

Persoonsgerichte en taakgerichte communicatieve competenties van
professionals op het consultatiebureau:

Waardering door ouders bij gesprekken over opvoeding.

25 juni 2012

Marleen Wierenga,
3216063

Begeleider en 1^o beoordelaar Universiteit Utrecht:

Dr. Monique van Londen

2^o beoordelaar Universiteit Utrecht:

Prof. Dr. Micha de Winter

Begeleiders Universiteit Twente:

Dr. Magda Boere-Boonekamp

Annemieke Konijnendijk, MSc

Abstract

Aim: The influence of parent characteristics on their value of communicative competencies (CC) in conversations about parenting problems in consultatiebureaus, is researched. We differentiated between person-directed and general CC and task-focused and socio-emotional CC. Method: Data is collected in nine consultatiebureaus in Twente. Parents were asked to value CC by a card-rankingsystem, in case of a parenting-question, -tension and -crisis. Results: 102 parents of children aged 0-4 years old were researched. Results shows that parents give a higher value to general CC than person-directed CC. In case of a parenting-tension and -crisis, they value task-focused CC higher than socio-emotional CC. Being married has a positive effect on task-focused CC with a parenting-question and a negative effect with a parenting-tension. There is a positive effect of education level on task-focused CC for the mean score for all three cases and with a parenting-crisis. For the mean score for all three cases, having multiple children has a negative effect on task-focused CC and for a parenting-question, having a son has a negative effect. Conclusion: Parents give a higher value to general and task-focused CC than to person-directed and socio-emotional CC. Especially when parenting problems are more serious. Parent characteristics have little influence on their value of CC. Keywords: Communication, communicative competencies, intercultural competencies, patient-doctor relation, patientcentred, parent characteristics, task-focused, patient-directed, ranking method.

Samenvatting

Doel: De invloed van ouderkenmerken op de waardering van communicatieve competenties (CC) van professionals op consultatiebureaus (CB) in Twente is onderzocht. Onderscheid wordt gemaakt in persoonsgerichte versus algemene CC enerzijds en taakgerichte versus sociaal-emotionele CC anderzijds. Method: Data is verzameld op negen consultatiebureaus in Twente. Door middel van een kaartjes-rangschikingsysteem gaven ouders een waardering aan CC, bij een casus over een opvoedvraag, -spanning en -crisis. Resultaten: 102 ouders van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar werden ondervraagd. Ouders vinden algemene CC belangrijker dan persoonsgerichte CC. Taakgerichte CC vinden ouders belangrijker dan sociaal-emotionele CC wanneer sprake is van een opvoedingsspanning en -crisis. Er is een negatief effect van gehuwd/samenwonend zijn op persoonsgerichte CC bij een opvoedvraag en een positief effect bij een opvoedspanning. Opleidingsniveau heeft een negatief effect op taakgerichte CC bij een opvoedcrisis en bij het totaal van de drie casussen. Het hebben van meerdere kinderen heeft een negatief effect bij het totaal en het hebben van een zoon heeft een negatief effect bij een opvoedvraag. Conclusie: Ouders waarderen een professionele en taakgerichte houding meer dan een sensitieve, persoonsgerichte houding. Dit geldt met name wanneer sprake is van een ernstiger opvoedprobleem. Ouderkenmerken hebben weinig invloed op de waardering van CC.

Introductie

In Nederland komen nagenoeg alle ouders met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar minstens één keer op het consultatiebureau (CBS, 2009). Hiermee is het consultatiebureau (CB) in Nederland de plek waar de meeste ouders met jonge kinderen en professionals elkaar ontmoeten. Het doel van consultatiebureaus is “het volgen van fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen en het signaleren van stoornissen daarin gericht op het tijdig aanbieden van interventies” (Dunnink & Lijs-Spek, 2008 p. 9). Onder het signaleren van stoornissen valt ook de taak van het signaleren van problemen die zich voordoen in de opvoeding van kinderen. Daarmee is het consultatiebureau ook een belangrijke plaats voor het opsporen van opvoedproblemen, waaronder kindermishandeling.

De communicatie tussen ouders en consultatiebureauartsen of –verpleegkundigen (voortaan professionals) is een voorwaarde voor professionals om aan de doelen van het CB te kunnen voldoen. Professionals spreken veel met ouders, maar hebben soms moeite met het bespreken van moeilijke onderwerpen, zoals vragen over de kenmerken van ouders en het bespreken van vermoedens van kindermishandeling (Haagmans & Ohlsen, 2003). In dit onderzoek bekijken we de communicatie tussen ouder en professional vanuit het perspectief van de ouder. Er wordt gekeken naar de waardering door ouders van communicatieve competenties (CC) van professionals. Hierbij wordt gekeken welke ouderkenmerken van invloed zijn op de waardering van CC. Gesprekken over de opvoeding staan centraal. De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek is:

Welke ouderkenmerken hebben invloed op de waardering van communicatieve competenties van professionals op het consultatiebureau bij gesprekken over opvoeding?

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant omdat het een bijdrage levert aan kennis over de waardering van CC door ouders met verschillende kenmerken. Daarbij is het voor de signalering van kindermishandeling belangrijk om te weten of ouders CC anders waarderen wanneer opvoedproblemen ernstiger zijn. De kennis over CC, waaraan dit onderzoek bijdraagt, kan door professionals worden gebruikt in de gesprekken die zij voeren met ouders, waardoor de communicatie beter kan gaan verlopen. Een betere communicatie leidt ertoe dat de handelingsverlegenheid van professionals zal afnemen en professionals ook beter kunnen communiceren over moeilijke onderwerpen, zoals kindermishandeling.

Persoonsgerichte communicatieve competenties

Definitie persoonsgerichte communicatieve competenties

In 1969 introduceerde Balint (Balint, 1969) het begrip patiëntgecentreerde geneeskunde als tegenhanger van de biomedische benadering. Hij beargumenteert in zijn artikel dat een professional niet alleen aandacht moet hebben voor de gezondheidsproblemen van een patiënt, maar dat het ook belangrijk is om de persoon die de gezondheidsproblemen heeft te kennen en te begrijpen. Hij legt uit dat een arts de patiënt moet zien als een uniek mens en een diagnose moet stellen over het geheel van de persoon. Nadat Balint (1969) de term heeft geïntroduceerd is deze veelvuldig gebruikt en uitgebreid. Hierdoor heeft het begrip veel verschillende dimensies gekregen en wordt er in de literatuur geen eenduidige definitie meer gebruikt (Epstein, Franks, Fiscella, Shields, Meldrum et al., 2005; Illingworth, 2010; Mead & Bower, 2000). The Department of Health in het Verenigd Koninkrijk (2004) heeft patiëntgecentreerdheid onderverdeeld in twee dimensies. Patiëntgecentreerdheid houdt allereerst in dat de geboden zorg gericht is op de patiënt als de gehele persoon met individuele voorkeuren die bestaan binnen de sociale context van de persoon. De tweede dimensie gaat in op een gedeelde controle van, en samenwerking tussen arts en patiënt over het proces van diagnose, besluitvorming en omgaan met het gezondheidsprobleem. In dit onderzoek zal verder ingegaan worden op de eerste dimensie, het gericht zijn op de persoon en persoonlijke situatie van de cliënt, in het vervolg persoonsgerichte communicatieve competenties (PCC) genoemd.

Ook Mead en Bower (2000) hebben een definitie gemaakt van de patiëntgecentreerde stijl, naar aanleiding van een systematische review. Zij onderscheiden vijf dimensies waarin patiëntgecentreerde benadering afwijkt van de biomedische benadering. De eerste twee dimensies samen zijn vergelijkbaar met PCC, namelijk het biopsychosociaal perspectief en de patiënt-als-persoon. Met het biopsychosociaal perspectief wordt bedoeld dat er gekeken wordt naar een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren die aanwezig zijn in een persoon, het gaat om het begrijpen van de gezondheidsproblemen binnen het geheel van de persoon. De tweede dimensie, de patiënt-als-persoon, gaat ervan uit dat de arts de gezondheidsproblemen van een persoon pas begrijpt als deze begrijpt wat de problemen voor de persoon betekenen. Het gaat hierbij dus om het begrijpen van de ervaringen van de patiënt. Ook Stewart et al. (1995) maken een onderscheid tussen verschillende componenten van PCC. Zij gaan uit van het belang van het vooropstellen van de sociale en culturele kenmerken van de patiënt, het begrijpen van persoonlijke ervaringen, het zoeken van

gemeenschappelijkheden tussen de professional en patiënt en het streven naar een vertrouwensrelatie tussen hen (Stewart et al. 1995).

Interculturele communicatieve competenties

Naast de patiëntgecentreerde stroming, die voortkomt uit de medische wereld, bestaat een vergelijkbare stroming die voortkomt uit de communicatiewereld, namelijk interculturele communicatie. Hoewel beide stromingen zich onafhankelijk van elkaar hebben ontwikkeld, zijn de uitkomsten voor onderzoek, onderwijs en praktijk gelijk aan elkaar (Bansal, 2010; Betancourt, 2006; Gregg & Saha, 2006). In dit onderzoek worden PCC daarom zowel beschreven met behulp van literatuur over patiëntgecentreerdheid als over interculturele CC.

Interculturele communicatie kan in de meest basale vorm worden omschreven als de communicatie tussen personen met verschillende culturele achtergronden (Shadid, 1998). Cultuur wordt in dit verband beschreven als een dynamisch concept waarbij ervaringen van het individu een centrale rol spelen. Hierbij worden verschillen in cultuur niet alleen gevormd door verschillen in etniciteit, maar ook door bijvoorbeeld opleidingsniveau, leeftijd en andere persoonlijke kenmerken (Shadid, 1998). Dit is in lijn met PCC, waarbij wordt ingegaan op de patiënt als een uniek persoon.

De algemene hypothese over interculturele communicatie stelt dat naarmate de veronderstelde culturele afstand tot de communicatiepartner groter is, het gevoel van onzekerheid in het wederzijdse contact groter wordt en de geneigdheid tot het aangaan van contact kleiner (Berger, 1986, p. 52, in Shadid, 2000). Hierbij wordt aangenomen dat naarmate de wederzijdse onzekerheid in contact vermindert men beter sociale relaties durft aan te gaan. Het doel van interculturele CC is om de ervaren afstand tussen professional en cliënt te verkleinen, waardoor de communicatie beter verloopt (Gregg & Saha, 2006). Ook PCC zijn erop gericht de onzekerheid in de communicatie weg te nemen (Illingworth, 2010). Verder stelt Shadid (2000) dat de ernst van het gespreksonderwerp invloed heeft op de mate van onzekerheid tussen de gesprekspartners. Mensen gaan namelijk gemakkelijker een gesprek aan over een onderwerp dat minder ernstig is en hen minder persoonlijk raakt. Hierbij geldt dat een gespreksonderwerp ernstiger is, naarmate het onderwerp voor de gesprekspartners belangrijker en persoonlijker is.

Taakgerichte en sociaal-emotionele communicatieve competenties

Een andere indeling van communicatieve competenties is die van het verkrijgen en verstrekken van informatie en het tonen van sensitiviteit. Roter en Larson (2002) maken

onderscheid in sociaal-emotionele en taakgerichte CC die van belang zijn in een gesprek. Deze laatste gaat over CC die nodig zijn om op een professionele wijze problemen op te lossen. De eerste gaat in op het communiceren met patiënten met als doel om een sociaal-emotionele band op te bouwen tussen professional en cliënt. Sociaal-emotionele CC (SCC) gaan in op het inleven in de situatie van patiënten, meeleven met de patiënt en accepteren van de patiënt en zijn/haar verwachtingen en wensen. Taakgerichte CC (TCC) zijn erop gericht zoveel mogelijk medisch relevante informatie te verzamelen en informatie te geven. Roter en Larson (2002) rekenen beiden tot de patiëntgecentreerde benadering waarbij een open en geïnteresseerde houding noodzakelijk is.

Beleidsstukken voor professionals waarin CC worden besproken

In beleidsstukken die gebruikt worden door professionals wordt ook aandacht besteed aan communicatieve competenties (CC). Beleidsstukken die worden beschreven zijn onder andere het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (Werkgroep JGZ, 2002) en Naar interculturele competentieprofielen in de preventief en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid (Haterd, Poll, Felten, Vos & Bellaart, 2010). In alle beleidsstukken wordt aandacht geschonken aan communicatie over opvoeding, daarbij is een aantal beleidsstukken gericht op communicatie met ouders over ernstige onderwerpen, zoals kindermishandeling (Haagmans & Ohlsen, 2004; van Rossum et al., 2008). Kousemaker en Timmers-Huigens (1985) beschrijven een indeling van opvoedproblemen in een opvoedvraag, opvoedspanning en opvoedcrisis. Een opvoedvraag houdt in dat ouders advies vragen over de opvoeding, zodat ouders zelf het probleem verder kunnen oplossen. Opvoedspanning wordt beschreven als een vraag die ouders niet meer zelf kunnen beantwoorden. Zij hebben hiervoor deskundig advies nodig. Wanneer sprake is van een opvoedcrisis kunnen ouders het probleem zelf niet meer oplossen. De draaglast is dan groter dan de draagkracht.

De CC die in beleidsstukken worden benoemd, zijn vergeleken met wetenschappelijke literatuur en aan de hand daarvan ingedeeld in persoonlijke CC (PCC) en algemene CC (ACC) en taakgerichte CC (TCC) en sociaal-emotionele CC (SCC). Hierbij geldt dat ACC wordt beschreven als tegenhanger van PCC en SCC als tegenhanger van TCC. De CC die benoemd worden in beleidsstukken zijn CC waar professionals mee werken. Deze zijn gebruikt in het onderzoek om zoveel mogelijk te kunnen aansluiten bij de praktijk.

In de beleidsstukken wordt onderscheid gemaakt in basishouding, kennis en vaardigheden (Blokland, 1996). De indeling van basishouding en kennis komt overeen met de indeling van Roter en Larson (2002) in sociaal-emotionele en taakgerichte CC. Een aantal CC

die behoren tot vaardigheden hebben betrekking op het toepassen van kennis en een aantal hebben betrekking op het toepassen van de basishouding. In beleidsstukken wordt ook onderscheid gemaakt tussen interculturele CC (Haterd, et al., 2010; Pels, Distelbrink & Tan, 2009) en algemene CC (Dunnink & Lijs-spek, 2008; Haagmans & Ohlsen; van Rossum, ten Berge & Anthonijsz, 2008; ZonMw, 2008). Hierbij geldt dat de interculturele CC in beleidsstukken overeenkomen met in de literatuur beschreven CC die zowel behoren tot interculturele als persoonsgerichte CC.

Persoonsgerichte en algemene basishouding

Een goede basishouding is voor professionals van belang om een gesprek aan te kunnen gaan met cliënten. Als persoonsgerichte basishouding is nodig dat de professional gemotiveerd is om een sociale relatie aan te gaan met iemand van een andere groep en actief probeert vooroordelen jegens een groep als geheel aan de kant te zetten (Spitzberg, 1991, in Shadid, 2000). Deze PCC komen overeen met de stelling van Stewart et al. (1995) dat professionals een patiënt als individu moeten accepteren en geen vooroordelen over de persoon mogen hebben. Epstein et al. (2005) voegen het open staan voor de ideeën en ervaringen van de patiënt toe als basishouding. Al deze CC worden ook genoemd in de Meetladder Diversiteit Interventies (Pels, Distelbrink en Tan, 2009) en in het document Diversiteit in het Jeugdbeleid (ZonMw, 2008). Nieuwsgierigheid, respect en empathie zijn voorwaarden voor de beschreven basishouding (Carrillo, Green & Betancourt, 1999).

Naast PCC zijn ook een aantal algemene CC (ACC) van belang. CC die in beleidsstukken worden besproken en geen betrekking hebben op PCC zijn ondergebracht in ACC. Wat betreft de basishouding geldt dat een sensitieve en responsieve houding van professionals tegenover ouders van belang is (Blokland 1996; van Rossum et al., 2008). Professionals moeten patiënten dus het gevoel geven dat er naar hen geluisterd wordt. Deze competentie raakt dicht aan PCC. Het gaat hier echter om een algemene houding, waarbij geen rekening gehouden hoeft te worden met de specifieke kenmerken de patiënt. Naast een responsieve houding is het van belang om positieve punten te noemen, dus complimenten te geven, dit wordt zowel genoemd in beleidsstukken (Haagmans & Ohlsen, 2004; van Rossum, et al., 2008) als wetenschappelijke literatuur (Buller & Buller, 1987; Street Jr, Gordon & Haidet, 2007; Williams, Weinman & Dale., 1998).

Zowel de persoonsgerichte als de algemene CC in de basishouding van professionals kunnen worden gezien als sociaal-emotionele CC. Sandvik et al. (2002) vatten de SCC samen als aandacht hebben voor de persoonlijke situatie van de patiënt (persoonsgericht),

goedkeuring en complimenten geven (algemeen), het opbouwen van een vertrouwensrelatie (persoonsgericht) en het inleven in de situatie van de patiënt (persoonsgericht).

Persoonsgerichte en algemene kennis

Wat betreft kennis geeft Spitzberg (1991, geciteerd in Shadid, 2000) aan dat een professional kennis moet bezitten over zowel de eigen cultuur als die van de ander en de overeenkomsten en verschillen hiertussen. Ook in beleidsstukken worden deze PCC benoemd (o.a. Haterd et al., 2010). Kennis helpt de professional om op de juiste manier voorspellingen te doen over de gesprekspartner en reële verwachtingen te hebben over het gesprek. Spitzberg stelt dat door middel van deze kennis misverstanden in de communicatie voor een deel kunnen worden voorkomen. Hij waarschuwt er hierbij wel voor dat kennis niet één-op-één kan worden toegepast op individuele personen. Vaak zijn verschillen binnen groepen erg groot. Ook Betancourt (2006) geeft aan dat kennis over een cultuur het risico met zich meebrengt dat professionals zich teveel richten op kenmerken van de cultuur, waardoor een individuele benadering in het gedrang komt. Gregg en Saha (2006) stellen daarom dat het niet alleen belangrijk is om te weten welke kenmerken van patiënten de houding ten aanzien van gezondheid en gezondheidsproblemen kunnen beïnvloeden, maar dat professionals ook de persoonlijke situatie en context van het individu moeten kennen. Daarbij blijft het belangrijk dat professionals zich bewust zijn van de betrekkelijkheid van de kennis, omdat de houding per individu kan verschillen. Ook ZonMw (2008) geeft aan dat bewustzijn van verschillen binnen groepen belangrijk is.

Ook algemene kennis is van belang. Hierbij geldt dat de professional kennis heeft van gespreksvoeringstechnieken, de gang van zaken op het consultatiebureau en inhoudelijke kennis over opvoeding en ontwikkeling. Ook moeten professionals patiënten naar de goede plek kunnen doorverwijzen, wanneer gespecialiseerde hulp nodig is (o.a. Dunnink & Lijs-Spek, 2008; van Rossum et al., 2008).

De CC die behoren tot kennis van de professional, zowel persoonsgericht als algemeen, kunnen worden gezien als taakgerichte CC. Deze worden door Sandvik et al. (2002) samengevat als het verkrijgen van voldoende informatie, op een begrijpelijke manier uitleg geven aan patiënten, kennis verzamelen over zowel de gezondheidsproblemen van de patiënt als de context en kenmerken van de patiënt en het geven van advies dat aansluit bij de persoonlijke situatie. Street Jr. (1991) beschrijft TCC op een vergelijkbare manier. Hij maakt onderscheid in het geven van informatie, zoals feiten, meningen en beschrijvingen en het aansporen van de patiënt om informatie te verschaffen.

Persoonsgerichte en algemene vaardigheden

Een belangrijke PCC met betrekking tot vaardigheden van de professional is het kunnen bekijken van cultuur vanuit een ‘derde perspectief’ (Gudykunst & Kim, 1992, geciteerd in Shadid, 2000). Hiermee wordt bedoeld dat de professional in staat is om als het ware van een afstandje naar de culturen te kijken die aanwezig zijn in het gesprek. Dit perspectief verenigt twee culturen met elkaar. Kenmerken van het zien van het ‘derde’ perspectief zijn interesse tonen in ervaringen en ideeën van de ander, inlevingsvermogen in iemand van een andere cultuur, adequaat waarnemen van verschillen en overeenkomsten tussen twee culturen en gedragingen die je niet begrijpt benoemen in plaats van slecht beoordelen. Ook Stewart et al. (1995) benadrukken het belang van inlevingsvermogen in de persoonlijke situatie van de patiënt. Betancourt (2006) combineert de interculturele en persoonsgerichte CC door aan te geven dat de professional zich moet inleven in de “persoonlijke cultuur” van de patiënt. Deze vaardigheden worden ook benoemd in beleidsstukken (Haterd et al., 2010; Pels et al., 2009; ZonMw, 2008). Roter en Larson (2002) noemen deze persoonsgerichte vaardigheden sociaal-emotioneel. Zij geven aan dat het inleven in de persoonlijke situatie van patiënten een belangrijke SCC is om een goede relatie met de patiënt tot stand te laten komen.

De algemene vaardigheden zijn vooral toegespitst op het op een goede manier laten verlopen van het gesprek en het verkrijgen van de juiste informatie (Blokland, 1996). Belangrijk hierbij is dat de professional actief luistert naar ouders en duidelijke en relevante vragen stelt (zie ook Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher & Rowlands, 2009). Verder is ook het verschaffen van voldoende informatie erg belangrijk (Street Jr., 1991; Street Jr. et al., 2007; Williams et al., 1998). Deze vaardigheden behoren ook tot taakgerichte CC. De algemene vaardigheden kunnen namelijk worden gezien als het toepassen van kennis in het gesprek.

Hypothesen en verwachtingen

Formulering

Onderzoek naar de waardering van CC is voornamelijk gedaan door middel van tevredenheidonderzoek (Cegala & Brosz, 2002; Epstein et al., 2005; Williams et al., 1998). Hierbij heeft onderzoek zich vooral gericht op communicatie tussen patiënt en arts bij het gebruik van verschillende communicatiestijlen door de arts (Epstein et al., 2005; Street Jr., 1991). Eerder onderzoek geeft aan dat er te weinig kennis is over de invloed van patiëntkenmerken op de waardering van communicatiestijlen (Cegala & Brosz, 2002; Epstein et al., 2005; Mead & Bower, 2000). Epstein et al. (2005) noemen een aantal patiëntkenmerken maar geven ook aan dat er weinig theoretische basis is voor deze indeling. Net als Cegala en

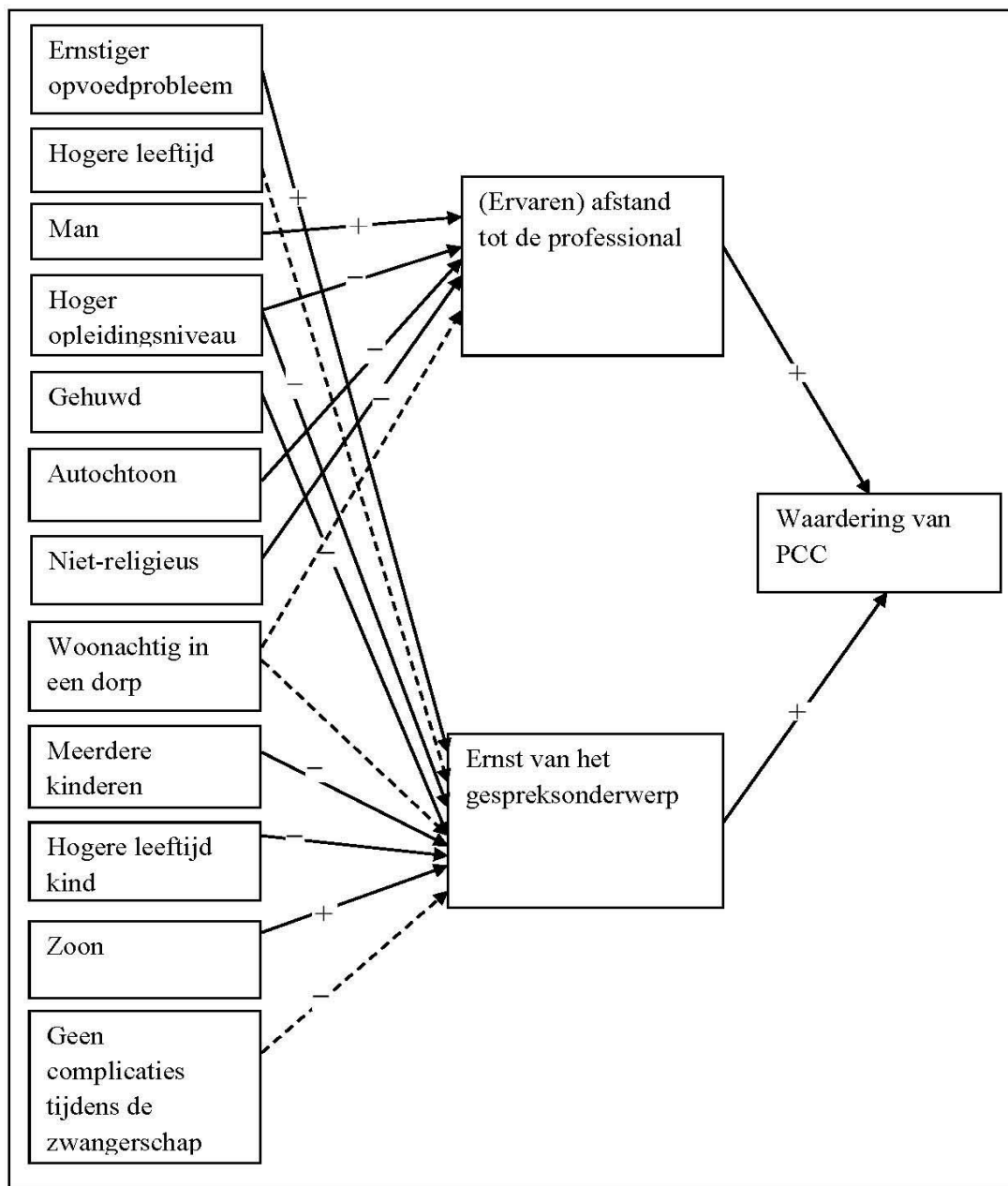
Broz (2002) benadrukken zij dat het belangrijk is om een theoretische basis te hebben voor het onderzoeken van de invloed van patiëntkenmerken. In dit onderzoek wordt daaraan een bijdrage geleverd door in te gaan op de invloed van ouderkenmerken op de waardering van CC. Voor de invloed van ouderkenmerken op PCC worden verwachtingen geformuleerd naar aanleiding van hypothesen. Williams et al. (1998) geven aan dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar gesprekken tussen arts en patiënt waarbij sprake is van een sociaal-emotioneel probleem in plaats van een medisch probleem. Door in te gaan op opvoedproblemen, draagt dit onderzoek bij aan kennis over de waardering van CC bij sociaal-emotionele gespreksonderwerpen.

In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt in communicatie met verpleegkundigen of artsen, omdat de taken die verpleegkundigen en artsen hebben in het signaleren van opvoedproblemen, gelijk zijn (Werkgroep Jeugdgezondheidszorg, 2002; van Rossum et al., 2008). Ook laat onderzoek zien dat hoewel artsen en verpleegkundigen veel verschillen zien in hun werkzaamheden en hun communicatiestijl, patiënten dit verschil niet zien (Kenny et al., 2010). Hoewel dit onderzoek in Canada is uitgevoerd, wordt er vanuit gegaan dat dit ook in Nederland het geval is.

De hypothesen die worden gesteld, zijn enkel geformuleerd voor persoonsgerichte communicatieve competenties (PCC) en taakgerichte communicatieve competenties (TCC). De reden hiervoor is dat PCC en ACC en TCC en SCC van elkaar afhankelijk zijn. Wanneer er een positief effect wordt verwacht van ouderkenmerk op PCC, geldt dat er automatisch een negatief effect wordt verwacht op ACC. Dit geldt ook voor TCC en SCC, wanneer er een positief effect wordt verwacht van ouderkenmerken op TCC, wordt automatisch een negatief effect verwacht op SCC.

Persoonsgerichte en algemene communicatieve competenties

Williams en collega's (1998) laten in een review zien dat patiënten meer tevreden zijn wanneer artsen PCC gebruiken dan wanneer zij ACC gebruiken. Er wordt echter geen onderscheid gemaakt tussen verschillen in patiëntkenmerken. Verder beschrijven zij dat er geen uitsluitend gegeven kan worden wat betreft de invloed van gesprekken over de demografische kenmerken van patiënten op hun tevredenheid over het gesprek. De reden hiervoor is dat een aantal onderzoeken een positief effect laat zien (Carter et al., 1982; Roter et al., 1988, in Williams et al., 1998) en een aantal onderzoeken een negatief effect laat zien (Freeman et al., 1971; Robbens, 1993, in Williams et al., 1998). Een mogelijke verklaring is



Figuur 1. Schematische weergave van de verwachte invloed van ouderkenmerken op PCC, door de ervaren afstand tot de professional en de ernst van het gespreksonderwerp.

— = Verwachting naar aanleiding van literatuur

---- = Verwachting, niet naar aanleiding van literatuur

dat patiëntkenmerken een rol spelen in de mate waarin patiënten het belangrijk vinden dat de arts op de hoogte is van hun demografische kenmerken. Over het algemeen kan worden verwacht dat ouders, ongeacht hun kenmerken PCC belangrijker vinden dan ACC.

Naar aanleiding van de hypothesen uit interculturele CC kan worden verwacht dat ouders die meer van professionals verschillen PCC belangrijker vinden dan ouders die minder van de professional verschillen. Ook kan worden verwacht dat naarmate het gespreksonderwerp ernstiger wordt, dus voor ouders belangrijker en persoonlijker, ouders PCC belangrijker vinden.

In figuur 1 worden de veronderstelde effecten van ouderkenmerken op de waardering van PCC schematisch weergegeven. Verwacht wordt dat vaders PCC belangrijker vinden dan moeders, omdat vaders meer van de professional verschillen dan moeders. Ook kan worden verwacht dat ouders die laag opgeleid of allochtoon zijn PCC belangrijker vinden dan ouders die hoog opgeleid of autochtoon zijn. Hierbij geldt niet alleen dat de afstand groter is tussen deze ouders en de professional, maar ook dat laag opgeleide en allochtone ouders vaak meer onzekerheid ervaren over de opvoeding (Zeijl, 2005). Wanneer ouders meer onzekerheid ervaren over de opvoeding, kan worden aangenomen dat zij de gesprekken als meer persoonlijk ervaren en daardoor PCC belangrijker vinden. Voor allochtone ouders geldt daarbij nog dat zij vaak het idee hebben dat zij anders worden behandeld door de professional dan autochtone ouders (Tan, Bekkema & Öry, 2008), waardoor de veronderstelde afstand nog groter wordt.

Onderzoek van Zeijl (2005) laat ook zien dat ouders uit eenoudergezinnen onzekerder zijn over de opvoeding. Ook van hen kan dus worden verwacht dat zij PCC belangrijker vinden. Verder laat onderzoek zien dat ouders met jonge kinderen, ouders met een zoon en ouders met een eerste kind onzekerder zijn over de opvoeding dan ouders met oudere kinderen, een dochter en meerdere kinderen (Zeijl, 2005). Hierbij kan dus worden verwacht dat de eerste groepen PCC belangrijker vinden. Wat betreft de religie van ouders kan worden verwacht dat ouders die religieus zijn meer afstand veronderstellen ten opzichte van de professionals dan ouders die niet-religieus zijn. Hierdoor zullen religieuze ouders PCC belangrijker vinden dan niet-religieuze ouders. Over de leeftijd van ouders en de mate van onzekerheid in de opvoeding is voor zover wij weten in Nederland geen onderzoek gedaan. Het zou kunnen zijn dat ouders die ouder zijn zekerder zijn over zichzelf en over hun opvoeding, doordat zij meer levenservaring hebben. Hierdoor kan het zijn dat zij PCC minder belangrijk vinden dan ouders die jonger zijn. Het is ook niet duidelijk of er verschillen zijn tussen ouders die wonen in een stad of in een dorp. Daarnaast is er geen duidelijkheid over of

het verschil maakt of er complicaties zijn geweest tijdens de zwangerschap. Hierbij zou het kunnen zijn dat complicaties ervoor hebben gezorgd dat ouders onzekerder zijn, waardoor PCC belangrijker wordt, maar dat is niet duidelijk. Wat betreft de ernst van het opvoedprobleem kan worden verwacht dat naarmate het probleem ernstiger wordt, de onzekerheid toeneemt en de waardering voor PCC ook toeneemt. Dit is in overeenstemming met onderzoek dat laat zien dat wanneer een onderwerp gevoeliger ligt en meer psychosociaal van aard is, PCC belangrijker zijn (Savage & Armstrong, 1990).

Taakgerichte en sociaal-emotionele communicatieve competenties.

Onderzoek naar TCC en SCC zijn onafhankelijk van elkaar gedaan, maar nooit in vergelijking tot elkaar. Wat betreft TCC laat de review van Williams en collega's (1998) zien dat er een positief effect is van informatie verschaffen op tevredenheid. In sommige onderzoeken wordt ook een positief effect gevonden van het verzamelen van informatie op tevredenheid, terwijl andere onderzoeken een negatief verband laten zien. Verder lijkt er een verband te zijn tussen opleidingsniveau en leeftijd en het krijgen van informatie van een professional (Street Jr, 1991). Jongere patiënten en patiënten met een hoger opleidingsniveau kregen meer informatie en waren positiever over de communicatie dan oudere patiënten en patiënten met een lager opleidingsniveau. Uit onderzoek van Street Jr. (1991) blijkt ook dat patiënten die onzekerder waren over hun gezondheidsproblemen, meer informatie kregen. Dit zou kunnen betekenen dat patiënten die onzekerder zijn ook meer behoefte hebben aan informatie. Hier worden echter geen uitspraken over gedaan in het onderzoek.

Wat betreft de SCC laat onderzoek zien dat een affectieve houding een positief effect heeft op de tevredenheid van patiënten (Williams et al., 1998). Ook blijkt dat het belang van de SCC groter is wanneer er sprake is van een sociaal-emotioneel probleem (Savage & Armstrong, 1990). Verder laat onderzoek zien dat artsen affectiever zijn naar autochtone patiënten dan naar allochtone patiënten (Johnson, Roter, Powe & Cooper, 2004).

Onderzoek laat dus zowel een positief effect zien van het verschaffen van informatie op tevredenheid als van sensitiviteit op tevredenheid. Omdat de twee stijlen niet met elkaar worden vergeleken in de onderzoeken, kan geen model van de verwachtingen worden opgesteld.

Methode

Onderzoeksprocedure en respondenten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gestructureerd interview, waarbij allereerst een open vraag is gesteld, daarna een rangschikstelsel met kaartjes is voorgelegd en als laatste een vragenlijst is voorgelegd aan ouders.

De data is verzameld onder ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar op negen verschillende consultatiebureaus in Twente, waarvan drie in Hengelo, twee in Enschede en één in Oldenzaal, Tubbergen, Vroomshoop en Almelo. Aan ouders werd gevraagd deel te nemen voorafgaand of na afloop van het consult bij de CB-arts of –verpleegkundige. Ouders die niet naar het CB komen zijn daardoor uitgesloten van dit onderzoek. Er is gebruik gemaakt van een quasi-random selectiemethode. Allereerst is een selectie gemaakt uit de consultatiebureaus waar de ruimte en mogelijkheid was om op een rustige plek met ouders in gesprek te gaan. Onderzoeken zijn afgenomen in een aparte ruimte, in de wachtruimte of op de gang bij het consultatiebureau. Op de consultatiebureaus zijn ouders random gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Aan alle ouders die op het moment van vragen in de wachtruimte van het consultatiebureau aanwezig waren is dus gevraagd of zij wilden deelnemen. Van de 181 benaderde ouders waren er 79 die niet hebben deelgenomen aan het onderzoek. Van hen gaf 60% aan dat zij niet konden meewerken vanwege andere verplichtingen. Dertig procent kon niet meedoen vanwege de kinderen, de kinderen moesten bijvoorbeeld gevoed worden of hadden net een inenting gehad en waren daardoor erg onrustig. Een aantal ouders kon niet deelnemen vanwege een slechte beheersing van de Nederlandse taal, namelijk 6%. De overige 4% van de benaderde ouders die niet meewerkten, gaf aan geen mening te hebben over wat zij belangrijk vinden in de communicatie met de CB-verpleegkundige. Aan het onderzoek hebben 102 ouders meegewerkt, 94 moeders en 8 vaders. De respondenten hebben een leeftijd tussen 16 en 49 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 31,5 jaar.

Meetinstrument

Operationalisering onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn kenmerken van ouders. Tijdens het interview is met ouders een vragenlijst doorgenomen waarin naar hun kenmerken werd gevraagd (zie bijlage 1). Ouderkenmerken die worden onderzocht, zijn: ernst van het opvoedprobleem; leeftijd; sekse; opleidingsniveau; burgerlijke staat; etniciteit; religie; woonplaats; aantal kinderen; leeftijd van het kind; sekse van het kind en complicaties tijdens

de zwangerschap. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal ouders dat deelnam aan het onderzoek naar ouderkenmerken.

De leeftijd van ouder en kind is gemeten op het moment van interviewen. Voor ouders wordt de leeftijd weergegeven in jaren, voor kinderen wordt de leeftijd weergegeven in maanden. Wat betreft de sekse van ouders is gebruik gemaakt van een dummy, waarbij aan

Tabel 1: Aantal respondenten naar ouderkenmerk

	N		N
Leeftijd	102	Woonplek	102
< 25	17	Stad	72
26-30	30	Dorp	30
31-36	32		
> 36	23		
Sekse	102	Aantal kinderen	102
Man	8	1 kind	46
Vrouw	94	>1 kind	56
Opleidingsniveau	102	Leeftijd kind	102
Laag	10	< 6 maanden	30
Midden	59	6-12 maanden	20
Hoog	33	13-24 maanden	26
		25-36 maanden	14
		37-49 maanden	12
Burgerlijke staat	102	Sekse	102
Gehuwd/samenwonend	93	Zoon	45
Niet (meer)		Dochter	57
gehuwd/samenwonend	9		
Etniciteit	102	Zwangerschap	102
Autochtoon	82	Geen complicaties	64
Allochtoon	20	Complicaties	33
Religie	102		
Niet-religieus	58		
Religieus	44		

moeders een waarde van 0 is toegekend en aan vaders een waarde van één. Dit geldt ook voor dochters en zonen, waarbij dochters de waarde 0 kregen en zonen de waarde één. Bij opleidingsniveau van de ondervraagde ouder is gebruik gemaakt van een schaal waarbij 1 staat voor ‘geen opleiding’ en 8 voor ‘academische opleiding’. Voor de variabele burgerlijke staat is gevraagd of ouders getrouwd zijn of samenwonen met de vader van het kind waarmee zij naar het consultatiebureau zijn gekomen. Hierbij is de waarde 0 toegekend wanneer ouders samenwoonden of getrouwd waren op het moment van interviewen en 1 voor ouders die op dat moment niet (meer) getrouwd waren of samenwoonden met de vader van het kind waarmee zij naar het consultatiebureau kwamen. Voor de etniciteit van de respondent is onderscheid gemaakt tussen autochtonen en allochtonen. Wanneer één of beide ouder(s) van de respondent, of de respondent zelf in een ander land geboren is/zijn, wordt de respondent gerekend tot allochtoon. Autochtone respondenten kregen de waarde 0, allochtonen de waarde 1. Voor de variabele religie is aan ouders gevraagd of zij zichzelf rekenen tot een religie. Ook hierbij is een dummyvariabele gemaakt, waarbij 0 staat voor niet-religieus en 1 voor religieus. Voor de variabele woonplaats is een dummyvariabele gemaakt waarbij een stad wordt aangeduid met 1 en een dorp met 0. Ook voor het aantal kinderen dat ouders hebben, is gebruik gemaakt van een dummyvariabele. De waarde 0 is toegekend wanneer ouders één kind hebben en de waarde 1 is toegekend wanneer ouders meerdere kinderen hebben. Verder is een dummyvariabele gebruikt voor de aan- of afwezigheid van complicaties tijdens de zwangerschap of kort daarna. Aan ouders is gevraagd of zich complicaties hebben voorgedaan tijdens of kort na de zwangerschap. Hierbij zijn niet alleen medische complicaties meegenomen, maar ook sociaal-emotionele complicaties, zoals een echtscheiding tijdens de zwangerschap. Geen complicaties heeft de waarde 0, wel complicaties de waarde 1.

Ernst van het opvoedprobleem

De ernst van het probleem is hypothetisch aan ouders voorgelegd, door middel van casussen. Voor ouders met kinderen van 0-12 maanden en ouders met kinderen van 1 tot 4 jaar zijn verschillende casussen met eenzelfde soort probleem gebruikt (zie bijlage 2). De casus over een opvoedvraag gaat voor ouders met een kind van 0-12 maanden over borstvoeding en bijvoeding, de casus over een opvoedvraag bij kinderen van 1-4 jaar gaat over eten aan tafel. De casus over opvoedspanning gaat bij beide groepen over een onveilige hechting tussen moeder en kind. In de laatste casus, over een opvoedcrisis, worden kenmerken van

kindermishandeling beschreven. In beide casussen staat een gevoel van hulpeloosheid bij ouders centraal, en wordt het handelen hiernaar beschreven. Voor de jongste kinderen gaat deze casus in op een kind dat excessief veel huult. De casus voor de oudere kinderen gaat over driftbuien van een peuter.

Kaartjes-rangschikstelsel

De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn persoonsgerichte communicatieve competenties (PCC) en algemene CC (ACC) en taakgerichte CC (TCC) en sociaal-emotionele CC (SCC). Om de waardering van de CC te meten is gebruik gemaakt van een rangschikstelsel met kaartjes. Aan de hand van de besproken literatuur over PCC en ACC is een aantal communicatieve competenties opgesteld. Deze zijn geoperationaliseerd (zie bijlage 3) en vervolgens omgezet in een twaalfstal kaartjes (zie bijlage 4). Er is hierbij rekening gehouden met de verschillen in basishouding, kennis en vaardigheden. Aan de hand van de indeling in basishouding, kennis en vaardigheden zijn dezelfde kaartjes ook ingedeeld in TCC en SCC. De geoperationaliseerde CC zijn tekstueel aangepast aan casussen die gebruikt zijn om de ernst van het opvoedprobleem aan te geven (zie bijlage 2).

Totstandkoming van de kaartjes

In het hoofdstuk over beleidsstukken wordt een overzicht gegeven van in beleidsstukken genoemde CC en worden deze CC ingedeeld in PCC en ACC en TCC en SCC. De in dit hoofdstuk genoemde CC zijn geoperationaliseerd en aangepast, zodat er een duidelijke uitspraak ontstond op een kaartje. De uitspraken die zijn geformuleerd op de kaartjes beginnen allemaal met de tekst “ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...” waarna een geoperationaliseerde competentie is geformuleerd. Een voorbeeld van een kaartje is: “Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... Op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag”.

Een aantal CC is weggelaten bij het opstellen van de kaartjes. De CC kennis hebben van de eigen cultuur en die van de ander en kennen van de verschillen en overeenkomsten hiertussen, zijn weggelaten. Andere PCC die behoren tot kennis hebben deze kenmerken namelijk al in zich. Wanneer de professional op de hoogte is van de achtergrond van het gezin en rekening houdt met de thuissituatie van ouders, heeft de professional ook kennis van de cultuur van de ander en begrijpt hoe het advies aangepast moet worden, naar de verschillen tussen de eigen en andere cultuur. Ook de CC “waarnemen van verschillen en

overeenkomsten” is weggelaten. Dit is namelijk iets dat de professional in haar hoofd doet en komt tot uiting in andere CC, zoals advies geven dat aangepast is aan de thuissituatie.

Om inzicht te krijgen in de werkbaarheid van de kaartjes zijn deze voorgelegd aan drie professionals en zes ouders. Aan hen werd gevraagd de kaartjes te rangschikken en een toelichting te geven op de inhoud van de kaartjes. Naar aanleiding hiervan zijn de kaartjes “Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige aandachtig luistert” en “ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige weet hoe ze het gesprek goed moet laten verlopen” weggelaten. De reden hiervoor is dat controleurs aangaven dat ze de CC niet goed konden plaatsen, omdat het voorwaarden zijn voor de andere kaartjes. Wanneer een verpleegkundige niet aandachtig luistert en niet weet hoe ze een gesprek moet voeren, zijn andere CC niet meer relevant. Ook het kaartje “ik vind het belangrijk dat de professional het aangeeft wanneer zij iets niet begrijpt” is verwijderd. Controleurs gaven aan dat zij de tekst op het kaartje ‘vaag’ vinden en het idee hadden dat de tekst samenvalt met het kaartje “Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige voldoende vragen stelt, zodat ze zich kan inleven in de situatie”. Ook de CC “juiste informatie verzamelen” en “relevante vragen stellen” zijn verwijderd. Controleurs gaven aan dat ouders niet kunnen bepalen welke informatie voor de professional relevant is en dat er in de casussen al veel informatie wordt gegeven. Ze hadden het idee dat deze CC belangrijker zijn voor de professional dan voor ouders. Verder zijn twee CC samengevoegd naar aanleiding van het commentaar van controleurs, namelijk het openstaan voor en interesse tonen in ervaringen en ideeën van de cliënt.

Na de aanpassingen bleven er twaalf kaartjes over, waarvan zes kaartjes een beschrijving zijn van ACC en zes van PCC. Daarnaast waren van de twaalf kaartjes zes gericht op kennis en zes gericht op basisvaardigheden, er kon dus ook op basis van dezelfde kaartjes een indeling worden gemaakt in TCC en SCC. Bijlage 4 geeft een overzicht van de kaartjes die zijn gebruikt en tot welke CC de kaartjes behoren. In bijlage 2 worden de teksten op de kaartjes, aangepast aan de casussen, weergegeven.

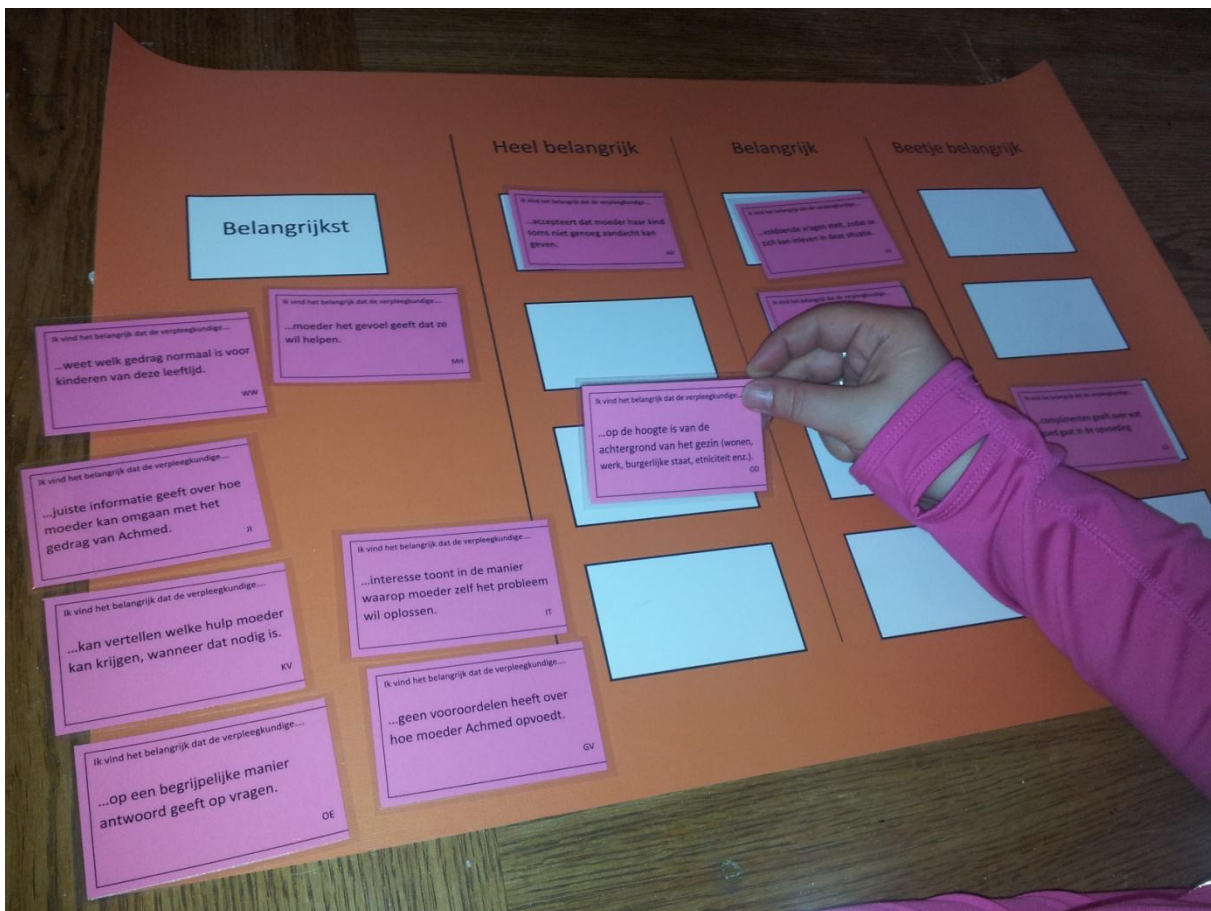
Procedure

Bij het afnemen van het onderzoek werd allereerst aan ouders een open vraag gesteld, namelijk: “Wat vindt u belangrijk in de houding van de arts of verpleegkundige wanneer u haar een vraag stelt, of met haar praat over de opvoeding?”. Op deze manier hadden ouders al nagedacht over wat zij belangrijk vinden, voordat zij de kaartjes hadden gezien. Daarna werd de casus over een opvoedvraag aan ouders voorgelezen. De kaartjes werden in willekeurige volgorde één voor één voor ouders op tafel gelegd, waarbij de onderzoeker de tekst op de

kaartjes voorlas. Ouders konden de kaartjes indelen op een schaal van drie, namelijk: heel belangrijk, belangrijk en beetje belangrijk. Deze schaal werd weergegeven op een groot vel papier, waarop ouders de kaartjes konden neerleggen. Figuur 2 laat zien hoe een ouder de kaartjes rangschikt op een vel papier. De kaartjes moesten gelijk over de drie schalen worden verdeeld. Na het sorteren werd aan ouders gevraagd welk kaartje zij het belangrijkste vinden en werd gevraagd om een toelichting op hun keuze. Dezelfde procedure werd gevolgd bij de tweede casus, over opvoedspanning, en derde casus, over een opvoedcrisis. Hierbij is er echter voor gekozen om niet nogmaals alle kaartjes voor te lezen, maar deze, zonder voorlezen, in willekeurige volgorde voor ouders neer te leggen, omdat de tekst op de kaartjes steeds vergelijkbaar was.

Verantwoording meetinstrument

Het kaartjes-rangschikstelsel dat we gebruiken in dit onderzoek is toegepast in enkele onderzoeken naar de waardering van opvoedingsdoelen (Valkenburg, 2012, in persoonlijke communicatie). Hierover zijn nog geen artikelen gepubliceerd. Om een aantal redenen hebben we gekozen voor het gebruik van deze methode.



Figuur 2: Foto van een ouder die kaartjes aan het rangschikken is, met behulp van het kaartjes-rangschikstelsel.

Allereerst is gebruik gemaakt van een rangschikmethode, zodat ouders de verschillende CC konden rangschikken naar de mate waarin zij deze waarderen. Er is bewust voor gekozen om deze rangschikking onderling afhankelijk te laten zijn, dus om de kaartjes gelijk te verdelen over drie waarderingsmaten. De reden hiervoor is dat ouders alle CC belangrijk vinden. Wanneer voor de afzonderlijke CC gevraagd zou worden naar de waardering voor deze CC, zouden ouders waarschijnlijk alle CC erg hoog waarderen. Hierdoor ontstaat een ‘plafond-effect’. De scores op CC verschillen dan nauwelijks van elkaar, omdat ouders alle CC waarderen als ‘belangrijk of ‘heel belangrijk’. Om het plafond-effect te voorkomen is gekozen voor een methode waarbij respondenten de CC gelijk verdelen over de verschillende waarderingsmaten. Er is gebruik gemaakt van een schaal van drie voor de waardering van CC. Hiervoor is gekozen omdat het te moeilijk werd voor ouders om twaalf kaartjes te rangschikken.

Daarnaast geldt dat de methode een visuele manier is om kenmerken te rangschikken. Doordat ouders de kaartjes kunnen lezen, vasthouden en verplaatsen, is het gemakkelijker om competenties te rangschikken. Wanneer de CC onder elkaar in zinnen op papier gezet zouden worden, werd het heel lastig voor ouders om deze te waarderen, omdat het moeilijk is om een overzicht te hebben over de verschillende competenties. Door middel van de kaartjes kunnen ouders het overzicht houden, door kaartjes in te delen en te verplaatsen.

De reden voor het gebruik van de casussen is dat het moeilijk is om te praten met ouders over kindermishandeling. Door kindermishandeling te beschrijven in de casus en aan ouders te vragen wat zij belangrijke CC vinden in deze situatie, worden ouders benaderd als experts in de situatie. Hierdoor zullen ouders meer gewillig zijn om aan te geven wat zij belangrijk vinden in een opvoedcrisis. Hierbij geldt wel dat ouders aangeven wat zij belangrijk vinden naar aanleiding van de situatie. Het zou kunnen dat zij CC anders zouden waarderen wanneer zij de situatie zelf meemaken. Omdat kindermishandeling een te beladen onderwerp is, was het niet mogelijk om aan ouders te vragen zich in te leven in hoe zij CC zouden waarderen wanneer zij zich in deze situatie zouden bevinden.

Scoringssysteem

De score op persoonsgerichte communicatieve competenties is bepaald door middel van het optellen van de scores op de zes CC die onderdeel uitmaken van PCC. Ouders hebben de twaalf CC, waarvan zes bij tot PCC en zes tot algemene CC gelijk verdeeld over de waarderingsmaten ‘heel belangrijk’, ‘belangrijk’ en ‘beetje belangrijk’. In alle categorieën kwamen dus vier kaartjes. Daarna hebben ouders één kaartje uit de rij van ‘heel belangrijk’

aangeduid als ‘belangrijkst’. De vier CC die door de respondent als ‘beetje belangrijk’ werden gewaardeerd kregen een score van 0 en de vier CC die door de respondent als ‘belangrijk’ werden gewaardeerd kregen score één. De drie kaartjes die de respondent als ‘heel belangrijk’ waardeerden, kregen de score twee en de ‘belangrijkste’ kreeg score drie. De score voor PCC is vervolgens gevormd door de som van de scores van de zes individuele CC die bij PCC horen. Hierbij is de minimumscore 2 (4 keer ‘beetje belangrijk’ en 2 keer ‘belangrijk’) en de maximumscore 11 (1 keer ‘belangrijkst’, 3 keer ‘heel belangrijk’ en 2 keer belangrijk’). Er is dus sprake van een interval meetniveau.

Doordat ouders steeds twaalf kaartjes, waarvan zes behoren tot PCC en zes tot ACC, hebben gewaardeerd zijn de scores op PCC en ACC onderling afhankelijk van elkaar. Wanneer respondenten PCC en ACC als gelijk zouden waarden, zouden zij een score behalen van 6,5 (minimumscore (2) + maximumscore (11) = 13 / 2 (stijlen)). Omdat PCC en ACC onderling afhankelijk zijn geldt dat wanneer respondenten hoger scoren dan 6,5 op PCC, zij automatisch lager scoren dan 6,5 op ACC. De totaalscore voor PCC en ACC samen is altijd 13. Om de waardering van PCC te meten is de score van ouders op PCC vergeleken met 6,5, het standaard gemiddelde. Deze score zal in het vervolg worden aangeduid met standaardwaarde. In de resultaten worden ACC buiten beschouwing gelaten.

Ouders hebben in totaal drie keer een score op PCC, voor de drie casussen. Daarnaast is ook gekeken naar de totaalscore op PCC voor de drie casussen samen. Hierbij is de gemiddelde score op PCC voor de drie casussen weergegeven. Een aantal respondenten heeft één of twee casussen niet ingevuld. Hun score is het gemiddelde van de waardering bij de casus(sen) die zij wel hebben ingevuld.

Om de waardering van taakgerichte en sociaal-emotionele communicatieve competenties te meten is dezelfde methode toegepast als voor PCC en ACC. Van dezelfde twaalf kaartjes, behoren er ook zes tot TCC en zes tot SCC. De score op TCC is op dezelfde manier berekend als de score op PCC. SCC is, net als ACC, in de resultaten buiten beschouwing gelaten.

Resultaten

Tabel 2 geeft een overzicht van de gemiddelde scores die zijn behaald op in totaal voor de drie casussen en voor de verschillende maten van opvoedproblemen apart. De gemiddelde score voor persoonsgerichte communicatieve competenties ligt bij alle maten van opvoedproblemen onder de standaardwaarde 6,5. Voor taakgerichte CC geldt dat alle waarden boven de standaardwaarde, 6,5 liggen.

Tabel 2: Beschrijvende tabel van PCC en TCC naar ernst van het opvoedprobleem.

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	SD
Persoonsgerichte CC	102	2,33	7,33	4,97	1,12
Opvoedvraag	102	2,00	10,00	4,89	1,64
Opvoedspanning	101	2,00	9,00	5,36	1,80
Opvoedcrisis	96	2,00	8,00	4,66	1,41
Taakgerichte CC	102	3,67	10,33	7,12	1,25
Opvoedvraag	102	3,00	10,00	6,81	1,65
Opvoedspanning	101	2,00	11,00	7,29	1,94
Opvoedcrisis	96	2,00	11,00	7,22	1,65

Analyse PCC

Tabel 3 geeft een overzicht van de gemiddelde score van respondenten, naar ouderkenmerk, op persoonsgerichte communicatieve competenties. Hierbij geldt dat hoe hoger de score, hoe meer waardering voor PCC en hoe hoger de score is ten opzichte van 6,5 hoe hoger respondenten PCC waarderen ten opzichte van algemene communicatieve competenties. Moslims scoren bij casus 1 hoger dan het gemiddelde (score = 7,25). Verder geldt dat alle ouders, ongeacht hun kenmerken PCC lager waarderen dan ACC. Door middel van een one-sample T-toets is de significantie berekend voor de score op PCC ten opzichte van de standaardwaarde (6,5). Voor de gemiddelde score op alle casussen voor alle ouders (score = 4,97), geldt dat PCC significant lager is dan de standaardwaarde ($t = -13,85$; $df = 101$; $p < ,01$).

Om na te gaan of ouderkenmerken van invloed zijn op de waardering van PCC zijn paired T-toetsen en Anova's uitgevoerd voor de verschillende ouderkenmerken, bij de totaalscore op de drie casussen. Voor geen van de ouderkenmerken is een significant verschil gevonden op de waardering van PCC. Er is dus geen significant verschil in de waardering van PCC voor ouders met verschillende leeftijden, sekse, opleidingsniveaus en andere kenmerken. Om te onderzoeken of de ernst van het opvoedprobleem invloed heeft op de waardering van PCC is getoetst of de gemiddelde score van alle ouders per casus significant afwijkt van de andere casussen. Dit is gedaan door middel van een paired T-toets. Er is een significant verschil tussen casus één en twee ($t(100) = -2,2$, $p < ,05$) en tussen casus twee en drie ($t(95) = 3,63$, $p < ,01$). Hierbij geldt dat ouders PCC significant meer waarderen voor casus twee dan

Tabel 3: Kruistabel van de score op PCC naar ouderkenmerken

	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Totaal
Totaal	4,89 (N=102)**	5,36 (N=101)**	4,66 (N=96)**	4,97 (N=102)**
Leeftijd				
< 25 jaar	4,77 (N=17)**	5,56 (N=16)*	4,67 (N=15)**	5,03 (N=17)**
26-30 jaar	4,73 (N=30)**	5,47 (N= 30)**	4,66 (N=29)**	4,96 (N=30)**
31-35 jaar	5,38 (N=32)**	5,53 (N=32)*	4,65 (N=31)**	5,17 (N=32)**
> 36 jaar	4,52 (N=23)**	4,83 (N=23)*	4,67 (N=21)**	4,64 (N=23)**
Sekse				
Vader	4,75 (N=8)*	5,25 (N=8)	4,43 (N=7)*	4,85 (N=8)**
Moeder	4,90 (N=94)**	5,37 (N=93)**	4,67 (N=89)**	4,98 (N=94)**
Opleidingsniveau				
Laag	4,60 (N=10)**	4,90 (N=10)*	4,70 (N=10)*	4,73 (N=10)**
Midden	4,66 (N=59)**	5,38 (N=58)**	4,69 (N=55)**	4,91 (N=59)**
Hoog	5,39 (N=33)**	5,46 (N=33)**	4,58 (N=31)**	5,13 (N=33)**
Burgerlijke staat				
Gehuwd/samenwonend	4,80 (N=93)**	5,46 (N=92)**	4,64 (N=87)**	4,96 (N=93)**
Niet (meer) gehuwd/ samenwonend	5,89 (N=9)	4,33 (N=9)**	4,78 (N=9)**	5,00 (N=9)**
Etniciteit				
Autochtoon	4,93 (N=82)**	5,30 (N=81)**	4,62 (N=77)**	4,95 (N=82)**
Allochtoon	4,75 (N=20)**	5,60 (N=20)*	4,79 (N=20)**	5,04 (N=20)**
Religie				
Niet-religieus	4,62 (N=58)**	5,26 (N=57)**	4,72 (N=54)**	4,87 (N=58)**
Religieus	5,25 (N=44)**	5,48 (N=44)**	4,57 (N=42)**	5,09 (N=44)**
Woonplek				
Stad	5,01 (N=72)**	5,42 (N=71)**	4,79 (N=67)**	5,08 (N=72)**
Dorp	4,60 (N=30)**	5,20 (N=30)**	4,34 (N=29)**	4,71 (N=30)**
Aantal kinderen				
1 kind	4,85 (N=46)**	5,42 (N=45)**	4,64 (N=42)**	4,98 (N=46)**
> 1 kind	4,93 (N=56)**	5,30 (N=56)**	4,67 (N=54)**	4,96 (N= 54)**
Leeftijd kind				
< 6 maanden	4,73 (N=30)**	5,20 (N=30)**	4,59 (N=29)**	4,84 (N=30)**
6-12 maanden	5,20 (N=20)*	5,95 (N=19)	4,53 (N=19)**	5,25 (N=20)**
13-24 maanden	5,00 (N=26)**	5,58 (N=26)*	4,87 (N=23)**	5,13 (N=26)**
25-36 maanden	5,36 (N=14)*	5,07 (N=14)*	4,69 (N=13)**	5,01 (N=14)**
37-49 maanden	4,00 (N=12)**	4,67 (N=12)**	4,58 (N=12)**	4,42 (N=12)**
Sekse kind				
Zoon	5,13 (N=45)**	5,60 (N=45)**	4,52 (N=44)**	5,09 (N=45)**
Dochter	4,70 (N=57)**	5,16 (N=56)**	4,77 (N=52)**	4,87 (N=57)**
Zwangerschap				
Geen complicaties	4,66 (N=64)**	5,22 (N=63)**	4,68 (N=59)**	4,85 (N=64)**
Complicaties	5,21 (N=33)**	5,61 (N=33)**	4,61 (N=33)**	5,14 (N=33)**

*= significante afwijking van 6,5, $\alpha < ,05$ bij een one-sample T-toets

**= significante afwijking van 6,5, $\alpha < ,01$ bij een one-sample T-toets

voor casus één en drie. Er is geen significant verschil in de waardering van PCC tussen casus één en drie ($t(95) = 1,35, p > ,05$). Daarnaast is gekeken naar de correlatie tussen de casussen 1, 2 en 3 door middel van een Pearsons correlatie-toets. Er is een significante correlatie tussen casus één en twee ($,21 p = ,04$) en casus twee en drie ($,24 p = ,02$).

Regressieanalyse.

Om de invloed van ouderkenmerken op de waardering van PCC te onderzoeken zijn regressieanalyses uitgevoerd, een overzicht hiervan staat in tabel 4. Alleen voor casus 1 blijkt het model significant, $F(11) = 1.95, p = .04$. De proportie verklaarde variantie in PCC voor casus 1 is 20%. Voor de casussen 2 en 3 en voor het gemiddelde over alle casussen is het model niet significant.

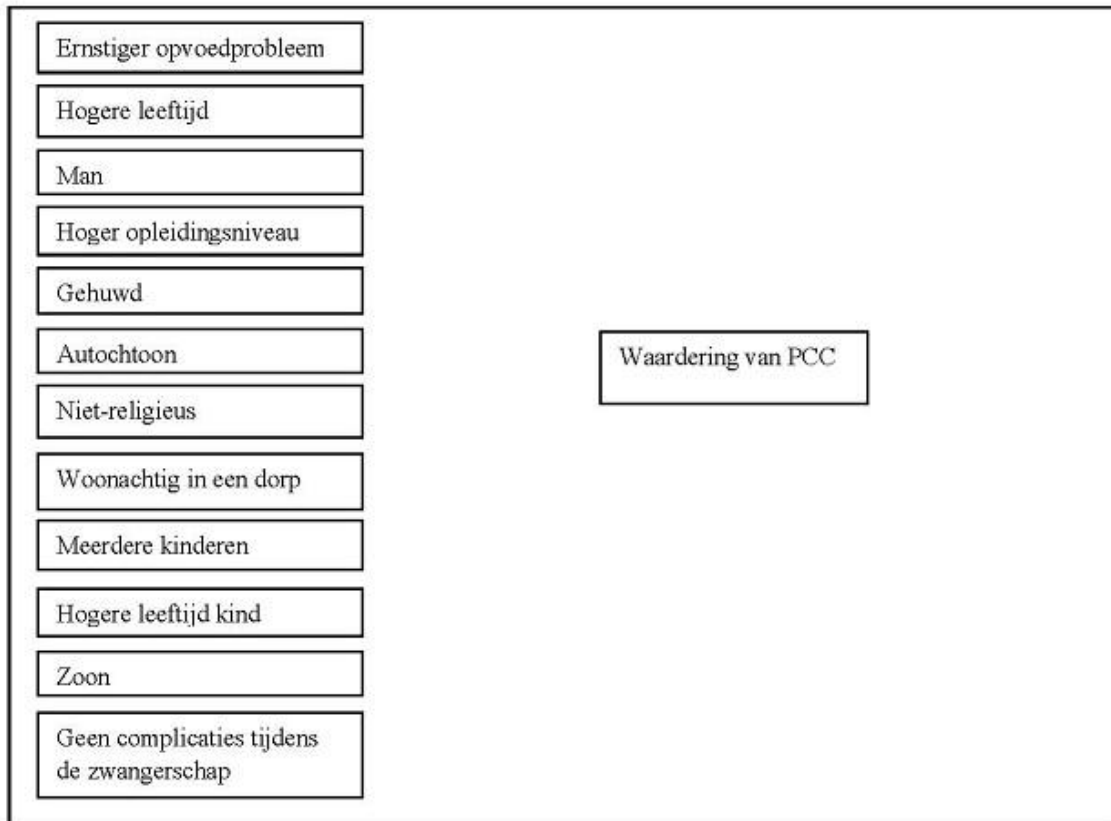
Tabel 4: Regressieanalyse van de invloed van ouderkenmerken op de waardering van PCC.

	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Totaal
Hogere leeftijd resp.	-,06	-,09	,09	-,06
Man	-,11	,07	,00	-,01
Hoger opleidingsniveau	,25*	,02	-,00	,12
Niet gehuwd/ samenwonend	,21*	-,27*	,08	-,01
Allochtoon	-,09	,11	,00	,02
Religieus	,21	,16	,04	,20
Woonachtig in een stad	,13	,04	,13	,14
Meerdere kinderen	,07	-,07	,06	,02
Hogere leeftijd kind	-,11	-,07	-,10	-,13
Zoon	,08	,15	-,19	,05
Complicaties tijdens zwangerschap	,09	,16	-,02	,12
Verklaarde variantie	22%*	15% ns	6% ns	12 % ns

*= significantieniveau $\alpha < ,05$

**= significantieniveau $\alpha < ,01$

ns = niet significant



Figuur 3: Schematische weergave van de invloed van ouderkenmerken op PCC bij het totaal van de drie casussen.

De variantie in mate van waardering voor PCC in casus 1 wordt voorspeld door de variabelen opleidingsniveau en burgerlijke staat. Voor casus 1 voorspelt opleidingsniveau de mate van waardering van persoonsgebonden CC voor een opvoedvraag significant ($\beta = .26, p = .02$). Dit effect is niet aanwezig bij een opvoedspanning en –crisis. Voor zowel casus 1 als casus 2 geldt dat er een significant effect is van burgerlijke staat op de waardering van PCC. Opvallend is echter, dat de richting van de invloed van burgerlijke staat voor de twee casussen tegengesteld is. Bij een opvoedvraag (casus 1) geldt, dat alleenstaande ouder zijn de waardering van PCC voorspelt ($\beta = .21, p = .04$). Voor een opvoedprobleem (casus 2) geldt het omgekeerde ($\beta = -.27, p = .03$): daar wordt het waarden van PCC juist voorspeld door het feit dat mensen getrouwd zijn (samenwonen). Voor alle andere ouderkenmerken zijn geen significante effecten gevonden op de mate waarin ouders PCC waarderen. In figuur 3 wordt de invloed van ouderkenmerken op PCC, bij het totaal van de drie casussen, schematisch weergegeven.

Persoonsgerichte en algemene communicatieve competenties

De resultaten laten zien dat ouders, ongeacht hun kenmerken, persoonsgerichte communicatieve competenties lager waarderen dan algemene CC. Deze bevinding is in tegenstelling tot bevindingen van Williams en collega's (1998). Williams et al geven echter geen uitsluitsel over de invloed van achtergrondkenmerken op de tevredenheid. Een mogelijke verklaring voor de bevinding dat ouders ACC hoger waarderen dan PCC is dat de ouders in dit onderzoek kennis over de demografische kenmerken van patiënten niet zo belangrijk vinden, waardoor PCC in totaal ook lager worden gewaardeerd dan ACC. Dit kwam ook naar voren in de toelichtingen die ouders gaven tijdens het rangschikken van de kaartjes. Een ouder gaf aan:

“Het is hier niet belangrijk om te weten hoe het bij het gezin thuis gaat, het antwoord op de vraag is in elke situatie toch hetzelfde”.

Een andere ouder gaf aan:

“Ik vind het niet belangrijk dat de verpleegkundige weet hoe het thuis gaat, dat heeft hier niks mee te maken”.

De hypothese dat hoe meer ouders van de professional verschillen hoe belangrijker zij PCC vinden, is niet bevestigd. Dit is in tegenstelling tot de hypothese van Berger (1986, in Shadid, 2000), die aangeeft dat interculturele CC belangrijker worden naarmate de veronderstelde culturele afstand tot de communicatiepartner groter is. Berger gebruikte deze hypothese om uitleg te geven aan communicatie tussen personen uit verschillende etnische culturen. In dit onderzoek blijkt etniciteit echter geen invloed te hebben op de waardering van PCC. Shadid (1998) geeft aan dat verschillen niet alleen liggen in etniciteit, maar ook in andere kenmerken van de communicatiepartners. Dit onderzoek laat echter zien dat de achtergrondkenmerken van ouders geen invloed hebben op de waardering van PCC. Dit impliceert dat de door ouders veronderstelde afstand tot de professional weinig wordt beïnvloed door de afstand tussen de ouder en professional wat betreft achtergrondkenmerken.

Het kenmerk burgerlijke staat laat bij een opvoedvraag en opvoedspanning een tegengesteld effect zien. De reden voor deze bevinding is onduidelijk. Een mogelijke verklaring voor de lagere waardering van PCC bij een opvoedspanning is de formulering van de casus. Deze gaat namelijk over een alleenstaande moeder. Het kan zijn dat de moeders die niet (meer) gehuwd/samenwonend zijn niet willen dat de professional hier veel aandacht aan besteedt, waardoor zij PCC lager hebben gewaardeerd.

Wat betreft opleidingsniveau laten de resultaten, in tegenstelling tot de verwachting, een klein significant positief effect zien bij een opvoedvraag. Een mogelijke verklaring voor

deze bevinding is dat ouders die lager opgeleid zijn, meer behoefte hebben aan een rechtstreeks, eenduidig antwoord dan ouders die hoger opgeleid zijn. Zo gaf een laag opgeleide ouder aan:

“Als ik een vraag heb, wil ik gewoon een duidelijk antwoord, anders heb ik er toch niks aan!?”

Terwijl een hoger opgeleide ouder aangaf:

“Ik vind een juist antwoord wel belangrijk, maar ze moet daarbij wel inzien dat iedereen het anders doet en dat ik het op mijn eigen manier wil oplossen”.

Shadid (2000) stelt dat naarmate het gespreksonderwerp ernstiger is en mensen persoonlijker raakt, de onzekerheid in het gesprek toeneemt, Savage en Armstrong (1990) bevestigen dit. Deze hypothese wordt in dit onderzoek niet bevestigd. Aangenomen werd dat ouders PCC belangrijker vinden naarmate het opvoedprobleem ernstiger wordt. In het onderzoek komt echter naar voren dat ouders PCC belangrijker vinden bij een opvoedspanning dan bij een opvoedvraag of -crisis. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de casus over opvoedspanning gaat over een allochtone, alleenstaande moeder. Het kan zijn dat ouders PCC hoger waarderen wanneer er sprake is van een unieke persoonlijke situatie die invloed heeft op de opvoeding. Veel ouders gaven een toelichting waaruit deze verklaring naar voren kwam. Zo gaf een ouder aan:

“De verpleegkundige kan hier niet zomaar een advies geven. Ze moet wel weten wat er thuis aan de hand is. Dat is in deze casus wel heel belangrijk.”

Een andere ouder gaf aan:

“Hier moet de verpleegkundige wel rekening houden met hoe het thuis gaat. Als ze bijvoorbeeld zegt dat de vader ook wel iets in huis mag doen, maakt ze het probleem alleen maar erger.”

Verder gaf een ouder aan:

“Aan de naam van het jongetje te zien is deze vrouw buitenlands. Het gaat daar dan thuis waarschijnlijk anders dan bij een Nederlands gezin, dus het lijkt me wel handig als de arts dat weet.”

Deze reacties laten zien dat ouders hier reageren als experts en daarbij kijken naar de situatie van de ouder die in de casus wordt geschetst. Zij laten hierbij dus niet zo zeer zien wat zij zelf zouden willen in deze situatie, maar wat zij denken dat belangrijk is voor de moeder in de beschreven situatie.

Tabel 5: Kruistabel van de score op taakgerichte CC naar ouderkenmerken

	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Totaal
Totaal	6,81 (N=102)	7,29 (N=101)**	7,22 (N=96)**	7,12 (N=102)**
Leeftijd				
< 25 jaar	7,18 (N=17)	7,50 (N=16)	7,33 (N=15)	7,40 (N=17)**
26-30 jaar	6,67 (N=30)	7,37 (N= 30)*	7,14 (N=29)	7,05 (N=30)*
31-35 jaar	6,34 (N=32)	7,03 (N=32)	6,90 (N=31)	6,77 (N=32)
> 36 jaar	7,39 (N=23)**	7,39 (N=23)*	7,71(N=21)**	7,49 (N=23)**
Sekse				
Vader	7,25 (N=8)	7,50 (N=8)	7,57 (N=7)	7,40 (N=8)*
Moeder	6,78 (N=94)	7,26 (N=93)**	7,19 (N=89)**	7,10 (N=94)**
Opleidingsniveau				
Laag	7,10 (N=10)	6,40 (N=10)	8,30 (N=10)**	7,27 (N=10)
Midden	6,91 (N=59)*	7,69 (N=58)**	7,47 (N=55)**	7,36 (N=59)**
Hoog	6,55 (N=33)	6,85 (N=33)	6,42 (N=31)	6,65 (N=33)
Burgerlijke staat				
Gehuwd/ samenwonend	6,84 (N=93)	7,32 (N=92)**	7,14 (N=87)**	7,12 (N=93)**
Niet (meer) gehuwd/ Samenwonend	6,56 (N=9)	7,00 (N=9)	8,00 (N=9)**	7,19 (N=9)
Etniciteit				
Autochtoon	6,67 (N=82)	7,12 (N=81)**	7,05 (N=77)**	6,97 (N=82)**
Allochtoon	7,40 (N=20)**	7,95 (N=20)**	7,89 (N=20)**	7,74 (N=20)**
Religie				
Niet-religieus	6,84 (N=58)	7,21 (N=57)**	7,19 (N=54)**	7,10 (N=54)**
Religieus	6,77 (N=44)	7,39 (N=44)**	7,26 (N=42)*	7,16 (N=44)**
Woonplek				
Stad	6,89 (N=72)	7,44 (N=71)	6,66 (N=67)	6,74 (N=72)
Dorp	6,63 (N=30)	6,93 (N=30)**	7,46 (N=29)**	7,28 (N=30)**
Aantal kinderen				
1 kind	6,85 (N=46)	7,40 (N=45)**	7,33 (N=42)**	7,22 (N=46)**
> 1 kind	6,79 (N=56)	7,20 (N=56)*	7,13 (N=54)**	7,05 (N= 54)**
Leeftijd kind				
< 6 maanden	6,67 (N=30)	7,90 (N=30)**	6,90 (N=29)	7,16 (N=30)**
6-12 maanden	6,85 (N=20)	6,63 (N=19)	6,74 (N=19)	6,82 (N=20)
13-24 maanden	6,65 (N=26)	7,12 (N=26)	7,17 (N=23)	7,01 (N=26)
25-36 maanden	6,86 (N=14)	7,50 (N=14)	8,00 (N=13)**	7,42 (N=14)**
37-49 maanden	7,42 (N=12)	6,92 (N=12)	8,00 (N=12)*	7,44 (N=12)*
Sekse kind				
Zoon	7,16 (N=45)	7,31 (N=45)**	7,45 (N=44)**	7,04 (N=44)**
Dochter	6,38 (N=57)**	7,27 (N=56)**	7,02 (N=52)*	7,19 (N=52)**
Zwangerschap				
Geen complicaties	7,03 (N=64)*	7,37 (N=63)**	7,07 (N=59)*	7,19 (N=64)**
Complicaties	6,45 (N=33)	7,03 (N=33)	7,33(N=33)**	6,94 (N=33)

*= significante afwijking van 6,5, $\alpha < ,05$ bij one-sample T-toets

**= significante afwijking van 6,5, $\alpha < ,01$ bij one-sample T-toets

Analyse TCC

Tabel 5 geeft een overzicht van de gemiddelde score van respondenten, naar kenmerk, op de taakgerichte communicatieve competenties. Ook hierbij geldt dat hoe hoger de score is, hoe meer waardering ouders hebben voor TCC en hoe hoger de score is ten opzichte van 6,5 hoe hoger respondenten TCC waarderen ten opzichte van sociaal-emotionele CC. Door middel van een one-sample T-toets is de significantie berekend voor de score op TCC ten opzichte van de standaardwaarde (6,5). De resultaten laten zien dat ouders TCC significant hoger waarderen dan de standaardwaarde, bij een opvoedspanning en –crisis (resp. $t = 4,09$; $df = 100$; $p < ,01$ en $t = 4,27$; $df = 95$; $p < ,01$).

Om na te gaan of ouderkenmerken van invloed zijn op de waardering van TCC zijn paired T-toetsen en Anova's uitgevoerd voor de verschillende ouderkenmerken, bij de totaalscore op de drie casussen. Hieruit blijkt dat autochtone ouders TCC significant lager waarderen dan allochtone ouders ($t = -2,52$; $df = 100$; $p < ,05$). Verder waarderen ouders die in een stad wonen TCC significant lager dan ouders die in een dorp wonen ($t = -2,04$; $df = 100$; $p < ,05$). Ook opleidingsniveau heeft een significant effect op de waardering van TCC. Hiervoor geldt dat hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager de waardering voor TCC ($F = 3,68$; $df = 2$; $p < ,05$).

Om te onderzoeken of de ernst van het opvoedprobleem invloed heeft op de waardering van TCC is getoetst of de gemiddelde score van alle ouders per casus significant afwijkt van de andere casussen, door middel van een paired T-toets. Hierbij geldt dat er een significant verschil is tussen casus één en twee ($t(100) = -2,16$, $p < ,05$) en tussen casus één en drie ($t(95) = -2,32$, $p < ,05$). Ouders waarderen TCC significant lager bij casus één dan bij casus twee en drie. Er is geen significant verschil in de waardering van TCC tussen casus twee en drie ($t(95) = ,30$, $p > ,05$). Daarnaast is gekeken naar de correlatie tussen de casussen 1, 2 en 3 door middel van een Pearsons correlatie-toets. Er is een significante correlatie tussen casus één en drie ($,24$ $p = ,02$) en casus twee en drie ($,36$ $p = ,00$).

Regressieanalyse

Er is ook een regressieanalyse uitgevoerd om te kijken naar de invloed van ouderkenmerken op de waardering van TCC. De resultaten hiervan worden weergegeven in tabel 6. Alleen voor casus 3 en het gemiddelde van de casussen blijkt het model significant (respectievelijk: $F(11) = 2,01$, $p = ,04$ en $F(11) = 2,37$, $p = ,01$). De proportie verklaarde variantie in TCC voor casus drie is 21%. Deze variantie wordt verklaard door de variabelen opleidingsniveau en de leeftijd van het kind. Voor het totaal van de drie casussen is de proportie verklaarde variantie

in TCC 21%. Deze variantie wordt verklaard door de variabelen opleidingsniveau en aantal kinderen. Een lager opleidingsniveau voorspelt de waardering van TCC significant bij casus drie ($\beta = -,26, p = ,02$) en de totaalscore ($\beta = -,26, p = ,02$). Het hebben van één kind voorspelt de waardering van TCC significant bij het totaal van de casussen ($\beta = -,31, p = ,01$). De leeftijd van het kind heeft voor casus 3 een positief significant effect ($\beta = ,24, p = ,03$). Het hebben van een zoon heeft voor casus één een significant negatief effect op de waardering van TCC ($\beta = -,25, p = ,02$). Voor alle andere ouderkenmerken is geen significant effect gevonden op TCC. In figuur 4 wordt de invloed van ouderkenmerken op TCC, bij het totaal van de drie casussen, schematisch weergegeven.

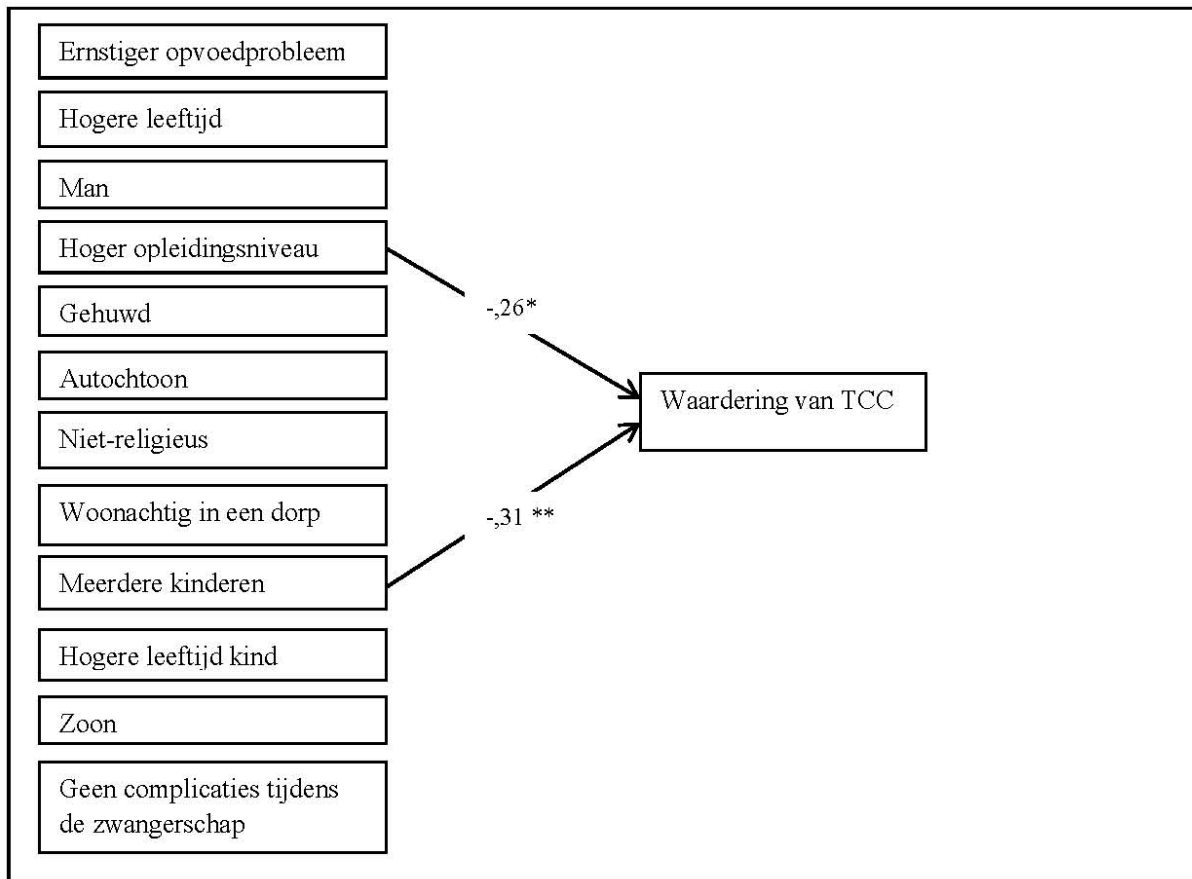
Tabel 6: Regressieanalyse van de invloed van ouderkenmerken op de waardering van TCC.

	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Totaal
Hogere leeftijd resp.	,13	,00	,08	,21
Man	,16	-,08	-,04	,01
Hoger opleidingsniveau	-,16	-,05	-,26*	-,26*
Niet gehuwd/ samenwonend	-,02	-,04	,07	,00
Allochtoon	,13	,17	,15	,19
Religieus	,00	-,04	-,05	,04
Woonachtig in een stad	,08	,09	,17	,13
Meerdere kinderen	-,07	-,03	-,15	-,31**
Hogere leeftijd kind	,02	-,12	,24*	-,02
Zoon	-,25*	-,02	,05	-,13
Complicaties tijdens zwangerschap	-,12	-,04	,11	-,04
Verklaarde variantie	17% ns	6% ns	25%*	21%*

*= significantieniveau $\alpha < ,05$

**= significantieniveau $\alpha < ,01$

ns = niet significant



Figuur 4: Schematische weergave van de invloed van ouderkenmerken op TCC bij het totaal van de drie casussen.

Taakgerichte en sociaal-emotionele communicatieve competenties

Eerder onderzoek laat zien dat er een positief effect is van zowel taakgerichte communicatieve competenties (Williams et al., 1998; Street jr., 1991) als sociaal-emotionele CC op de tevredenheid van patiënten (Williams et al., 1998). De reacties die ouders gaven bij het waarderen van de kaartjes impliceert een bevestiging van deze bevindingen. Zo gaf een ouder aan:

“Ik vind ze eigenlijk bijna allemaal wel belangrijk. Natuurlijk heb ik een voorkeur, maar ik zou deze dingen het liefst allemaal zien bij een verpleegkundige.”

Dit onderzoek is een aanvulling op eerder onderzoek, omdat gekeken is naar het verschil in de mate van waardering van TCC en SCC. Wanneer gekeken wordt naar alle ouders samen, geldt dat zij TCC hoger waarderen dan SCC bij een opvoedspanning en opvoedcrisis. Dit geldt niet bij een opvoedvraag. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat ouders professioneel handelen belangrijker vinden wanneer het probleem ernstiger is. Zo geeft een aantal ouders aan:

“Deze moeder heeft duidelijk hulp nodig, dus vertellen welke hulp moeder kan krijgen en juiste informatie geven lijkt me hier het belangrijkste.”

Hierbij geldt echter wel dat ouders een opvoedspanning en opvoedcrisis beide serieus genoeg vinden om TCC hoger te waarderen. Uit de toelichting van ouders kwam naar voren dat ouders zelf een inschatting maken van wanneer zij een probleem serieus vinden en er dus professionele hulp (al dan niet van de professional zelf) geboden moet worden. Een voorbeeld van een toelichting die veel ouders gaven is:

“Deze moeder heeft duidelijk hulp nodig, want ze geeft aan dat ze niet meer weet wat ze moet doen, dus moet de arts haar helpen.”

De mate waarin ouderkenmerken de waardering van TCC verklaren is erg klein. Een aantal ouderkenmerken is van invloed op de waardering van TCC. Zo geldt dat ouders met een hoger opleidingsniveau TCC lager waarderen bij een opvoedcrisis en bij het totaal van de drie casussen, dan ouders met een lager opleidingsniveau. Naar aanleiding van het onderzoek van Street Jr. (1991) werd geïmpliceerd dat patiënten die onzekerder zijn, meer behoefte hebben aan informatie. Deze gedachte wordt bevestigd voor opleidingsniveau. Ouders die lager opgeleid zijn, zijn onzekerder over de opvoeding (Zeijl, 2005). Het kan zijn dat zij daardoor TCC belangrijker vinden dan ouders die hoger opgeleid zijn.

Een andere mogelijke verklaring voor het verschil in waardering van TCC door ouders met een verschillend opleidingsniveau is te vinden in de toelichting die ouders met verschillende opleidingsniveaus geven. Ouders die hoger opgeleid zijn, benoemen vaker het belang van het geven van complimenten en bevestiging, dan ouders die lager opgeleid zijn. Het zou kunnen dat ouders die hoger opgeleid zijn het belangrijker vinden om het gevoel te hebben dat zij worden gewaardeerd. Twee voorbeelden van een toelichting van hoog opgeleide moeders zijn:

“Deze moeder ziet het niet meer zitten, dus het eerste wat dan belangrijk is, is om haar te vertellen wat wel goed gaat.”

“Deze moeder heeft geen zelfvertrouwen meer, dus dat moet ze eerst krijgen. Daarna moet er wel advies worden gegeven, maar als moeder geen zelfvertrouwen meer heeft, heeft dat geen zin.”

Een voorbeeld van een toelichting van een lager opgeleide moeder is:

“Dit gaat helemaal fout, dus er moet zo snel mogelijk hulp komen.”

Het hebben van meerdere kinderen heeft een negatief effect op de waardering van TCC, bij het gemiddelde van de drie casussen. Ook hierbij geldt dat de mate van onzekerheid mogelijk een rol speelt. Ouders met een eerste kind zijn onzekerder over de opvoeding, dan ouders met meerdere kinderen (Zeijl, 2005), waardoor ouders met een eerste kind mogelijk

meer waarde hechten aan het krijgen van informatie. Uit de toelichting van ouders kwam naar voren dat ouders met meer ervaring met het opvoeden van kinderen het belangrijker vinden dat er wordt geluisterd naar hun mening, dan ouders die één kind hebben. Een ouder met meerdere kinderen verklaarde:

“Dit is mijn derde kind, dus als ik een probleem heb, heb ik dat ook al op veel verschillende manieren geprobeerd op te lossen. Als de verpleegkundige me dan een advies wil geven, moet ze wel eerst weten wat ik allemaal al heb geprobeerd en hoe ik zelf het probleem wil oplossen”.

Een ouder met een eerste kind verklaarde:

“Dit is mijn eerste kind, dus ik weet nog niet precies hoe alles gaat. Dan is het wel heel fijn als je goede tips krijgt van de verpleegkundige over hoe je met dingen om moet gaan waar je tegenaan loopt.”

Het hebben van een zoon heeft een negatief effect op TCC bij een opvoedvraag. Het kan zijn dat ouders die een zoon hebben meer behoefte hebben aan complimenten, omdat deze ouders over het algemeen meer problemen ervaren in de opvoeding dan ouders met dochters (Zeijl, 2005). Dit probleem verdwijnt echter wanneer de beschreven opvoedproblemen ernstiger worden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het verschil in de mate van problemen die ouders met een zoon of dochter voorzien bij de eerste casus, wegvallen wanneer de beschreven opvoedproblemen ernstiger worden.

Discussie en conclusie

Dit onderzoek is uitgevoerd op verschillende consultatiebureaus in Twente, hierdoor kunnen uitspraken worden gedaan over wat ouders in Twente belangrijk vinden. Ouders die niet met hun kind naar het CB komen, zijn uitgesloten van het onderzoek. Over deze groep ouders kunnen dus geen uitspraken worden gedaan. Ouders die niet hebben deelgenomen, gaven voornamelijk aan dit niet te willen wegens gebrek aan tijd of mogelijkheid. Het kan zijn dat deze ouders over het algemeen drukker zijn dan ouders die wel hebben meegewerkt, waardoor drukkere ouders zijn ondervertegenwoordigd in het onderzoek. Ook is het mogelijk dat ouders om andere redenen niet meewerkten, maar aangaven dat zij geen tijd hadden. Het percentage benaderde ouders dat heeft meegewerkt aan het onderzoek is hoog. Hierdoor kan worden aangenomen dat de steekproef representatief is voor alle ouders met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar in Twente die naar het consultatiebureau komen.

In de vragen die aan ouders zijn gesteld is geen onderscheid gemaakt tussen artsen en verpleegkundigen. De reden hiervoor is dat zij gelijke taken hebben wat betreft het signaleren van opvoedproblemen. In overeenstemming met onderzoek van Kenny en collega's (2010)

blijkt uit de toelichtingen van ouders dat zij inderdaad weinig verschil zien tussen artsen en verpleegkundigen. Geen enkele ouder maakte onderscheid in de communicatieve competenties die zij belangrijk vonden voor een arts of verpleegkundige. Een aantal ouders gaf aan dat zij eigenlijk niet wisten of zij net bij de arts of verpleegkundige waren geweest.

Evaluatie van het meetinstrument

Het kaartjes-rangschikstelsel dat in dit onderzoek is gebruikt is nog weinig door anderen gebruikt. Hieronder wordt een aantal voor- en nadelen van het gebruik van de methode benoemd.

Verwacht werd dat ouders het rangschikken van kaartjes volgens het kaartjes-rangschikstelsel gemakkelijker zouden vinden dan wanneer de zinnen, onder elkaar, op een papier werden aangereikt. Dit bleek inderdaad het geval te zijn. Ouders gaven aan dat zij dit een prettige manier van invullen vonden. Veel ouders lieten weten het moeilijk te vinden om de verschillende CC te waarderen, maar dat de methode dit proces vergemakkelijkte.

Een ander voordeel van de dataverzamelmethode is dat het heeft geleid tot een hoge respons. Veel ouders waren bereid om mee te werken aan het onderzoek. Hierbij geldt dat een aantal ouders vooraf de methode zag en nieuwsgierig werd naar het ‘spel’ dat ouders aan het spelen waren. De methode werkte ook goed wanneer ouders kinderen bij zich hadden. Omdat de methode erg overzichtelijk is, konden ouders gemakkelijk tussendoor even aandacht aan hun kind besteden en daarna de draad weer oppakken. Ook werd de interesse van kinderen gewekt omdat de ouder een ‘spelletje aan het doen was’.

Een verwacht effect van het kaartjes-rangschikstelsel was dat ouders zich zouden opstellen als expert en daardoor niet zouden aangeven wat zij in hun eigen situatie belangrijk vinden, maar wat zij belangrijk vinden in de situatie van de persoon in de casus. Dit is inderdaad het geval. Ouders lichtten vaak toe welke CC zij belangrijk vinden in de beschreven situatie, voor de beschreven ouders. Wel geldt dat ouders de situatie goed beluisterden en een duidelijk beeld hadden van waar de casus over ging en wat zij in de situatie van belang vonden. Mogelijk waarderen ouders de CC anders wanneer zij zich opstellen als expert dan wanneer zij zich inleven in de moeder in de casus. Dit kan een verklaring zijn voor het gevonden tegengestelde effect van burgerlijke staat op PCC. Doordat ouders die niet (meer) gehuwd/samenwonend zijn zich hun eigen situatie voorstellen, zien zij zichzelf niet meer als experts en redeneren vanuit wat zij in hun eigen situatie belangrijk vonden. De waardering van de CC zou daarom anders kunnen zijn bij de tweede casus dan bij de eerste. Een mogelijkheid om te onderzoeken of de uitkomsten anders zijn wanneer ouders zich

identificeren met de casus is door bij elke casus een vraag op te nemen waarin ouders kunnen aangeven in hoeverre zij zich identificeren met de beschreven situatie.

Tijdens het rangschikken van de kaartjes was er de mogelijkheid om ouders te vragen om de waardering die zij gaven aan de CC toe te lichten. Deze toelichting geeft inzicht in de motivatie van de waardering van CC. In dit onderzoek is deze informatie enkel gebruikt om een mogelijke verklaring te geven voor de uitkomsten van het onderzoek. Deze informatie zou echter ook systematisch geanalyseerd kunnen worden, waardoor een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve data ontstaat.

Bijdrage aan kennis over communicatie bij opvoedproblemen

Een belangrijke reden voor de keuze van de dataverzamelmethode is om uitspraken te kunnen doen over CC die belangrijk zijn in gesprekken over opvoedproblemen en kindermishandeling. Het bleek inderdaad mogelijk om inzicht te krijgen in CC wanneer in een casus wordt gesproken over kenmerken van kindermishandeling. Veel ouders gaven bij de laatste casus aan dat hier sprake was van een serieus probleem waar snel hulp geboden moet worden. Daarbij gaven ouders ook aan dat het heel belangrijk is om de moeder in de casus complimenten te geven en haar te helpen om meer zelfvertrouwen te krijgen. Bijna alle ouders gaven aan dat in deze situatie het gedrag van de moeder niet geaccepteerd mag worden. Een belangrijke bevinding is dat ouderkenmerken weinig invloed hebben op de waardering van CC, wanneer het gaat om een opvoedcrisis. Professionals zullen dus per situatie moeten inschatten welke CC ouders van belang achten. Over het algemeen waarderen ouders TCC en ACC hoger dan PCC en SCC. Wanneer sprake is van kindermishandeling, verwachten ouders dus in de eerste instantie een professionele houding van de professional, waarbij heldere informatie wordt gegeven en doelgericht wordt gehandeld. Ouders vertrouwen in eerste instantie op de professionaliteit van de professional. Vooral wanneer er sprake is van een unieke gezinssituatie die invloed heeft op het opvoedprobleem, vinden ouders ook het persoonsgericht en sensitief werken belangrijk. Hierbij blijft gelden dat ouders het in de eerste instantie belangrijk vinden dat de professional taakgericht en professioneel handelt.

Aanbevelingen

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen wat de invloed is van vragen naar demografische kenmerken op de waardering van PCC. Het is van belang om dit te weten, omdat dit een belangrijk onderdeel is in de consulten van professionals op consultatiebureaus. Met name wanneer het gaat om risicofactoren voor kindermishandeling, is kennis van demografische

kenmerken van groot belang. Wanneer ouders het niet van belang vinden dat de professional deze kennis heeft, heeft dit implicaties voor de kwaliteit van de communicatie. Daarnaast moet verder onderzoek worden gedaan naar de gebruikte onderzoeksmethode. Over het algemeen is het instrument een prettige methode gebleken om ouders te interviewen. Er is echter nog maar weinig bekend over de invloed van het gebruik van een dergelijke methode op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Als laatste zal verder onderzoek moeten uitwijzen of ouders CC anders waarderen wanneer zij zich persoonlijk identificeren met de situatie. Door middel van het toevoegen van een vraag over de mate waarin ouders zich identificeren met de situatie kan hierover meer kennis worden verworven.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat ouders taakgerichte en professionele communicatieve competenties belangrijker vinden dan persoonsgerichte en sociaal-emotionele communicatieve competenties. Verschillen in ouderkenmerken spelen hierbij nauwelijks een rol. Voor de praktijk betekent dit dat professionals in iedere situatie zelf moeten inschatten welke communicatieve competenties gewenst zijn in het gesprek. Hierbij geldt ouders professioneel en taakgericht handelen steeds belangrijk zijn.

Literatuurlijst

- Balint, E. (1969) The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practice*, 17, 269-276.
- Bansal, A. (2010). Cultural competencu training is a vehicle to promote patient-centred care. *The Clinical Teacher*, 7, 225-226.
- Betancourt, J. R. (2006). Cultural Competence and Medical Education: Many Names, Many Perspectives, One Goal. *Academic Medicine*, 81, 499-501.
- Blokland, G. (1996). *Over opvoeden gesproken*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Buller, M. K., & Buller, D. B (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 375-388.
- Carillo, J. E., Green, A. R., Betancourt, J. R. (1999) Cross-Cultural Primary Care: A Petiënt-Based Approach. *Annals of Internal Medicine*, 130, 829-834.
- CBS Statline (2009). *Gebruik Medische Voorzieningen t/m 2009*.
- Cegala, D. J., & Broz, S., L. (2002) Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education*, 36, 1004-1016.
- Clack, G. B., Allen, J., Cooper, D., & Head, J. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for teaching of communication skills. *Medical Education*, 38, 177-186.
- Department of Health (2004). *Patient and Public Involvement in Health: The Evidence for Policy Implementation*. London: Policy Research Programme Department of Health.
- Dunnink, G., Lijs-Spek, W. J. G. (2008). *Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment*. Bilthoven: RIVM Centrum Jeugdgezondheid.

- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., et al. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, *61*, 1516-1528.
- Gregg, J., & Saha, S. (2006). Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine*, *81*, 542-547.
- Haagmans, M. & Ohlsen, P. (2004). *Hoe was uw jeugd? Hoe om te gaan met de vraag: 'Zelf als kind mishandeld'*. Utrecht: NIZW Jeugd / Expertisecentrum Kindermishandeling.
- Haterd, van de, J., Poll, A., Felten, H., Vos, Bellaart, H. (2010). *Naar interculturele competentie-profielen in het preventieve en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid. Definitief concept*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Illingworth, R. (2010). What does 'patient-centred' mean in relation to the consultation? *The Clinical Teacher*, *7*, 116-120.
- Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R., Cooper, L. A. (2004). Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits. *American Journal of Public Health*, *94*, 2084-2090.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., van der Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., et al. (2010) Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationship: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, *70*, 763-768.
- Kousemaker, P., & Timmers-Huigens, D. (1985). Pedagogische hulpverlening in de eerste lijn. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *11*, 549-565.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review the empirical literature. *Social Science & Medicine*, *51*, 1087-1110.
- Pels, T., Distelbrink, M., & Tan, S. (2009). *Meetladder diversiteit interventies*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Rossum, van, J., ten Berge, I., & Anthonijsz, I. (2008). *Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243-251.
- Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P. K., Torper, J., et al. (2002). Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling*, 46, 235-241.
- Savage, R., & Armstrong, D. (1990). Effect of general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *British Medical Journal*, 301, 968-970.
- Shadid, W. (1998). Interculturele Communicatie. In: Pennix, R., Münstermann, H., & Entzinger, H. (red.). *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 137-168.
- Shadid, W. (2000). Communicatieve competentie in interculturele communicatie. *Psychologie en Maatschappij*, 90, 5-14.
- Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M., & Rowlands, G. (2009). Patients' perspectives of doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*, 75, 114-120.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWinney, I. R., McWilliam, C. L., et al. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. London: Thousand Oaks, Sage publications.
- Street Jr, R. L. (1991). Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine*, 5, 541-548.

- Street Jr, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perception of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65, 586-598.
- Tan, N., Bekkema, N., & Öry, F. (2008). *Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning voor Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland, in het bijzonder van het programma Samen Starten/DMO-P*. Leiden: TNO.
- Werkgroep Jeugdgezondheidszorg (2002). *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15, 480-492.
- Zeijl, E. (2005). Gezin en opvoeding. In: Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (red.). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 11-36.
- ZonMW (2008). *Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Den Haag: ZonMW

Bijlage 1: Vragenlijst

1. **Wat is uw leeftijd?**
..... jaar
2. **Bent u een man of een vrouw?**
 Man
 Vrouw
3. **Wat is de leeftijd van het kind waarvoor u naar het consultatiebureau bent gekomen?**
..... maanden en jaren
4. **Is het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen een jongen of meisje?**
 Jongen
 Meisje
5. **Hoeveel kinderen hebt u?**
 1 kind (ga naar vraag 7)
 2 kinderen
 3 kinderen
 4 of meer kinderen
6. **Het hoeveelste kind is het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen?**
 Eerste kind
 Tweede kind
 Derde kind
 Vierde kind of verder
7. **Is het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen één van een tweeling?**
 Ja
 Nee
8. **Hoe is de zwangerschap verlopen, waren er complicaties of zijn er tijdens de zwangerschap ingrijpende dingen gebeurd in uw leven?**
 Nee
 Ja, namelijk.....
9. **Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)**
 Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
 Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
 Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
 Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
 Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
 Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
 Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
 Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
 Anders, namelijk:
10. **In welk land bent u geboren?**
 Nederland
 Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
 Suriname
 Marokko
 Turkije
 Duitsland
 (voormalig) Nederlandse Antillen
 Aruba
 Anders, namelijk:
11. **In welk land zijn uw ouders geboren? V= vader M= moeder**
 Nederland
 Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
 Suriname
 Marokko
 Turkije
 Duitsland
 (voormalig) Nederlandse Antillen
 Aruba
 Anders, namelijk:

12. Rekent u zichzelf tot een religieuze groep, zo ja welke?

- Nee
- Ja, Protestants
- Ja, Katholiek
- Ja, Islamitisch

13. Wat is uw burgerlijke staat?

- Gehuwd/samenwonend
- Alleenstaand, gescheiden van huwelijk of samenwoonrelatie met vader van het kind waarmee u hier bent gekomen
- Alleenstaand, nooit getrouwd geweest of samengewoond met de vader van het kind waarmee u hier bent gekomen (→ Einde vragenlijst, bedankt voor het invullen!.)
- Anders, namelijk:

14. Wat is de leeftijd van de andere ouder van het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen?

..... Jaar

15. Wat is de hoogst voltooide opleiding van de andere ouder van het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

Wat is het geboorteland van de andere ouder van het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nederland | <input type="checkbox"/> Duitsland |
| <input type="checkbox"/> Indonesië/voormalig Nederlands-Indië | <input type="checkbox"/> (voormalig) Nederlandse Antillen |
| <input type="checkbox"/> Suriname | <input type="checkbox"/> Aruba |
| <input type="checkbox"/> Marokko | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: |
| <input type="checkbox"/> Turkije | <input type="text"/> |

16. Wat is het geboorteland van de ouders van de andere ouder van het kind waarmee u naar het consultatiebureau bent gekomen? V= vader M= moeder

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- (voormalig) Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

Bijlage 2: Casussen

Casus 1, Zuigeling, 0-12 maanden

Borstvoeding:

Caroline is de moeder van Eva en Lisa. Lisa is vier maanden oud en krijgt borstvoeding. Daarnaast wil moeder haar graag andere voeding geven, maar hier lijkt Lisa nog weinig belangstelling voor te hebben. Moeder maakt zich zorgen over de voeding van Lisa. Haar oudere dochter, Eva, kreeg al wel bijvoeding naast de borstvoeding toen zij 4 maanden oud was, maar Lisa wil hier niks van weten. Moeder vindt het wel belangrijk dat Lisa bijvoeding krijgt. Ze vraagt aan de consultatiebureauverpleegkundige hoe ze ervoor kan zorgen dat Lisa wel bijvoeding gaat eten.

Wat vindt u belangrijk wanneer de consultatiebureauverpleegkundige reageert op deze vraag?

Tekst op de kaartjes:

Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...

- ... kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen, wanneer dat nodig is.
- ... op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.
- ... complimenten geeft over de gezondheid van het kind.
- ... weet welk eetgedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.
- ... in haar advies over het geven van bijvoeding rekening houdt met hoe het thuis gaat.
- ... voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in deze situatie.
- ... interesse toont in de manier van opvoeden van de moeder.
- ... juiste informatie geeft over hoe moeder Lisa kan leren andere voeding te eten.
- ... accepteert dat moeder Lisa bijvoeding wil geven, ondanks dat zij denkt dat het nog niet nodig is.
- ... op de hoogte is van de achtergrond van het gezin (werk, burgerlijke staat, etniciteit enz.).
- ... moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.
- ... geen vooroordelen heeft over hoe moeder Lisa opvoedt.

Casus 2, Zuigeling, 0-12 maanden

Onveilig-vermijnd gehecht

Achmed is 9 maanden oud en woont alleen met zijn moeder. Vader en moeder zijn uit elkaar gegaan toen Achmed twee maanden oud was en sindsdien zorgt de moeder van Achmed voor hem. De eerste maanden van Achmeds leven waren heel zwaar voor moeder. Hierdoor vond ze het soms heel moeilijk om Achmed veel aandacht en liefde te geven. Ook nu heeft ze nog steeds periodes dat het heel slecht gaat en ze weinig aandacht voor Achmed heeft. Als moeder Achmed wel aandacht wil geven lijkt het alsof hij hier nauwelijks op reageert. Het lijkt alsof het Achmed niet zoveel kan schelen of moeder wel of niet in de buurt is. Moeder heeft het gevoel dat zij gefaald heeft in de eerste periode van Achmeds leven en dat Achmed daarom niet meer zo geïnteresseerd meer in haar is. Ze neemt het zichzelf erg kwalijk dat Achmed nu niet op haar reageert. Ze zou graag willen dat de situatie verandert, maar weet niet hoe ze dit moet aanpakken.

Op het consultatiebureau vertelt moeder dit probleem aan de consultatiebureauverpleegkundige.

Wat vindt u belangrijk wanneer consultatiebureauverpleegkundige reageert op dit probleem?

Tekst op de kaartjes:

Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...

- ... kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen, wanneer dat nodig is.
- ... op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.
- ... complimenten geeft over wat goed gaat in de opvoeding.
- ... weet welk gedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.
- ... in haar advies over omgaan met dit probleem rekening houdt met hoe het thuis gaat.
- ... voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in deze situatie.
- ... interesse toont in de manier waarop moeder zelf het probleem wil oplossen.
- ... juiste informatie geeft over hoe moeder kan omgaan met het gedrag van Achmed.
- ... accepteert dat moeder haar kind soms niet genoeg aandacht kan geven.
- ... op de hoogte is van de achtergrond van het gezin (werk, burgerlijke staat, etniciteit enz.).
- ... moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.
- ... geen vooroordelen heeft over hoe moeder Achmed opvoedt.

Casus 3, Zuigeling, 0-12 maanden

Excessief huilende baby, verzwaard

Pim is het eerste kind van Jan en Inge. Hij is tien weken oud en huilt vanaf zijn geboorte al heel veel. Dagelijks meer dan drie uur, vooral in de middag en de avond. Soms lijkt het alsof Pim op geen enkele manier te troosten is. Van het doordringende geluid wordt Moeder heel nerveus en ze voelt zich geïrriteerd. Dan wil ze de baby wel door elkaar schudden van wanhoop, om hem te laten stoppen met huilen. Inge heeft het idee dat ze faalt als moeder, omdat haar kind zo ongelukkig is en zij hem niet kan troosten. Haar man Jan, die overdag buitenshuis werkt, komt dagelijks in het gehuil binnen. Ook hij wordt soms tot wanhoop gedreven wanneer Pim weer niet wil stoppen met huilen. 's Avonds leggen de ouders Pim zo vroeg mogelijk in bed en laten hem soms uren achter elkaar huilen, zonder er naartoe te gaan. Zo aan het einde van de dag zijn ze helemaal op en kunnen het niet meer opbrengen om nog langer naar het gehuil van Pim te luisteren en te proberen hem stil te krijgen.

Op het consultatiebureau ziet de verpleegkundige dat het niet goed gaat met moeder en Pim, wanneer ze er naar vraagt geeft moeder aan dat ze hulp nodig heeft.

Wat vindt u belangrijk wanneer de verpleegkundige reageert op dit probleem?

Tekst op de kaartjes:

Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...

- ... kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen, wanneer dat nodig is.
- ... op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.
- ... complimenten geeft over wat goed gaat in de opvoeding.
- ... weet welk gedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.
- ... in haar advies over omgaan met huilgedrag rekening houdt met hoe het thuis gaat.
- ... voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in deze situatie.
- ... interesse toont in de manier waarop moeder zelf het huilprobleem wil oplossen.
- ... juiste informatie geeft over hoe moeder kan omgaan met het huilgedrag van Pim.
- ... accepteert dat moeder het soms niet kan opbrengen om naar Pim toe te gaan als hij huilt.
- ... op de hoogte is van de achtergrond van het gezin (werk, burgerlijke staat, etniciteit enz.).
- ... moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.
- ... geen vooroordelen heeft over hoe moeder haar kind opvoedt.

Casus 1, Peuter 1-4 jaar

Eetproblemen.

Anne is 2 jaar en 4 maanden oud. Ze is een matige eetster. 's Morgens eet ze met moeite een bordje pap, 's middags een halve boterham en een beetje melk en 's avonds vaak alleen een toetje. Omdat vader pas laat thuiskomt laat moeder Anne 's avonds vaak voor de televisie eten. Ondanks dat Anne niet zoveel eet is ze wel goed gezond. Moeder vindt de situatie zoals deze nu is niet goed, maar heeft nog niks gedaan om er iets aan te veranderen. Maar binnenkort krijgt vader een andere baan en zal het gezin om zes uur samen aan tafel gaan eten. Moeder vraagt advies aan de consultatiebureauverpleegkundige over hoe ze hierbij het best met Anne om kan gaan.

Hoe zou u willen dat de consultatiebureauverpleegkundige reageert wanneer u deze vraag stelt?

Tekst op de kaartjes:

Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...

- ... kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen, wanneer dat nodig is.
- ... op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.
- ... complimenten geeft over de gezondheid van het kind.
- ... weet welk eetgedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.
- ... in haar advies over eten aan tafel rekening houdt met hoe het thuis gaat.
- ... voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in de situatie.
- ... interesse toont in de manier van opvoeden van de moeder.
- ... juiste informatie geeft over hoe moeder het kind het best aan tafel kan laten eten.
- ... accepteert dat moeder Anne voor de televisie laat eten, terwijl zij het hier niet mee eens is.
- ... op de hoogte is van de achtergrond van het gezin (werk, burgerlijke staat, etniciteit enz.).
- ... moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.
- ... geen vooroordelen heeft over hoe moeder Anne opvoedt.

Casus 2, Peuter 1-4 jaar

Onveilig-vermijndend gehecht.

Achmed is 2 jaar oud en woont alleen met zijn moeder. Vader en moeder zijn uit elkaar gegaan toen Achmed twee maanden oud was en sindsdien zorgt de moeder van Achmed voor hem. Het eerste halfjaar van Achmeds leven waren daardoor heel zwaar voor moeder.

Hierdoor vond ze het soms heel moeilijk om Achmed veel aandacht en liefde te geven. Ook nu heeft ze nog steeds periodes dat het heel slecht gaat en ze weinig aandacht voor Achmed heeft. Als moeder Achmed wel aandacht wil geven lijkt het alsof hij hier nauwelijks op reageert. Het lijkt alsof het Achmed niet zoveel kan schelen of moeder wel of niet in de buurt is. Moeder heeft het gevoel dat zij gefaald heeft in de eerste periode van Achmeds leven en dat Achmed daarom niet meer zo geïnteresseerd meer in haar is. Ze neemt het zichzelf erg kwalijk dat Achmed nu niet op haar reageert. Ze zou graag willen dat de situatie verandert, maar weet niet hoe ze dit moet aanpakken.

Op het consultatiebureau vertelt moeder dit probleem aan de consultatiebureauverpleegkundige.

Wat vindt u belangrijk wanneer consultatiebureauverpleegkundige reageert op dit probleem?

Tekst op de kaartjes:

Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...

- ... kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen, wanneer dat nodig is.
- ... op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.
- ... complimenten geeft over wat goed gaat in de opvoeding.
- ... weet welk gedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.
- ... in haar advies over omgaan met dit probleem rekening houdt met hoe het thuis gaat.
- ... voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in deze situatie.
- ... interesse toont in de manier waarop moeder zelf het probleem wil oplossen.
- ... juiste informatie geeft over hoe moeder kan omgaan met dit probleem.
- ... accepteert dat moeder haar kind soms niet genoeg aandacht kan geven.
- ... op de hoogte is van de achtergrond van het gezin (werk, burgerlijke staat, etniciteit enz.).
- ... moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.
- ... geen vooroordelen heeft over hoe moeder haar kind opvoedt.

Casus 3, Peuter 1-4 jaar

Gedragsproblemen.

Frank is enig kind. Hij is drie jaar oud en heeft vaak driftbuien. Al meer dan een jaar lang gebeurt het dat Frank meerdere keren per dag heel erg boos wordt. Hij begint dan om zich heen te slaan en schoppen en te schreeuwen. Zijn moeder kan hem dan met geen mogelijkheid stil krijgen. Ze heeft al van alles geprobeerd, maar de driftbuien worden niet minder. Moeder voelt zich hopeloos door de situatie. Ze voelt zich alleen in haar probleem en kan het niet langer aan. Wanneer Frank een driftbui krijgt kan ze soms niks anders dan hem slaan en sleurt ze hem naar zijn kamer. Daar laat ze hem soms een hele middag zitten, omdat ze geen rust heeft als hij in huis rondloopt.

Ook vader krijgt regelmatig met de driftbuien van Frank te maken, als hij thuis komt uit zijn werk. Soms wou hij dat Frank nooit geboren was. Toen hij vader werd had hij verwacht dat hij leuke dingen kon doen met zijn zoon. Nu schreeuwt hij heel vaak tegen Frank en laat hem lange tijden achter elkaar alleen op zijn kamer zitten, zodat de avond nog een beetje rustig verloopt.

Op het consultatiebureau ziet de verpleegkundige dat het niet goed gaat met moeder en met Frank. Wat vindt u belangrijk wanneer de consultatiebureauverpleegkundige reageert op dit probleem?

Tekst op de kaartjes:

Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige...

- ... kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen, wanneer dat nodig is.
- ... op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.
- ... complimenten geeft over wat goed gaat in de opvoeding.
- ... weet welk gedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.
- ... in haar advies over omgaan met driftbuien rekening houdt met hoe het thuis gaat.
- ... voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in deze situatie.
- ... interesse toont in de manier waarop moeder zelf het probleem wil oplossen.
- ... juiste informatie geeft over hoe moeder kan omgaan met driftbuien.
- ... accepteert dat moeder geen andere oplossing ziet dan Frank op te sluiten in zijn kamer.
- ... op de hoogte is van de achtergrond van het gezin (werk, burgerlijke staat, etniciteit enz.).
- ... moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.
- ... geen vooroordelen heeft over hoe moeder haar kind opvoedt.

Bijlage 3: Operationalisering begrippen

Dimensie 1	Dimensie 2	Indicatoren	Tekst op kaartjes
Persoonsgerichte en interculturele CC	Basishouding	Acceptatie van het individu als persoon Geen vooroordelen Open staan voor ideeën en ervaringen	Accepteren van het gedrag dat de ouder laat zien Geen vooroordelen over hoe de ouder het kind opvoedt Interesse tonen in de manier van opvoeden van de ouder*
	Kennis	Kenmerken van de eigen cultuur Kenmerken van andere culturen Verschillen en overeenkomsten tussen culturen Persoonlijke situatie van de cliënt Context waarin de cliënt zich bevindt	Op de hoogte zijn van de achtergrond van het gezin In adviezen rekening houden met de thuissituatie
	Vaardigheden	Interesse tonen in ervaringen en ideeën van de cliënt Inleven in de situatie van de cliënt Waarnemen van verschillen en overeenkomsten Benoemen van gedrag dat je niet begrijpt	Interesse tonen in de manier van opvoeden van de ouder* Voldoende vragen stellen, zodat inleven in de situatie mogelijk is
Algemene CC	Basishouding	Cliënt laten weten dat je wilt helpen Complimenten geven	De ouder het gevoel geven dat je wilt helpen Complimenten geven over wat goed gaat in de opvoeding
	Kennis	Gespreksvoeringstechnieken Opvoeding en ontwikkeling Mogelijkheden tot doorverwijzen	Weten welk gedrag normaal is voor kinderen van een bepaalde leeftijd Kunnen vertellen welke hulp ouders kunnen krijgen
	Vaardigheden	Het gesprek op een goede manier laten verlopen Juiste informatie verzamelen Juiste informatie geven Actief luisteren Relevante vragen stellen	Op een begrijpelijke manier antwoord geven op vragen Juiste informatie geven over hoe ouders het probleem kunnen oplossen

Bijlage 4: Overzicht van de teksten op de kaartjes naar communicatiestijlen.

	PCC	ACC
TCC	<p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...op de hoogte is van de achtergrond van het gezin.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...in haar adviezen rekening houdt met hoe het thuis gaat.</p>	<p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...juiste informatie geeft over hoe moeder kan omgaan met het probleem.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...kan vertellen welke hulp moeder kan krijgen wanneer dat nodig is.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...weet welk gedrag normaal is voor kinderen van deze leeftijd.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...op een begrijpelijke manier antwoord geeft op de vraag.</p>
SCC	<p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...geen vooroordelen heeft over hoe moeder haar kind opvoedt.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...accepteert dat moeder bepaald opvoedgedrag laat zien.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...interesse toont in de manier van opvoeden van de moeder.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...voldoende vragen stelt zodat ze zich kan inleven in de situatie.</p>	<p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...complimenten geeft over de gezondheid van het kind.</p> <p>Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundige... ...moeder het gevoel geeft dat ze wil helpen.</p>