Therapeutic alliance and multimorbidity in primary care – a cross-sectional pilot using the Working Alliance Inventory - General Practice

Dr. Aline Van der Poorten, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Pauline Boeckxstaens, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Elizabeth Sturgiss, Monash University, Melbourne, Australië

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Therapeutic alliance and multimorbidity in primary care – a cross-sectional pilot using the Working Alliance Inventory - General Practice

Aline Van der Poorten, MD[1]

Elizabeth Ann Sturgiss, MD, FRACGP, MPH, MForensMed[2]

Annelou Meskens, MD[1]

Anne-Catherine Verpoort, MD[1]

Pauline Boeckxstaens, MD, PhD[1]

[1] Department of Public Health and Primary Healthcare, Ghent University, Belgium
[2] Department of Family Medicine, Monash University, Melbourne, Australia

Abstract

BACKGROUND: Patients with multimorbidity represent an increasing portion of the patient population. These patients require a shift from disease-oriented to goal-oriented care in which the personal goals of the patient are the focus rather than the disease-specific targets provided by guidelines. Consequently, understanding patient centered processes of care may be as important as building disease-specific evidence. One of the core components of patient-centered care, defined in the patient-centered clinical method, is enhancing the patient-physician relationship. One of the frameworks to study the relationship between a patient and a provider is the *therapeutic alliance* framework. The aim of this study is to use the Adapted Working Alliance Inventory for General Practice (WAI-GP) in family medicine contacts and assess how the therapeutic alliance scores relate with multimorbidity.

METHODS: A cross sectional analysis of 170 family medicine contacts, describing morbidity and assessing the relationship between WAI-GP and multimorbidity.

RESULTS: 119 out of 170 contacts involved patients with at least one chronic condition (70%) of which 34 patients (20%) had multimorbidity (≥3 chronic conditions). Hypertension and chronic musculoskeletal conditions were the most frequently reported chronic conditions. Heart failure, stroke/transient ischemic attack, kidney- and cardiovascular disease most often had another chronic condition associated. Being female, higher patient age, more home visits and a higher number of contacts with the family physician per year were correlated with more multimorbidity. Some physicians had significantly more contacts with patients with multimorbidity. Patients with multimorbidity reported higher WAI-GP scores (median score out of 5 [IQR]: 4.6 [4.35-4.85]) than patients without multimorbidity (4.4 [3.9-4.8])(p=0.013). Male physicians, older patients and more contacts per year concerning a chronic condition were also associated with a higher WAI-GP score. However, multivariate models showed that only the sex of the physician is independently correlated to higher WAI-GP scores.

CONCLUSIONS: This study confirms the high prevalence of multimorbidity in family medicine. Contacts between family physicians and patients with multimorbidity show a stronger therapeutic alliance than those without multimorbidity. However, this significance is not observed in a multivariate analysis. Mixed method studies, including video-observations, could be valuable in order to better understand how patients with multimorbidity demonstrate stronger therapeutic alliance. Goal setting is an important process of care in optimal treatment of patients with multimorbidity. Therefore, further research could specifically focus on the element of goal setting, defined within the therapeutic alliance framework.

Keywords: Multimorbidity, therapeutic alliance, chronic care, family medicine

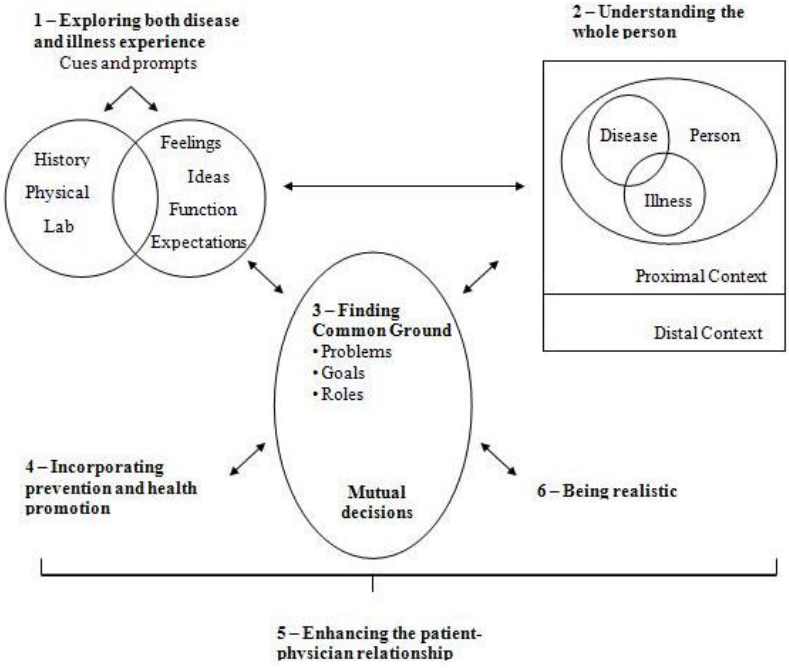
This paper corresponds to the author guidelines of the Journal of Comorbidity.

Background

Patients with more than one chronic condition are a growing population within primary care as healthcare improves and the average life expectancy increases. Having more than one chronic condition is associated with poor quality of life, physical disability, high healthcare use, polypharmacy, increased risk for adverse drug effects and increased mortality. Optimizing care for patients with multimorbidity is a high priority. [1] Physicians who care for patients with multiple conditions must find a balance between following clinical practice guidelines of single conditions and adjusting those recommendations for individual patients' circumstances. Difficulties escalate with increasing number of conditions. [1] Traditionally, quality indicators for chronic disease management include disease specific indicators such as blood sugar for diabetes or blood pressure for hypertension. However, patient centered processes of care may actually have to be considered the main intervention strategy in patients with multimorbidity. [2]

Patient centered care (PCC) is related to better health outcomes, therefore it could be seen on its own as a quality indicator. Moreover, PCC is widely accepted as a core value of primary health care. [3] Family physicians get to know their patient (and their families) over an extended period of time, during many different contacts. They become familiar with their personalities over the course of these contacts, and get a more in-depth knowledge of their illness narrative. [4] The PCCM (patient centered clinical method) has been developed to study and instruct patient centered care. [5] It proposes four interactive components: exploring the disease and illness experience, understanding the whole person, finding common ground and enhancing the patient-physician relationship. [Figure 1] Family medicine provides an interesting context to exploring and studying the therapeutic relationship.

Figure 1 [5]



The therapeutic relationship and how to enhance it in healthcare can be considered a research subject on its own. To this end, the psychoanalytic concept of the *working alliance* was proposed by Bordin in 1979 and consists of three main components: the agreement between patient and

therapist on treatment *goals*, the agreement on which *tasks* or interventions are necessary to reach these goals, and the affective *bond* between patient and therapist. [6] Numerous questionnaires have been developed over the years to research the therapeutic alliance. The Working Alliance Inventory (WAI), developed for psychotherapy, is a frequently used instrument. It demonstrates the therapeutic alliance between patient and therapist, a well-recognized predictor of patient outcomes. [7] The *Adapted* Working Alliance Inventory *for General Practice* (WAI-GP) is an adaptation of the WAI for a family medicine context, and recently validated by Sturgiss et al. The survey questions with their respective *goal-task-bond* element, translated to the WAI-GP, can be found in Table 1. [8]

Table 1

PATIENT SURVEY	**Element of therapeutic alliance**
As a result of seeing my GP, I am clearer as to how I can look after my health and wellbeing.	Goal
What I am doing with my GP gives me new ways of looking at my health and wellbeing.	Task
I believe my GP cares about me.	Bond
My GP and I work together on setting goals for looking after my health and wellbeing.	Goal
My GP and I respect each other.	Bond
My GP and I are working towards health goals that we both agree on.	Goal
I feel that my GP understands me.	Bond
My GP and I agree on what is important for me to do to look after my health and wellbeing.	Task
Even though I may do things that my GP does not advise or suggest, I know they still care about me.	Bond
I feel the things I do with my GP will help me to achieve my health goals.	Task
My GP and I have a shared understanding of what I need to do to look after my health and wellbeing.	Goal
I think we're doing the right things for my health and well-being.	Task
PHYSICIAN SURVEY	
My patient and I agree on the tasks required to manage his/her health and wellbeing.	Task
I am genuinely concerned for my patient's welfare.	Bond
We are working towards health goals that we both agree on.	Goal
My patient and I both feel confident about the effectiveness of our current approach to managing their health.	Task
I respect my patient as a person and accept them without judgment.	Bond
We have a shared understanding of the kind of changes that would help my patient	Goal
My patient and I respect each other	Bond
My patient and I have a common understanding of his/her health goals.	Goal
I care about my patient even when he/she does things that I did not recommend or advise.	Bond
We agree on what is important for my patient to work on.	Task

The family physician is the pivotal provider in the prevention, management, treatment and follow-up of chronic conditions (and thus multimorbidity). A strong therapeutic alliance between patient and family physician is important for better health outcomes, especially in patients with more than one chronic condition.

The importance of a patient centered approach in multimorbidity has been researched in the 'PACE in MM study'. [9] It identified the following goals: to realign care toward multimorbidities rather than the single diseases, to focus care on the patient in context versus only on the disease and to improve integration and coordination of the health care system. [9]

In this study, we investigate contacts between patients with multimorbidity and family physicians and (1) describe multimorbidity in a random sample of primary care contacts; and (2) determine if the therapeutic relationship is stronger in patients with chronic disease.

Materials and methods

We conducted a cross-sectional cohort study in contacts between patients and family physicians, assessing the correlation between the WAI-GP-scores and patient-, physician- and contact characteristics.

The initial WAI-GP, validated in Australian family medicine [8], was translated by backward-forward procedure by two independent translators to get the final version of the Dutch WAI-GP. The WAI-GP consists of a patient- and doctor survey consisting of 12 and 10 questions, respectively. Each question is scored on a 5-point Likert-scale, varying from "rarely or never" (1) to "always" (5). In this study it was decided to use the total WAI-GP score, and not the sub-scores of the task, goal and bond elements.

A set of questions was added to the WAI-GP, consisting of physician characteristics (age, sex, working experience), patient characteristics (age, sex, morbidity, duration of the therapeutic relationship), contact characteristics (type of contact, reason for encounter, number of contacts per year) and variables relating to the patient-physician relationship (duration of the therapeutic relationship, whether the patient has a preference for a specific physician and whether they consulted with their preferred physician). The final version of the surveys can be found as appendix [Appendix A/B]. Multimorbidity was defined according to Fortin's theoretical framework: three or more chronic conditions selected from a predefined list of 21 conditions. [10] Multimorbidity was reported by both patient and physician. Because physician reported conditions are more reliable (patients may be misinformed about their specific diagnosis), it was decided to use the physician report for data analysis. Similarly, the WAI-GP scores were reported by both patient and physician, but the patient reported scores are more valuable in the context of the PCC framework. Therefore, it was decided to use the patient reported WAI-GP scores.

The Dutch WAI-GP survey was administered in four family medicine practices: two solo practices, one duo practice (with two family physicians and two residents) and a group practice with four family physicians. The goal was to include minimum 150 patient-physician dyads.

The patients were informed about the study by a poster displayed in the waiting room, starting from May 2018 onwards. From July through September 2018, one of the researchers (a family physician resident) randomly selected consultations and home visits of the colleague family physicians for inclusion in the study, by asking every third patient whether they wanted to participate in the study. Patients below age 18 and those unable to provide informed consent, were excluded. The patients and family physicians received the study information and instructions, and signed the informed consent form [appendix C], before receiving the survey. The researchers were available for further questions during the completion of the survey.

After obtaining data, the surveys were de-identified and coded into a data-set suitable for processing in SPSS. Correlations between population characteristics and multimorbidity were assessed using the Chi-squared hypothetic test. Correlations between characteristics and WAI-GP score were assessed using the Spearman hypothetic test (for correlation with continuous variables) and Mann Whitney U or Kruskall Wallis hypothetic tests (for correlation with categoric variables). Multivariate analysis was performed using a linear regression analysis. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

The Human Ethics Committee of the Ghent University Hospital provided approval for this study, with approval number B670201836666. [11][Appendix D]

Results

Multimorbidity in a random sample of primary care contacts [table 2/3]

Out of the 170 random contacts, the family physicians reported no chronic condition in 51 patients (30%) and at least one chronic condition in 119 patients (70%); 34 patients (20%) had ≥3 chronic conditions and were defined as patients with multimorbidity.

The most frequently reported chronic conditions were hypertension (28%), chronic musculoskeletal conditions causing pain or limitation (20%), hyperlipidemia (12.4%), and depression or anxiety (11.8%).

Some conditions showed higher comorbidity: heart failure (median number of 7,5 other chronic diseases), stroke and transient ischemic attack (6,5), kidney disease or failure (4,5) and cardiovascular disease (4,5). The chronic conditions with the lowest comorbidity are thyroid disorder, cancer in the previous 5 years, chronic urinary problems and dementia, as the conditions do not demonstrate a significant correlation with multimorbidity.

Patients with multimorbidity were more often female (73.5% compared to 64.1%), more often contacted during home visits (38.2% compared to 14.0%), were significantly older ($p<0.001$) and had significantly more contacts with the family physician per year ($p<0,001$).

The reason for encounter was most often a follow-up (26.5% compared to 8.8%), a routine check-up (23.5% compared to 8.1%) and a treatment (17.6% compared to 34.6%).

Some family physicians had significantly more contacts with patients with multimorbidity ($p<0.001$), ranging between 0% and 60%.

Table 2

Chronic condition	Total (n, %)	Number of chronic conditions (median, interquartile range)	Correlation with multimorbidity
Hypertension (high blood pressure)	48 (28.2)	3 (2)	C**
Depression or anxiety	20 (11.8)	2.5 (3)	F*
Chronic musculoskeletal conditions causing pain or limitation	34 (20)	2 (3)	C**
Arthritis and/or rheumatoid arthritis	9 (5.3)	3 (4)	F**
Osteoporosis	9 (5.3)	4 (7)	F*
Asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), or chronic bronchitis	11 (6.5)	4 (1)	F**
Cardiovascular disease (angina, myocardial infarction, atrial fibrillation, poor circulation in the lower limbs)	12 (7.1)	4.5 (4)	F**
Heart failure (including valve problems or replacement)	4 (2.4)	7.5 (4)	F*
Stroke and transient ischemic attack	4 (2.4)	6.5 (5)	F*
Stomach problem (reflux, heartburn, or gastric ulcer)	14 (8.2)	3.5 (2)	F**
Colon problem (irritable bowel, Crohn's disease, ulcerative colitis, diverticulosis)	9 (5.3)	3 (3)	F*
Chronic hepatitis	0	1 (2)	/
Diabetes	14 (8.2)	3.5 (4)	F**
Thyroid disorder	6 (3.5)	2 (1)	F
Any cancer in the previous 5 years (including melanoma, but excluding other skin cancers)	8 (4.7)	1.5 (2)	F
Kidney disease or failure	6 (3.5)	4.5 (5)	F*
Chronic urinary problem	1 (0.6)	1 (2)	F
Dementia or Alzheimer's disease	2 (1.2)	1 (2)	F
Hyperlipidaemia (high cholesterol)	21 (12.4)	3 (3)	F**

Obesity (diagnosed through the calculation of the body mass index)		11 (6.5)	2 (3)	F*
Other		14 (8.2)	/	C
Legend:	*	P<0.05		
	**	P<0.001		
	C	Chi² hypothetic test		
	F	Fisher's exact hypothetic test		
	other	vasomotor rhinitis, ex-ethyl abuse (2x), iron-deficiency anaemia, infertility, sun allergy, fibromyalgia + chronic fatigue syndrome, epilepsy (2x), coagulation disorder, acromegaly, otosclerosis, macular degeneration, Parkinson's disease		

Table 3

Characteristics			Multimorbidity 34/170 (20%)	Statistic test
Physician	Age	median ± interquartile range	57±18	M
	Sex	Male	11 (6.5%)	C
		Female	23 (13,5%)	
	Working experience (years)	<1	1 (33.3%)	C
		1 to 5	1 (5.9%)	
		5 to 10	5 (35.7%)	
		>10	27 (19.9%)	
	Which physician (sex, age, experience years)	F, 50, >10	0 (0%)	S**
		F, 26, 1 to 5	1 (5.88%)	
		F, 57, >10	2 (10%)	
		F, 24, <1	1 (33.3%)	
		M, 57, >10	3 (10%)	
		F, 63, >10	5 (20%)	
		F, 32, 5 to 10	5 (35.7%)	
		F, 44, >10	9 (60%)	
		M, 60, >10	4 (26.7%)	
		M, 39, >10	4 (26.7%)	
Patient	Age	median ± interquartile range	55±25	M**
	Sex	Male	9 (5.2%)	C
		Female	25 (14.7%)	
	Duration therapeutic relationship (years)	<1	2 (9.5%)	C
		1 to 5	10 (18.2%)	
		5 to 10	6 (20.7%)	
		>10	16 (24.6%)	
Contact	Type	consultation	21 (15.2%)	C*
		house visit	13 (40.6%)	
	Number of contacts per year	<5	4 (4.9%)	C**
		5 to 10	9 (18%)	
		>10	21 (53.8%)	
	Reason for encounter	Diagnosis	3 (6.1%)	C*
		Reassurance	1 (33.3%)	
		Discuss the results of an investigation	5 (31.3%)	
		Therapy (prescriptions, technical procedure)	6 (11.3%)	
		Routine check-up	8 (42.1%)	
		Follow-up	9 (42.9%)	
		Referral to another doctor or service	2 (28.6%)	
		Rather not say	0	
Legend:	*	P<0,05		
	**	P<0,001		
	C	Chi² hypothetic test		
	M	Mann Whitney U hypothetic test		
	S	Spearman correlation		

Is the therapeutic relationship stronger in patients with chronic disease?

Patients with a chronic condition reported a stronger therapeutic alliance (median WAI-GP score of 4.6 out of 5, interquartile range 0.6) than patients without a chronic condition (4.3 and IQR 1.1) (p=0.007). There were no significant differences in WAI-GP scores among the different chronic conditions.

Patients with multimorbidity reported a stronger therapeutic alliance (4.6 and IQR 0.5) than patients without multimorbidity (4.35 and IQR 0.9) (p=0.013). Patients without multimorbidity have no or less than three chronic conditions.

Other variables that were significantly related to the WAI-GP scores are described in table 4 [12]. There is a significant correlation between WAI-GP and physician sex (males scored higher), patient age (older patients scored higher) and number of contacts per year concerning a chronic condition (more contacts scored higher). [Table 4]

Table 4

Characteristics: correlation with WAI-GP		Statistic test
Physician	Age	S
	Sex	M*
	Working experience	K
	Which physician	K
Patient	Age	S**
	Sex	M
	Duration therapeutic relationship	K
Contact	Type (consultation/home visit)	M
	Number of contacts per year	K
	Number of contacts per year concerning a chronic condition	K*
	Practice type (solo/duo/group)	K
	Reason for encounter	K
	With preferred physician?	M

Legend:		
	*	P<0.05
	**	P<0.001
	C	Chi² hypothetic test
	M	Mann Whitney U hypothetic test
	S	Spearman correlation
	K	Kruskal Wallis hypothetic test

Multivariate analysis

We performed a multivariate analysis to investigate which variables predict a higher WAI-GP score, when neutralizing the variables that may be indirectly correlated (such as physician age and working experience).

Multivariate analysis could only demonstrate a significant independent correlation between WAI-GP and physician sex. All other variables did not show significant correlation with WAI-GP.

Discussion

This study confirms the high prevalence of chronic conditions and multimorbidity in primary care. Hypertension and chronic musculoskeletal conditions are the most frequently reported. Both diseases have a reported prevalence of more than 20%. The conditions with the highest comorbidity rates are heart failure, stroke and transient ischemic attack, kidney disease or failure and cardiovascular disease. Characteristics associated with higher multimorbidity were female sex, higher patient age, more home visits and a higher number of contacts with the family physician per year. The reason for encounter in patients with multimorbidity was most often a follow-up, a routine check-up and a treatment (prescriptions or technical procedure). Some family physicians had significantly more contacts with patients with multimorbidity, however physicians' age, sex and working experience did not appear to be related with multimorbidity.
Patients with a chronic condition or multimorbidity reported a stronger therapeutic alliance than patients without chronic conditions. Characteristics that were related to higher WAI-GP scores are physician sex (male physicians scored higher), patient age (older patients scored higher) and number of contacts per year concerning a chronic condition (more contacts scored higher). There were no significant correlations between WAI-GP and characteristics of individual chronic conditions. Multivariate analysis could only demonstrate a statistically significant independent association between WAI-GP and physician sex.

Higher patient age and more contacts per year seem logical correlations with a stronger therapeutic alliance, because it builds the therapeutic relationship. However, it is remarkable that the number of contacts per year is significant, but not the duration of the therapeutic relationship. It would imply that there is something else defining this connection, either in the nature of the contact, the reason for encounter, the nature of the patient or the social desirability to score highly on this survey.
Possible limitations of this study are as follows: (1) The subjectivity of some survey-questions: some of them were misinterpreted or too abstract, potentially caused by the Dutch translation of the WAI-GP. For example, the Dutch translation of "*I am genuinely concerned for my patient's welfare*" could either be interpreted as sincere empathy for the patient's general well-being, or concern about a patient's specific condition(s). A more thorough validation of the Dutch WAI-GP is therefore necessary, should it be used for further research. (2) The inclusion of some survey questions that were not useful for data analysis: such as whether or not the family physician spent enough time, listened adequately or showed respect to the patient. These questions all demonstrated maximum scores. (3) The limited number of patients with multimorbidity in this study (34 patients): an example could be the significant correlation between the specific physicians and higher WAI-GP scores in patients with multimorbidity. This is a remarkable result, because there were no correlations with traditional physician characteristics, such as age, sex or working experience. Furthermore, analysis of all contacts reported higher WAI-GP scores in male physicians. This result could also be questioned, as the study included only three male physicians, and seven female physicians. Because of the limited study sample, the relevance of the study results was further investigated by examining the residuals. It was concluded that 170 samples is reasonably sufficient and the results are statistically robust. A multivariable analysis may only be used in normally distributed samples. In this study however, the WAI-GP scores do not have a normal distribution: it is skewed towards the right (higher scores). Supporting the central limit theory, it is probable that in a bigger study sample the distribution would be more Gaussian. It was attempted to limit bias by including data from multiple practices and multiple family physicians.

According to statistical expertise, the study results carry sufficient power, although a rerun with a larger sample size could be useful to gain more conclusive data.

This study demonstrated that patients with both chronicity and multimorbidity score higher therapeutic alliance scores than patients without chronic conditions. This is a very interesting result that needs further investigation: does it mean that a robust therapeutic relationship is only built during chronic contacts? Or does a patient without any chronic conditions also build the therapeutic relationship with their family physician, regardless of the type of contact?
Further investigation by in-depth qualitative inquiries of contacts with high WAI-GP scores could be performed. Studies using larger samples could identify whether therapeutic relationships in chronic patients show increased common goal setting and/or task identification. In this study, only the total WAI-GP score was analyzed, without distinction between the three elements of therapeutic alliance (goals, task and bond). As a consequence, it is not possible to examine whether higher goal-oriented scores relate with more multimorbidity. This topic would probably benefit from mixed method approaches. Patient-physician encounters could be analyzed for therapeutic alliance using the WAI-GP survey. Different from our study, this study could further investigate the encounters with a high score on the goal element of the WAI-GP. They could be tracked as best practices in goal-oriented care and recruited for a sequential in-depth qualitative study or by analyzing video-consultations. This way, a number of core elements and skills could be identified that benefit the therapeutic relationship in a one-on-one interaction between provider and patient. The next step is investigating which core elements and skills are transferable to instructing family physician residents on the improvement of therapeutic alliance. Furthermore, studying the value of a robust therapeutic relationship between chronic patients and care providers with different backgrounds (such as nurses, psychotherapists, physiotherapists, etc.) may be equally beneficial as team-based care is becoming more and more important for patients with chronic conditions.

Conclusions

This study confirms the high prevalence of multimorbidity in family medicine. Contacts between family physicians and patients with multimorbidity show a stronger therapeutic alliance than those without multimorbidity. However, this significance is not observed in a multivariate analysis. Mixed method studies, including video-observations, could be valuable in order to better understand how patients with multimorbidity demonstrate stronger therapeutic alliance. Goal setting is an important process of care in optimal treatment of patients with multimorbidity. Therefore, further research could specifically focus on the element of goal setting, defined within the therapeutic alliance framework.

Declaration of conflicting interests

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

[1] Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance. Journal of the American Medical Association 2005; 294(6): 716-724.

[2] Poitras ME, Maltais ME, Bestard-Denomme L, Stewart M and Fortin M. What are the effective elements in patient centered and multimorbidity care? A scoping review. BioMed Central Health Services Research 2018; 18: 446.

[3] Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. Annals of Family Medicine 2011; 9(2): 155-64.

[4] Egnew TR. Suffering, Meaning, and Healing: Challenges of Contemporary Medicine. Annals of Family Medicine 2009;7(2): 170-5.

[5] Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Family Practice 1986; 3(1): 24-30. 2003 Sec. Ed.

[6] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytical concept of the Working Alliance. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 1979; 16(3), 252-260.

[7] Paap D, Dijkstra PU. Working Alliance Inventory-Short Form Revised. Journal of Physiotherapy 2017; 63: 118.

[8] Sturgiss EA, Rieger E, Haesler E, Ridd M, Douglas K, Galvin S. Adaptation of the Working Alliance Inventory for General Practice: qualitative review and cross-sectional surveys. Family Practice 2018; 11(26).

[9] Stewart M, Fortin M. Patient-Centred Innovations for Persons with Multimorbidity: funded evaluation protocol. Canadian Medical Association Journal Open; 5(2): E365-372.

[10] Fortin et al. Development of a research tool to document self-reported chronic conditions in primary care. Journal of Comorbidity 2017;7(1): 117–123.

[11] ICMJE Recommendations for the Protection of Research Participants. International Committee of Medical Journal Editors. http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/protection-of-research-participants.html (2019, accessed on 30 April 2019)

[12] Meskens A, Sturgiss EA, Van der Poorten A, Verpoort AC, Boeckxstaens P. Therapeutic Alliance in Family Medicine: The Working Alliance Inventory in Random Consultations Between Patients and General Physicians. Master's dissertation, Ghent University 2018-2019.

Appendices°

[A] Survey patient

[B] Survey family physician

[C] Informed Consent

[D] Approval Ethics Committee & Study Protocol

° *all appendices are in Dutch*

VRAGENLIJST: VERSIE PATIËNT

Algemeen

- Geslacht: ◻ V ◻ M ◻ X
- Leeftijd: ……. jaar
- Hoe lang kom je al bij deze arts als patiënt?
  ◻ < 1 jaar ◻ 1 – 5 jaar ◻ 5 – 10 jaar ◻ > 10 jaar
- Heb je een voorkeur voor een bepaalde arts binnen de praktijk?
  ◻ ja ◻ neen
- Zo ja, was de afgelopen consultatie bij deze arts?
  ◻ ja ◻ neen
- Hoe vaak consulteer je jaarlijks een arts?
  ◻ < 5 / jaar ◻ 5 – 10 / jaar ◻ >10 / jaar
- De arts heeft voldoende de tijd genomen om mijn klacht te bespreken.
  ◻ helemaal akkoord ◻ deels akkoord ◻ niet akkoord

  Indien niet/deels akkoord, leg uit: ……
- De arts luisterde voldoende naar mijn verhaal.
  ◻ helemaal akkoord ◻ deels akkoord ◻ niet akkoord
- De arts toonde respect voor mijn standpunten.
  ◻ helemaal akkoord ◻ deels akkoord ◻ niet akkoord
- Wat was de reden voor je consultatie vandaag?
  - ik wil weten wat er aan de hand is/een diagnose
  - geruststelling
  - bespreken van de resultaten van een onderzoek
  - behandeling (voorschriften, technische procedure)
  - routine check-up
  - controle
  - een verwijzing naar een andere arts of dienst
  - andere: ……
  - ik zeg dit liever niet
- Werden er tijdens het afgelopen consult levensstijlveranderingen (rookstop, gezonde voeding, beweging, alcoholgebruik, …) besproken?
  ◻ ja ◻ neen
- Zo ja, denk je dat je nu meer bereid bent deze te veranderen?
  ◻ ja ◻ neen ◻ misschien
- Heb je één van de chronische aandoeningen uit onderstaande lijst?
  - hoge bloeddruk
  - depressie of angststoornis
  - chronische aandoening van spieren/skelet met pijn of minder functioneren
  - artritis en/of reumatoïde artritis
  - osteoporose (botontkalking)
  - chronisch longlijden (astma, COPD, chronische bronchitis)
  - hart-en-vaatziekte (pijn op de borst, hartinfarct, hartritme-stoornis, slechte doorbloeding)
  - hartfalen (inclusief kleplijden of kunstklep)
  - hersenbloeding
  - maagproblemen (reflux, zuurbranden of maagzweer)
  - dikke darmproblemen (prikkelbare darm, colitis ulcerosa, ziekte v Crohn, diverticulose)
  - chronische hepatitis
  - suikerziekte (diabetes mellitus)
  - schildklierlijden
  - kanker de afgelopen 5 jaar (incl melanoom, excl andere huidtumoren)
  - nierlijden of nierfalen

- ○ chronisch urineweglijden
- ○ dementie of ziekte v Alzheimer
- ○ hoog cholesterol
- ○ overgewicht (BMI > 30 kg/m²)
- ○ andere: ……

- Zo ja, hoe lang geleden kreeg je de diagnose van deze aandoening?
  □ < 1 jaar □ 1 – 5 jaar □ 5 – 10 jaar □ > 10 jaar
- Hoeveel contacten heb je jaarlijks met jouw arts i.k.v. van deze aandoening?
  □ < 5 /jaar □ 5 – 10/jaar □ >10/jaar
- Had het afgelopen consult betrekking op jouw chronische aandoening?
  □ ja □ neen
- Is deze chronische aandoening volgens jou onder controle?
  □ helemaal akkoord □ deels akkoord □ niet akkoord
  Indien deels/niet akkoord, leg uit:……
- Indien je jouw arts-patiëntrelatie met deze arts een score (0-10) moet geven, waarbij 0 = een zeer slechte relatie en 10 = een ideale relatie, hoeveel zou dit dan zijn?
  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Working Alliance Inventory (WAI)

1) Door mijn contacten met mijn huisarts is het mij duidelijker geworden hoe ik voor mijn welzijn en gezondheid moet zorgen.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

2) Wat ik doe met mijn huisarts leert mij nieuwe manieren om om te gaan met mijn welzijn en gezondheid.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

3) Ik geloof dat mijn huisarts om mij geeft.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

4) Mijn huisarts en ik beslissen samen over de doelen die ik wil bereiken voor mijn welzijn en gezondheid.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

5) Mijn huisarts en ik respecteren elkaar.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

6) Mijn huisarts en ik werken aan de gezondheidsdoelen die we samen overeengekomen zijn.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

7) Ik heb het gevoel dat mijn huisarts mij begrijpt.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

8) Mijn huisarts en ik zijn het eens over wat mijn belangrijkste werkpunten zijn voor mijn welzijn en gezondheid.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

9) Zelfs al doe ik dingen die mijn huisarts niet aanraadt of voorstelt, ik weet dat hij/zij toch om mij blijft geven.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

10) Ik heb het gevoel dat de zaken die ik doe met mijn huisarts bijdragen tot het behalen van mijn gezondheidsdoelen.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

11) Mijn huisarts en ik hebben een onderling begrip van wat ik moet doen om mijn welzijn en gezondheid te verzorgen.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

12) Ik denk dat we de juiste zaken aanpakken voor mijn welzijn en gezondheid.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

HARTELIJK BEDANKT VOOR UW DEELNAME!

VRAGENLIJST: VERSIE ARTS

1. Algemeen

- Geslacht *(kruis aan wat past)*
  □ V □ M □ X
- Leeftijd: ….. jaar
- Aantal jaren ervaring als huisarts *(kruis aan wat past)*
  □ < 1 jaar □ 1 – 5 jaar □ 5 – 10 jaar □ > 10 jaar
- Praktijkvorm *(kruis aan wat past)*
  □ solo-praktijk □ duopraktijk □ groepspraktijk (≥ 3 artsen)

---

2. Patiënt-specifieke vragen

- Hoe lang heb je al een therapeutische relatie met deze patiënt? *(kruis aan wat past)*
  □ < 1 jaar □ 1 – 5 jaar □ 5 – 10 jaar □ > 10 jaar
- Hoe vaak komt deze patiënt jaarlijks bij jou langs? *(kruis aan wat past)*
  □ < 5 keer/jaar □ 5 – 10 keer/jaar □ >10 keer/jaar
- Werden er tijdens het afgelopen consult levensstijlveranderingen (rookstop, gezonde voeding, beweging, alcoholgebruik, …) besproken? *(kruis aan wat past)*
  □ ja □ neen
  Zo ja, denk je dat de patiënt nu meer bereid is tot het veranderen van zijn gedrag?
  □ ja □ neen □ misschien
- Heeft deze patiënt één van de chronische aandoeningen uit onderstaande lijst? *(kruis aan wat past)*

- o Hypertensie
- o depressie of angststoornis
- o een chronische musculoskeletale aandoening met pijn of verminderd functioneren
- o artritis en/of reumatoïde artritis
- o osteoporose
- o astma, COPD of chronische bronchitis
- o cardiovasculaire aandoening (angor, myocard-infarct, VKF, perifeer arterieel lijden)
- o hartfalen (inclusief kleplijden of kunstklep)
- o CVA en TIA
- o maagproblemen (reflux, zuurbranden of maagulcus)
- o colonproblemen (IBS, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn, diverticulose)
- o chronische hepatitis
- o kanker in de afgelopen 5 jaar (inclusief melanoom, maar exclusief andere huidtumoren)
- o schildklierlijden
- o diabetes mellitus
- o nierlijden of nierfalen
- o chronisch urinair lijden
- o dementie of ziekte van Alzheimer
- o hyperlipidemie
- o obesitas (berekende BMI > 30 kg/m^2)
- o andere: ……

Zo ja, hoe lang geleden kreeg de patiënt de diagnose? *(kruis aan wat past)*
□ < 1 jaar □ 1 – 5 jaar □ 5 – 10 jaar □ > 10 jaar

Hoeveel contacten heeft de patiënt jaarlijks met jou in het kader van deze aandoening?
□ < 5 /jaar □ 5 – 10/jaar □ >10/jaar

Had het afgelopen consult betrekking op de chronische aandoening van de patiënt?
□ ja □ neen

Is deze chronische aandoening volgens jou onder controle?

□ helemaal akkoord □ deels akkoord □ niet akkoord

Indien je jouw therapeutische relatie met de patiënt een score van 0-10 moet geven, waarbij 0 = een zeer slechte relatie en 10 = een ideale relatie, hoeveel zou dit dan zijn? *(omcirkel wat past)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

3. Working Alliance Inventory (WAI) *(omcirkel wat best past voor jou en je patiënt)*

1. Mijn patiënt en ik zijn het eens over de zaken die nodig zijn om voor zijn/haar welzijn en gezondheid te zorgen.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

2. Ik maak mij oprecht zorgen om het welzijn van mijn patiënt.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

3. We werken naar gezondheidsdoelen toe waar we het allebei over eens zijn.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

4. Mijn patiënt en ik hebben allebei vertrouwen in de effectiviteit van onze huidige aanpak om voor zijn/haar gezondheid te zorgen.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

5. Ik respecteer mijn patiënt als persoon en accepteer hem/haar zonder oordeel.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

6. We hebben een onderling begrip over het soort veranderingen die mijn patiënt kunnen helpen.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

7. Mijn patiënt en ik respecteren elkaar.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

8. Mijn patiënt en ik hebben hetzelfde idee over zijn/haar gezondheidsdoelen.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

9. Ik geef om mijn patiënt ook als hij/zij dingen doet die ik niet heb aangeraden of voorgesteld.

①	②	③	④	⑤
zelden	soms	vaak	meestal	altijd

10. We zijn het eens over wat voor mijn patiënt belangrijke werkpunten zijn.

⑤	④	③	②	①
altijd	meestal	vaak	soms	zelden

HARTELIJK BEDANKT VOOR UW DEELNAME

FACULTEIT **GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN**

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Onderzoekers *Dr. Annelou Meskens, Dr. Anne-Catherine Verpoort, Dr. Aline Van der Poorten*

Promotoren *Prof. Dr. An De Sutter, Dr. Pauline Boeckxstaens*

AANPASSING VAN DE WERKALLIANTIEVRAGENLIJST (WAI)

NAAR EEN HUISARTSGERICHTE CONTEXT

Aan de hand van een gevalideerde vragenlijst wil dit onderzoek nagaan wat de bepalende factoren voor een **goede arts-patiëntrelatie** zijn en of er een **verband** is **tussen een betere relatie en een betere gezondheid** (levensstijlveranderingen en de opvolging van chronische ziekten).

Deze vragenlijst is gebaseerd op de Engelstalige *Working Alliance Inventory (WAI)*, een vragenlijst uit de psychologie die wordt gebruikt om de relatie tussen een patiënt en therapeut te objectiveren. In een Australisch onderzoek werd deze reeds vertaald naar een huisartscontext, nu wordt hetzelfde gedaan in Vlaanderen.

Er wordt verder bekeken welke factoren een invloed hebben op de relatie tussen huisarts en patiënt (bijvoorbeeld hoe lang zij elkaar al kennen, of er meerdere artsen aanwezig zijn in de praktijk,...) en of een goede arts-patiënt relatie (en dus een hoge score op de WAI-vragenlijst) bijdraagt tot een betere zorg voor chronische ziekten en makkelijker opstarten van levensstijlveranderingen (bijvoorbeeld rookstop, vermageren,...).

De **vragenlijst** die je zal voorgelegd krijgen, bestaat eerst uit een **deel algemene vragen** over jou als patiënt en je relatie tot de arts waar je net bij ging. Het tweede deel van de vragenlijst is de **werkalliantievragenlijst** (WAI). De vragen worden anoniem verwerkt, en de antwoorden die je geeft zullen dus niet teruggekoppeld worden naar je huisarts.
Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer **3 tot 5 minuten** van je tijd in beslag

Het staat je steeds vrij te weigeren om deel te nemen, of om je terug te trekken uit de studie. Hiervoor kan je contact opnemen met de onderzoeker in jouw praktijk, of mailen naar één van de onderstaande adressen.

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UZ Gent.

Alvast bedankt voor je deelname!

→ **Contactgegevens:** Annelou: annelou.meskens@ugent.be
Aline: aline.vanderpoorten@ugent.be
Anne-Catherine: acverpoort@hotmail.com

FACULTEIT **GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN**
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Onderzoekers *Dr. Annelou Meskens, Dr. Anne-Catherine Verpoort, Dr. Aline Van der Poorten*
Promotoren *Prof. Dr. An De Sutter, Dr. Pauline Boeckxstaens*

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, ... verklaar hierbij dat ik, als proefpersoon bij een onderzoek aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent,

(1) de uitleg over de aard van de vragen, die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden, heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen

(2) uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek

(3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op anonieme en vertrouwelijke wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden

(5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten, op geen enkele manier invloed heeft op de kwaliteit van zorgverlening door de huisarts

(6) ervan op de hoogte ben dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen

Gelezen en goedgekeurd op ...../...../ 2018,

Handtekening

De proefpersoon De onderzoeker

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0483	12-jun-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De Working Alliance Inventory (WAI): een geschikte procesindicator voor patiëntgerichte zorg?
MaNaMa Van Der Poorten Aline

Belgisch Registratienummer: B670201836666

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 5/03/2018 (volledig ontvangen dd 14/03/2018) versie 1
* Vragenlijsten
  - patiënt (versie 1) dd 01/03/2018
  - arts (versie 1) dd 1/03/2018
* Rekruteringsmateriaal: poster (versie 1) dd 01/03/2018
* Antwoord onderzoekers via mail Dr. A. Verpoort dd 22/05/2018 (ontv 23/05/2018) op opmerkingen EC dd 23/03/2018
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 1/03/2018 (aangepaste versie)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 5/06/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/06/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 5/06/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/06/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/06/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/06/2018

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*

- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0483	12-jun-18	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2018/0483

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Geef een korte samenvatting van het protocol, verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie, verwijs niet alleen naar een bijgevoegd protocol.

Patiëntgerichte zorg wordt in de literatuur duidelijk gelinkt aan betere gezondheids-uitkomsten. Specifiek voor chronische zorg wordt de productieve interactie tussen een team van zorgverstrekkers en de patiënt als centrale pijler van het *chronic care model* gedefinieerd. In de voorbije twee decennia is er dan ook een toenemende belangstelling om patiëntgerichte zorg te meten als belangrijke procesindicator voor kwaliteitsvolle zorg. Er zijn verschillende meetinstrumenten voor *patient-centered care* voorhanden, doch deze zijn voornamelijk gericht op de individuele interactie tussen arts en patiënt, waardoor ze enerzijds minder goed de continuïteit in de zorgprocessen in chronische zorg capteren en anderzijds niet goed geschikt zijn om de toenemende interprofessionele zorgprocessen in de gezondheidszorg in kaart te brengen.

De *working alliance inventory* (WAI) is een gevalideerd instrument dat de alliantie meet tussen een patiënt en zijn psychotherapeut. Dit instrument is gebaseerd op het theoretisch kader van Bordin en beschrijft een drievoudig model van de alliantie tussen de zorgverstrekker en de patiënt: de verbintenis (‘*bond’*), het bepalen van gemeenschappelijke doelstellingen (‘*goal setting’*) en de overeenstemming over de concrete afspraken om deze te bereiken (‘*tasks’*). Hoge scores op de WAI zijn in verschillende zorgsettings en voor verschillende aandoeningen gelinkt aan betere gezondheidsuitkomsten. De WAI werd gebruikt in een feasibility trial voor een zorgprogramma rond overgewicht in Australië waar hoge scores gerelateerd werden aan betere uitkomsten voor de patiënt en werd ook toegepast in de eerste lijn in Canada en de VS. Sturgiss et al pasten vanuit deze bevindingen de WAI aan aan de context van de interactie tussen de patiënt en zijn huisarts (WAI-GP). Deze masterproef wil de WAI-GP testen in de Vlaamse huisartsenpraktijk om na te gaan of dit meetinstrument potentieel heeft als maat voor patiëntgerichte zorg over verschillende zorgsettings en door de tijd heen.

Deze studie zet in op (1) validering van de WAI GP in de context van de Vlaamse huisartsenpraktijk. (2) Associatie van de WAI GP met zowel patiënt- als arts-karakteristieken en de effecten van de duur van de relatie tussen de huisarts en de patiënt. (3) Associatie van de gerapporteerde WAI GP en levensstijlaanpassingen: worden levensstijlaanpassingen vaker besproken bij een hogere WAI-score en is de patiënt meer geneigd om zijn levensstijl aan te passen bij een hogere WAI- score (indien besproken)?

Fase 1: samenstellen van de vragenlijst. De WAI-GP vragenlijst wordt vertaald via backward-forward procedure door verschillende vertalers om zo tot een Nederlandstalige versie te komen. Aan deze vertaling worden enkele vragen toegevoegd die relevant zijn voor de uiteindelijke onderzoeksvragen en zo wordt de definitieve vragenlijst bekomen.

Fase 2: validatie van de vragenlijst/ bevragen van de lijst in de huisartsenpraktijk. De huisartsenpraktijken waar de onderzoekers zelf werkzaam zijn, werden uitgenodigd om te participeren aan het onderzoek en hebben toegestemd. In totaal zouden 150 deelnemers gerekruteerd worden; wat neerkomt op 50 inclusies per praktijk (elke praktijk zal ongeveer 53 vragenlijsten invullen, rekening houdend met een verwachte drop-out van 10%). Er zou hierbij een verdeling van 40 consulten in de praktijk en 10 huisbezoeken nagestreefd worden.

De momenten van bevraging zullen vooraf vastliggen. Elke tweede patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria (meerderjarig en wilsbekwaam), zal uitgenodigd worden om vrijwillig deel te nemen. De patiënten worden vooraf op de hoogte gesteld van het onderzoek door middel van een poster die wordt opgehangen in de wachtzaal. Hierop staat het onderzoeksopzet, de periode waarbij de bevraging kan voorgesteld worden, alsook de mogelijkheid tot weigeren van deelname, duidelijk beschreven. Alle collegae huisartsen uit de praktijk en eventueel secretariaatsmedewerkers zullen op de hoogte zijn van het project. Iedere patiënt die in aanmerking komt wordt gevraagd een informed consent te tekenen. De onderzoekers zelf zullen niet deelnemen aan de studie, maar zijn wel beschikbaar voor het begeleiden van de deelnemers bij het invullen van de vragenlijst.