



rijksuniversiteit  
groningen

C4Youth

Collaborative Centre on Care for Children and Youth

Communicatie tussen professionals en hun cliënten in de zorg voor jeugd  
Professionalperspectieven en professionalkenmerken

Marij Veldman

# Communicatie tussen professionals en hun cliënten in de zorg voor jeugd Professionalperspectieven en professionalkenmerken

Masterthesis Algemene Pedagogische Wetenschappen

Marij Veldman Bsc. BA.

Studentnummer: s1906097

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Master Algemene Pedagogische Wetenschappen

Binnen de organisatie van: C4Youth

(Collaborative Centre on Care for Children and Youth)

Onder begeleiding van: Dr. Pauline Schreuder

Tweede beoordelaar: Dr. Diana van Bergen

Speciale dank aan: Margot Jager MA.

Datum: 28-08-2015

## Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie behorende bij de masteropleiding Algemene Pedagogische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Met veel plezier heb ik aan mijn scriptie gewerkt en ondertussen heb ik veel geleerd. Graag wil ik een aantal mensen hier bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van mijn masterscriptie.

Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider dr. Pauline Schreuder bedanken. Door haar enthousiasme en opbouwende feedback gaf zij mij het vertrouwen dat ik deze scriptie tot een goed einde kon brengen.

Ten tweede wil ik de organisatie van C4Youth bedanken dat zij mij de mogelijkheid hebben geboden om binnen hun organisatie mijn scriptie te schrijven. Zij maakten het mogelijk om met eigen inbreng aan te sluiten bij een bestaand onderzoeksproject en gebruik te maken van de door hen verzamelde data. In het bijzonder wil ik Margot Jager MA. bedanken voor haar enorme behulpzaamheid. Met kennis van zaken was ze altijd bereid om mijn vragen te beantwoorden.

Vervolgens wil ik tweede lezer dr. Diana van Bergen bedanken voor haar bruikbare tips bij mijn onderzoeksvorstel.

Tot slot wil ik ieder ander bedanken die op wat voor manier dan ook een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze scriptie.

Marij Veldman

Groningen, 10-07-2015

## **Abstract**

Client-professional communication in youth care is highly relevant. Professionals should recognize the communication preferences of their clients and respond to it (client centered communication approach). Until now, only the client perspective and the impact of client-professional communication on the outcomes of youth care were examined. This is an exploratory descriptive study on the professional perspective on client-professional communication in youth care and possibly related professional characteristics. Both qualitative and quantitative analysis is used. First of all, the view of professionals on client-professional is examined through analysis of open questions. Second, using percentages it is examined if there is a difference in vision on client-professional communication based on differences in the assessment of communication skills of the professionals. Subsequently, the relationship between the assessment of the communication skills and various professional characteristics (age, gender, work experience, education, function and organization) is examined using univariate and multivariate regression analysis. Based on the findings, a vision of the professionals consisting of limiting and stimulating factors regarding client-professional communication is outlined. This vision on client-professional communication does not seem to be related to the assessment of communication skills. Age, work experience as a professional in psychosocial care, work experience as a professional in youth care and the specific function of the professionals appear to be related to the assessment of communication skills. Work experience as a professional in youth care appears to be the most important predictor for the assessment of communication skills. As professionals have more work experience they are more confident about their own communication skills. This study is a step forward to a more complete picture of client-professional communication, through which (future) professionals can improve their communication with their clients.

## Samenvatting

Cliënt-professional communicatie in de zorg voor jeugd is van groot belang. Professionals dienen de communicatievoorkeuren van hun cliënten te herkennen en erop inspelen (cliënt-gerichte communicatiebenadering). Tot nu toe was er alleen onderzoek gedaan naar het cliënt-perspectief en de invloed van cliënt-professional communicatie op de geboden zorg aan de jeugdigen. Dit is een beschrijvend en verkennend onderzoek naar het professionalperspectief en professionalkenmerken aangaande cliënt-professional communicatie in de zorg voor jeugd. Er is gebruikt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve analyse. Allereerst is, middels analyse van open vragen, de visie van professionals op de cliënt-professional communicatie onderzocht. Vervolgens is met behulp van percentages onderzocht of er een verschil bestaat in deze visie tussen professionals die hun communicatievaardigheden hoog inschatten en professionals die hun communicatievaardigheden laag inschatten. Daaropvolgend is het verband tussen de inschatting van de eigen communicatievaardigheden en verschillende professionalkenmerken (leeftijd, geslacht, werkervaring, opleiding, functie, organisatie) geanalyseerd door enkelvoudige en meervoudige regressieanalyse. Op basis van de bevindingen wordt een beeld, bestaande uit belemmerende en bevorderende factoren betreffende de communicatie, van de visie van professionals op de communicatie met hun cliënten geschetst. Deze visie op cliënt-professional communicatie lijkt niet samen te hangen met de inschatting van de eigen communicatievaardigheden. Leeftijd, werkervaring als hulpverlener, werkervaring als hulpverlener in de zorg voor jeugd en functie van de professionals blijken gerelateerd te zijn aan de inschatting van hun eigen communicatievaardigheden. Werkervaring als hulpverlener blijkt de belangrijkste voorspeller voor de inschatting van de eigen communicatievaardigheden te zijn. Naarmate professionals meer werkervaring als hulpverlener hebben zijn ze zekerder over hun eigen communicatievaardigheden. Dit onderzoek is een stap in de richting van een completer beeld van cliënt-professional communicatie, waardoor (toekomstige) professionals de communicatie met hun cliënten kunnen verbeteren.

# Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i> .....	2
<i>Abstract</i> .....	3
<i>Samenvatting</i> .....	4
<i>1. Inleiding en theoretisch kader</i> .....	6
1.1 De zorg voor jeugd.....	6
1.2 Cliënt-professional communicatie in zorg voor jeugd .....	6
1.3 Cliënten hechten veel belang aan goede communicatie .....	7
1.4 De invloed van communicatie op zorg.....	8
1.5 De cliëntgerichte communicatiebenadering .....	10
1.6 De rol van de professional.....	11
<i>2. Methode</i> .....	13
2.1 Onderzoeksdesign .....	13
2.2 Onderzoekspopulatie en wijze van steekproeftrekking .....	13
2.3 Meetinstrumenten en variabelen .....	14
2.4 Analyse.....	17
<i>3. Resultaten</i> .....	19
3.1 Belemmerende factoren op verschillende niveaus .....	19
Belemmerende factoren op cliëntniveau. ....	20
Belemmerende factoren op professionelniveau.....	20
Belemmerende factoren op cliënt-professionelniveau. ....	21
Overige belemmerende factoren. ....	22
3.2 Belemmerende factoren op cliëntniveau .....	24
Problematiek van de cliënt .....	25
Eigenschappen van de cliënt. ....	25
Geen belemmerende factoren op cliëntniveau.....	26
3.3 Bevorderende factoren in cliënt-professional communicatie .....	27
De belangrijkste factoren voor goede communicatie. ....	28
3.4 De visie op de eigen vaardigheden in relatie tot de visie op cliënt-professional communicatie .....	29
Verskil in visie afhankelijk van de visie op de eigen communicatievaardigheden.....	31
3.5 De inschatting van de eigen communicatievaardigheden in relatie tot professionalkenmerken .....	33
Samenhang professionalkenmerken en de visie op de eigen communicatievaardigheden.....	34
<i>4. Conclusie en discussie</i> .....	35
Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek. ....	39
<i>Literatuur</i> .....	42
<i>Bijlagen</i> .....	49
Bijlage 1: Codeboek.....	49

# **1. Inleiding en theoretisch kader**

## **1.1 De zorg voor jeugd**

In Nederland maakt ongeveer 20% van de jeugdigen gebruik van professionele zorg vanwege psychosociale problemen (d.w.z. gedragsproblemen, emotionele problemen en sociale problemen) (Van Yperen, 2013; Van Eijk, Verhage, Noordik, Reijneveld & Knorth, 2013). Er bestaan echter veel zorgen over de zorg voor jeugd. Er is bijvoorbeeld sprake van lage therapietrouw en een hoge mate van uitval (Gearing, Schwalbe & Short, 2012; Nock & Ferriter, 2005). Bovenal zijn er zorgen over de effectiviteit van de zorg (Van Yperen, 2013; Pijnenburg, 2010). De zorgen weerspiegelen het belang dat gehecht wordt aan goede zorg voor jeugdigen: iedere jongere verdient de zorg die hij of zij nodig heeft. Vanwege tekortkomingen in het zorgsysteem zijn er de afgelopen jaren vernieuwingen doorgevoerd, zoals de transitie en transformatie van het stelsel de zorg voor jeugd (Jeugdwet, 2015). Tot dusver hebben de recente vernieuwingen de zorgen nog niet doen afnemen en wellicht zelfs doen toenemen (Pijpers, Boere-Boonekamp, Van Harten, Hartman, Kocken, Rijbroek, ... & Voorham, 2013). Bovendien is er ondanks de ontwikkeling van de laatste jaren om de wetenschappelijke onderbouwing van de zorg voor jeugd te versterken en de zorg te optimaliseren (Knorth, Van Eijk, Tuinstra, 2011), nog veel onbekend over de processen binnen de zorg en de uitkomsten van de zorg (Van Yperen, 2013). Het blijkt dus van grote maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie om de ontwikkeling ter versterking van de wetenschappelijke onderbouwing en de optimalisering van de zorg voor de jeugd voort te zetten.

## **1.2 Cliënt-professional communicatie in zorg voor jeugd**

Communicatie tussen professionals en cliënten speelt een belangrijke rol in de zorg voor jeugd met psychosociale problemen (Jager, Reijneveld, Metselaar, Knorth & Winter, 2014; Jager, Winter, Metselaar, Knorth & Reijneveld, 2014; Millán, Navas, Mingorance, & Escrí, 2014).

In algemene theorieën over cliënt-professional communicatie in de gezondheidszorg worden overwegend drie functies van cliënt-professional communicatie beschreven: het bevorderen van relaties, het verstrekken van informatie en het maken van aan de behandeling gerelateerde beslissingen (Ong, De Haes, Hoos, Lammes, 1995; Kiesler, & Auerbach, 2006; Ha & Longnecker, 2010). Enkele onderzoekers onderscheiden hiernaast nog andere functies van de cliënt-professional communicatie in de zorg, bijvoorbeeld het reageren op emoties en het omgaan met onzekerheid (Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). Daarnaast wordt er soms een onderscheid gemaakt tussen informatie geven en informatie verkrijgen, bijvoorbeeld

door De Haes en Bensing (2009). Deze functies kunnen echter beschouwd worden als specificeringen van de drie eerder genoemde functies van communicatie.

Op basis van de functies van communicatie kunnen een aantal communicatieaspecten worden onderscheiden. Ten eerste affectieve communicatie, waarbij het voornamelijk gaat om empathie, aandacht, luisteren en respect. Ten tweede informatieverstrekking, bijvoorbeeld het geven van informatie over de behandeling en mogelijke opties binnen de zorg (Jager, Reijneveld e.a., 2014). Het derde communicatieaspect is gezamenlijke besluitvorming, bijvoorbeeld het bediscussiëren van voordelen en nadelen van verschillende opties, het samen opstellen van een plan en de cliënt zelf dingen laten regelen (Makoul & Clayman, 2006; Charles, Gafni & Whelan, 1999). Tot slot voegen Jager, De Winter et al (2014) interprofessionele communicatie als laatste communicatieaspect toe: de communicatie tussen verschillende professionals. Doordat verschillende gezinsleden vaak contact hebben met verschillende hulpverleners, is interprofessionele communicatie in de zorg voor jeugd in het bijzonder van belang. Relevante aspecten bij interprofessionele communicatie zijn bijvoorbeeld privacy en overdracht van cliënten (Jager, De Winter e.a., 2014).

### **1.3 Cliënten hechten veel belang aan goede communicatie**

Jeugdigen en hun ouders hechten veel belang aan goede communicatie met de hulpverlener waarmee zij te maken krijgen (Jager, De Winter e.a., 2014; Hall & Slembrouck, 2009; De Winter & Noom, 2002). Uit het onderzoek van Jager, De Winter et al (2014) komt naar voren dat adolescenten en hun ouders veel belang hechten aan alle door hen onderscheiden communicatieaspecten: affectieve communicatie, informatieverstrekking, gezamenlijke besluitvorming en interprofessionele communicatie. Opvallend hierbij is dat ouders aan alle communicatieaspecten meer belang hechten dan hun kinderen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders meer het belang zien van de behandeling of zelfs hun zoon of dochter gestimuleerd hebben om hulp te zoeken (Jager, De Winter e.a., 2014).

Over het algemeen hechten adolescenten en hun ouders het meeste belang aan affectieve communicatie en het minste aan gezamenlijke besluitvorming (Jager, De Winter e.a., 2014). Dit komt overeen met het onderzoek van Cashmore (2002). Daaruit blijkt dat jongeren niet op zoek zijn naar controle over het besluitvormingsproces. Ze willen hierbij echter wel geïnformeerd en betrokken worden. Vanuit het cliëntperspectief willen de kinderen en jongeren vooral dat er naar hun geluisterd wordt. Ze hechten veel belang aan iemand die ze vertrouwen, toegang tot informatie en mogelijkheden om ergens een klacht in te kunnen dienen (Cashmore, 2002).



Dat affectieve communicatie het meest van belang wordt geacht blijkt ook uit de literatuur over communicatie in de gezondheidszorg (Bensing, 1991). Daarnaast stemt het overeen met in de literatuur veel voorkomende factoren die cliënten in de zorg voor jeugd belangrijk vinden: openheid, acceptatie, empathie, vriendelijkheid, warmte en respect (Barnhoorn e.a., 2013; Ackerman & Hilseroth, 2013; Rogers, 1951; Sparks & Duncan, 2010; De Boer & Coady, 2007; Millán, Navas, Mingorance & Escrí, 2014; Pijnenburg, 2010; Hall & Slembrouck, 2009). In de ogen van hun cliënten dienen hulpverleners evenzeer zorgzaam, betrokken, ondersteunend, niet oordelend en geïnteresseerd te zijn (Sparks & Duncan, 2010; De Boer & Candy, 2007; Pijnenburg, 2010). Daarbij dienen hulpverleners negatieve interactie en beschuldigende of denigrerende opmerkingen te vermijden. Ze zijn reflectief en vragen cliënten om feedback (Pijnenburg, 2010).

Communicatievoorkeuren kunnen echter per cliënt verschillen (Jager, De Winter e.a., 2014, zie ook Hill & Laugharne, 2006). Uit onderzoek is gebleken dat communicatievoorkeuren van patiënten en cliënten onder andere samenhangen met sociaal-demografische kenmerken. Over het algemeen vinden oudere, mannelijke patiënten met een lagere sociaal economische status het minder belangrijk om geheel geïnformeerd en volledig betrokken te worden in besluitvormingsprocessen dan jongere, vrouwelijke patiënten met een hogere sociaal economische status (Benbassat, Pilpel & Tidhar, 1998; Arora & McHorney, 2000; Levinson, Kao, Kuby & Thisted, 2005; Murray, Pollack, White, & Lo, 2007; Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010; Gaston, & Mitchell, 2005).

#### **1.4 De invloed van communicatie op zorg**

Communicatie-ervaringen van cliënten blijken niet altijd overeen te komen met hun voorkeuren (Jager, Reijneveld e.a., 2014; Murray, Pollack, White, & Lo, 2007; Kiesler & Auerbach, 2006). Wanneer er discrepanties ontstaan tussen de communicatievoorkeuren en de communicatie-ervaringen van cliënten heeft dit een negatieve invloed op de zorguitkomsten. Belangrijk gevonden, maar niet ervaren affectieve communicatie, informatieverstrekking en gezamenlijke besluitvorming worden geassocieerd met een negatief effect op onder andere therapietrouw en toename van het zelfvertrouwen en vertrouwen in de psychosociale zorg (Jager, Reijneveld e.a., 2014). Daarnaast hebben deze discrepanties een negatieve invloed op de afname van psychosociale problematiek (Jager, Reijneveld, Almansa, Metselaar, Knorth & De Winter, under review). Er is tot dusver geen onderzoek gedaan naar de invloed van interprofessionele communicatie op uitkomsten van de zorg voor jeugd.

Uit het onderzoek van Jager, Reijneveld et al (2014) bleek echter ook dat wanneer gezamenlijke besluitvorming door cliënten ervaren wordt, ongeacht het belang dat zij er aan hechten, dit een positieve invloed heeft op de zorguitkomsten. Dit komt overeen met verschillende onderzoeken waaruit blijkt dat participatie aan beslissingsprocessen een positieve invloed blijkt te hebben op de geboden zorg (Savage & Armstrong, 1990; Stewart, 1995; Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010).

Vanwege de invloed op de zorg dienen professionals zich er daarom niet bij neer te leggen wanneer cliënten minder belang hechten aan gezamenlijke besluitvorming, menen zowel Jager, Reijneveld et al (2014) als Cashmore (2002). Mogelijk kan de lagere prioriteit wat betreft participatie aan besluitvormingsprocessen veroorzaakt worden door de ongelijke machtsrelatie tussen professionals en cliënten, aldus Jager, Reijneveld et al (2014). Adolescenten en ouders kunnen het gevoel hebben dat ze geen bijdrage kunnen leveren aan het besluitvormingsproces. Uit het onderzoek van Gallagher, Smith, Hardy en Wilkinson (2012) blijkt dat duidelijke uitleg, voorbereiding en discussie cruciale faciliterende condities zijn in het mogelijk maken van participatie van jongeren in het beslissingsproces. Wanneer er echter sprake is van te veel of onduidelijke informatie kan dit de participatie juist in de weg zitten. Jongeren willen heldere en simpele informatie. Obstakels hierbij zijn te veel informatie waarvan de jeugdigen menen dat dit niet relevant is voor hen en wanneer de informatie teveel focust op het perspectief van de hulpverleners in plaats van op het perspectief van de jeugdigen en hun families (Gallagher, Smith, Hardy & Wilkinson, 2012).

Bij alle gevonden discrepanties die zorguitkomsten negatief beïnvloeden in het onderzoek van Jager, Reijneveld et al (2014) ging het telkens om discrepanties waarbij de cliënt veel belang hecht aan een bepaald communicatie-aspect, maar deze niet als zodanig heeft ervaren. Een uitzonderlijk resultaat hierbij was dat wanneer een cliënt affectieve communicatie heeft ervaren, maar er weinig belang aan hecht, dit een negatieve invloed heeft op het vertrouwen van de cliënt in zichzelf en in de psychosociale zorg. Jager, Reijneveld et al (2014) menen dat dit mogelijk te verklaren is doordat affectieve communicatie interpersoonlijk contact en praten over gevoelens vereist. Voor jeugdigen met psychosociale problemen kan dit zeer lastig en daardoor minder gewenst zijn. Dit verklaart mogelijk ook dat dit resultaat slechts bij affectieve communicatie is bevonden en niet bij gezamenlijke besluitvorming en informatieverstrekking, aldus Jager, Reijneveld et al (2014). Zoals beschreven bleek dat het ervaren van affectieve communicatie, terwijl hier geen belang aan wordt gehecht, slechts een negatief effect te hebben op het vertrouwen van de cliënt. Dit geldt niet voor andere zorguitkomsten (Jager, Reijneveld e.a., 2014). Verschillende andere onderzoeken hebben

voorts aangetoond dat bepaalde aspecten van affectieve communicatie een positieve invloed hebben op de geboden zorg (Barnhoorn e.a., 2013; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Millán e.a., 2014).

Op basis van het belang dat cliënten hechten aan verschillende communicatie-aspecten en de invloed van de communicatie op zorguitkomsten blijkt dat het cruciaal is dat professionals inspelen op verschillen in communicatievoorkeuren van cliënten. Mogelijk worden de discrepanties tussen communicatievoorkeuren en communicatie-ervaringen veroorzaakt doordat professionals zich niet kunnen aanpassen aan de communicatievoorkeuren van de cliënt, omdat dit niet realistisch is binnen de mogelijkheden die professionals hebben binnen de behandeling of zorgsituatie. Het is echter ook mogelijk dat professionals zich niet bewust zijn van de voorkeuren van hun cliënten en daardoor hun communicatiestijl niet goed afstemmen op de individuele cliënt (Jager, Reijneveld e.a., 2014).

### **1.5 De cliëntgerichte communicatiebenadering**

In het licht van het inspelen op de voorkeuren van de cliënt wordt in de literatuur de cliëntgerichte communicatiebenadering benadrukt. Cliëntgerichte communicatie vindt haar basis in de *patient-centered communication approach* (Rogers, 1951; Balint, 1969). Deze benadering wordt veelvuldig benadrukt in de literatuur aangaande de gezondheidszorg, het vakgebied waarin de meeste onderzoeken zijn gedaan op het gebied van communicatie in zorg, vanwege de bewezen invloed op de kwaliteit van de zorg (Kinnersley, Stott, Peters, Harvey, 1999; Johnson, McMorris, Scal, 2014; Little, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould, ... & Payne, 2001). Het doel van *patient-centered communication* is professionals helpen zorg te bieden die in overeenstemming is met de waarden, behoeften en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast dient patiëntgerichte communicatie het de patiënten mogelijk te maken om input te geven en actief te participeren in beslissingen en over hun gezondheid en de zorg daarvoor (Epstein, Franks & Fiscella, 2005).

De onderzoeken waarin patiëntgerichte communicatie geassocieerd wordt met de kwaliteit van zorg zijn voornamelijk gericht op volwassen patiënten die lichamelijke zorg behoeven, maar er zijn aanwijzingen dat de benadering eveneens positief uitpakt bij jeugd in de gezondheidszorg (Martyn e.a., 2013). In navolging van de *patient-centered communication* benadering benoemen Jager, Reijneveld et al (2014) het belang van cliëntgerichte communicatie in de psychosociale zorg voor jeugd. Cliëntgerichte communicatie houdt in dat professionals de behoeften van hun cliënten, in dit geval de jongeren en hun ouders, herkennen

en hier hun communicatie op aanpassen. Cliëntgerichte communicatie impliceert dus dat de hulpverlener de communicatievoorkeuren van de cliënt herkent.

In de zorg voor jeugd hebben professionals niet alleen met de jeugdige als cliënt te maken, maar ook met zijn of haar ouders. Wanneer er sprake is van kinderen of jongeren in zorg, wordt er in de literatuur ook wel gesproken over de *family-centered approach*. Er is redelijke bewijsvoering in de internationale literatuur dat het betrekken van gezinsleden bij de behandeling de effectiviteit van de behandeling ten goede komt (Hogue, & Liddle, 2009; Hoagwood, 2005; Kuhlthau, Bloom, Van Cleave, Knapp, Romm, Klatka, ... & Perrin, 2011). De meta-analyse van Dunst, Trivette en Harmby (2007) wijst uit dat gezinsgerichte praktijken van professionals, zowel relationele als participatoire praktijken, positief samenhangen met zorguitkomsten. Met name bij adolescenten, blijkt de participatie van gezinsleden een positieve invloed te hebben op de voortzetting van de behandeling (Barnhoorn e.a., 2013; McKay & Bannon, 2004).

### **1.6 De rol van de professional**

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar professionalfactoren die de cliëntgerichte communicatie of de *family-centered approach* mogelijk beïnvloeden. Uit verschillende onderzoeken (Kelley, Bickman & Norwood, 2010; zie ook Pijnenburg, 2010) is wel gebleken dat professionalfactoren een sterkere voorspeller zijn voor de uitkomst van de jeugdhulpverlening dan kenmerken van de cliënten. Het werk van professionals is van substantieel belang voor de kwaliteit van de zorg voor jeugd (zie ook Knorth e.a., 2010). Desondanks is er meer onderzoek verricht naar cliëntfactoren (Barnhoorn e.a., 2013).

In aanvulling op wat er inmiddels bekend is over het belang van communicatie tussen professional en cliënt en welke cliëntkenmerken hiermee samenhangen is uitbreiding en verdieping van de wetenschappelijke kennis van belang. Kennis van de visie van hulpverleners ten aanzien van cliënt-professional communicatie en de mogelijke invloed hierop van bepaalde professionalkenmerken is hierbij noodzakelijk. Deze kennis kan een bijdrage leveren aan de verbetering van de beroepsopleidingen en de beroepspraktijk van de zorg voor jeugd. Informatie vanuit verschillende perspectieven geeft namelijk inzicht in welke factoren door verschillende partijen belangrijk worden bevonden en kan leiden tot een completer overzicht van werkzame factoren ten aanzien van de uitkomsten van de zorg voor jeugd. Door een voortschrijdend inzicht in werkzame factoren hebben organisaties en professionals meer handvatten om in te grijpen en het verloop van het hulpverleningsproces te optimaliseren (Barnhoorn e.a., 2013). Het doel van deze studie is dan ook het onderzoeken van het

professionalperspectief aangaande cliënt-professional communicatie in de zorg voor jeugd. Hierbij wordt tevens onderzocht welke professionalkenmerken mogelijk samenhangen met de visie van professionals op de communicatie met hun cliënten. De onderzoeksvraag die centraal staat luidt als volgt:

*Wat is de visie van professionals op communicatie met hun cliënten in de zorg voor jeugd en welke professionalkenmerken zijn gerelateerd aan deze visie?*

De onderzoeksvraag is opgedeeld in de volgende subvragen:

- 1) Wat zijn volgens professionals in de zorg voor jeugd belemmerende factoren en bevorderende factoren aangaande cliënt-professional communicatie?
- 2) Bestaat er een verschil in de mate waarin professionals belemmerende en/of bevorderende factoren in de communicatie ervaren, afhankelijk van hoe zij hun eigen communicatievaardigheden inschatten?
- 3) Zijn bepaalde professionalkenmerken (bijv. leeftijd, geslacht, werkervaring) gerelateerd aan de inschatting van professionals van hun eigen communicatievaardigheden?

In de methodesectie wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Vervolgens worden de resultaten weergegeven in de resultatensectie. In de conclusie en discussie wordt getracht een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag. Hierbij worden essentiële beperkingen van het onderzoek aangemerkt en volgen enkele aanbevelingen.

## 2. Methode

### 2.1 Onderzoeksdesign

De studie wordt uitgevoerd binnen de organisatie van C4Youth (*Collaborative Centre on Care for Children and Youth*), waarbij gebruik wordt gemaakt van de TakeCare-data. TakeCare is een longitudinaal onderzoek naar zorgpatronen en lange termijn uitkomsten van de hele keten van de zorg voor jeugd. Ruim 2000 jeugdigen (4 t/m 18 jaar) in zorg worden drie jaar lang gevolgd. Uniek hierbij is dat ook hun ouders en hulpverleners meewerken aan het onderzoek (Van Eijk, Verhage, Noordik, Reijneveld & Knorth, 2013; Verhage, Noordik, Knorth & Reijneveld, 2014).

Dit is een beschrijvend en verkennend onderzoek naar het professionalperspectief aangaande cliënt-professional communicatie en daaraan mogelijk gerelateerde professionalfactoren. Het onderzoek kent een *mixed research design*, aangezien er gebruik wordt gemaakt van een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

### 2.2 Onderzoekspopulatie en wijze van steekproeftrekking

Het onderzoek heeft betrekking op professionals die werkzaam zijn in de zorg voor jeugd. Bij zorg voor jeugd gaat het om jeugdigen van 4 t/m 18 jaar die in aanraking zijn geweest met organisaties die zorg bieden aan jeugdigen met psychosociale problemen (gedragsproblemen, emotionele problemen en sociale problemen) (Verhage, Noordik, Knorth & Reijneveld, 2014). De professionals in deze studie zijn werkzaam bij organisaties binnen de jeugd geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg of de jeugdgezondheidszorg in de provincie Groningen. Er is geen informatie beschikbaar over het totaal aantal hulpverleners werkzaam in de zorg voor jeugd in de provincie Groningen. In dit onderzoek zijn er gegevens beschikbaar van in totaal 450 hulpverleners.

Bij deelname van een jeugdige cliënt van een professional aan het longitudinale onderzoek TakeCare van C4youth is de betreffende professional eveneens door C4Youth benaderd om mee te doen aan het onderzoek. Na instemming van professional tot deelname werd de vragenlijst per e-mail of per post verstuurd, naar voorkeur van de professional. Zo nodig werd er telefonisch contact opgenomen met de professionals, bijvoorbeeld bij missende antwoorden. De gegevens van de professionals worden anoniem en vertrouwelijk behandeld.

### 2.3 Meetinstrumenten en variabelen

**Visie op cliënt-professional communicatie.** In het TakeCare-onderzoek is de hulpverleners van de deelnemende jeugdige cliënten gevraagd de ‘*Eenmalige vragenlijst voor hulpverleners*’ in te vullen. Door middel van deze vragenlijst aan hulpverleners kan er inzicht betreffende de visie van de professionals op cliënt-professional communicatie worden verkregen. *De visie van professionals op cliënt-professional communicatie* wordt bevraagd in de volgende drie open vragen:

- Iedere hulpverlener heeft af en toe de ervaring dat de communicatie tijdens de therapie of begeleiding minder goed verloopt. Wat zijn volgens u de belangrijkste verklaringen hiervoor?
- Zijn er volgens u cliënten met bepaalde problematiek en/of eigenschappen met wie de communicatie over het algemeen moeilijker verloopt?
- Wat zijn in uw ervaring de belangrijkste manieren om goede communicatie met cliënten in gang te zetten en in stand te houden?

Op basis van de antwoorden van de professionals zijn een aantal factoren geïdentificeerd, die zeer frequent genoemd zijn. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen belemmerende factoren en bevorderende factoren in de communicatie met cliënten. De factoren worden beschreven in de resultatensectie.

*De visie van de professionals op hun eigen communicatievaardigheden* is de gemiddelde score van de volgende vier stellingen:

- Ik weet zeker dat ik effectief kan communiceren met cliënten
- Ik weet zeker dat ik effectief kan omgaan met ‘moeilijke cliënten’
- Ik ben mij bewust van de typen cliënten die het moeilijkst zijn om mee om te gaan
- Ik weet zeker dat mijn cliënten tevreden zijn met mijn communicatie

Deze stellingen zijn gebaseerd op de vragenlijst die Brown, Boles, Mullooly en Levinson (1999) gebruikten als een *self-assessment* meetinstrument voor artsen op het gebied van communicatie en dienen beantwoord te worden op een Likertschaal (1 t/m 7). De steekproefkarakteristieken van de variabele visie van professionals op eigen communicatievaardigheden worden weergegeven in tabel 1. Op basis van de verdeling van de scores zijn de volgende categorieën gecreëerd: lage score (score tussen 1 en 4,5), gemiddelde score (score tussen 4,75 en 6.0) en hoge score (score tussen 6,25 en 7).

Tabel 1: Karakteristieken van de variabele 'de visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden'

Visie op eigen communicatievaardigheden	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Totale groep professionals	2.00	7.00	5.37	0.83
Professionals met een lage score	1.00	4.50	3.82	0.75
Professionals met een gemiddelde score	4.75	6.00	5.47	0.41
Professionals met een hoge score	6.25	7.00	6.58	0.28

**Professionalkenmerken.** In deze studie wordt de mogelijke samenhang tussen de visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden met de volgende professionalkenmerken onderzocht: leeftijd, geslacht, opleiding, huidige functie, type organisatie waarbij de professional werkzaam is en het aantal jaren werkervaring.

*De leeftijd* van de professionals is berekend op basis van de ingevulde geboortedatum en de datum van retourntie van de vragenlijst. De leeftijd wordt uitgedrukt in jaren.

Daarnaast hebben de professionals op de vragenlijst hun *geslacht* aangegeven: man (0) of vrouw (1).

In een open vraag is aan de professionals gevraagd welke *opleiding* zij hebben genoten. Wanneer een hulpverlener meerdere opleidingen heeft opgeschreven, is er gekozen voor de hoogst genoten opleiding. De antwoorden op deze vraag zijn als volgt gecategoriseerd: opleidingen tot therapeut (creatieve therapie, speltherapie, systeemtherapie etc.) (1); sociale studies (maatschappelijk werk en dienstverlening, sociaal pedagogische hulpverlening, intensieve ambulante gezinsbegeleiding etc.) (2); studies gericht op de psyche en het gedrag van de mens (psychologie, opleiding tot GZ-psycholoog, orthopedagogiek, pedagogische wetenschappen) (3); medische opleidingen (verpleegkunde, opleiding (advanced) nurse practitioner, geneeskunde, verschillende specialisaties, bijvoorbeeld psychiatrie) (4).

*De huidige functie* van de professionals is als volgt gecategoriseerd: psychologen en (ortho)pedagogen (1); sociaal werkers (bijvoorbeeld (school)maatschappelijk werkers) (2); therapeuten (gezintherapeuten, spel- en creatief therapeuten) (3); medici (artsen, kinder- en jeugdpsychiaters, (sociaal psychiatisch) verpleegkundigen) (4).

Er wordt onderscheid gemaakt in drie *typen organisaties van zorg voor jeugd* waar de professionals werkzaam zijn: jeugd geestelijke gezondheidszorg (1), jeugdzorg (2) en jeugd gezondheidszorg (3).

Het *aantal jaren werkervaring* van de professionals wordt aangegeven in jaren werkervaring als hulpverlener en aantal jaren werkervaring als hulpverlener met kinderen en jongeren.



In tabel 2 worden de steekproefkarakteristieken betreffende de professionalkenmerken weergegeven. De tabel laat zien dat de gemiddelde leeftijd van de professionals rond de 40 jaar ligt. Gemiddeld hebben de professionals ongeveer 13 jaar ervaring als hulpverlener en 11 jaar als hulpverlener in de zorg voor jeugd. In de steekproef zijn de vrouwen oververtegenwoordigd: ruim 80% van de hulpverleners is vrouw. Daarnaast zijn de meeste professionals werkzaam in de jeugd geestelijke gezondheidszorg. Een relatief klein aantal is werkzaam in de jeugd gezondheidszorg. De meeste professionals in deze steekproef hebben een functie als psycholoog of (ortho)pedagoog. Er zijn relatief weinig therapeuten betrokken bij deze steekproef. Betreffende de opleiding hebben de meeste professionals een sociale studie gevolgd.

Tabel 2: Steekproefkarakteristieken professionalkenmerken

<b>Professionalkenmerken</b>	<b>N = 450<sup>1</sup></b>
<i>Leeftijd</i>	<i>M (SD)</i> 39.66 (11.28)
<i>Geslacht</i>	<i>N (%)</i>
Man	65 (14.4)
Vrouw	367 (81.6)
<i>Opleiding</i>	<i>N (%)</i>
Opleidingen tot therapeut	29 (6.4)
Sociale studies	142 (31.6)
Studies gericht op psyche/gedrag	82 (18.2)
Medische opleidingen	88 (19.6)
<i>Huidige Functie</i>	<i>N (%)</i>
Pscyhologen en (ortho)pedagogen	163 (36.2)
Sociaal werkers	120 (26.7)
Therapeuten	84 (18.7)
Medici	68 (15.1)
<i>Type organisatie</i>	<i>N (%)</i>
Geestelijke gezondheidszorg	272 (60.4)
Jeugdzorg	138 (30.7)
Jeugd gezondheidszorg	40 (8.9)
<i>Aantal jaren werkervaring</i>	<i>M (SD)</i> 13.47 (10.09)
<i>Aantal jaren werkervaring in zorg voor jeugd</i>	<i>M (SD)</i> 11.08 (8.93)

<sup>1</sup>Aantallen lopen niet altijd op tot 450 als gevolg van missende data

## 2.4 Analyse

De drie open vragen over de visie van professionals op cliënt-professional communicatie zijn gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti: een software programma ter ondersteuning van het analyseproces van kwalitatieve data (Friese, 2012). Hierbij is gebruik gemaakt van kwalitatieve inhoudsanalyse. Kwalitatieve inhoudsanalyse is een methode voor het systematisch beschrijven van de betekenis van de verzamelde (kwalitatieve) data. Dit wordt gedaan door het classificeren van het materiaal in categorieën van een coderingsraamwerk of codeboom (Schreier, 2012). Elk antwoord is bestudeerd om vast te stellen wat er precies is gezegd en vervolgens te labelen met een adequate code. Bij het coderen en analyseren ging het telkens om de vraag welke belemmerende dan wel bevorderende factoren in de cliënt-professional communicatie bestaan vanuit het perspectief van de professionals. Bij het analyseproces is met behulp van Atlas.ti gebruik gemaakt van codelijsten (met en zonder quotes), schema's en netwerken met als doel de data te fragmenteren, te structureren, te visualiseren et cetera om de data zo goed mogelijk te kunnen interpreteren in het licht van de onderzoeksvraag. Hierbij is getracht de kern, overeenkomsten, verschillen en patronen binnen en tussen de antwoorden van de professionals te ontdekken. Dit is gedaan volgens het principe van constante vergelijking van onderzoeksgegevens. Constante vergelijking van onderzoeksgegevens vormt de basis van de vorming en afbakening van de categorieën met bijbehorende codes, de toekenning van fragmenten aan categorieën en de beschrijving van de inhoud van elke categorie (Boeije, 2002). Uiteindelijk volgt op basis van het analyseproces een systematische beschrijving van de resultaten ter beantwoording van de onderzoeksvraag.

De verschillende belemmerende en bevorderende factoren die zeer frequent zijn genoemd door de professionals worden beschreven in de resultatensectie. Op basis van deze factoren zijn nieuwe variabelen gecreëerd in SPSS (IBM Corp, 2013). Het gaat hierbij om variabelen die aangeven of een professional een bepaald thema heeft benoemd. Vervolgens is geanalyseerd hoe vaak de factoren genoemd zijn door professionals met een lage score, een gemiddelde score en een hoge score betreffende hun visie op hun eigen communicatievaardigheden. Met behulp van beschrijvende statistiek (frequenties en percentages) is onderzocht of er mogelijk een verschil bestaat tussen deze verschillende groepen.

Om de mogelijke samenhang tussen de professionalkenmerken en de visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden te onderzoeken zijn enkelvoudige regressieanalyses uitgevoerd met de visie van professionals op de eigen communicatievaardigheden als afhankelijke variabele en de verschillende

professionalkenmerken als onafhankelijke variabelen. Vervolgens is er een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd, waarbij allereerst alle professionalkenmerken werden toegevoegd aan het model. Op basis van de 'backward selectieprocedure' zijn de variabelen die de minste bijdrage leverden aan het model stapsgewijs verwijderd. Via deze methode (Twisk, 2010) is een predictiemodel geconstrueerd met enkel de variabelen die een significante bijdrage leveren aan de voorspelling van de inschatting van de eigen communicatievaardigheden door professionals.

### 3. Resultaten

#### 3.1 Belemmerende factoren op verschillende niveaus

In tabel 3 worden de resultaten behorend bij de eerste open vraag over de visie van professionals op cliënt-professional communicatie weergegeven. Er worden hierbij belemmerende factoren ten aanzien van de communicatie onderscheiden op verschillende niveaus: cliëntniveau, professionalniveau en cliënt-professionalniveau. Ten slotte is er nog een aantal overige verklaringen die frequent genoemd zijn door professionals als belemmerend in de communicatie. In de tabel worden voorbeelden gegeven om een beter beeld te geven van de antwoorden van professionals behorend bij de verschillende factoren.

Tabel 3: Belemmerende factoren in de communicatie op verschillende niveaus

<b>Factoren</b>	<b>N (%)</b>	<b>Voorbeelden</b>	<i>N = 425</i>
<i>Cliëntniveau</i>			
Motivatie	65 (15.29)	“Onvoldoende motivatie van de cliënt, voelt zich gestuurd”	
Problematiek	60 (14.11)	“De problematiek van mijn cliënten”	
Weerstand	43 (10.11)	“Weerstand t.o.v. geboden hulpverlening”	
Intelligentieniveau	28 (6.58)	“Lagere intelligentie of gebrek aan vaardigheden van de cliënt”	
Hulpverleningsverleden	11 (2.58)	“Slechte ervaring met hulpverlening”	
Angst	8 (1.88)	“Angst van de cliënt waardoor hij nog niet het achterste van zijn tong laat zien”	
<i>Professionalniveau</i>			
Missen van aansluiting	131 (30.82)	“De hulpverlener sluit te weinig aan bij de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt”	
Te snel willen	44 (10.35)	“Hulpverlener wil sneller dan cliënt”	
Werkdruk, tijdsdruk, tijdgebrek	31 (7.29)	“Te weinig tijd om te reflecteren op gesprekken door drukte van alledag”	
Gebrek aan kennis, vaardigheden, ervaring en/of voorbereiding	27 (6.35)	“Te weinig ervaring in gespreksvoering”	“Gebrek aan gesprekstechnieken bij de behandelaar”
Persoonlijke omstandigheden	27 (6.35)	“Op momenten dat ik mezelf minder goed voel”	“Persoonlijke factoren als stress”
Gebrekkig luisteren	24 (5.64)	“Het niet goed luisteren naar de cliënt”	
<i>Cliënt-professionalniveau</i>			
Onduidelijke verwachtingen/doelen/visie	96 (22.58)	“Dat mensen langs elkaar heen praten, doordat ze met andere doelen in het gesprek zitten”	
Geen klik/match	44 (10.35)	“Onvoldoende klik tussen cliënt en hulpverlener”	
Geen afstemming van taalgebruik	41 (9.64)	“Woordkeuze: elkaar hierdoor niet begrijpen of met voor jongeren te moeilijke of ingewikkelde woorden spreken”	“Te veel hulpverlenerstaal”
Geen wederzijds vertrouwen	20 (4.70)	“Er is geen vertrouwen of de hulpverlener heeft tijdelijk het vertrouwen geschaad”	
Overdracht en tegenoverdracht	16 (3.76)	“Er kan sprake zijn van tegenoverdracht aan de kant van de therapeut”	

Niet op dezelfde golflengte	11 (2.58)	“Het vergt veel van de hulpverlener om in korte tijd op dezelfde golflengte te komen met kind en/of de ouder”	
Onvoldoende (werk)relatie	8 (1.88)	“Er is geen goede werkrelatie”	
<i>Overige verklaringen</i>			
Ouders	83 (19.52)	“Stress bij ouders maakt ook dat het vaak niet goed lukt om in gesprek te blijven”	
Onduidelijke hulpvraag	28 (6.58)	“De hulpvraag van de cliënt niet helder hebben”	
Interprofessionele communicatie	22 (5.17)	“Betrokkenheid van verschillende hulpverleners die niet op één lijn zitten”	
Context	14 (3.29)	“De plaats en ruimte waar het gesprek plaatsvindt”	“De duur van de therapie/behandeling”

**Belemmerende factoren op cliëntniveau.** *Motivatie* is de meest genoemde factor door professionals op cliëntniveau. De professionals geven aan dat wanneer cliënten onvoldoende gemotiveerd zijn voor hulp of de behandeling, dit zeer belemmerend werkt in de communicatie. Door een gebrek aan motivatie zien cliënten de noodzaak van de hulpverlening (nog) niet in, aldus een aantal professionals. Dit komt vaak voor wanneer er sprake is van gedwongen hulpverlening. Daarnaast is er bij jongeren die zich gestuurd voelen door bijvoorbeeld ouders of school vaak sprake van demotivatie, menen de professionals. Een aantal keer wordt aangegeven dat de ouders wel gemotiveerd zijn, maar de jongeren niet. Wanneer er geen motivatie is vanuit de jongere heeft dit, blijkt uit de antwoorden, volgens de professionals grote invloed op de zorguitkomsten.

Een relatief groot aantal professionals refereert bij de eerste vraag aan de *problematiek* van cliënten. Hieruit blijkt dat veel professionals menen dat de problematiek van cliënten de communicatie bemoeilijkt. Bij de bespreking van de resultaten van de tweede vraag wordt hier nader op ingegaan, omdat op basis hiervan meer inzicht kan worden verkregen welke specifieke problematiek van cliënten de cliënt-professional communicatie beïnvloedt volgens de professionals.

*Weerstand* vanuit de cliënt is eveneens een vaak genoemde cliëntfactor door de professionals. Wanneer dit nader gespecificeerd wordt gaat het in alle gevallen om weerstand ten opzichte van de hulpverlening. Een aantal professionals geeft hierbij aan dat een jongere ‘in de weerstand zit’, omdat de hulpverlening een gedwongen karakter heeft. Enkele professionals noemen dat de cliënt een bepaalde weerstand kan hebben tegen de hulpverlener zelf. In mindere mate, maar eveneens frequent genoemd zijn het *intelligentieniveau*, het *hulpverleningsverleden* en *angst* van de cliënten als factoren die de communicatie kunnen bemoeilijken.

**Belemmerende factoren op professionalniveau.** Veruit de meest genoemde verklaring als belemmerende factor in de cliënt-professional communicatie is *dat de hulpverlener niet aansluit bij de cliënt*. Het is discutabel of deze verklaring behoort tot het professionalniveau of

het cliënt-professionalniveau. Omdat veel hulpverleners, blijkens uit hun antwoord, het als de taak zien van de professional om aan te sluiten bij de cliënt, wordt deze verklaring beschreven behorend bij het professionalniveau. Wanneer een professional er niet in slaagt aan te sluiten bij de cliënt dan blijkt dit van grote invloed te zijn op de communicatie, volgens de professionals. Maar liefst 131 professionals hebben deze verklaring genoemd in hun antwoord op de vraag. Eén van de professionals schrijft: ‘Volgens mij is de belangrijkste verklaring het niet goed aansluiten bij de cliënt. Dus dat de hulpverlener meer zijn eigen route volgt i.p.v. die van de cliënt’. De meeste professionals beschrijven niet waardoor zij de aansluiting missen met bepaalde cliënten. Een paar professionals geven aan dat ze niet aansluiten bij hun belevingswereld. Er wordt daarnaast door een paar professionals genoemd dat zij moeilijkheden ondervinden in het goed aansluiten op het niveau, de leeftijd, het taalgebruik, de communicatiestijl, de hulpvraag en de verwachtingen van de cliënt en de fase waarin de cliënt zich bevindt.

Er zijn 44 professionals die aangeven dat zij soms *te snel willen*, waardoor de communicatie met hun cliënten wordt belemmerd. Enkeligen geven aan dat zij te snel de beoogde doelen willen behalen. Soms blijkt dat de cliënt zich nog in een andere fase bevindt dan de professional. Een paar van de professionals noemt expliciet dat doordat zij te snel willen, zij de aansluiting bij hun cliënt missen. Bovendien zijn er 33 professionals die aangeven dat zij door *werkdruk, tijdsdruk of tijdgebrek* soms minder goed kunnen communiceren met hun cliënten. Sommige professionals kunnen door tijdgebrek de gesprekken niet altijd goed voorbereiden. Naast *gebrekkige voorbereiding* wordt een *gebrek aan kennis, vaardigheden of ervaring* vaak genoemd. Sommige professionals *luisteren* soms niet goed genoeg naar hun cliënten of hebben vanwege *persoonlijke omstandigheden*, bijvoorbeeld vermoeidheid, af en toe minder goede communicatie met hun cliënten.

**Belemmerende factoren op cliënt-professionalniveau.** Op het cliënt-professionalniveau wordt het meest genoemd dat de communicatie belemmerd wordt doordat de professional en cliënt *verschillende doelen, verwachtingen of visies hebben of dat deze onduidelijk zijn*. Het gaat dan met name om verkeerde of te hoge verwachtingen aan de zijde van de cliënt.

Daarnaast merkt een relatief groot aantal professionals op dat *geen klik hebben of niet matchen met de cliënt* een belemmerende factor is in de cliënt-professional communicatie. De meerderheid van de professionals geeft geen nadere specificatie van een klik of een match. Eén van de professionals geeft expliciet aan dat de reden hiervoor vaak niet duidelijk is. Een andere professional specificeert dat de klik te maken heeft met persoonlijke stijl, karakter en

eigenschappen. Weer een andere professional geeft eveneens aan dat het te maken heeft met de persoonlijke stijl: ‘geen match tussen de persoonlijke stijl van de hulpverlener en de behoefte van de cliënt’. Hieraan gerelateerd noemen een aantal professionals dat zij niet op dezelfde *golflengte* zitten met bepaalde cliënten of dat er een *onvoldoende (werk)relatie* bestaat. Mogelijk heeft dit te maken met verschil in *taalgebruik*, het ontbreken van *wederzijds vertrouwen* in elkaar of het bestaan van *overdracht en tegenoverdracht*<sup>1</sup>.

**Overige belemmerende factoren.** Er zijn 83 professionals die een belemmerende factor betreffende de *ouders* van de cliënt benoemen. Dit kan zijn dat de ouders niet open staan voor de mening van de hulpverlener of dat de ouders onvoldoende gemotiveerd zijn, aldus een paar professionals. Een aantal hulpverleners geeft aan dat de stroeve communicatie te maken heeft met verwachtingen van de ouders, waar zij als hulpverlener niet aan kunnen voldoen. Daarnaast wordt problematiek van de ouders regelmatig genoemd door de professionals als een belemmerende factor. Sommige ouders vertonen een bepaalde weerstand, zegt een aantal hulpverleners. Een paar keer wordt hierbij genoemd dat dit voorkomt uit de angst dat hun kind uit huis zal worden geplaatst. Er wordt door de professionals niet of nauwelijks gerefereerd aan andere gezinsleden dan de ouders.

Er zijn 22 hulpverleners die aangeven dat een verklaring voor moeilijke communicatie met hun cliënten kan liggen in de samenwerking binnen de organisatie of met andere hulpverleners. Het gaat hierbij dus om *interprofessionele communicatie*. Eén van de professionals zegt hierover: ‘minder contact tussen de verschillende disciplines. Dit kan zijn door tijdgebrek of storingen in de samenwerking’. Een ander zegt: ‘communicatie verloopt over meerdere schijven binnen organisatie of behandelproces’. Weer andere professionals geven aan: ‘onduidelijke communicatie tussen verschillende instanties die met het gezin te maken hebben of onduidelijke communicatie tussen verschillende behandelaren’ en ‘te weinig tijd elkaar over de schouder te kijken’.

---

<sup>1</sup> “Overdracht is het onbewust verplaatsen van gedachten over, gevoelens voor en gedrag ten opzichte van een vroegere betekenisvolle persoon op een huidige relatie. Het is een fenomeen dat voorkomt binnen alle relaties, als er tenminste sprake is van affectie, een hiërarchische verhouding of afhankelijkheid. [...] De pendant van overdracht is tegenoverdracht. Dit begrip wordt op twee manieren gebruikt: enerzijds als overdracht, maar dan van degene die hoger in de hiërarchie staat jegens degene die in de afhankelijke positie verkeert; anderzijds, als tegenoverdracht in engere zin, een onbewuste reactie van de hogere in de hiërarchie op de overdracht van de ander.” (Wunderink, 2007, p. 128, zie ook Nicolai, 1999 en Körner, 2000)

Tot slot zijn er een aantal professionals die aangeven dat er belemmerende factoren kunnen bestaan in de *context*, bijvoorbeeld vanwege het tijdstip dat een gesprek plaatsvindt. Een *onduidelijke hulpvraag* kan eveneens verstorend werken in de communicatie tussen cliënt en professional, noemen 14 professionals.



### 3.2 Belemmerende factoren op cliëntniveau

De bepaalde problematiek en eigenschappen van cliënten die de communicatie volgens de professionals beïnvloeden worden weergegeven in tabel 4. Deze specifieke belemmerende factoren op cliëntniveau zijn het meest genoemd door de professionals bij het beantwoorden van de tweede vraag.

Tabel 4: Belemmerende factoren in de communicatie: problematiek en eigenschappen van de cliënt

<i>Zijn er volgens u cliënten met een bepaalde problematiek en/of eigenschappen met wie de communicatie over het algemeen moeizamer verloopt? Zo ja, welke?</i>			
<b>Factoren</b>	<b>N (%)</b>	<b>Voorbeelden</b>	<i>N = 425</i>
<i>Problematiek</i>			
Persoonlijkheidsstoornissen	138 (32.47)	“Bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek is het zaak extra alert te zijn op de communicatie”	
Autismespectrumstoornissen	125 (29.41)	“Vooral bij autismespectrumstoornissen verloopt de communicatie nogal eens anders en moeilijker”	
(Licht) verstandelijke beperking	104 (24.47)	“Laag verstandelijk vermogen, dit betekent veel uitleggen en navragen of het begrepen is”	
Psychiatrische problematiek (niet nader gespecificeerd)	40 (9.41)	“Cliënten met psychiatrische problematiek”	
Gedragsstoornissen	24 (5.64)	“Kinderen met AD(H)D”	
Verslavingsproblematiek	21 (4.94)	“Jongeren met verslavingsproblematiek, met name drugsgebruik”	
Multiproblematiek	16 (3.76)	“In de zogenaamde multiprobleemgezinnen worden afspraken regelmatig vergeten. Ook lijken zij meer terughoudend t.o.v. hulpverleners”	
Depressiviteit	14 (3.29)	“Zeer depressieve jongeren”	
Hechtingsproblematiek	9 (2.11)	“Onveilige hechting” “Hechtingsproblematiek”	
Psychotische problematiek	9 (2.11)	“Cliënten die bijvoorbeeld ernstig psychotisch zijn en de hulpverlener als vijand zien”	
Mishandeling/misbruik	5 (1.17)	“Gezinnen waarbij sprake is van ernstige onveiligheid in de zin van mishandeling of misbruik, zonder dat men hierover wil praten”	
<i>Eigenschappen</i>			
Weerstand	46 (10.82)	“Cliënten voelen zich snel aangevallen, gaan in de weerstand”	
Gebrekkige motivatie	24 (5.64)	“Cliënten met gebrekkig motivatie (om diverse redenen)”	
Gebrekkig zelfinzicht	22 (5.17)	“Bij jongeren gaat het vaak om jongeren die weinig inzicht hebben in hun problematiek en geneigd zijn de schuld van de problemen buiten zichzelf te leggen”	
Taalmoelijkheden	17 (4.00)	“Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal” “Taalbarrière”	
<i>Nee, geen cliëntfactoren</i>	25 (5.88)	“Nee, blijft een kwestie van steeds weer proberen aan te sluiten”	“Nee niet specifiek”

**Problematiek van de cliënt.** Bij de antwoorden op de tweede vraag, waarin expliciet gevraagd wordt naar welke specifieke problematiek van de cliënten als belemmerend wordt ervaren in de communicatie, worden *persoonlijkheidsstoornissen* het meest genoemd door de professionals. Maar liefst 138 professionals noemen persoonlijkheidsproblematiek of persoonlijkheidsstoornissen als een belemmerende factor in de communicatie. Met name Borderline wordt hierbij door de professionals vaak genoemd als stoornis die de communicatie bemoeilijkt.

*Autismespectrumstoornissen* worden eveneens vaak genoemd door de professionals. In totaal noemen 125 hulpverleners ASS-problematiek als belemmerend in de communicatie. Een deel van deze professionals noemt specifiek de stoornis PPD-NOS, een stoornis in het autismespectrum, genoemd als belemmerend in het communicatieproces.

Een (*licht*) *verstandelijke beperking* van de cliënten wordt naast persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen zeer vaak genoemd door de professionals als belemmerend in de communicatie.

Er zijn 40 professionals die *psychiatrische problemen* van hun cliënten noemen als belemmerend in de communicatie, maar hierbij niet specificeren om welke psychiatrische problematiek het gaat. Wanneer een professional daarnaast als voorbeeld een meer specifieke stoornis heeft genoemd, bijvoorbeeld een gedragsstoornis, is dit eveneens meegeteld bij deze specifieke stoornis.

Tot slot noemt een aantal professionals *gedragsstoornissen*, *verslavingsproblematiek*, *depressiviteit*, *hechtingsproblematiek* en *psychotische problematiek* als specifieke problematiek die de communicatie bemoeilijkt.

**Eigenschappen van de cliënt.** Daarnaast wordt bij de tweede vraag specifiek gevraagd naar eigenschappen van cliënten die de communicatie mogelijk negatief beïnvloeden. Net als bij de eerste open vraag aangaande de visie van cliënt-professional communicatie noemen de professionals gebrekkige motivatie en weerstand zeer frequent. In de antwoorden van de professionals komen twee factoren naar voren die niet vaak zijn genoemd bij de eerste vraag. Dit zijn eigenschappen die te maken hebben met het *zelfinzicht* en het *taalbegrip* van de cliënten. Er zijn 22 professionals die aangeven dat sommige cliënten last hebben van gebrekkig zelfinzicht of een gebrek aan inzicht in hun probleem hebben. Er zijn 18 professionals die aangeven dat door een taalbarrière of taalmoeilijkheden de communicatie niet altijd soepel verloopt. De meerderheid van deze professionals noemt dat de cliënten de Nederlandse taal niet voldoende beheersen door buitenlandse afkomst.

**Geen belemmerende factoren op cliëntniveau.** Hoewel de meerderheid van de professionals bepaalde problematiek en/of eigenschappen van de cliënt benoemt bij de tweede vraag, zijn er 25 professionals die met ‘nee’ antwoorden op deze vraag. Volgens deze professionals zijn er geen cliënten met bepaalde problematiek en/of eigenschappen met wie de communicatie over het algemeen moeizamer verloopt. Een groot aantal van deze professionals schrijft slechts ‘nee’ op als antwoord op de vraag. Een paar hulpverleners geven meer uitleg: ‘nee, vraagt alleen bepaalde aanpak’, ‘nee, blijft een kwestie van steeds weer proberen aan te sluiten’, ‘nee, met iedereen valt te communiceren. Je moet alleen de gebruiksaanwijzing goed kennen’ en ‘nee, omdat de communicatielijnen tussen mij en cliënt/gezin kort en duidelijk zijn. Ik stem rechtstreeks met het gezin af en andersom het gezin met mij. Afspraken worden op papier weggezet en kort gesloten met de betrokken gezinsleden’. Zoals uit deze antwoorden blijkt, vinden de professionals die nadere uitleg geven bij hun ontkennende antwoord op de vraag dat er geen specifieke cliënttypen zijn waarmee de communicatie stroef verloopt doordat zij als professionals de communicatie ‘in de hand hebben’. Het lijkt erop dat deze professionals menen dat niet factoren op cliëntniveau, maar op professionalniveau de communicatie bepalen.

### 3.3 Bevorderende factoren in cliënt-professional communicatie

De derde vraag aangaande de visie op cliënt-professionals gaat over manieren om goede communicatie in gang te zetten en in stand te houden. De meest genoemde bevorderende factoren volgens de professional zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Bevorderende factoren in cliënt-professional communicatie

<i>Wat zijn in uw ervaring de belangrijkste manieren om goede communicatie met cliënten in gang te zetten en in stand te houden?</i>			
<b>Factoren</b>	<b>N (%)</b>	<b>Voorbeelden</b>	<i>N = 425</i>
Aansluiting	191 (44.94)	“Als hulpverlener aanpassen aan de kennis en het niveau van de cliënt”	
Cognitieve niveau	34 (8.00)		
Hulpvraag	28 (6.58)		
Belevingswereld	22 (5.17)	“Als hulpverlener goede aansluiting vinden bij de belevingswereld van de cliënt”	
Taalgebruik	17 (4.00)		
Open houding	84 (19.76)	“Open houding van de hulpverlener”	“Open zijn” “Open communicatie”
Luisteren	72 (16.94)	“Vooral goed luisteren naar de cliënt er teruggeven wat je hoort”	
Begrip, empathie en/of erkenning tonen	67 (15.76)	“Begrip en erkenning tonen voor hun problemen”	
Transparantie	66 (15.52)	“Transparant zijn en duidelijkheid bieden in wat je wel en niet doet”	
Duidelijkheid	56 (13.17)	“Allerlei gesprekstechnische vaardigheden zoals die in de opleiding aan ons geleerd zijn”	
Gesprekstechnieken	48 (11.29)	“Zeggen wat je doet een doen wat je zegt”	
Afspraken	42 (9.88)	“Eerlijk over alle onderwerpen zijn”	
Eerlijkheid	41 (9.64)	“Een vertrouwensband opbouwen”	
Vertrouwensband	36 (8.47)	“Blijven checken of de cliënt begrijpt wat je zegt”	
Begrip checken	36 (8.47)	“De tijd nemen”	“Geduld”
Tijd en rust	35 (8.23)	“Respectvol zijn in de omgang”	
Respect	30 (7.05)	“Oprechte interesse in de cliënt. Dus nieuwsgierig zijn”	
Interesse tonen	29 (6.82)	“Naast de cliënt gaan staan en niet erboven”	
Naast de cliënt staan	24 (5.64)	“Niet oordelen maar uitvragen en belangstelling tonen”	
Niet(voor)oordelen	23 (5.41)	“Complimenteren zodat het positieve gedrag wordt benadrukt”	
Complimenten	21 (4.94)	“Laat de cliënt ook zijn eigen oplossingen ontdekken/bedenken”	
Gezamenlijke besluitvorming	19 (4.47)	“Betrouwbaar zijn”	
Betrouwbaarheid	18 (4.23)	“Gepaste humor om het ijs te breken”	
Humor	18 (4.23)	“Cliënten zelf in hun kracht zetten”	
Bekrachtiging	18 (4.23)	“Goede uitleg geven over de rationale van de therapie”	
Informatieverstrekking	16 (3.76)	“Als het stroef loopt, dit bespreekbaar maken en samen met de cliënt kijken hoe het beter kan gaan”	
Problemen benoemen en bespreken	12 (2.82)	“Goede samenwerking met andere hulpverleners en op elkaar afstemmen”	“Goed overleg met collega’s over behandellijn”
Samenwerking met andere hulpverleners	11 (2.58)		
Ouders	30 (7.05)	“Contact onderhouden met ouders”	“Aangeven ouders te horen”

**De belangrijkste factoren voor goede communicatie.** In tabel 5 is te zien dat maar liefst 191 professionals aangeven dat *aansluiten bij de cliënt* een belangrijke, of zelfs de belangrijkste, manier is om goede communicatie in gang te zetten en in stand te houden. Van de 191 professionals geven er 34 aan dat het gaat om aansluiting op het (cognitieve) niveau van de cliënt. Eén professional zegt bijvoorbeeld: ‘Als hulpverlener aanpassen aan de kennis en het niveau van de cliënt’. Er zijn 28 hulpverleners die aangeven dat het van belang is om aan te sluiten op de hulpvraag van de cliënt. Daarnaast zijn er 22 professionals die noemen dat het van belang is om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Ten slotte geven 15 van de 191 professionals aan dat zijn hun taalgebruik afstemmen op de cliënt.

Daarnaast komt er op basis van de antwoorden een beeld naar voren dat laat zien op welke manieren professionals goede communicatie met hun cliënten in gang dienen te zetten en in stand dienen te houden. Professionals dienen bijvoorbeeld een open houding aan te nemen en daarbij transparant en eerlijk zijn. De hulpverlener moet duidelijk zijn en zich houden aan de gemaakte afspraken en tegelijkertijd begripvol, empathisch en respectvol zijn. Daarnaast is het van groot belang om goed naar de cliënt te luisteren. Hierbij dient een professional te blijven checken of de cliënt goed begrijpt wat er wordt gezegd. Bovendien moeten professionals de tijd nemen voor hun cliënten. Ten slotte dient er een vertrouwensband opgebouwd te worden tussen de professional en de cliënt.

Een aantal professionals zegt letterlijk dat gesprekstechnieken van belang zijn: ‘allerlei gesprekstechnische vaardigheden zoals die in de opleiding aan ons geleerd zijn’ of ‘eigenlijk komt het er op neer dat je als hulpverlener gewoon moet beschikken over gesprekstechnieken’. Anderen benoemen het belang van bijvoorbeeld samenvatten, doorvragen, open vragen stellen et cetera.

Er zijn 19 professionals die in hun antwoord belangrijke manieren voor goede communicatie beschrijven die gerelateerd zijn aan *gezamenlijke besluitvorming*. Er wordt bijvoorbeeld gezegd: ‘gezamenlijk behandeldoelen opstellen’, ‘mensen zelf oplossingen laten bedenken die voor hun werken’, ‘respecteer de manier waarop een cliënt zich inzet, welke gedachten hij/zij heeft en probeer vanuit de cliënt mee te denken over mogelijke oplossingen’. Geen van de professionals benoemt dit letterlijk met de term *gezamenlijke besluitvorming*.

Bij de derde vraag over de visie op communicatie zijn er 30 professionals die de ouders noemen in hun antwoord. Over het algemeen benoemen deze professionals in hun antwoord de aansluiting bij de ouders. Daarnaast wordt het respectvol en begripvol omgaan met de ouders en het serieus nemen van de ouders een aantal keer benoemd.

### 3.4 De visie op de eigen vaardigheden in relatie tot de visie op cliënt-professional communicatie

Er is een onderscheid gemaakt tussen professionals die hun communicatievaardigheden hoog in schatten en professionals die hun communicatievaardigheden laag inschatten. Daartussenin bevindt zich een groep professionals die gemiddeld scoren. Vervolgens is onderzocht of deze groepen een verschillende visie op cliënt-professional communicatie hebben. Hiervoor is per groep bekeken hoe vaak zij de eerder beschreven bevorderende en belemmerende factoren genoemd hebben. De resultaten worden weergegeven in tabel 6 en 7.

Tabel 6: Belemmerende factoren met onderscheid naar visie op eigen communicatievaardigheden

Belemmerende factoren in cliënt-professional communicatie	Inschatting eigen communicatievaardigheden			
	Lage score N = 56 N (%)	Gemiddelde score N = 322 N (%)	Hoge score N = 47 N (%)	Totale frequentie N = 425 N (%)
<i>Cliëntniveau</i>				
Gebrek aan motivatie	4 (7.14)	55 (17.08)	6 (12.76)	65 (15.29)
Problematiek	8 (14.28)	47 (14.59)	5 (10.63)	60 (14.11)
Weerstand	4 (7.14)	32 (9.93)	7 (14.89)	43 (10.11)
Intelligentieniveau	3 (5.35)	23 (7.14)	2 (4.25)	28 (6.58)
Hulpverleningsverleden	1 (1.78)	9 (2.79)	1 (2.12)	11 (2.58)
Angst	2 (3.57)	3 (0.93)	3 (6.38)	8 (1.88)
<i>Professionalniveau</i>				
Missen van aansluiting	13 (23.21)	111 (34.47)	8 (17.02)	131 (30.82)
Te snel willen	2 (3.57)	35 (10.86)	7 (14.89)	44 (10.35)
Werkdruk, tijdsdruk, tijdgebrek	6 (10.71)	23 (7.14)	2 (4.25)	31 (7.29)
Gebrek aan kennis, vaardigheden, ervaring en/of voorbereiding	5 (8.92)	20 (6.21)	2 (4.25)	27 (6.35)
Persoonlijke omstandigheden	2 (3.57)	21 (6.52)	4 (8.51)	27 (6.35)
Gebrekkig luisteren	2 (3.57)	19 (5.90)	3 (6.38)	24 (5.64)
<i>Cliënt-professionaalniveau</i>				
Onduidelijke verwachtingen/doelen/visie	15 (26.78)	72 (22.36)	9 (19.14)	96 (22.58)
Geen klik/match	6 (10.71)	36 (11.18)	2 (4.25)	44 (10.35)
Taalgebruik	3 (5.35)	36 (11.18)	2 (4.25)	41 (9.64)
Geen wederzijds vertrouwen	5 (8.92)	14 (4.34)	1 (2.12)	20 (4.70)
Overdracht en tegenoverdracht	2 (3.57)	14 (4.34)	0 (0.00)	16 (3.76)
Niet op dezelfde golflengte	0 (0.00)	9 (2.79)	2 (4.25)	11 (2.58)
Onvoldoende (werk)relatie	0 (0.00)	7 (2.17)	1 (2.12)	8 (1.88)
<i>Overige verklaringen</i>				
Ouders	12 (21.42)	60 (18.63)	11 (23.40)	83 (19.52)
Onduidelijke hulpvraag	0 (0.00)	27 (8.38)	1 (2.12)	28 (6.58)
Interprofessionele communicatie	1 (1.78)	17 (5.27)	4 (8.51)	22 (5.17)
Context	1 (1.78)	11 (3.41)	2 (4.25)	14 (3.29)
<b>Specifieke eigenschappen en problematiek van de cliënt</b>				
<i>Problematiek</i>				
Persoonlijkheidsstoornissen	21 (37.50)	105 (32.60)	12 (25.53)	138 (32.47)
Autismespectrumstoornissen	11 (19.64)	105 (32.60)	9 (19.14)	125 (29.41)
(Licht) verstandelijke beperking	11 (19.64)	85 (26.39)	8 (17.02)	104 (24.47)
psychiatrische problematiek (niet nader gespecificeerd)	6 (10.71)	26 (8.07)	8 (17.02)	40 (9.41)
Gedragstoornissen	2 (3.57)	20 (6.21)	2 (4.25)	24 (5.64)

Verslavingsproblematiek	2 (3.57)	14 (4.34)	5 (10.63)	21 (4.94)
Multiproblematiek	2 (3.57)	13 (4.03)	1 (2.12)	16 (3.76)
Depressiviteit	4 (7.14)	5 (1.55)	5 (10.63)	14 (3.29)
Hechtingsproblematiek	1 (1.78)	7 (2.17)	1 (2.12)	9 (2.11)
Psychotische problematiek				9 (2.11)
Mishandeling/misbruik	0 (0.00)	2 (0.62)	3 (6.38)	5 (1.17)
<i>Eigenschappen</i>				
Weerstand	4 (7.14)	38 (11.80)	4 (8.51)	46 (10.82)
Motivatie	2 (3.57)	22 (6.83)	0 (0.00)	24 (5.64)
Zelfinzicht	4 (7.14)	15 (4.65)	3 (6.38)	22 (5.17)
Taalmoelijkheden	2 (3.57)	14 (4.34)	1 (2.12)	17 (4.00)
<i>Ouders</i>	7 (12.50)	59 (18.32)	10 (21.27)	76 (17.88)
<i>Nee, geen cliëntfactoren</i>	6 (10.71)	13 (4.03)	6 (12.76)	25 (5.88)

Tabel 7: Bevorderende factoren met onderscheid naar visie op eigen communicatievaardigheden

Bevorderende factoren in cliënt-professional communicatie	Inschatting eigen communicatievaardigheden			
	Lage score	Gemiddelde score	Hoge score	Totale frequentie
	N = 56 N (%)	N = 322 N (%)	N = 47 N (%)	N = 450 N (%)
Aansluiting	18 (31.14)	154 (47.82)	19 (40.42)	191 (44.94)
Cognitieve niveau	3 (5.35)	29 (9.00)	2 (4.25)	34 (8.00)
Hulpvraag	3 (5.35)	23 (7.14)	2 (4.25)	28 (6.58)
Belevingswereld	2 (3.57)	19 (5.90)	1 (2.12)	22 (5.17)
Taalgebruik	1 (1.78)	16 (4.96)	0 (0.00)	17 (4.00)
Open houding	13 (23.21)	61 (18.94)	10 (21.27)	84 (19.76)
Luisteren	10 (17.85)	54 (16.77)	8 (17.02)	72 (16.94)
Begrip, empathie en/of erkenning tonen	8 (14.28)	52 (16.14)	7 (14.89)	67 (15.76)
Transparantie	11 (19.64)	49 (15.21)	6 (12.76)	66 (15.52)
Duidelijkheid	8 (14.28)	45 (13.97)	3 (6.38)	56 (13.17)
Gesprekstechnieken	7 (12.50)	35 (10.86)	6 (12.76)	48 (11.29)
Afspraken	4 (7.14)	32 (9.93)	6 (12.76)	42 (9.88)
Eerlijkheid	7 (12.50)	29 (9.00)	5 (10.63)	41 (9.64)
Vertrouwensband	6 (10.71)	26 (8.07)	4 (8.51)	36 (8.47)
Begrip checken	5 (8.92)	30 (9.31)	1 (2.12)	36 (8.47)
Tijd en rust	6 (10.71)	26 (8.07)	3 (6.38)	35 (8.23)
Respect	3 (5.35)	21 (6.52)	6 (12.76)	30 (7.05)
Interesse tonen	2 (3.57)	25 (7.76)	2 (4.25)	29 (6.82)
Naast de cliënt staan	2 (3.57)	20 (6.21)	2 (4.25)	24 (5.64)
Niet(voor)oordelen	3 (5.35)	17 (5.27)	3 (6.38)	23 (5.41)
Complimenten	4 (7.14)	14 (4.34)	3 (6.38)	21 (4.94)
Gezamenlijke besluitvorming	1 (1.78)	16 (4.96)	2 (4.25)	19 (4.47)
Betrouwbaarheid	2 (3.57)	13 (4.03)	3 (6.38)	18 (4.23)
Humor	2 (3.57)	15 (4.65)	1 (2.12)	18 (4.23)
Bekrachtiging	2 (3.57)	13 (4.03)	3 (6.38)	18 (4.23)
Informatieverstrekking	0 (0.00)	15 (4.65)	1 (2.12)	16 (3.76)
Problemen benoemen en bespreken	1 (1.78)	10 (3.10)	1 (2.12)	12 (2.82)
Samenwerking met andere hulpverleners	1 (1.78)	9 (2.79)	1 (2.12)	11 (2.58)
<i>Ouders</i>	4 (7.14)	23 (7.14)	3 (6.38)	30 (7.05)

**Vershil in visie afhankelijk van de visie op de eigen communicatievaardigheden.** De mate waarin professionals die hun communicatievaardigheden verschillend inschatten de eerder beschreven belemmerende en bevorderende factoren benoemen zijn met behulp van frequenties en percentages weergegeven in tabel 7. Op basis van de percentages kunnen geen duidelijke verschillen in visie op cliënt-professional communicatie worden opgemerkt tussen de professionals die hun communicatievaardigheden hoog inschatten en professionals die hun communicatievaardigheden laag inschatten. Hier wordt ingegaan op de factoren waarbij, op basis van de percentages, toch enig verschil zou kunnen bestaan tussen beide groepen.

Er is een aantal belemmerende factoren waarbij het verschil tussen de percentages van de mate waarin een factor genoemd is door de professionals die hun vaardigheden hoog dan wel laag inschat meer dan 5% bedraagt. Dit zijn de factoren *gebrek aan motivatie, weerstand, missen van aansluiting, te snel willen, werkdruk, tijdsdruk en tijdgebrek, onduidelijke verwachtingen, doelen of visie, geen klik of match en geen wederzijds vertrouwen*. De factoren op cliëntniveau, *gebrek aan motivatie en weerstand*, zijn door de professionals die hun vaardigheden hoog inschatten vaker genoemd. De overige van deze factoren (namelijk *werkdruk, tijdsdruk en tijdgebrek, onduidelijke verwachtingen, doelen of visie, geen klik of match en wederzijds vertrouwen*) zijn vaker genoemd door professionals die hun vaardigheden laag inschatten, met uitzondering van *te snel willen*.

Bij de volgende bevorderende factoren bedraagt het verschil tussen de percentages van beide groepen meer dan 5%: *aansluiting, transparantie, duidelijkheid, begrip checken en respect*. *Aansluiting en respect* zijn vaker genoemd door professionals die hun communicatievaardigheden hoog inschatten. *Transparantie, duidelijkheid en begrip checken* zijn vaker genoemd door de professionals die hun communicatievaardigheden laag inschatten.

Het *aansluiten bij cliënten* vraagt om nadere beschouwing, omdat er door de professionals veelvuldig aan gerefereerd is en de groep die hoog scoort en de groep die laag scoort betreffende de communicatievaardigheden enigszins verschillen in de frequentie van refereren. De bevorderende factor *aansluiting bij de cliënt* is vaker genoemd door professionals die hun vaardigheden hoog inschatten dan door professionals die hun vaardigheden laag inschatten. Daarentegen hebben professionals met een lage score *het missen van aansluiting* bij de belemmerende factoren vaker genoemd dan de professionals die hoog scoren. De groep die gemiddeld scoort heeft beide factoren het meest genoemd. In totaal noemt 30.82% van de professionals het missen van aansluiting als belemmerde factor. 44.94% van de professionals noemt het aansluiten bij de cliënt als bevorderende factor. Zowel professionals die hun vaardigheden hoog beoordelen als professionals die hun communicatievaardigheden laag



beoordelen hebben aansluiting relatief minder vaak genoemd dan het gemiddelde percentage zonder onderscheid op basis van de beoordeling van de eigen communicatievaardigheden. Hoewel er op basis van de percentages de groep met een hoge score betreffende de inschatting van de eigen communicatievaardigheden soms enigszins lijkt af te wijken van de groep met een lage score, lijkt er geen duidelijk verschil in visie op communicatie te bestaan op basis van de inschatting van de eigen communicatievaardigheden.

### 3.5 De inschatting van de eigen communicatievaardigheden in relatie tot professionalkenmerken

Tabel 8: Lineaire regressieanalyse met als afhankelijke variabele de visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden

	Enkelvoudige regressieanalyse		Meervoudige regressieanalyse			
	$\beta$ (95% BI)	P-waarde	$\beta$ (95% BI)	P-waarde	$\beta$ (95% BI)	P-waarde
<b>Onafhankelijke variabelen</b>						
Werkervaring	.199 (.009, .024)	<.001**	.231(-.004, .044)	.106	.199 (.009, .024)	<.001**
Werkervaring in zorg voor jeugd	.166 (.007, .024)	.001**	-.081 (-.026, .011)	.413		
<b>Functie</b>						
Medici	.022 (-.190, .289)	.684	.051 (-.371, .585)	.659		
Sociaal werkers	.085 (-.042, .354)	.122	.092 (-.333, .665)	.513		
Therapeuten (t.o.v. psychologen/ pedagogen)	.144 (.076, .517)	.008*	.195 (-.050, .827)	.082		
Geslacht	-.044 (-.329, .123)	.371	-.041 (-.369, .182)	.503		
<b>Opleiding</b>						
Therapeutenopl.	.084 (-.106, .593)	.172	-.067 (-.679, .281)	.415		
Sociale studies	.115 (-.036, .418)	.099	-.126 (-.705, .289)	.410		
Medische studies (t.o.v. studies gericht op de psyche/gedrag)	.002 (-.249, .256)	.987	-.141 (-.724, .183)	.242		
Leeftijd	.185 (.007, .021)	<.001*	.021 (-.019, .022)	.876		
<b>Organisatietype</b>						
Jeugd-GGZ	.021 (-.247, .319)	.803	-.027 (-.448, .357)	.823		
Jeugdzorg (t.o.v. JGZ)	.094 (-.132, .467)	.271	.016 (-.443, .500)	.905		
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>			.020		.037	

\* P ≤ .01

\*\*P ≤ .001

### **Samenhang professionalkenmerken en de visie op de eigen communicatievaardigheden.**

Om de mogelijke samenhang te onderzoeken tussen hoe professionals hun eigen communicatievaardigheden inschatten en bepaalde professionalkenmerken zijn er enkelvoudige en meervoudige regressieanalyses uitgevoerd. In tabel 8 is te zien dat bij de enkelvoudige regressieanalyses de variabelen werkervaring ( $p < .001$ ), werkervaring in zorg voor jeugd ( $p = .001$ ) en leeftijd ( $p < .001$ ) significant samenhangen met de uitkomstvariabele inschatting van de eigen communicatievaardigheden. Hoe meer werkervaring de professional heeft als hulpverlener, hoe hoger hij of zij zijn eigen communicatievaardigheden inschat. Dit geldt eveneens voor werkervaring als hulpverlener in zorg voor jeugd. Daarnaast geldt hoe ouder de professional is, hoe hoger hij of zij zijn eigen communicatievaardigheden inschat.

Daarnaast blijkt dat therapeuten hun eigen communicatievaardigheden significant ( $p = .008$ ) hoger inschatten dan psychologen en pedagogen. Wanneer er een onderscheid wordt gemaakt naar de verschillende functies blijkt dat therapeuten hun eigen communicatievaardigheden het hoogste inschatten met een gemiddelde score van 5.56 (schaal 1 t/m 7). Psychologen en pedagogen schatten hun eigen communicatievaardigheden het laagste in (gemiddelde score 5.27) in vergelijking tot de andere professionals. Er worden geen verschillen in inschatting van de eigen communicatievaardigheden gevonden tussen de verschillende organisatietypes en opleidingen.

Wanneer alle onafhankelijke variabelen aan het model worden toegevoegd blijkt dat geen enkele variabele nog een significante voorspeller is van de afhankelijke variabele. Dit kan verklaard worden door de bevinding dat de onafhankelijke variabelen onderling met elkaar samenhangen. De variabelen die de minste bijdrage leveren aan de voorspelling van de inschatting van de communicatievaardigheden zijn vervolgens stapsgewijs verwijderd uit het model, totdat enkel de variabelen die een significante bijdrage leveren overblijven. In dit geval blijft in het uiteindelijke predictiemodel slechts de variabele werkervaring ( $p < .001$ ) over. Hieruit blijkt dat werkervaring als hulpverlener de sterkste voorspeller is van hoe professionals hun eigen communicatievaardigheden inschatten. Naarmate professionals meer werkervaring hebben als hulpverlener zijn ze zekerder van hun eigen communicatievaardigheden. De mate waarin het predictiemodel de inschatting van de communicatievaardigheden voorspelt is gering. Ongeveer 3,7% van de variantie in de inschatting van communicatievaardigheden kan verklaard worden door het uiteindelijke model.

## 4. Conclusie en discussie

In deze studie zijn het professionalperspectief en professionalkenmerken aangaande cliënt-professional communicatie in de zorg voor jeugd onderzocht. Allereerst is onderzocht wat de visie van professionals is op de communicatie met hun cliënten. Hier komt het aansluiten bij de cliënt als meest belangrijke aspect naar voren. Een verklaring voor onvoldoende aansluiting bij specifieke cliënten ligt mogelijk in het ontbreken van een klik of match, een onvoldoende (werk)relatie of het niet op dezelfde golflengte zitten. De nadruk op aansluiting bij de cliënt komt overeen met de in de literatuur benadrukte cliëntgerichte communicatiebenadering (Jager, Reijneveld e.a., 2014; Epstein, Franks & Fiscella, 2005). Hulpverleners dienen volgens deze benadering zorg te bieden die in overeenstemming is met de waarden, behoeften en voorkeuren van de cliënt. Professionals dienen de communicatievoorkeuren van hun cliënten te herkennen en er op in te spelen. Professionals in dit onderzoek noemen bijvoorbeeld het belang van de afstemming op het niveau en de belevingswereld van de cliënt.

Er wordt betreffende cliënt-professional communicatie een onderscheid gemaakt tussen affectieve communicatie, gezamenlijke besluitvorming, informatieverstrekking en interprofessionele communicatie. De meeste van de genoemde belemmerende en bevorderende factoren door de professionals in dit onderzoek behoren tot affectieve communicatie. Uit eerder onderzoek is gebleken dat jongeren en hun ouders voornamelijk belang hechten aan affectieve communicatie (Jager, De Winter e.a., 2014; Barnhoorn e.a., 2013; Cashmore, 2002). De bevorderende factoren die door de professionals genoemd zijn betreffende hun visie op cliënt-professional communicatie komen bovendien in grote mate overeen met factoren die cliënten belangrijk vinden. Het gaat hier bijvoorbeeld om openheid, empathie, interesse, goed luisteren en een respectvolle en niet-oordelende houding van de professional (Cashmore, 2002; Barnhoorn e.a., 2013; Ackerman & Hilseroth, 2013; Rogers, 1951; Sparks & Duncan, 2010; De Boer & Coady, 2007; Millán, Navas, Mingorance & Escrí, 2014; Pijnenburg, 2010; Hall & Slembrouck, 2009). Het is evident dat de professionals in dit onderzoek het belang van affectieve communicatie onderkennen.

Een redelijk aantal professionals refereert aan gezamenlijke besluitvorming, alhoewel het aantal relatief gezien niet groot is. Volgens de cliëntgerichte communicatiebenadering dienen professionals het mogelijk te maken voor cliënten om hun eigen inbreng te hebben in het gesprek en actief te participeren in beslissingsprocessen aangaande de zorg (Epstein, Franks & Fiscella, 2005; Jager, Reijneveld e.a., 2014). Participatie van cliënten heeft een positieve invloed op de geboden zorg (Savage & Armstrong, 1990; Stewart, 1995; Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010), zelfs wanneer de cliënt hier geen belang aan hecht (Jager,

Reijneveld e.a., 2014). Om gezamenlijke besluitvorming mogelijk te maken is informatiestrekking cruciaal (Gallagher, Smith, Hardy en Wilkinson, 2012). Informatieverstrekking en duidelijkheid zijn aspecten die door professionals in dit onderzoek eveneens genoemd werden als van belang voor goede communicatie. Professionals verwijzen het minst naar interprofessionele communicatie. Desondanks wordt het toch een aantal maal genoemd. Hoewel een aantal professionals gezamenlijke besluitvorming, informatieverstrekking en interprofessionele communicatie benoemt, wordt door de professionals beduidend vaker gerefereerd aan affectieve communicatie. Net als cliënten (Jager, De Winter e.a., 2014) lijken professionals dus over het algemeen meer belang te hechten aan affectieve communicatie dan aan andere communicatieaspecten. Op basis van de bevindingen in dit onderzoek wordt geconcludeerd dat professionals over het algemeen speciale aandacht schenken aan affectieve communicatie, waarbij zij een bepaalde houding proberen aan te nemen aansluitend bij hun cliënten.

Veel professionals geven aan dat de communicatie met cliënten met bepaalde problematiek en specifieke eigenschappen moeizamer verloopt. Met name persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrumstoornissen en een verstandelijke beperking worden als lastig ervaren in het communicatieproces. Dat het lastig is om te communiceren met personen met persoonlijkheidsstoornis, autismespectrumstoornis en/of een verstandelijke beperking wordt onderkend in de literatuur over deze specifieke problematiek (Kaasenbrood, Sierink & van Luyn, 2002; Maljaars & Noens, 2008; Serra & Minderaa, 1996; Verheul, 2003; Zoon, 2013; Tuffrey-Wijne, 2014). Blijkens deze literatuur is het van belang om de communicatie af te stemmen op de individuele cliënt, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke problematiek. Korfker (2008) ziet bijvoorbeeld beeldspraak als een effectief instrument voor goede communicatie met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Door het gebruik van beeldspraak worden hulpverlener en cliënt, volgens hem, in mindere mate gehinderd door de communicatieve moeilijkheden als wederzijdse vooroordelen, (tegen)overdracht en gebrek aan empathie. Hier tegenover hebben cliënten met autisme en/of een verstandelijke beperking vaak moeite met symbolisch of figuurlijk taalgebruik (Wearing 2010; Happé, 1995; Noens & Van Berckelaer-Onnes, 2002). Bij deze cliënten wordt voornamelijk afstemming van de communicatie op de jongere door aansluiting op de belevingswereld, vereenvoudiging van taalgebruik en steeds nagaan of de jongere het begrijpt benadrukt (Zoon, 2013; Maljaars & Noens, 2008).

Betreffende de eigenschappen van cliënten die de communicatie bemoeilijken noemen professionals vooral weerstand en een gebrek aan motivatie. Volgens Van Yperen, Booy en

Van der Veldt (2003) zijn er indirecte aanwijzingen dat motivatie van de cliënt samenhangt met de uitkomsten van de behandeling. Enerzijds lijkt actieve inzet en betrokkenheid bij de behandeling gerelateerd te zijn aan succes van de behandeling. Anderzijds wordt een gebrek aan motivatie vaak genoemd als belangrijkste reden voor uitval uit de hulpverlening. Dit wijst er volgens Van Yperen, Booy en Van der Veldt (2003) mogelijk op dat motivatie voor hulpverlening geen eenzijdige eigenschap is van de cliënt, maar ook het resultaat kan zijn van goede communicatie en afstemming tussen cliënt en professional. Een aantal professionals in dit onderzoek is eveneens van mening dat problemen in de communicatie niet (uitsluitend) bij de cliënten moeten worden neergelegd. Hoewel het relatief gezien een klein aantal is, geven deze hulpverleners aan dat er geen specifieke cliënteigenschappen zijn die de communicatie bemoeilijken. Deze professionals menen in feite dat zij, als professional, er voor moeten zorgen dat de communicatie goed verloopt, onafhankelijk van de eigenschappen of problematiek van de cliënten.

In de zorg voor jeugd hebben professionals behalve met de jeugdige cliënt ook met zijn of haar ouders te maken. Daarom wordt er naast de cliëntgerichte benadering ook wel gesproken over de *family-centered approach*. Om een indicatie te krijgen van in hoeverre er sprake is van een *family-centered approach* door de professionals is onderzocht hoe vaak de professionals refereren aan de gezinsleden van de jongere. Uit eerder onderzoek is namelijk gebleken dat het betrekken van gezinsleden van de jeugdige cliënten bij de behandeling de behandeling ten goede komt (Hogue, & Liddle, 2009; Hoagwood, 2005; Kuhlthau, Bloom, Van Cleave, Knapp, Romm, Klatka, ... & Perrin, 2011). Zowel relationele als participatoire gezinsgerichte hulppraktijken blijken hierbij positief samenhangen met zorguitkomsten (Dunst, Trivette en Harmby, 2007). In deze studie wordt door professionals bij hun visie op cliënt-professional communicatie relatief vaak gerefereerd aan de ouders. Met name bij de eerste vraag aangaande de visie op cliënt-professional communicatie noemen de professionals vaak de ouders. Hoewel in de literatuur over de zorg voor jeugd onder cliënten vaak ook de ouders van jongere worden verstaan, kan de vraagstelling van de tweede en derde vraag, waarbij gerefereerd wordt aan de communicatie met de cliënt, ertoe hebben geleid dat professionals de communicatie met de jongere in gedachten hadden. Aan andere gezinsleden dan de ouders wordt nauwelijks gerefereerd door de professionals in dit onderzoek. De professionals refereren vooral aan affectieve communicatie met ouders, bijvoorbeeld het benadrukken van het belang om de ouders 'te horen'. In mindere mate verwijzen ze naar het betrekken van ouders bij beslissingen aangaande het zorgproces. Op basis van deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat

tenminste enkele professionals het belang onderkennen van het betrekken van de ouders van de jongeren bij de zorg.

Nadat de visie van professionals op cliënt-professional communicatie is geanalyseerd, is onderzocht of er een verschil bestaat in visie tussen professionals die hun communicatievaardigheden hoog in schatten en professionals die hun communicatievaardigheden laag inschatten. Op basis van beschrijvende statistiek, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen drie verschillende groepen (lage scores, gemiddelde scores en hoge scores), wordt geconcludeerd dat er geen duidelijk verschil bestaat in visie op cliënt-professional communicatie. De visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden lijkt dus niet bepalend te zijn voor hun visie op cliënt-professional communicatie in het algemeen.

Daaropvolgend is in dit onderzoek onderzocht welke professionalkenmerken samenhangen met de visie van professionals op de communicatie met hun cliënten. Op basis van de enkelvoudige regressieanalyses is gebleken dat werkervaring als hulpverlener, werkervaring als hulpverlener in zorg voor jeugd en leeftijd gerelateerd zijn aan hoe professionals hun communicatievaardigheden inschatten. Daarnaast bleek dat therapeuten hun eigen communicatievaardigheden significant hoger inschatten dan psychologen en pedagogen. Hieruit blijkt dat de functie van de professionals eveneens gerelateerd lijkt te zijn aan de visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden.

Op basis van het geconstrueerde predictiemodel wordt geconcludeerd dat werkervaring als hulpverlener van de gemeten professionalfactoren de beste voorspeller is van hoe professionals de eigen communicatievaardigheden inschatten. Naarmate hulpverleners meer ervaring hebben in het beroep zijn zij zekerder van hun eigen communicatievaardigheden. Voor de beroepsopleiding betekent dit wellicht dat studenten, de toekomstige professionals, al zoveel mogelijk ervaring op moeten doen in het onderwijs of zelfs in de beroepspraktijk die overeenkomt met het toekomstige werk in de zorg voor jeugd.

**Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.** Deze studie kent enkele beperkingen, waaruit een aantal aanbevelingen voortvloeit. De eerste beperking aangaande dit onderzoek heeft betrekking op de analyse van de visie van professionals op cliënt-professional communicatie. Door het gebruik van open vragen kregen de professionals de vrije ruimte om hun visie op de communicatie met hun cliënten te beschrijven. Over het algemeen beantwoorden de professionals de vragen over de visie op cliënt-professional communicatie echter vrij kort. Door de korte antwoorden van de professionals blijven deze af en toe op een oppervlakkig niveau, waardoor niet de achterliggende of diepgaande visie van de professionals op cliënt-professional communicatie kan worden achterhaald. Hierbij dient tevens aangemerkt te worden dat een aantal professionals expliciet aangeeft dat zij het lastig vinden om de vragen te beantwoorden. Bovendien gaat het er bij de belemmerende en bevorderende factoren betreffende de communicatie om of een professional een bepaalde factor genoemd heeft. Er kan geen onderscheid worden gemaakt naar de mate van belang die de professionals aan verschillende factoren hechten. Daarnaast hebben professionals mogelijk andere aspecten beschreven waar ze veel belang aan hechten die niet zijn meegenomen, omdat ze niet frequent genoemd zijn. Aangeraden wordt om in toekomstig onderzoek gebruik te maken van diepte-interviews om op fundamenteeler niveau de visie van professionals op cliënt-professional communicatie te kunnen analyseren. Daarnaast is het voor toekomstig onderzoek van belang om oog te hebben voor de waarde die professionals hechten aan verschillende aspecten in hun visie op cliënt-professional communicatie.

Bovendien moet er verder onderzoek plaatsvinden naar eventuele causale verbanden. Op welke manieren beïnvloeden de verschillende, door de professionals genoemde, aspecten de communicatie? Het in acht nemen van onderlinge samenhang tussen de belemmerende dan wel bevorderende factoren is hierbij van belang. Uit het onderzoek van Mulder, Jochems en Kortrijk (2014) blijkt bijvoorbeeld dat inzicht in de problematiek, eerdere ervaringen in de hulpverlening en verwachtingen samenhangen met de motivatie van cliënten voor de hulpverlening. Bovendien houdt een lagere motivatie verband met een hogere mate van psychosociale problemen, blijktens hetzelfde onderzoek. Hoe dit zich verhoudt tot cliënt-professional communicatie vraagt om nader onderzoek. Hieraan gerelateerd kan de vraag worden gesteld in hoeverre professionals het communicatieproces kunnen sturen. Dit is in het bijzonder relevant in het licht van de bevinding dat een aantal professionals van mening is dat de communicatie niet afhankelijk is van cliënteigenschappen.

In dit onderzoek is onderzocht of de inschatting van de eigen communicatievaardigheden bepalend is voor de visie op cliënt-professional communicatie door



middel van beschrijvende statistiek. Ondanks dat er geen verschil lijkt te bestaan tussen professionals die hun communicatievaardigheden hoog inschatten en professionals die hun communicatievaardigheden laag inschatten, wordt voor vervolgonderzoek aangeraden tevens gebruik te maken van toetsende statistiek om dit nader te onderzoeken. Bovendien dient er verder onderzoek te worden gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de metingen. De geldt met name voor de metingen betreffende de visie van professionals op cliënt-professional communicatie, vanwege het verkennende karakter hiervan. Daarnaast ligt een mogelijke verklaring in de bepaling van de groepen op basis van verschillen in inschatting van de eigen communicatievaardigheden, alhoewel de gemiddelde scores per groep zich niet zeer dicht tegen het afkappunt bevinden. Zowel de groep professionals met een hoge score als de groep professionals met een lage score is niet zeer groot. Mogelijk kan het uitblijven van het vinden van verschillen verklaard worden door bovengenoemde tekortkomingen, dit vraagt om vervolgonderzoek.

Een kanttekening betreffende het predictiemodel is dat de voorspellende waarde van het model gering is. Daarbij is er slechts een aantal professionalkenmerken opgenomen in dit onderzoek. Er is bijvoorbeeld wel gekeken naar de functie van de professional en de organisatie waar de professional werkzaam is, maar niet naar welke doelgroep van kinderen en jeugd de professional bedient. Aangezien specifieke problematiek om specifieke communicatie lijkt te vragen, is het van belang dit mee te nemen in vervolgonderzoek. Wellicht zijn er nog andere professionalkenmerken, bijvoorbeeld het opleidingsniveau, die van belang worden geacht betreffende cliënt-professional communicatie, welke tevens kunnen worden meegenomen in vervolgonderzoek. Hoewel verschillende professionalkenmerken samenhang vertonen met de inschatting van de eigen communicatievaardigheden van professionals, blijft er in het uiteindelijke predictiemodel slechts één variabele over: werkervaring als hulpverlener. Op basis van de goede steekproefgrootte kan er geconcludeerd worden dat werkervaring als hulpverlener een belangrijke voorspeller is betreffende de inschatting van de eigen communicatievaardigheden. Hierbij dient ten eerste te worden opgemerkt dat er geen informatie beschikbaar is over de representativiteit van de steekproef. Ten tweede dient er te worden opgemerkt dat de professionals hun eigen communicatievaardigheden beoordelen. De inschatting van de eigen communicatievaardigheden is daarom naar alle waarschijnlijkheid gerelateerd aan de zelfverzekerdheid van de professionals. Daarbij blijkt uit onderzoek (Kenny, Veldhuijzen, Van Der Weijden, LeBlanc, Lockyer, Légaré & Campbell, 2010) dat de visie van professionals op hun eigen communicatievaardigheden niet altijd overeen komt met de visie van cliënten hierop.

Voor toekomstig onderzoek is het interessant om een vergelijking te maken tussen de ervaringen van professionals en de ervaringen van cliënten betreffende hun visie op cliënt-professional communicatie. Dit onderzoek focust op het professionalperspectief. Cliëntgerichte communicatie impliceert echter dat de hulpverlener de communicatievoorkeuren van de cliënt herkent en hierop inspeelt. Zoals eerder beschreven is het mogelijk dat professionals zich niet bewust zijn van de voorkeuren van hun cliënten en daardoor hun communicatiestijl niet goed afstemmen op de individuele cliënt (zie ook Jager, Reijneveld e.a., 2014). Daarnaast kunnen communicatievoorkeuren van de cliënt gedurende het zorgproces veranderen, waardoor het van belang is dat professionals blijven reflecteren op de communicatie. Om dit proces, waarin professionals telkens weer de aansluiting bij hun cliënt dienen te zoeken, te onderzoeken wordt longitudinaal onderzoek aangeraden, waarbij op verschillende momenten van de behandeling de communicatie-ervaringen van zowel de professional als de cliënt worden gemeten.

Ten slotte, dit onderzoek is het eerste onderzoek waarin het professionalperspectief en professionalfactoren betreffende cliënt-professional communicatie in de zorg voor jeugd zijn onderzocht. Zoals beschreven is dit een verkennend en beschrijvend onderzoek. Op basis van het beeld dat geschetst is van het professionalperspectief aangaande cliënt-professional communicatie en hieraan gerelateerde professionalfactoren kan in vervolgonderzoek nader in worden gegaan op specifieke aspecten hiervan. Er kan daarnaast, zoals aangegeven, onderzoek gedaan worden ter vergelijking van het professionalperspectief en het cliëntperspectief. Deze studie blijkt een stap in de goede richting te zijn. Uiteindelijk kan een completer beeld van goede cliënt-professional communicatie in de zorg voor jeugd worden verkregen, op basis waarvan (toekomstige) professionals de communicatie met hun cliënten mogelijk kunnen verbeteren.

## Literatuur

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23, 1-33.
- Arora, N. K., & McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical care*, 38(3), 335-341.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The journal of the royal college of general Practitioners*, 17(82), 269.
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Jansen, W., ... & Raat, H. (2013). *Cliënt-, professional-en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennisiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector*. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey-Jonker Instituut.
- Benbassat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral medicine*, 24(2), 81-88.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social science & medicine*, 32(11), 1301-1310.
- Boeije, H. R. (2002). A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews. *Quality and quantity*, 36, 391- 409.
- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 131(11), 822-829.
- Cashmore, J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child abuse & neglect*, 26(8), 837-847.
- De Boer, C. & Coady, N. (2007) Good helping relationships in child welfare: learning from stories of success. *Child and family social work*, 12(1), 32-42.
- De Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient education and counseling*, 74(3), 287-294.

- De Winter, M., & Noom, M. (2002). Iemand die je gewoon als mens behandelt... Thuisloze jongeren over het verbeteren van de hulpverlening. *Pedagogiek*, 21(4), 296-309.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 370-378.
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine*, 61(7), 1516-1528.
- Friese, S. (2012). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: SAGE publications.
- Gallagher, M., Smith, M., Hardy, M., & Wilkinson, H. (2012). Children and families' involvement in social work decision making. *Children and society*, 26(1), 74-85.
- Gaston, C. M., & Mitchell, G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Social science & medicine*, 61(10), 2252-2264.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., & Short, K. D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: Mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychotherapy Research*, 22(3), 317-326.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The ochsner journal*, 10(1), 38-43.
- Hall, C., & Slembrouck, S. (2009). Communication with parents in child welfare: Skills, language and interaction. *Child & family social work*, 14(4), 461-470.
- Happé, F. (1995). Understanding mind and metaphors: Insights from the study of figurative language in autism. *Metaphor and symbol*, 10, 275-295.
- Hoagwood, K. (2005). Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46, 690-713.

- Hogue, A., & Liddle, H. A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research. *Journal of family therapy*, 31(2), 126-154.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jager, M., De Winter, A. F., Metselaar, J., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2014). Priorities in the communication needs of adolescents with psychosocial problems and their parents. Geraadpleegd 22-05-2015 via URL: [http://www.c4youth.nl/fileadmin/user\\_upload/Margot%20%20Publicatie%20artikel%20\(1\).pdf](http://www.c4youth.nl/fileadmin/user_upload/Margot%20%20Publicatie%20artikel%20(1).pdf)
- Jager, M., Reijneveld, S. A., Metselaar, J., Knorth, E. J., & De Winter, A. F. (2014). Discrepancies between adolescents' attributed relevance and experiences regarding communication are associated with poorer client participation and learning processes in psychosocial care. *Patient education and counseling*, 97(3), 332-338.
- Jager, M., Reijneveld, S.A., Almansa, J., Metselaar, J., Knorth, E.J. & De Winter A.F. (under review). Less reduction of psychosocial problems among adolescents with unmet communication needs.
- Jeugdwet (2015). Jeugdwet. Artikel 3.4. vierde lid. §1 Aanleiding en verantwoording. Geraadpleegd 25-08-2015 via URL: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0035236/BIJL1413393/geldigheidsdatum\\_26-08-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0035236/BIJL1413393/geldigheidsdatum_26-08-2015)
- Johnson, K. R., McMorris, B., & Scal, P. (2014). Work with me: Improving self-management skills through youth centered communication. *Journal of adolescent health*, 54(2), 39.
- Kaasenbrood, A., Sierink, D., & van Luyn, B. (2002). Ervaringen van behandelaars met patiënten die lijden aan een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis. *Psychopraxis*, 4(5), 146-151.
- Kelley, S.D., Bickman, L., & Norwood, E. (2010). Evidence-based treatments and common factors in youth psychotherapy. In: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change, second edition*, 325-355. Washington: American Psychological Association.

- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Van Der Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., & Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Social science & medicine*, *70*(5), 763-768.
- Kiesler, D. J., & Auerbach, S. M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient education and counseling*, *61*(3), 319-341.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British journal of general practice*, *49*(446), 711-716.
- Knorth, E. J., Harder, A. T., Huygen, A. N., Kalverboer, M. E., & Zandberg, T. (2010). Residential youth care and treatment research: Care workers as key factor in outcomes. *International journal of child and family welfare*, *1*, 49-67.
- Korfker, G. (2008). Sprekende beelden voor lastige lieden. *Sociale psychiatrie*, *27*(85), 9-18.
- Körner, J. (2000). Overdracht in professionele begeleidingsrelaties. *Supervisie en coaching*, *17*(2), 76-85.
- Kuhlthau, K. A., Bloom, S., Van Cleave, J., Knapp, A. A., Romm, D., Klatka, K., ... & Perrin, J. M. (2011). Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Academic pediatrics*, *11*(2), 136-143.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. *Journal of general internal medicine*, *20*(6), 531-535.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British medical journal*, *323*(7318), 908-911.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo clinic proceedings*, *85*(1), 53-62.
- Maljaars, J., & Noens, I. (2008). Communicatie zonder representatie: ondersteunende communicatie op maat. *Wetenschappelijk tijdschrift autisme*, *2*, 58-66.

- Martyn, K. K., Munro, M. L., Darling-Fisher, C. S., Ronis, D. L., Villarruel, A. M., Pardee, M., ...& Fava, N. M. (2013). Patient-centered communication and health assessment with youth. *Nursing research*, 62(6), 383.
- McKay, M.M., & Bannon, W.M., Jr. (2004). Engaging families in child mental health services. *Child & adolescent psychiatric clinics of north america*, 13(4), 905-921.
- Millán, J. F., Navas, M. F., Mingorance, P. A., & Escrí, A. D. (2014). Elaboration of the competence profile of the residential child/youth care worker. *Global journal of human-social science research*, 14(2), 1-10.
- Mulder, C. L., Jochems, E., & Kortrijk, H. E. (2014). The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(4), 541-548.
- Murray, E., Pollack, L., White, M., & Lo, B. (2007). Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient education and counseling*, 65(2), 189-196.
- Nicolai, N. (1999). Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandelingen. In: P.G.H. Aarts, & W.D Visser (Red.), *Trauma. Diagnostiek en behandeling*, 1-20. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical child and family psychology review*, 8(2), 149-166.
- Noens, I., & van Berckelaer-Onnes, I. (2002). Communicatie bij mensen met autisme en een verstandelijke beperking: van inzicht naar interventie. *Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 28(4), 212-225.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918.
- Pijnenburg, H. (2010). *Zorgen dat het werkt*. Intreerede (2010, 25 maart) Arnhem/Nijmegen: Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

- Pijpers, F., Boere-Boonekamp, M., van Harten, L., Hartman, L., Kocken, P., Rijbroek, B., ... & Voorham, T. (2013). De transitie en transformatie van zorg voor jeugd: een ruwe diamant. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(7), 363-363.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. London: Constable.
- Savage, R., & Armstrong, D. (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *British medical journal*, 301(6758), 968-970.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: SAGE Publications.
- Serra, M., & Minderaa, R. B. (1996). Problemen in de sociale interactie en communicatie bij kinderen met een aan autisme verwante stoornis. *Kind en adolescent*, 17(2), 93-101.
- Sparks, J.A., & Duncan, B.L. (2010). Common factors in couple and family therapy. Must all have prizes? In: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change, second edition*, 357-391. Washington: American Psychological Association.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian medical association journal*, 152(9), 1423.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling*, 74(3), 295-301.
- Tuffrey-Wijne, I. (2014). Communiceren met mensen met een verstandelijke beperking. In: *Hoe breng je slecht nieuws aan mensen met een verstandelijke beperking?*, 95-101. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Twisk, J. W. R. (2010). *Inleiding in de toegepaste biostatistiek*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Van Yperen, T., Booy & Y., van der Veldt, M. C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.



- Verhage, V., Noordik, E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2014). Cohort profile: tracing achievements, key processes and efforts in professional care for children and adolescents research; TAKECARE. *International journal of epidemiology*, 1-9.
- Verheul, R. (2003). De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: wetenschappelijke bevindingen en praktische richtlijnen. *Psychopraxis*, 5(2), 58-64.
- Wearing, C. (2010). Autism, metaphor and relevance theory. *Mind & language*, 25, 196–216.
- Wunderink, A. (2007). Overdracht en tegenoverdracht in de opleidingsrelatie. *Tijdschrift voor medisch onderwijs*, 26(4), 128-132.
- Zoon, M. (2013). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Codeboek

Dit codeboek hoort bij de eenmalige vragenlijst voor hulpverleners van C4Youth.

<i>Achtergrondkenmerken hulpverlener</i> .....	50
Leeftijd hulpverlener .....	50
Geslacht hulpverlener.....	50
Organistie en afdeling hulpverlener .....	50
Huidige functie.....	51
Beroepsopleiding.....	52
Aantal jaren werkzaam als zorgverlener/als zorgverlener voor kinderen.....	52
<i>Visie op communicatie met cliënten</i> .....	52
Cliënt-professional communicatie.....	52
Eigen communicatievaardigheden .....	53

## Achtergrondkenmerken hulpverlener

### Leeftijd hulpverlener

Vraag	Global Park naam	Variabele naam	Waarden	Codering
Wat is uw geboortedatum?	V_29	BIR1hHi0	Dag	1-31
	V_30	BIR2hHi0	Maand	1-12
	V_39	BIR3hHi0	Jaar (1-55)	1941-1994
Ontvangstdatum T1 hulpverlener	ontvangstdatumVersturenofNasturenEenmaligevragenlijst_HV	DAT1hTi0	Dd-mm-jjjj	
Geboortedatum in 1 variabele		BIR4hHi0	Dd-mm-jjjj	
Leeftijd hulpverlener		AGE1hHi0		
<p><b>Definitie:</b>            BIR4hHi0: indien BIR3hHi0=2, dan JAAR=1930; indien BIR3pPi0=3, dan JAAR=1931'; etc.            AGE1hHi0: DAT1hTi0 - BIR4hHi0</p>				
<p><b>Syntax:</b> Beschikbaar.</p>				

### Geslacht hulpverlener

Vraag:	Global Park naam	Variabele naam	Waarden	Codering
Wat is uw geslacht?	V_40	GEN1hHi0	man	0
			vrouw	1
<p><b>Definitie:</b>            Geslacht hulpverlener.</p>				
<p><b>Syntax:</b> Beschikbaar.</p>				

### Organisatie en afdeling hulpverlener

Vraag	Globalpark naam	Variabele naam	Waarden	Codering
Organisatie Tadmin gegevens	naam_organisatie	ORG1hTi0	Accare	1
			Elker	2
			GGD Groningen	3
			Jonx Lentis	4
Afdeling organisatie Tadmin gegevens	naam_afdeling	DEP1hTi0	Accare Cluster 1 ASS/Angst-Depressie	1
			Accare Cluster 2 ADHD	2
			Accare Cluster 3 Complexe langdurige zorg	3
			Accare Cluster 4 Klinieken	4
			Accare Assen	5
			Accare Drachten	6
			Elker onbekend	7
			GGD Bedum/Winsum	8
			GGD Delfzijl	9

			GGD Groningen Centrum/Oude wijken	10
			GGD Groningen West	11
			GGD Groningen Zuid	12
			GGD Hoogezand	13
			GGD Leek	14
			GGD Noorddijk	15
			GGD Stadskanaal	16
			GGD Veendam	17
			GGD Winschoten	18
			Jonx Lentis Delfzijl	19
			Jonx Lentis Groningen	20
			Jonx Lentis Hoogezand-Sappemeer	21
			Jonx Lentis IPG	22
			Jonx Lentis Stadskanaal	23
			Jonx Lentis Veendam	24
			Jonx Lentis Winschoten	25
			Elker Pleegzorg	26
			Elker Ambulante traumaulp Haydnlaan	27
			Elker Jongerenhulp Haydnlaan	28
			Elker MKD Veendam	29
			Elker MKD Haren	30
			Elker Boddaert Groningen	31
			UMCG Gezondheidswetenschappen	32
			GGD LPH	33
			Elker GGZ-hulp Groningen	34

**Definitie:**

Organisatie en afdeling waar de hulpverlener werkzaam was ten tijde van het invullen van de achtergrondvragenlijst.

**Syntax:** Beschikbaar.

## Huidige functie

Vraag: Wat is uw huidige functie?			
Globalpark naam	Variabele naam	Waarden	Codering
V_56	FUN1hHi0	Kinder-en jeugdpsychiater	0 = Not quoted 1 = Quoted
V_57	FUN2hHi0	GZ-psycholoog	Idem
V_58	FUN3hHi0	Klinisch psycholoog	Idem
V_59	FUN4hHi0	(Ortho)pedagoog	Idem
V_60	FUN5hHi0	Psychotherapeut/Bewegingstherapeut	Idem
V_61	FUN6hHi0	Gezinstherapeut	Idem
V_62	FUN7hHi0	Maatschappelijk werker	Idem
V_63	FUN8hHi0	Schoolmaatschappelijk werker	Idem
V_64	FUN9hHi0	Casemanager	Idem
V_65	FUN10hHi0	Wijkverpleegkundige	Idem
V_66	FUN11hHi0	Zorgcoördinator	Idem
V_67	FUN12hHi0	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er)	Idem
V_68	FUN13hHi0	Psychiatrisch verpleegkundige(PV'er)	Idem

V_69	FUN14hHi0	Groepsopvoeder (sociaal pedagogisch hulpverlener)	Idem
V_70	FUN15hHi0	Kinderarts	Idem
V_71	FUN16hHi0	Neuropsycholoog	Idem
V_72	FUN17hHi0	Educatief therapeut	Idem
V_73	FUN18hHi0	Remedial teacher	Idem
V_74	FUN19hHi0	Creatief therapeut	Idem
V_75	FUN20hHi0	Fysiotherapeut	Idem
V_76	FUN21hHi0	Sociaal pedagogische hulpverlener	Idem
V_77	FUN22hHi0	Logopedist	Idem
V_78	FUN23hHi0	Ergotherapeut	Idem
V_79	FUN24hHi0	Jeugdarts	Idem
V_80	FUN25hHi0	Jeugdverpleegkundige	Idem
V_81	FUN26hHi0	Nurse practitioner	Idem
V_82	FUN27hHi0	Huisarts	Idem
V_83	FUN28hHi0	Gedragwetenschapper	Idem
V_84	FUN29hHi0	Verpleegkundige	Idem
V_85	FUN30hHi0	Anders	Idem
V_42	FUN31hHi0	Anders: namelijk	Tekst
<b>Definitie:</b>			
<b>Syntax:</b>			

## Beroepsopleiding

Vraag	Globalpark naam	Variabele naam	Waarden	Codering
Welke (beroeps) opleiding heeft u gevolgd?	V_43	EDU1hHi0	Welke beroepsopleiding	tekstveld

## Aantal jaren werkzaam als zorgverlener/als zorgverlener voor kinderen

Vraag	Globalpark naam	Variabele naam	Waarden	Codering
Hoeveel jaar bent u inmiddels als hulpverlener werkzaam?	v_44	WRK1hHi0	Minder dan 1 jaar t/m langer dan 50 jaar (1=minder dan 1 jaar, 2= 1 jaar etc)	1t/m 52
Hoeveel jaar bent u inmiddels als hulpverlener voor kinderen/jongeren werkzaam?	V_45	WRK2hHi0	Idem	Idem

## Visie op communicatie met cliënten

### Cliënt-professional communicatie

Vraag	Globalpark naam	Variabele naam	Waarden	Codering
-------	-----------------	----------------	---------	----------

Iedere hulpverlener heeft af en toe de ervaring dat de communicatie tijdens de therapie of begeleiding minder goed verloopt. Wat zijn volgens u de belangrijkste verklaringen hiervoor?	V_14	COM1hHi0		Text
Zijn er volgens u cliënten met een bepaalde problematiek en/of eigenschappen met wie de communicatie over het algemeen moeizamer verloopt?	<a href="#">v_9312d</a> V_87	COM2hHi0		Text
Wat zijn in uw ervaring de belangrijkste manieren om goede communicatie met cliënten in gang te zetten en in stand te houden?	V_17	COM3hHi0		text

## Eigen communicatievaardigheden

Vraag:	Globalpark naam	Variabele naam	Waarden	Codering
Hieronder staan 4 stellingen. Geef aan in hoeverre u het eens bent met hetgeen er staat door per stelling het hokje aan te vinken dat het beste uw mening weergeeft				
Ik weet zeker dat ik effectief kan communiceren met cliënten	V_11	COM4hHi0	Helemaal mee oneens_Helemaal mee eens	1 t/m 7
Ik weet zeker dat ik effectief kan omgaan met 'moeilijke cliënten'.	V_12	COM5hHi0		
Ik ben mij bewust van de typen cliënten die het moeilijkst zijn om mee om te gaan.	V_13	COM6hHi0		
Ik weet zeker dat mijn cliënten tevreden zijn met mijn communicatie	V_46411	COM7hHi0		
<p><b>Definitie:</b> De variabelen V_14 t/m v_17 zijn open vragen over de visie van professionals op communicatie met hun cliënten. De variabelen V_11 t/m V_46411 zeggen iets over hoe de professional zijn/haar eigen communicatievaardigheden inschat. Deze zijn afkomstig uit de vragenlijst die Brown (1999) gebruikte als een self-assessment meetinstrument voor artsen. De vragen die we hebben overgenomen vallen onder de categorie 'dealing with patients':</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I am confident I can effectively communicate with patients</li> <li>- I am confident I can effectively deal with "difficult patients"</li> <li>- I am aware of which types of patients are most difficult to handle</li> <li>- I am confident that my patients will be satisfied with my communication</li> </ul> <p>Brown (1999) rapporteert mean scores en standard deviations per item.</p> <p><b>Referentie:</b> Brown JB, Boles M, Mullooly JP and Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized controlled trial. Ann Intern Med. (1999) 131:822-29.</p>				
<p><b>Syntax:</b> Beschikbaar.</p>				