

Tilburg University

Consultvoering met kinderen vraagt om helder gesprekskader

Tates, K.

Published in:

Bijblijven: Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel

Publication date:

2008

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Tates, K. (2008). Consultvoering met kinderen vraagt om helder gesprekskader. *Bijblijven: Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel*, 24(2), 26-30.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Consultvoering met kinderen vraagt om een helder gesprekskader

Mevrouw dr. K. Tates

senior onderzoeker met specifieke aandacht voor kindparticipatie in medische informatieoverdracht en besluitvorming, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

Samenvatting

Consulten met kinderen verlopen vaak volgens een stereotiep patroon, waarbij de feitelijke communicatie zich afspeelt tussen arts en ouder. Onduidelijkheid over de wenselijkheid van actieve participatie van het kind in medische gesprekken is hier veelal debet aan.

Ouders zijn (te) snel geneigd om als woordvoerder voor hun kind op te treden. Kinderen hebben zelf meestal nog geen helder beeld van het proces van medische gespreksvoering en stellen zich afwachtend op. Door middel van metacommunicatie kunnen artsen helderheid geven over het gesprekskader en zo een meer kindgerichte consultvoering entameren.

Inleiding

In onderzoek naar medische communicatie staat van oudsher de gespreksvoering tussen arts en volwassen patiënt centraal. Hoewel één op de zes huisartsconsulten een patiënt onder de zestien jaar betreft, is de specifieke rol van het kind in medische gesprekken lang onderbelicht gebleven. Zelfs in het schaarse onderzoek naar arts-ouder-kindcommunicatie werd in de afgelopen decennia de gespreksbijdrage van het kind meestal buiten beschouwing gelaten.¹ Het klassieke beeld schetst kinderen vooral als passieve toeschouwers bij hun eigen medische consult. Het

onderzoek van Korsch², waarin de ouder werd vereenzelvigd met het kind, zette de toon in de jaren zestig:

‘In pediatrics patient refers to the patient’s parent, most commonly the mother. Hence the patient and the parent will be referred to interchangeably.’ (p. 865.)

In schrill contrast daarmee is de teneur van een artikel drie decennia later, waarin Rylance³ actieve participatie van het kind in de medische besluitvorming bepleit en de complexiteit van de gespreksvoering met kinderen benoemt:

'Decisions affecting children and young people are more complex, involving parents as a third party.' (p. 794.)

Het contrast tussen deze twee citaten roept een aantal interessante vragen op over de consultvoering met kinderen. Waarom is het wenselijk dat ook jeugdige patiënten actief betrokken worden in consulten? Welke stem heeft het kind in medische gesprekken en is die bijdrage inderdaad veranderd in de laatste jaren? Wat is de rol van ouders in gesprekken over de gezondheid en ziekte van hun kind? Vragen, kortom, naar de specifieke kenmerken van het driehoeksgesprek tussen arts, ouder en kind.

Waarom is kindparticipatie wenselijk?

Er zijn theoretische, klinische en juridische argumenten om aandacht te besteden aan de participatie van het kind in medische gesprekken. Ten eerste ligt het voor de hand te veronderstellen dat de heersende paradigma's in de geneeskunde (patiëntgerichtheid, autonomie en beslissingsparticipatie) ook van invloed zijn op de consultvoering met kinderen. Vanuit dit perspectief wordt benadrukt dat ook kinderen actief deel moeten kunnen hebben aan beslissingen op het terrein van ziekte en gezondheid.^{3,4} Daarnaast blijkt uit ontwikkelingspsychologisch onderzoek dat kinderen meer van medische zaken begrijpen dan vaak wordt aangenomen en dat zij, mits aangesproken op hun eigen niveau, in staat zijn om een adequate bijdrage te leveren aan gesprekken met volwassenen.⁵⁻⁷

Ook vanuit het oogpunt van gezondheidsopvoeding is het belangrijk dat kinderen leren deel te nemen aan medische gesprekken om zo een (gedeelde) verantwoordelijkheid te ontwikkelen voor hun eigen ziekte en gezondheid.⁸ Uit onderzoek bij kinderen met astma blijkt bijvoorbeeld dat een open en meer directe communicatie tussen arts en kind een positief effect heeft op het genezingsproces, therapietrouw en tevredenheid.^{9,10}

Ten slotte is met de invoering van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst het recht op leeftijdgerelateerde informatie en deelname aan beslissingen op het terrein van ziekte en gezondheid ook voor kinderen formeel vastgelegd.

Hardnekkige patronen: ouders als woordvoerders

In weerwil van deze ontwikkelingen laat empirisch onderzoek in diverse medische settings zien dat het gespreksaandeel van kinderen tussen 4 en 12 jaar in consulten nog steeds beperkt is.^{1,11-13} Consulten met kinderen blijken toch vaak te verlopen conform het stereotiepe beeld van arts-ouder-kindinteracties waarbij de feitelijke communicatie zich afspeelt tussen arts en ouder. Onderzoek laat een steeds terugkerend patroon zien. Aanvankelijk betreft de arts het kind bij het gesprek; hij stelt ongeveer de helft van de medische vragen rechtstreeks aan het kind. In de loop van het gesprek volgt echter een 'koerswijziging': arts en ouder betrekken het kind nog slechts minimaal bij het bespreken van de diagnose, het medisch advies of de leefregels.^{1,10-14} Het gedrag van ouders lijkt hierin een bepalende factor te zijn: zij beantwoorden de aan het kind gerichte vragen en onderbreken initiatieven die het kind neemt, en stellen zich zodoende nadrukkelijk op als woordvoerder van hun kind. Een voorbeeld ter illustratie:

Roos is 10 jaar en bezoekt met haar moeder de huisarts. 'Ha Roos,' begroet de arts haar, 'vertel het eens'. Voordat Roos kan antwoorden, neemt moeder het woord: 'Nou, Roos voelt zich al een tijdje niet zo lekker'. 'Oh?' zegt de arts terwijl zij Roos vragend blijft aankijken. 'Ze heeft een zere keel', vervolgt de moeder. 'Nou, eigenlijk steekt het meer hier zo', zegt Roos terwijl ze naar haar nek wijst. 'Ja', vervolgt de moeder, 'en vorige week...'. 'Vorige week?', vraagt Roos verbaasd. Roos' moeder reageert geërgerd: 'Laat mama nou eens uitpraten!'.

Start consult is bepalend

Conform de verwachting blijkt de participatie van kinderen in het consult sterk leeftijdsafhankelijk. Naarmate kinderen ouder zijn, neemt het aandeel op het kind gerichte uitingen van de arts significant toe en nemen de kinderen vaker het initiatief in het gesprek.¹⁰⁻¹⁴ Een opvallende bevinding is dat het patroon

van ouderlijke inmenging in het gesprek onafhankelijk is van de leeftijd van het kind en de afgelopen decennia nauwelijks is gewijzigd.¹⁴

De mate waarin kinderen participeren in medische gesprekken blijkt voornamelijk bepaald te worden door de start van het consult.¹⁵⁻¹⁷ Als de arts en de ouder het kind meteen betrekken bij de klachtbespreking, blijkt het kind later in het consult ook veel actiever deel te nemen aan de bespreking van het medisch advies of de leefregels. Cruciaal is de manier waarop een arts aan het begin van het gesprek ouder en kind uitnodigt de klacht te presenteren. Een formulering als: 'Dag Jeroen, waar heb je last van?' spreekt een kind expliciet aan om zelf de klacht te verwoorden en zet de toon van het gesprek. Daarentegen fungeert een standaard openingszin als: 'Wat kan ik voor jullie doen?' of: 'Vertel maar, wat is er met hem aan de hand?' als een directe uitnodiging aan de ouder om de vraag te beantwoorden. Voor het kind wordt het daardoor aanmerkelijk moeilijker om een actieve rol in het gesprek op zich te nemen. Ook ouders kunnen hierin overigens een sturende rol hebben: een expliciete aanmoediging om zelf antwoord te geven op de vraag van de arts, bijvoorbeeld: 'Jij kunt best zelf vertellen aan de dokter waar het pijn doet' heeft een ander effect dan: 'Ik kom voor zijn keel'.

Het belang van een helder gesprekskader

Het valt op dat artsen en ouders sterk verschillen in de mate waarin zij het kind betrekken in het consult. Analyse van hun beider communicatieve gedrag laat zien dat dit patroon is te herleiden tot een verschil in oriëntatie op de preferente gespreksrollen.^{15,16} Waar de arts doorgaans aanvankelijk blijkt geeft te streven naar actieve participatie van het kind, manifesteert de ouder zich vaak al bij aanvang van het consult als de primaire gespreksvoerder. In de loop van het gesprek conformeert de arts zich dan aan de rol die de ouder heeft opgeëist, zodat er gaandeweg een tweegesprek ontstaat. Meestal gaat het kind hierin mee: het stelt zich afwachtend en passief op en eist zelden een actieve gespreksrol op. Het patroon van ouderlijke inmenging in het gesprek is dus niet zozeer een manifestatie van ouderlijke dominantie of controle,

maar wordt veroorzaakt door onduidelijkheid over de gewenste gespreksrollen.

Ontwikkelingspsychologisch onderzoek laat zien dat de kwaliteit van de gespreksvoering met kinderen direct samenhangt met hun kennis van de regels en de aard van het gesprek.^{5,7,18} Kinderen die niet vaak een arts bezoeken, hebben meestal nog geen helder beeld van het proces van medische gespreksvoering. Zij hebben daarom uitleg nodig over het doel en de regels van zo'n gesprek om er optimaal aan te kunnen deelnemen.

Op school worden kinderen geconfronteerd met pseudovragen: vragen die uitsluitend worden gesteld om de kennis van het kind te toetsen. Als de arts een medische vraag stelt, kan het kind die op dezelfde manier opvatten. Het is daarom belangrijk dat de arts aankondigt dat hij vragen gaat stellen waar hij het antwoord zelf niet op weet – en dat hij het kind dus ook niet kan helpen bij het antwoord. Kinderen tot een jaar of zes zijn bovendien nog erg beïnvloedbaar door suggestieve vragen. Een vraag als: 'Ben je erg miselijk?', zal meestal serieus worden beantwoord, zelfs als het kind helemaal niet miselijk is.

Gebruik maken van metacommunicatie

Voor een optimale gespreksvoering is het dus belangrijk dat de arts tegenover zowel de ouder als het kind helderheid geeft over het wenselijke gesprekskader. Voor ouders is het belangrijk te weten waarom de arts eerst met hun kind zelf wil spreken. Veel ouders die antwoord geven op vragen die aan hun kind gesteld zijn, doen dat uit gewoonte, uit bezorgdheid of om het consult niet onnodig op te houden. Door bij de start van het consult de gespreksrollen expliciet te benoemen en te benadrukken dat er ook aandacht is voor eventuele vragen of zorgen van de ouder zelf, kan de arts een meer kindgerichte consultvoering entameren. En aangezien kinderen beter kunnen participeren in medische gespreksvoering als zij de 'codes' van het gesprek kennen en weten wat er van hen wordt verwacht, verdient het aanbeveling om bij het begin van het consult duidelijk te maken dat er echte vragen worden gesteld, waarop geen goede of foute antwoorden mogelijk zijn.

Onderzoek laat zien dat artsen in de praktijk echter nauwelijks het gesprekskader zelf

ter sprake brengen.¹⁴⁻¹⁶ Metacommunicatie is het middel bij uitstek om het kader van het gesprek te verhelderen en vormt een essentieel onderdeel van goede gespreksvoering. Onder metacommunicatie verstaat men het praten over het gesprek of het gespreksverloop zelf, bijvoorbeeld door te laten weten wie (als eerste) het woord mag voeren en waarom dat wenselijk is. De huisarts van Roos zou tegen haar moeder kunnen zeggen: 'Ik wil graag eerst van Roos zelf horen wat de klacht precies is, in haar eigen woorden. Daarna wil ik graag van u weten of u daar nog iets aan toe te voegen hebt.' Het gesprek had dan een andere wending kunnen nemen en Roos zou waarschijnlijk meer gespreksruimte gehad hebben. Andere voorbeelden van metacommunicatie die een arts kan gebruiken om helderheid te geven over het kader van het gesprek:

- 'Ik wil eerst graag van jou horen hoe het gaat, daarna vraag ik hetzelfde aan je moeder.'
- 'Floris, wil jij het zelf vertellen of doet je moeder het?'
- 'Ik begrijp dat u bezorgd bent, maar ik wil eerst graag met Lisa praten voordat ik uw verhaal hoor.'
- 'Dat is grappig, ik stel jou een vraag en je vader geeft antwoord!'

Ook voor ouders is metacommunicatie een geschikt hulpmiddel om het gesprek tussen arts en kind makkelijker te laten verlopen:

- 'Begrijp je wat de dokter zegt?'
- 'Jij kunt best zelf vertellen waar het pijn doet.'
- 'Dat is een moeilijke vraag: zal ik het voor jou zeggen?'
- 'Volgens mij wilde je nog iets aan de dokter vragen.'

De verzuchting 'Laat mama nou eens uitpraten' is overigens ook een voorbeeld van metacommunicatie, maar een uitspraak als deze laat nauwelijks ruimte voor een eigen inbreng van het kind.

Participatiebehoeften peilen

Voor het optimaliseren van de consultvoering met een ziek kind blijft het belangrijk om een goed beeld te krijgen van de ervaringen, verwachtingen en voorkeuren van het kind zelf. Recent onderzoek laat zien dat kinderen uit-

stekend in staat zijn om hun visie op door hen ontvangen zorg te formuleren, mits zij daartoe uitgenodigd worden op een manier die aansluit bij hun leefwereld.^{19,20} De vraag is dus niet zozeer of kinderen zelf informatie over hun gezondheid kunnen verschaffen, maar *hoe* zorgverleners en onderzoekers hierover het beste met kinderen kunnen communiceren. Een extra uitdaging is het ontwikkelen van kindgerichte methoden die geschikt zijn voor het bevragen van kinderen van verschillende leeftijden. Het inschakelen van moderne communicatiemiddelen, zoals MSN en groeps gesprekken via internet, biedt met name onderzoekers nieuwe mogelijkheden.^{21,22}

Conclusies

Empirisch onderzoek laat zien dat medische consulten met kinderen vaak verlopen conform een stereotiep patroon van arts-ouder-kindinteracties waarbij de feitelijke communicatie zich afspeelt tussen arts en ouder. Analyse van het communicatieve gedrag van arts en ouder heeft laten zien dat dit patroon voornamelijk te herleiden is tot niet-complementaire opvattingen over de deelname van het kind aan het consult. Deze onduidelijkheid over het gesprekskader heeft directe gevolgen voor de participatiemogelijkheden van het kind. Zo blijkt de manier waarop de arts bij aanvang van het consult ouder en kind betreft in de klachtpresentatie bepalend voor het verloop van het gesprek en voor de participatiekansen van het kind. Door het bewust hanteren van metacommunicatie over het wenselijke gesprekskader kan de arts de gespreksvoering en daarmee de participatiekansen van het kind beïnvloeden.

De huisarts heeft in Nederland een centrale rol in de gezondheidszorg, en heeft in het algemeen de mogelijkheid om een langdurige relatie op te bouwen met ouder en kind. Deze positie biedt de mogelijkheid om kinderen van jongs af aan, op een manier die past bij hun leeftijd, te betrekken in de consultvoering. Kinderen die geleerd hebben actief deel te nemen aan medische gesprekken over hun eigen gezondheid kunnen zich sneller ontwikkelen tot verantwoordelijke en proactieve patiënten. Een helder gesprekskader en optimale samenwerking tussen arts en ouder zijn hiervoor onontbeerlijk.

Literatuur

- 1 Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication: A (re)view of the literature. *Soc Sci Med* 2001;52:839-51.
- 2 Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication: I, Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968; 42:855-71.
- 3 Rylance C. Making decisions with children. *BMJ* 1996;312:794.
- 4 Hart C, Chesson R. Children as consumers. *BMJ* 1998;316:1600-3.
- 5 Christensen P, James A, editors. *Research with children: Perspectives and practices*. London: Palmer Press, 2000.
- 6 Hosli EJ. *Ziektebegrip bij kinderen: De ontwikkeling van het denken over ziekte*. Amsterdam: Thesis, 1998.
- 7 Delfos MF. *Luister je wel naar mij? Gespreksvoering met kinderen tussen vier en twaalf jaar*. Amsterdam: SWP, 2000.
- 8 Winter M de, Baerveldt C, Kooistra J. *Enabling children: Participation as a new perspective on child-health promotion*. *Child Care Health Dev* 1999;25:15-25.
- 9 Colland VT. *Coping with asthma: Intervention methods for children and parents*. Amsterdam: Thesis, 1990.
- 10 Aronsson K, Rundström B. Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Text* 1988;8:159-89.
- 11 Holtzheimer L, Mohay H, Masters IB. Educating young children about asthma: Comparing the effectiveness of a developmentally appropriate asthma education video tape and picture book. *Child Care Health Dev* 1998;24:85-99.
- 12 Dulmen AM van. *Children's contribution to pediatric outpatient consultations*. *Pediatrics* 1998;3:563-8.
- 13 Wissow LS, Roter DL, Bauman LJ, Crain E, Kerckmar C, Weiss K, et al. Patient-provider communication during the emergency department care of children with asthma. *Med Care* 1998;36:1439-50.
- 14 Tates K, Meeuwesen L. 'Let Mum have her say': Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns* 2000;40:151-62.
- 15 Tates K, Meeuwesen L, Elbers EPJM, Bensing JM. 'I've come for his throat': Roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child Care Health Dev* 2002;28:109-16.
- 16 Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Educ Couns* 2002;48:5-14.
- 17 Stivers T. Negotiating who presents the problem: Next speaker selection in pediatric encounters. *Journal of Communication* 2001;252-82.
- 18 Elbers E. Context en suggestie bij de ondervraging van jonge kinderen. *Gezin* 1991;3:234-43.
- 19 Dedding C, Resi R, Ramaker K, Wolf B. 'We zijn een dokter voor onszelf': Kinderen aan het woord over hun diabetes. *Medisch Contact* 2004;59:31-4.
- 20 Snel MC. *Dokter, dit vind ik! Verbeterpunten voor een megacool ziekenhuis*. *Kind en Ziekenhuis* 2006;29:18-22.
- 21 Isarin J. *Hoor hen! Participatieonderzoek virtueel en in real life: MSN-gesprekken met dove en slechthorende jongeren*. Deventer: Van Tricht, 2006.
- 22 Zwaanswijk M, Tates K, Dulmen S van, Hoogerbrugge PM, Kamps WA, Bensing JM. Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results from online focus groups. *BMC Pediatrics* 2007;7:35.