lijkt op globale schaal een groter maatschappelijk probleem te worden (Balagué, Mannion, Pellisé, & Cedrashchi, 2012). In Nederland ligt de prevalentie van aspecifieke lagerugpijn op 38,5 per 1000 patiënten in de huisartsenpraktijk (Bons et al., 2017). Doordat aspecifieke lagerugpijn een klacht is met geen specifieke oorzaak en er geen middel of remedie bestaat om de pijn te verminderen of verhelpen, lijkt de communicatie in de vorm van een advies van de huisarts, een belangrijk onderdeel in het herstelproces van de patiënt. Het is namelijk essentieel voor een patiënt om het advies van de arts op te volgen, om eventuele chronische aspecifieke lagerugpijn te voorkomen. (Bons et al., 2017). Daarnaast kan een patiënt met aspecifieke lagerugpijn door de pijn een vorm van bewegingsangst ontwikkelen en hierdoor niet willen bewegen. Bewegen bevordert herstel, daarom is bewegingsangst belemmerend. In de NHG-Standaard voor aspecifieke lagerugpijn wordt daarom ook specifiek aangegeven dat artsen duidelijk naar de patiënt dienen te communiceren dat zij vooral verder moeten gaan met alle dagelijkse routines zoals werken en sporten. Het is echter onduidelijk op welke wijze een arts deze informatie en dit advies dient te brengen bij de patiënt. Het is hierom belangrijk om te onderzoeken welk effect het taalgebruik van huisartsen heeft op patiënten met aspecifieke lagerugpijn.

Het herstel van de patiënt

Het taalgebruik van een arts in een consult met de patiënt kan invloed uitoefenen op de verwachtingen van de patiënt over zijn of haar herstel (Van Vliet et al., 2016). Een voorbeeld hiervan is het placebo-effect, dat betrekking heeft op psycho-biologische effecten bij patiënten die niet te verklaren zijn door het medisch handelen van de arts (Finnis, Kaptchuk, Miller & Benedetti, 2010). Een welbekend voorbeeld van het placebo-effect is de placebopil, waarbij patiënten een pil zonder werkzame bestanddelen krijgen. Alhoewel zij in principe niets toegediend krijgen, kan het toch een positief effect hebben op de patiëntuitkomsten, zoals het weghalen van pijn. Het placebo-effect manipuleert hiermee de patiënt's verwachting over zijn of haar herstel. Een positieve verwachting kan het daadwerkelijke herstel van de patiënt op een positieve manier beïnvloeden (Van Vliet et al., 2016).

Naast verwachtingen scheppen met een pil kan een arts soortgelijke effecten veroorzaken door een positieve verwachting over het herstel van de patiënt uit te spreken (Jubb & Bensing, 2013). De effecten hebben betrekking op de pijnbeleving, de angst van de patiënt en de tevredenheid van de patiënt met de arts (Van Vliet et al., 2016). In een meta-analyse van Myers et al. (2007) ziet men dat dit effect terugkomt bij patiënten met acute rugpijn. Het onderzoek toont aan dat er een significant verschil bestaat tussen de patiënten die de verwachting hadden dat de pijn over zou gaan en de patiënten die dit niet hadden. De patiënten met een positieve verwachting over hun herstel hadden minder rugpijn na vijf weken dan patiënten die een neutrale of negatieve verwachting hadden.

Indien een arts een ongewenste diagnose uitspreekt over het herstel van de patiënt, kan het tegenovergestelde effect optreden: Het nocebo-effect. De patiënt neemt dan een negatieve verwachting ten opzichte van het herstel aan. Deze verwachting heeft als gevolg dat de gezondheid van de patiënt kan verslechteren. Er kan een terugslag worden verwacht in de gezondheid van de patiënt en er is versterking van de symptomen te zien (Benedetti, Lanotte, Lopiano, Colloca, 2007). Het placebo- en nocebo-effect laten dus zien dat hetgeen een arts tegen de patiënt zegt belangrijk is om te analyseren.

Het herstel van de patiënt wordt naast de uitgesproken verwachting van de arts ook beïnvloed door empathische communicatie vanuit de arts (Verheul, Sanders & Bensing, 2010; Benedetti, 2007). In het onderzoek van Verheul, Sanders en Bensing (2010) komt naar voren dat de angst van een patiënt kan worden beïnvloed door juiste wijze van communiceren door

de arts. Indien een arts empathisch communiceert en dit combineert met het suggereren van positieve uitkomsten zorg dit voor een zo optimaal mogelijk herstelproces bij de patiënt. In het onderzoek communiceerde de arts empathisch door de patiënt een warm welkom te geven en begrip en medeleven te tonen met zinnen zoals: ‘‘ik begrijp dat dit lastig voor u is’’. De combinatie van empathisch communiceren en een positieve verwachting uitspreken had drie positieve effecten bij patiënten: ze verwachten dat hun pijn sneller over gaat, dat ze meer controle over hun pijn hebben en het geeft ze meer vertrouwen in de behandeling.

Kortom: het placebo- en nocebo-effect geven weer hoe een arts doormiddel van zijn uitspraken effect kan hebben op de verwachtingen die een patiënt kan hebben over zijn herstel. Hierdoor speelt de arts indirect in op het daadwerkelijke herstel van de patiënt. Gepaard met empathische communicatie kan een arts ervoor zorgen dat een patiënt de pijn onder controle krijgt en meer vertrouwen heeft in de behandeling.

Positieve en negatieve frames

Een arts kan een diagnose met negatieve uitkomsten niet wijzigen, hij heeft echter wel in de hand hoe deze boodschap kan overkomen bij een patiënt. Een manier om een andere nadruk te leggen op hetgeen men wil zeggen wordt ook wel framing genoemd. Dit is een wijze om een bepaalde uitkomst te beschrijven, door bepaalde informatie van het onderwerp in een boodschap extra te benadrukken. Een bekend voorbeeld hiervan is het verschil tussen winst- en verliesframing waarbij nadruk wordt gelegd op het winnen of verliezen van het onderwerp in de betreffende zin (Entman, 1993). Winst- en verlies frames kunnen ook wel positieve en negatieve frames worden genoemd en zullen voor de continuïteit van het onderzoek verder zo worden vermeld (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012). Positieve en negatieve frames kunnen de patiëntuitkomsten manipuleren (Varelmann, Pancaro Cappiello & Camann, 2010).

De effecten van framing in arts- patiënt communicatie kunnen worden aangetoond door het onderzoek van Varelmann, Pancaro, Cappiello & Camann (2010). Het is door framing mogelijk voor de arts om de patiëntuitkomsten op een positieve of negatieve wijze te beïnvloeden. In het onderzoek werd onderzocht welk frame men het beste kan gebruiken met betrekking tot de waargenomen pijn bij patiënten. Zo werd in het onderzoek gebruik gemaakt van een neutrale zin waarbij de exacte informatie over de behandeling werd gegeven zoals ‘‘er wordt zo 3 milliliter lidocaine 10 mg/mL in uw rug gespoten om uw rug plaatselijk te verdoven voor de rest van de behandeling’’. Een positief geframde zin leek op: ‘‘We geven u een spuitje in uw rug voor een plaatselijke verdoving zodat u dadelijk comfortabel bent voor

de rest van de behandeling” of een negatief geframde zin die leek op: “Je zult een erge prik voelen die gaat branden in je rug; dit is het ergste gedeelte van de behandeling”. Alhoewel men als arts zou kunnen beargumenteren dan men graag de patiënt wil voorbereiden op de pijn en wil aangeven dat het vervelendste het snelste achter de rug is, toont het onderzoek van Varelmann et al. (2010) aan dat er bij de positieve frame de minste pijn werd ervaren en bij de negatieve frame het meeste pijn.

In het experiment van Zhao, Kreps & McHorney (2012) wordt duidelijk dat het framen van boodschappen ook de intentie tot therapietrouw van de patiënt kan beïnvloeden. De intentie tot therapietrouw geeft aan in welke mate de patiënt zich wil houden aan de voorgeschreven behandeling van de arts. In het onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen drie groepen proefpersonen die elke een boodschap zien die positief, negatief of neutraal geframed was. De verwachting van Zhao et al. (2012) was dat er vooral voor patiënten die over de lange termijn nadachten een verschil was tussen een positieve- of negatieve frame en de uitwerking hiervan op de intentie tot therapietrouw. De boodschappen waar de proefpersonen aan werden blootgesteld gingen over de inzet en de zorg van de patiënt. In de resultaten is te zien dat de intentie tot therapietrouw bij een positieve frame een betere uitkomst had dan bij een negatieve frame. Een bijkomende patiëntuitkomst was dat de patiënten de arts meer konden waarderen. Een positieve frame blijkt daarom een positief effect te hebben op de patiëntuitkomsten.

Het effect van negaties en affirmaties

Alhoewel er al veel onderzoek is gedaan naar het gebruik van positieve of negatieve frames, is het specifieke taalgebruik bij het gebruik van frames nog maar weinig onderzocht (Burgers, Beukenboom & Sparks, 2012). Burgers et al. (2012) tonen in een onderzoek naar slechtnieuwsgesprekken aan dat het belangrijk is om te kijken naar het specifieke taalgebruik van de artsen dat gebruikt wordt in frames. Het horen van slecht nieuws kan erg stressvol zijn voor patiënten. Indien het slechte nieuws niet op de juiste manier wordt gebracht kan het zelfs negatieve effecten hebben op de gezondheid van de patiënt (Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009). Hierdoor is het erg belangrijk om na te gaan welk taalgebruik de beste effecten heeft op welke patiëntuitkomsten.

Op het moment dat een arts slecht nieuws heeft voor een patiënt, probeert deze vaak de boodschap te verzachten door negaties te gebruiken (Vento, Bavelas, Healing & MacLean, 2009). Een negatie is een ontkenning in een zin en heeft als tegenpool een affirmatie, die een

bevestigende functie in de zin heeft. Zo kan er bij aspecifieke lagerugpijn in een positieve frame worden gezegd dat aspecifieke lagerugpijn een *onschuldige aandoening* (affirmatie) is of *geen ernstige aandoening* (negatie).

Het onderzoek van Burgers et al. (2012) onderzoekt welke combinatie van frames en taalgebruik (affirmaties en negaties) het meest positieve effect heeft op de patiëntuitkomsten in slechtnieuwsgesprekken. Zij onderzochten dit door positief versus negatief taalgebruik te toetsen bij analoge patiënten. De hypothese was dat negaties positieve boodschappen verzachten, waardoor het lijkt alsof de arts nog iets verzwijgt en hierdoor negatief beoordeeld wordt door de patiënt. Dit in tegenstelling tot een negatieve frame, waarbij wordt verwacht dat negaties door hun verzachtende werking een positief effect hebben op de evaluatie van de boodschap. Dit onderzoek heeft geen gebruik gemaakt van werkelijke patiënten maar van analoge patiënten, wat inhoudt dat de proefpersonen geen daadwerkelijke patiënten zijn en dat zij zich moeten inleven in de zieke patiënten van het script of van de film die in het experiment zijn gebruikt (Verheul, Sanders & Bensing, 2010).

Een arts dient echter op te letten op welke wijze hij negaties toepast, omdat negaties ervoor kunnen zorgen dat patiënten verkeerde conclusies trekken over de uitspraken van een arts. Zo kunnen negaties patiënten het idee geven dat de arts iets achter houdt, waardoor de arts minder betrouwbaar lijkt (Beukenboom, Finkenauer & Wigboldus, 2010). De betrouwbaarheid van een arts is een belangrijke factor voor het herstelproces van patiënten (Mainous, Baker, Love, Gray & Gill, 2001). Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in het onderzoek van Mainous et al. (2001) waarin patiënten met Fibromyalgie (pijn in spieren en bindweefsel) worden onderzocht. Het onderzoek toont aan dat het vertrouwen in de arts een bevorderend effect heeft op de gezondheid van de patiënt heeft doordat de patiënt gerust wordt gesteld en zich op zijn gemak voelt. Daarbij zorgt het vertrouwen in de arts ervoor dat de patiënt meer vertrouwen heeft in het herstel en minder pijn voelt na een gesprek met de arts (Mainous et al., 2001). Doordat negaties wantrouwen kunnen stimuleren, is het dus belangrijk om te onderzoeken of negaties zorgen voor minder vertrouwen in de arts bij patiënten met bijvoorbeeld aspecifieke lagerugpijn. De betrouwbaarheid van een arts zou er bijvoorbeeld voor kunnen zorgen dat de patiënten minder pijn in hun rug ervaren.

Zoals eerdere onderzoeken hebben aangetoond (Varelmann, Pancaro, Capiello & Camann, 2010; Zhao, Kreps & McHorney, 2012) hebben positieve frames positieve effecten op meerdere patiëntuitkomsten zoals de verwachting van het herstel, het voelen van pijn en het vertrouwen in een arts. Een belangrijke kanttekening die hierbij gemaakt kan worden is het effect dat negaties en affirmaties hebben op positieve en negatieve frames. Negaties

hebben namelijk een positief effect op negatief geframede boodschappen, terwijl men bij positief geframede boodschappen beter affirmaties kan gebruiken. De patiëntuitkomsten waarbij deze conclusie het sterkste naar voren kwam was de patiënt's evaluatie van de arts en de intentie tot therapietrouw. Verder werden de evaluatie van de boodschap en de verwachting van de kwaliteit van het leven gemeten (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012).

Positief versus negatief taalgebruik bij analoge patiënten met specifieke lagerugpijn

Concluderend kan gesteld worden dat het taalgebruik van de arts inderdaad effect heeft op de patiëntuitkomsten van patiënten (Burgers et al., 2012; Mainous et al., 2001; Varelmann et al., 2010). Zo kunnen verwachtingsvolle uitspraken van een arts daadwerkelijk invloed uitoefenen op de patiënt's verwachtingen tot herstel (Benedetti et al., 2007; Van Vliet et al., 2016). Ook framing en specifieke woordkeuzes kunnen invloed hebben op de gezondheid van de patiënt. De waargenomen pijn van een patiënt kan ook worden beïnvloed doordat een arts gebruik maakt van frames. Daarbij kunnen frames de intentie tot therapietrouw van een patiënt manipuleren. Een positieve frame zorgt voor een hogere mate van intentie bij de patiënt om de voorgeschreven behandeling van de arts te volgen (Zhao et al., 2012). Een arts dient bij het gebruiken van frames echter op zijn specifieke taalgebruik te letten. Negaties kunnen er namelijk voor zorgen dat er onbedoeld een verwachting wordt uitgesproken over de gezondheid van de patiënt. Daarnaast kan het erop lijken dat de arts iets achterhoudt voor de patiënt waardoor het vertrouwen in de arts kan dalen (Beukeboom et al., 2010). In het onderzoek van Burgers, Beukeboom en Sparks (2012) wordt duidelijk dat negaties een positiever effect hebben bij het gebruik in negatief geframde boodschappen en dat artsen bij positief geframede boodschappen beter affirmaties kunnen gebruiken. Het onderzoek richt zich echter enkel op slechtnieuwsgesprekken waardoor de uitkomsten van dit onderzoek niet kunnen worden gebruikt in een dagelijks consult. Daarnaast is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar het taalgebruik van een huisarts bij patiënten met specifieke lagerugpijn. Om een inzicht te krijgen over de effecten van specifiek taalgebruik op de besproken patiëntuitkomsten bij patiënten met specifieke lagerugpijn is de volgende vraag geformuleerd:

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

Om deze vraag te beantwoorden zijn een aantal deelvragen opgesteld:

1. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op de verwachting van het herstel van de analoge patiënt?
2. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op de bewegingsangst van de analoge patiënt?
3. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op de intentie tot therapietrouw bij de analoge patiënt?
4. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op het vertrouwen in de arts?

Methode

In dit onderzoek werd door middel van een experiment onderzocht welk effect positief vs. negatief taalgebruik heeft op de gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten.

Materiaal

Het materiaal bestond uit een videofragment waarin een dialoog tussen een huisarts en een patiënt te zien is. De dialoog was een nagespeeld scenario van een bezoek aan de huisarts. Er waren twee versies van het consult gemaakt, waarbij de dialoog zo gemanipuleerd was dat de huisarts bij de eerste versie gebruik maakt van positief taalgebruik en bij de tweede versie gebruik maakt van negatief taalgebruik. In het script met positief taalgebruik werd gebruik gemaakt van positieve woorden als affirmatie (*Het is goed om te bewegen*) en positieve woorden met negaties (*Ik weet dat het niet makkelijk is*). In het negatieve script werd gebruik gemaakt van negatieve woorden als affirmatie (*Het is slecht om stil te zitten*) en negatieve woorden met een negatie (*Het is niet slecht om te bewegen*). Tabel 1 illustreert deze manipulatie.

Tabel 1. De positieve en negatieve frame in combinatie met affirmaties en negaties

	Positief	Negatief
Affirmatie	Goed	Slecht
Negatie	Niet slecht	Niet goed

De videofragmenten zijn in een eerder onderzoek over specifieke lagerugpijn al eens gebruikt en zijn door de Radboud Universiteit Nijmegen vrijgegeven voor verder onderzoek. De acteurs in de videofragmenten waren beide blanke vrouwen van midden twintig die geneeskunde student zijn. De video's hadden nagenoeg dezelfde lengte (06:32 min en 06:27 min) en dezelfde opbouw. De focus van het gesprek lag met name bij de diagnose en het advies van de huisarts. De proefpersonen hebben de video's bekeken en hierna twee vragenlijsten ingevuld. Een voorbeeld van de gemanipuleerde boodschappen is te vinden in tabel 2. Het script van de video en de vragenlijsten zijn te vinden in de bijlages 1 tot en met 4.

Tabel 2. Fragmenten uit het script per versie waarin P staat voor patiënt en H voor huisarts

Versie positief taalgebruik	Versie negatief taalgebruik
H: U vertelde mij dat u rust heeft genomen, maar ik wil u aanraden om juist meer te gaan bewegen.	H: U vertelde mij dat u rust heeft genomen, maar ik raad u juist aan om weer te gaan bewegen.
P: Oke... Ook al krijg ik daar meer pijn van?	P: Bewegen... Maar ik krijg daar juist extra veel 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.	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.

Proefpersonen

In de NHG-standaard wordt aangegeven dat 60 tot 90% van de bevolking minstens één keer in het leven te maken krijgt met specifieke lagerugpijn. De leeftijd waarop de klacht het meest waarschijnlijk voorkomt is tussen de 40 en 80 jaar (Bons et al., 2017). Er is daarom gekozen voor analoge patiënten tussen de 40 en 80 jaar, uit de omgeving van de onderzoekers zodat er een selection bias is voorkomen. In totaal hebben 115 analoge patiënten deelgenomen aan het experiment waarvan 52,2% man was. Er waren 58 proefpersonen het videofragment met het positieve taalgebruik hadden gekeken en 57 proefpersonen voor de negatieve versie. De proefpersonen waren tussen de 40 en 80 jaar oud ($M = 56.33$, $SD = 7.59$). De meeste proefpersonen hadden het opleidingsniveau hoger beroepsonderwijs (32,5%) en waren getrouwd of wonen samen (84,2%). Van de 115 proefpersonen werkt 84,3% betaald of vrijwillig en er was geen significant verschil tussen beide vragenlijsten in het aantal werkende personen ($\chi^2(1) = .22$, $p = .636$). Op het moment van afname had 20% van de proefpersonen last van rugpijn, echter heeft 81,7% in het verleden last gehad van rugpijn. Ruim de helft van

de proefpersonen is voor deze klachten ook daadwerkelijk naar de huisarts gegaan. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen beide vragenlijsten met betrekking tot mensen die nog nooit rugpijn hebben gehad ($\chi^2(1) = 4.728, p = .051$), op het moment van afname rugpijn hebben ($\chi^2(1) = .257, p = .612$), en in het verleden rugpijn hebben gehad ($\chi^2(1) = 4.99, p = .172$). Tussen de beide versies bleek er ook geen verschil te zijn in geslacht ($\chi^2(1) = .222, p = .638$), leeftijd ($t(113) = 1.08, p = .283$), opleidingsniveau ($\chi^2(3) = .27, p = .966$) en burgerlijke staat ($\chi^2(1) = .001, p = .980$). De benadering van de participanten zal verder worden toegelicht in de procedure.

Onderzoeksontwerp

De niveaus van de onafhankelijke variabele waren verdeeld over de proefpersonen via een tussenproefpersoonontwerp waarbij de proefpersonen om en om waren blootgesteld aan de versie met het positieve of negatieve taalgebruik. De variabelen zijn op interval niveau. Daarna hebben beide groepen dezelfde vragenlijst ingevuld.

Instrumentatie

De afhankelijke variabele zijn het vertrouwen van de patiënt in de arts, de intentie tot therapietrouw, de bewegingsangst en de verwachtingen over het herstel van de patiënt. In het onderzoek zijn verder nog andere variabelen toegevoegd zoals de angst van de patiënt als toevoeging op de bewegingsangst en het vermogen tot inleven (in de video) als controlevariabele. De vragen voor elke variabele waren gebaseerd op een eerder onderzoek.

De verwachting van het herstel

Zo werd de ‘verwachtingen van het herstel’ gemeten aan de hand vragen met een tienpunts-Likertschaal. Deze vragen meten de verwachting die de patiënt heeft ten opzichte van zijn of haar herstel van specifieke lagerugpijn. De vragen zijn voor zowel het eerste als het tweede gedeelte van de vragenlijst gebaseerd op de Brief Illness Perception Questionnaire van Broadbent, Petrie, Main & Weinman (2006). De vragen luiden: ‘Hoe lang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?’ (voor korte tijd – voor altijd), ‘Hoeveel controle denkt u te hebben over de klachten?’ (helemaal geen controle – volledige controle) en ‘In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen de rugpijn?’ (helemaal niet – helemaal wel). De betrouwbaarheid van de variabele ‘verwachting van het herstel’ aan de hand van de tekst bestaande uit de drie bovengenoemde vragen was slecht $\alpha = .43$. De betrouwbaarheid van de

variabele aan de hand van de video bestaande uit drie items was adequaat $\alpha = .74$. Er is hierom besloten om de vragen van deze variabele apart van elkaar te toetsen.

De bewegingsangst

De 'bewegingsangst' speelt een belangrijke rol in het herstel van een patiënt met specifieke lagerugpijn. Of het gesprek met de huisarts deze angst wegneemt, is gemeten aan de hand van vragen uit de TAMPA schaal voor bewegingsangst (Vlaeyen, Kole-Snijders, Crombez, Boeren, Rotteveel, 1995). De vraag is als volgt opgesteld: Als ik de patiënt was, dan zou ik... Deze zin wordt op tien verschillende manieren afgemaakt. Een voorbeeld hiervan is: Als ik de patiënt was dan zou ik *bang zijn om een letsel op te lopen als ik bleef bewegen*. Indien vraag 22 en 23 verwijderd worden uit het eerste gedeelte van de vragenlijst is de betrouwbaarheid van de variabele 'bewegingsangst' bestaande uit vijf items bijna adequaat $\alpha = .79$. De zeven vragen hebben een vierpunts-Likertschaal die variëren van helemaal niet naar helemaal wel. De betrouwbaarheid van de variabele 'bewegingsangst' na het zien van de video was slecht $\alpha = .59$. Omdat de betrouwbaarheid van de vragen relatief laag uitviel is er besloten voor verdere toetsing de vragen bij elkaar op te tellen (SUM) in plaats van in zijn geheel als variabele te nemen. Dit is tevens ook aanbevolen bij de TAMPA schaal voor bewegingsangst (Vlaeyen et al., 1995). Als toevoeging op de variabele bewegingsangst is 'angst' ook gemeten in de vragenlijst. De vragen zijn gebaseerd op STAI, een vierpunts-Likertschaal gevalideerd door van der Bij et al. (2003). De vraag is als volgt opgesteld: Terwijl ik de video keek.. volgend door bijvoorbeeld 'voelde ik me kalm'. De betrouwbaarheid van de variabele 'angst' aan de hand van de video bestaande uit zes items was goed $\alpha = .83$.

De intentie tot therapietrouw

De 'intentie tot therapietrouw' geeft aan in welke mate de patiënt de intentie heeft om het advies van de huisarts op te volgen en is gemeten aan de hand van acht vragen op een zevenpunts-Likertschaal die gedeeltelijk gebaseerd zijn op de vragen van Burgers, Beukeboom & Sparks (2012). De vraag is een statement waarbij de proefpersoon aan kan geven in welke mate hij of zij het eens is met de uitspraak. Een voorbeeld van een statement is bijvoorbeeld: Ik vind het advies van de arts een goed idee (helemaal mee oneens – helemaal mee eens). De betrouwbaarheid van de variabele 'intentie tot therapietrouw' aan de hand van de video bestaande uit 4 items was uitstekend $\alpha = .923$.

Controlevariabele

Bij het experiment is het belangrijk geweest dat de analoge patiënten zich konden inleven in de patiënten. Om de controlevariable ‘het inlevingsvermogen’ te meten is er gebruik gemaakt van de Video Engagement Scale van Visser et al. (2016). In het eerste deel van de vragenlijst is gevraagd aan de proefpersonen om zich in te leven in de tekst die een situatie van een patiënt met specifieke lagerugpijn schetst. Om het inlevingsvermogen te meten zijn er enkele vragen uit Visser et al. (2016) aangepast voor de tekst met een zevenpunts-Likertschaal. De betrouwbaarheid van de variabele ‘inlevingsvermogen’ aan de hand van de tekst voor het eerste deel van de vragenlijst, bestaande uit drie items was goed $\alpha = 85$. Hierna dienden de proefpersonen zich in te leven in het videofragment. De betrouwbaarheid van de variabele ‘inlevingsvermogen’ aan de hand van de video bestaand uit vijftien items was goed $\alpha = .93$.

Procedure

Voor het experiment zochten de onderzoekers elk negen á tien personen met een leeftijd tussen de 40 en 80 jaar. De proefpersonen kregen allereerst een uitleg over het experiment. Er werd uitgelegd waarom het onderzoek werd gedaan en hoe het onderzoek werd uitgevoerd. Verder kregen de proefpersonen instructies over de procedure. De vragenlijsten dienden op een rustige plek te worden afgenomen. De proefpersoon werd geacht zich te concentreren op de vragen, de tekst en de video. De proefpersoon mocht enkel iets vragen indien het ging om het begrip van de vragen of eventuele technische obstakels. Het was toegestaan om meerdere mensen tegelijkertijd het experiment uit te laten voeren, indien zij niet met elkaar zouden communiceren tijdens de afname. Er is niet bijgehouden welke proefpersonen op dezelfde tijd en plaats de vragenlijst hebben ingevuld. Na deze uitleg dienden de proefpersonen een toestemmingsverklaring te ondertekenen (zie bijlage 3). Indien deze was getekend konden de proefpersonen aan de eerste vragenlijst beginnen. De vragenlijst bestond uit twee delen, waarvan het eerste betrekking had tot de demografische gegevens. Hierna werd er aan de hand van een geschetste situatie over een patiënt met specifieke lagerugpijn de variabelen de verwachting van het herstel en bewegingsangst bevestigd. Indien zij deze hadden ingevuld en ingeleverd, liet de onderzoeker het videofragment aan de proefpersoon zien. Aan de hand van het videofragment dienden de proefpersonen de tweede vragenlijst in te vullen, waarbij bewegingsangst, de verwachting van het herstel, de angst, de intentie tot therapietrouw en het vertrouwen in de arts werden bevestigd. Beide vragenlijsten bevatten ook een gedeelte met betrekking tot het inleven in de geschreven geschetste situatie en de video. Na afloop van het

onderzoek bedankte de onderzoeker zich bij de proefpersoon en werd er kort over het onderzoek gesproken. Storende factoren in de procedure kunnen de ruimte zijn geweest of het volume van het videofragment. De gemiddelde afname duurde ongeveer twintig minuten bij elke proefpersoon. De resultaten van de groep die de film met het positieve taalgebruik hebben bekeken worden vergeleken met de resultaten van de groep die de film met het negatieve taalgebruik hebben bekeken.

Statistische toetsing

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van een onafhankelijke *t*-test, waarbij de verschillen tussen gemiddelden van de twee versies worden getoetst.

Daarnaast zijn er afhankelijke *t*-testen uitgevoerd om een voor en nameting te doen met betrekking tot het kijken van het videofragment.

Resultaten

Het onderzoek is uitgevoerd om de volgende hoofdvraag te beantwoorden:

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

Op basis van eerder onderzoek zijn de volgende deelvragen toegevoegd aan het onderzoek:

1. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op de verwachting van het herstel van de analoge patiënt?
2. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op de bewegingsangst van de analoge patiënt?
3. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op de intentie tot therapietrouw bij de analoge patiënt?
4. In hoeverre heeft positief versus negatief taalgebruik van de huisarts effect op het vertrouwen in de arts?

Positief versus Negatief

De resultaten zullen worden besproken aan de hand van de gemeten onafhankelijke variabelen. Enkele van deze variabelen zijn tweemaal behandeld in de vragenlijsten, namelijk in de eerste vragenlijst die verder zal worden benoemd als T0 en de tweede vragenlijst die verder zal worden benoemd als T1. Om vooroordelen te voorkomen is er rekening gehouden met de uitschieters, deze zijn te vinden in bijlage 5.

Bewegingsangst

Uit een onafhankelijke *t*-toets voor ‘bewegingsangst_T0’ bleek geen significant verschil te zijn ($t(110) = 1.03, p = .305$). Eveneens bleek voor bewegingsangstT1 geen significant onderscheid tussen positief en negatief taalgebruik te zijn ($t(101.586) = .52, p = .606$). Als toevoeging voor de variabele ‘bewegingsangst’ is de variabele ‘angst’ ondervraagd in T1. De onafhankelijke *t*-test laat zien dat er ook geen verschil zit in de mate van angst ($t(112) = 1.83, p = .07$) van de analoge patiënten tussen de versies.

De verwachting van het herstel

De tweede onafhankelijke variabele die in beide vragenlijsten is gemeten is de ‘verwachting van het herstel’. De uitgevoerde onafhankelijke *t*-test in T0 voor de vraag ‘Hoelang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?’ laat zien dat er geen significant verschil is tussen de positieve en de negatieve vragenlijst ($t(113) = .49, p = .629$). Dit is eveneens het geval bij de vraag hoeveel controle de patiënt denkt te hebben over de klachten ($t(113) = 1.18, p = .243$). Hiernaast is er ook geen significant verschil in hoeverre de patiënten denken dat de behandeling zal helpen tegen de rugpijn ($t(112) = .07, p = .944$). In vragenlijst T1 zijn eveneens vragen gesteld over de verwachting van het herstel. Bij de vraag ‘Hoelang denkt u dat de rugpijn aan zal houden’ waren de assumpties van gelijke varianties voldaan. De uitkomsten laten zien dat er idem geen significant verschil is ($t(101.990) = .049, p = .961$). Voor de vragen ‘Hoeveel controle denkt u te hebben over de klachten?’ ($t(113) = .74, p = .464$) en ‘In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen de rugpijn?’ was eveneens geen significant verschil ($t(113) = .38, p = .709$).

De intentie tot therapietrouw en het vertrouwen in de arts

De variabelen ‘intentie tot therapietrouw’ en ‘vertrouwen in de arts’ zijn enkel in T1 bevraagd. Een significant verschil tussen het positieve en negatieve taalgebruik blijft uit bij de

‘intentie tot therapietrouw’ ($t(110) = .09, p = .933$). Een laatste test voor het ‘vertrouwen in de arts’ bevestigt dat er geen significante verschillen tussen het positieve en negatieve taalgebruik zijn gevonden zijn ($t(111) = .44, p = .660$).

*Tabel. 4 Gemiddelde, Standaarddeviatie en aantal van de gemeten variabelen t-test (uitschieters aangegeven met een *)*

N =115	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>
BewegingsangstT0	17.40(2.93)	55*	16.84(2.80)	57
BewegingsangstT1	17.335(2.74)	57*	17.58(1.97)	53*
Verwachting herstel T0				
Duur	4.71(2.37)	58	4.51(1.99)	57
Controle	5.21(2.08)	58	4.75(2.06)	57
Behandeling	6.26(2.32)	58	6.23(1.87)	57
Verwachting herstel T1				
Duur	3.47(2.19)	57*	3.49(1.58)	57
Controle	6.19(2.35)	58	5.88(2.20)	57
Behandeling	6.72(2.30)	58	6.88(2.07)	57
InlevenT0	5.42(1.36)	57*	5.80(1.15)	57
AngstT1	2.39(0.30)	58	2.29(0.29)	56*
IntentietherapietrouwT1	5.99(1.20)	55*	5.97(0.94)	57
VertrouwenartsT1	3.73(0.59)	56*	3.78(0.53)	57
InlevingvideoT1	4.12(1.20)	58	4.33(1.26)	57

Voor en na het zien van het videofragment

Doordat er geen significante verschillen waren voor de onafhankelijke variabelen met de onafhankelijke *t*-testen zijn er nog enkele andere *t*-testen uitgevoerd. Uit een afhankelijke *t*-test voor de variabele ‘bewegingsangst’ bleek geen significant verschil voor en na de video ($t(107) = 1.08, p = .282$). Er is tevens voor de ‘verwachting van het herstel’ per vraag een afhankelijke *t*-test uitgevoerd. Voor vraag 14 en 27 waarin wordt gevraagd hoelang de patiënt denkt dat de rugpijn zal aanhouden, is een significant verschil gevonden voor en na het bekijken van de video ($t(113) = 5.05, p < .001$). De proefpersonen hebben voor de video ($M = 4.62, SD = 2.19, n = 114$) het gevoel dat de pijn langer aan zal houden dan na de video ($M = 3.48, SD = 1.90, n = 114$). Bij de test is rekening gehouden met uitschieters. Bij vraag 15 en 18 is ondervraagd hoeveel controle de proefpersonen denken te hebben over hun klachten. Uit de test blijkt dat er ook een significant verschil is bij proefpersonen voor en na het zien van de video ($t(114) = 4.07, p = .00$). De proefpersonen hebben voor het kijken van de video ($M = 4.98, SD = 2.07, n = 115$) het gevoel minder controle te hebben over hun pijn dan de proefpersonen na het kijken van de video ($M = 6.03, SD = 2.28, n = 115$). Afsluitend laten de resultaten van de laatste afhankelijke *t*-test zien dat er nog een significant verschil bestaat tussen het moment voor en na het zien van de video ($t(113) = 2.19, p = .030$). De proefpersonen zijn er meer van overtuigd dat de behandeling werkt voor het zien van de video ($M = 6.25, SD = 1.1, n = 114$) dan daarna ($M = 3.48, SD = 1.90, n = 114$).

*Tabel. 3 Gemiddelde, Standaarddeviatie en het aantal proefpersonen van de afhankelijke t-tests (uitschieters aangegeven met een *)*

	Voor het videofragment		Na het videofragment	
	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>
N = 115				
Verwachting 1	4.62(2.19)	114*	3.48(1.90)	114*
Verwachting 2	4.98(2.07)	115	6.03(2.28)	115
Verwachting 3	6.25(1.10)	114*	3.48(1.90)	114*

Het bleek dat de proefpersonen zich bij T0 goed konden inleven in het verhaal over de patiënt ($M = 5,57$, $SD = 1,33$). In het geval van T1, waarbij de patiënten zich dienden in te leven in een video, bleek het vermogen tot inleven iets minder ($M = 4,23$, $SD = 1,23$). Om na te gaan of er een discrepantie zit tussen de verschillende versies omtrent de inleving in de video, is eveneens een t-test gedaan om dit te toetsen. Uit de toets blijkt dat er voor zowel ‘Inleving_T0’ ($t(112) = 1.609$, $p = .111$) als ‘Inleven in de video_T1’ ($t(113) = 0.934$, $p = .352$) geen significant verschil bleek te zijn.

*Tabel. 5 Gemiddelde, Standaarddeviatie en aantal van de gemeten controlevariabelen t-test (uitschieters aangegeven met een *)*

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>
InlevenT0	5.42(1.36)	57*	5.80(1.15)	57
InlevingvideoT1	4.12(1.20)	58	4.33(1.26)	57

Een opvallend resultaat was dat het inlevingsvermogen bij T1 van proefpersonen met een medisch beroep lager bleek te zijn ($M = 3.60$, $SD = 1.06$) dan mensen met een niet-medisch beroep ($M = 4.34$, $SD = 1.23$). Omdat de proefpersonen met een medisch beroep tevens ook tot de uitschieters behoorden, is besloten om elke test nogmaals uit te voeren met de proefpersonen die een medisch beroep beoefenen uit te sluiten. Na verwijdering van deze proefpersonen is men eveneens tot de conclusie gekomen dat er geen significant verschil is tussen de positieve en de negatieve vragenlijst. De resultaten van deze testen zijn te vinden in tabel 6 tot en met 7 in bijlage 7.

Conclusie

In dit onderzoek is er bestudeerd in hoeverre positief versus negatief taalgebruik van de huisarts invloed heeft op de voorspellers van gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten met specifieke lagerugpijn. Om deze vraag te beantwoorden zijn de voorspellers bewegingsangst, verwachting van het herstel, de intentie tot therapietrouw en het vertrouwen in de arts in de vorm van een experiment met een tussenproefpersoonontwerp onderzocht.

In de resultaten is naar voren gekomen dat er voor elke onafhankelijke variabele geen significant verschil is gevonden tussen de positieve en de negatieve versie. Het is dus te stellen dat positief versus negatief taalgebruik van de huisarts binnen deze kaders geen invloed heeft op de voorspellers van de gezondheidsuitkomsten van analoge patiënten met specifieke lagerugpijn. Door afhankelijke *t*-testen is naar voren gekomen dat er met betrekking tot de verwachting van het herstel significante verschillen naar voren komen met betrekking tot de antwoorden die worden gegeven voor het zien van de video en na het zien van de video. Doordat het echter maar om drie onafhankelijke vragen gaat kan er niet worden gesteld dat het videofragment op enige mate van invloed is geweest op de analoge patiënten.

Discussie

De uitkomst van dit onderzoek laat een discrepantie zien met eerder onderzoek, waarin positieve frames een positievere uitkomst hadden op patiëntuitkomsten dan negatieve frames (Zhao, Kreps & McHorney, 2012; Varelmann et al., 2010). Deze onderzoeken focusten zich echter alleen op het gebruik van frames. Het onderzoek van Burgers, Beukeboom & Sparks (2012) zocht eveneens naar verschillen tussen positieve en negatieve frames in combinatie met negaties en affirmaties. Er bleek in tegenstelling tot het huidige onderzoek wel een significant verschil te bestaan tussen het gebruik van positief vs. negatief taalgebruik. In dit onderzoek bleek dat positief taalgebruik zorgde voor betere patiëntuitkomsten dan negatief taalgebruik (Burgers, Beukenboom & Sparks, 2012). Een verklaring voor het verschil tussen het huidige onderzoek en dat van Burgers, Beukenboom & Sparks (2012) zou het verschil in het type gesprek kunnen zijn. Het huidige onderzoek focust zich namelijk op een adviesgesprek en het andere onderzoek focust zich op een slechtnieuwsgesprek. Het voeren van een slechtnieuwsgesprek vraagt om een andere aanpak en kan hierdoor niet worden vergeleken met het gesprek uit het huidige onderzoek (Spaendonck & Kraaimaat, 2006).

Verskil in lichamelijk onverklaarbare of verklaarbare klachten

Een andere verklaring voor het verschil tussen beide onderzoeken is het verschil in gezondheidsklachten die behandeld worden. Het onderzoek van Burgers, Beukeboom en Sparks (2012) richt zich op de ziekte van Bechterew (ook wel axiale spondyloartritis). Dit is een reumatische aandoening waarbij men ontstekingen in de bekken en wervelkolom heeft. Om de klachten te verminderen adviseert de huisarts om regelmatig te bewegen en de juiste medicijnen te slikken (Reumafonds, 2017). Een essentieel onderscheid met specifieke

lagerugpijn is hierbij dan ook de verklaring van de klacht. Aspecifieke lagerugpijn is een lichamenlijk onverklaarbare klacht terwijl axiale spondyloartritis een duidelijke lichamenlijke verklaring heeft. In arts-patiëntcommunicatie wordt dit verschil als erg belangrijk ervaren. Er worden namelijk specifieke vaardigheden verwacht van een arts bij een gesprek over lichamenlijk onverklaarbare klachten. Er is hierdoor een tweesplitsing gemaakt in uitslaggesprekken met betrekking tot verklaarbare en onverklaarbare klachten. Indien een arts een patiënt een specifieke oorzaak kan aangeven voelen zij zich vaker op hun gemak gesteld. Het geeft een patiënt namelijk kracht en houvast omdat te weten waar de pijn vandaan komt. Daarnaast wordt er veel waarde gehecht aan een verklaring die men kan geven tegenover een naaste omgeving. Patiënten kunnen anders het gevoel hebben niet serieus te worden genomen door hun omgeving of de arts (Spaendonck & Kraaimaat, 2006). De onderzoekers hebben bij het produceren van het videofragment geen rekening gehouden met het verschil in deze type gesprekken. Het uitblijven van een specifieke verklaring voor aspecifieke lagerugpijn kan dus voor een negatieve lading hebben gezorgd bij de analoge patiënten, waardoor het onderzoek onbedoeld gemanipuleerd is.

Mate van inleving

Een verdere verklaring voor het uitblijven van het effect zou eventueel kunnen liggen aan de mate van inleving van de analoge patiënten. Alhoewel de resultaten aantonen dat de analoge patiënten zich wel degelijk konden identificeren met de patiënt in zowel T0 als T1, scoorden de vragen over het inlevingsvermogen nog niet optimaal. Het significante verschil waarbij duidelijk wordt dat mensen met een medisch beroep zich minder kunnen inleven in de patiënt duidt er wellicht op dat de video niet correleert met de werkelijke perceptie die mensen hebben bij een consult aan de huisarts.

Daarnaast zou de mate van inleven het de niet-medische proefpersonen worden verklaard aan het geslacht van de huisarts. Het NIVEL onderzoekt al meer dan 14 jaar lang huisarts-patiënt consulten en heeft pas recentelijk onderzoek naar een huisarts (vrouw)/patiënt (man) dyade kunnen uitvoeren. Het komt zelden voor dat een man een vrouwelijke huisarts heeft (Brink-Muinen, van den Dulmen, Schellevis & Bensing (2004). Doordat de huisarts in het videofragment een vrouw is kan dit de geloofwaardigheid voor de man dus beïnvloeden, doordat de situatie niet soortgelijk is van een eigen consult bij de huisarts. Voor een volgend onderzoek zou men ervoor kunnen kiezen om het videofragment aan de hand van het geslacht te aan te passen.

Daarbij tonen Brink-Muinen et al. (2004) aan dat gesprekken met patiënten boven de 65 jaar anders verlopen dan met patiënten onder de 65 jaar. Huisartsen zijn affectiever en maken vaker een praatje met de patiënt. Naast dat zij meer bezorgdheid tonen, geven de huisartsen de patiënt minder ruimte voor vragen en geven korte duidelijke adviezen (Brink-Muinen et al., 2004). Alhoewel de leeftijdscategorie voor het onderzoek gebaseerd is op de leeftijden van het NHG-standaard, was het bereik van de leeftijd wellicht te groot en kan deze in verder onderzoek worden aangepast.

Naast de videofragmenten aanpassen zodat analoge patiënten zich beter kunnen inleven, kan men ook kijken naar de schaal die in het huidige onderzoek is gebruikt. De VES is echter nog de enige schaal die er gebruikt kan worden om de inleving van analoge patiënten te meten. Vissers et al. (2016) geeft daarbij ook duidelijk aan dat er meer onderzoek nodig is om de vragen en zo ook de meting optimaal te maken. In een onderzoek met een soortgelijk onderzoeksontwerp is eveneens de VES gebruikt om het inlevingsvermogen van analoge patiënten te meten (Visser et al, 2017). In dit onderzoek zijn echter nog vragen toegevoegd om de geloofwaardigheid van de video te meten. Dit kan nog een goede toevoeging zijn voor verder onderzoek met betrekking tot analoge patiënten met specifieke lagerugpijn.

De inleving van de patiënt kan dus worden aangepast door de doelgroep te specificeren en/of door de vragen met betrekking tot het inleven zouden kunnen worden aangepast.

Verbeteringen onderzoek

Een beperking van dit onderzoek zou de kwaliteit van de video kunnen zijn. Alhoewel deze is goedgekeurd door de Radboud Universiteit voor verder onderzoek, is er altijd ruimte voor verbetering. Zo lijkt de omgeving van de video niet op een huisartsenpraktijk en is er ruimte voor verbetering met betrekking tot het volume en de toon van het geluid.

Een andere beperking zou de manier van afnemen kunnen zijn. De onderzoekers zijn namelijk naar de proefpersonen toegegaan om (vaak) in huiselijke sfeer het onderzoek af te nemen. Alhoewel de onderzoekers de proefpersonen hebben gevraagd de vragenlijst zo geconcentreerd mogelijk in te vullen, is het mogelijk dat de proefpersonen zich niet helemaal op het onderzoek hebben gericht. Een verbetering voor de betrouwbaarheid van het onderzoek zou daarom kunnen zijn om het onderzoek bij elke proefpersoon in dezelfde ruimte plaats te laten vinden.

Aan de hand van gesprekken met de proefpersonen na het onderzoek wordt duidelijk dat veel proefpersonen feedback en commentaar op het onderzoek willen achterlaten. In de

vragenlijst van het huidige onderzoek is hiervoor geen ruimte gegeven. Een verbetering voor toekomstig onderzoek zou het toevoegen van een feedback en commentaar stuk aan de vragenlijst kunnen zijn, zodat de opmerkingen van de proefpersonen kunnen worden meegenomen in het onderzoek en wellicht voor verhelderingen kan zorgen van enkele resultaten.

Alhoewel het onderzoek geen uitkomsten had die door de medische wetenschap gebruik zou kunnen worden, vormt dit onderzoek een goede basis voor verder onderzoek. Na het aanpassen van deze suggesties en verbeteringen, zal er opnieuw onderzoek kunnen worden gedaan naar de verschillen tussen positief en negatief taalgebruik en de effecten hiervan op analoge patiënten. Door verder onderzoek te doen komt men weer een stap verder met betrekking tot de verbetering van de arts-patiëntcommunicatie en daarbij de gezondheidsuitkomsten van de patiënt.

Literatuurlijst

- Ajzen, I., (2002) Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32. 665-683.
- Anderson, L.A., & Dedrick, R.F. (1990). Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports*, 67, 1091-1100.
- Balagué, F., Mannion, A.F., Pellisé F., & Cedrashchi, C. (2012) Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379, 482-491. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60610-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60610-7).
- Benedetti, F. (2002) How the Doctor's Words Affect the Patient's Brain. *Evaluation & the Health Professions*, 25. 369-386. doi: <https://doi.org/10.1177/0163278702238051>
- Benedetti, F., Lanotte, M. Lopiano, L., & Colloca, L., (2007) When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147, 260-271. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2007.02.020>.
- Beukenboom, C.J., Finenaur, C., & Wigbodus D.H. (2010). The negation bias: when negations signal stereotypic expectancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 978-992. doi: 10.1037/a0020861.
- Bons, S.C.S., Borg, M.A.P.J., Van den Donk, M., Koes, B.W., Kuijpers, T., Ostelo, R.W.J.G., & Schaafstra, A., Spinnewijn ,W.E.M., Verburg,-Oorthuizen, A.F.E., & Verweij, H.A. (2017) NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening) *Huisartswet*; 60(2):78- 84.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Weinman (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60. 631-637. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Burgers, C., Beukeboom, C. & 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, 267-283. doi: 10.1016/j.pec.2012.08.008
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., Sparks, L., & Diepeveen, V. (2015). How (not) to inform patients about drug use : use and effects of negations in Dutch patient information leaflets. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24, 2137-143. doi: <http://doi.org/10.1002/pds>

- Del Vento A., Bavelas, J., Healing, S., MacLean, G. (2009). An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. *Patiënt Education and Counseling*, 77. 443-449. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.014
- Entman, R.M. (1993) Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43. 51-58. doi: 10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x
- Finniss, D.G., Kaptuck, T.J., Miller, F., & Benedetti, F. (2010) Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*, 20. 686-695. doi: 10.1016/S0140- 6736(09)61706-2.
- Goubert, L., Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Van Damme, S., Van den Broeck, A., & Van Houdenhove, B. (2000). De Tampa Schaal voor Kinesiofobie. Psychometrische karakteristieken en normering. *Gedrag & Gezondheid*, 28. 54-62.
- Jubb, J., & Bensing, J.M. (2013) The sweetest pill to swallow: how patiënt neurobiology can be harnessed to maximize placebo effects. *Neuroscience Biobehavioural Reviews*, 37. 2709- 2720. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.09.006.
- Mainous, A.G., Baker, R., Love, M.M., Gray, D.P., & Gill, J.M. (2001). Continuity of Care and Trust in One's Physician: Evidence From Primary Care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*, 33. 22-27.
- 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 patiënt-practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 20. 675-688. doi: 10.1002/ejp.797
- Myers, S.S., & Philips, R.S., Davis, R.B., Cherkin, D.C., Legedza, A., Kaptchuck, T.J., Hrbek, A., Buring, J.E., Post, D., Conelly, M.T., & Eisenberg, D.M. (2007). Patiënt Expectations as Predictors of Outcome In Patiënts with Acute Low Back Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 23. 148-153. doi: 10.1007/s11606-007-0460-5
- Reumafonds.nl (2017, 31 mei) Axiale Spondyloartritis. Geraadpleegd van <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patiënten/vormen-van-reuma/ziekte-van-bechterew/over-de-ziekte>
- Rothman, A.J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K., & Martin, C.M. (1993) The Influence of Message Framing on Intentions to Perform Health Behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29. 408-433. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/jesp.1993.1019>
- Salovey, P., & Williams-Piehot, P. (2004). Field experiments in Social Psychology: Message Framing and the Promotion of Health Protective Behaviors. *American Behavioral Scientist*, 47. 488- 505. doi: <https://doi.org/10.1177/0002764203259293>

- Schul, Y. (2011). *Alive or not dead: implications for framing on research of negations*. New York, NY: Psychology Press.
- Street, R. L. Jr., Makoul, G., Arora, N.K., & Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patiënt communication to health outcomes. *Patiënt Education and Counseling*, 74, 295–301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
- Suarez-Almazor, M. E., Looney, C., Liu, Y., Cox, V., Pietz, K., Marcus, D.M., & Street, R.L. Jr. (2010) A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: the effects of patiënt- provider communication. *Arthritis Care and Research (Hoboken)*, 62. 1229-1236. doi: 10.1002/acr.20225.
- Tversky, A. Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211. 453-458.
- Van den Brink-Muinen, A. Van den Dulmen, A.M., Schellevis, F.G. & Bensing, J.M. (2004) Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. NIVEL: Utrecht.
- Van Spaendonck, K. & Kraaimaat, F. (2006) Communicatie in de medische praktijk: reader Afdeling Medische Psychologie. UMC St Radboud: Nijmegen.
- Van Vliet, L. M., Van der Wall, E., Albada, A., Spreeuwenberg, P. M., Verheul, W., & Bensing, J. M. (2012). The validity of using analogue patiënts in practitioner- patiënt communication research: systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1528-1543.
- Van Vliet, L., Van Dulmen, S., Mistiaen P. & Bensing J. (2016). De placebo-effecten van goede communicatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160 (D251), 1-6.
- Varelmann, D., Pancaro, C. Capiello E.C. & Camann, W.R. (2010) Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesthesia and Analgesia*, 110. 868-870. doi: 10.1213/ANE.0b013e3181cc5727.
- Verhagen, A. (2007). *Constructions of intersubjectivity: discourse, syntax and cognition*. Oxford: Oxford University Press.
- Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). The effects of physicians’ affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patiënts’ anxiety, affect and expectancies. *Patiënt Education Counseling*, 80. 300-306. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.017.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Crombez, G., Boeren, R. G. B., & Rotteveel, A. M. (1995). Tampa scale for Kinesiofobia: geautoriseerde Nederlandstalige vertaling.

- Visser, L.N.C., Hillen, M.A., Verdam, M.G.E., Bol, N., De Haes, C.J.M. & Smets, E.M.A. (2016) Assessing engagement while viewing video vignettes; validation of the Video Engagement Scale (VES). *Patiënt Education and Counseling*, 99, 227-235.
- Visser, L.N.C., Tollenaar, M.S., Bosch, J.A., Van Doornen, L.J.P., De Haes, H.C.J.M. & Smets, M.A. (2017) Are psychophysiological arousal and self-reported emotional stress during an oncological consultation related to memory of medical information? An experimental study. *The international Journal on the Biology of Stress*, 20, 103-111.
- Goubert, L., Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Van Damme, S., Van den Broeck, A., & Van Houdenhove, B. (2000). De Tampa Schaal voor Kinesiofobie. Psychometrische karakteristieken en normering. *Gedrag & Gezondheid*, 28, 54-62.
- Zhao, X., Villagran, M.M., Kreps, G.L., & McHorney, C. (2012). Gain Versus Loss Framing in Adherence-Promoting Communication Targeting Patients With Chronic Diseases: The Moderating Effect of Individual Time Perspective. *Health Communication*, 27, 75-85. doi: 10.1080/10410236.2011.569002.

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.

H: Heeft u koorts gehad de afgelopen dagen?

P: Nee dat denk ik niet.

H: U heeft dus geen extra klachten, behalve de rugpijn. Heeft u deze pijn wel eens eerder meegemaakt?

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?

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

“Hier” hand op onderrug

43

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: Aspecifieke lage rugpijn? Wat houdt dat dan in?

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

P: Ok.

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

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

44

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.

Script negatief taalgebruik

(H = huisarts, P = patiënt)

Bijlage 2

Script negatief taalgebruik

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, nee geen steken.

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?

Einde van zin: staat op en geeft hand Staat moeizaam op en geeft hand

Loopt weg

Handeling

Geven hand

Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)

“Hier” hand op onderrug

45

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: Geen doof of koud 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 misschien nog koorts gehad de afgelopen dagen?

P: Nee dat denk ik niet.

H: U heeft dus geen extra klachten, behalve de rugpijn. Heeft u deze pijn wel eens eerder meegemaakt?

P: Nee, nooit zo heftig.

H: En dit is gistermorgen begonnen...

P: Ja

H: Is er iets specifiek gebeurd waardoor deze 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.

Typt gegevens in en kijkt daarna naar

46

Warm douchen heeft geen zin, maar de pijnstilling heeft wel effect gehad. P: Ja.

DIAGNOSE

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

P: 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.

patiënt

Einde van zin: staat op en geeft hand Staat moeizaam op en geeft hand

Loopt weg



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

Vragenlijst T0

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 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?

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 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. Probeer u zich in te beelden dat u in de stoel van de patiënt zit. Kijk en luister goed naar het consult en probeert u zich zo goed mogelijk in te leven in de situatie van de patiënt. Na het kijken van de video volgt het tweede deel van de vragenlijst.

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

Bijlage 5

Vragenlijst T1



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

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

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

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

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

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

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

Als ik de patiënt was, dan zou ik...

30. bang zijn 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 6

Uitschieters per vraag

Uitschieters meer dan 3 SD van het gemiddelde:

Variabele	Uitschieters
T0_bewegingsangst	111
T1_bewegingsangst	6, 58
T0_verwachting van herstel	41

T1_verwachting van herstel	39,
T0_inleven	103
T1_Angst	58,
T1_Intentietrouw	39, 101, 103
T1_Vertrouw_arts	101, 103
T1_Evaluatie_gesprek	39, 101,
T1_Inleving_video	Geen uitschieters

Medische beroepen (17 mensen)

5, 6, 21, 26, 27, 39, 51, 55, 66, 82, 84, 91, 100, 101, 102, 103, 113

Bijlage 7

Resultaten testen na verwijdering proefpersonen medische beroepen en uitschieters

Verwachting herstel 1: Hoelang denkt u dat de rugpijn aan zal houden?

Verwachting herstel 2: Hoeveel controle denkt u te hebben over de klachten?

Verwachting herstel 3: In hoeverre denkt u dat de behandeling zal helpen tegen uw klachten?

Tabel 6. Resultaten onafhankelijke t-test

<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
----------	-----------	----------

Verwachting herstel 1	.77	96	.445
Verwachting herstel 2	1.38	96	.170
Verwachting herstel 3	.06	96	.949
Bewegingsangst	1.05	82.47	.294
Intentie tot therapietrouw	.001	96	.999
Vertrouwen arts	.06	96	.950
Inleving video's	.44	96	.663

Tabel 7. Gemiddelde, standaarddeviatie en aantal proefpersonen voor positief taalgebruik

	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>
Verwachting herstel T1_1	3.31(2.17)	48
Verwachting herstel T1_2	6.38(2.26)	48
Verwachting herstel T1_3	6.79(2.20)	48
Bewegingsangst	17.09 (2.71)	47*
Intentie tot therapietrouw	5.99(1.20)	48
Vertrouwen arts	3.78(0.57)	48
Inleving video's	4.27(1.14)	48

Tabel 8. Gemiddelde, standaarddeviatie en aantal proefpersonen voor negatief taalgebruik

	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>
Verwachting herstel T1_1	3.60(1.50)	50
Verwachting herstel T1_2	5.74(2.28)	50
Verwachting herstel T1_3	6.82(2.15)	50
Bewegingsangst	17.60 (1.91)	47*
Intentie tot therapietrouw	6.00(0.99)	50
Vertrouwen arts	3.77(0.56)	50

Inleving video's

4.39(1.32)

50
