



Jongeren alleen in de spreekkamer



Interventies en instrumenten gericht op zelfmanagement en zelfredzaamheid van jongeren

Doel

- Vergroten van (het gevoel van) zelfredzaamheid door jongeren alleen – zonder aanwezigheid van ouders – in de spreekkamer te ontvangen. Jongeren kunnen zo stapsgewijs leren zelf het gesprek met de zorgverlener te voeren en daarvoor verantwoordelijkheid te dragen.
- Bespreken van gevoelige onderwerpen waarbij de aanwezigheid van ouders een belemmering kan vormen (zoals roken, drugs- en alcoholgebruik, seksualiteit), die belangrijk zijn in de puberteit.

Doelgroep

Jongeren met chronische aandoeningen.

In Nederland stelt de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1985) dat jongeren tussen 12 en 16 jaar samen met hun ouders beslissen over hun behandeling, vanaf 16 jaar worden zij geacht dit alleen te doen (WGBO). Om ervoor te zorgen dat jongeren vanaf 16 jaar hiertoe ook werkelijk in staat zijn, is oefening nodig. Daarom verdient het aanbeveling al voor 16 jaar te starten om jongeren deels alleen in de spreekkamer te zien. De leeftijd waarop de jongere voor het eerst alleen in de spreekkamer gezien kan worden varieert, afhankelijk van de zelfstandigheid en mondigheid van de jongere, de ernst van de aandoening, eventuele acute complicaties, maar ook de rol en houding van de ouders. In elk geval is het voor zorgverleners belangrijk de stem van de jongere zelf te horen, ook om vast te kunnen stellen in hoeverre een jongere klaar is voor transitie.

Beschrijving

Een belangrijke voorwaarde voor succesvolle transitie naar de volwassenenzorg is dat jongeren als 'partners in zorg' kunnen optreden. Dit betekent dat zij de competenties moeten ontwikkelen die nodig zijn om zelfstandig te kunnen opereren in het contact met zorgverleners. Een goede manier om dat te bereiken is jongeren het consult (deels) zelfstandig (zonder ouders) te laten doen.

Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van de ouders jongeren veel steun biedt, maar ook het zelfstandig leren functioneren van de jongere kan belemmeren. Zorgverleners in de kindergeneeskunde zijn eraan gewend van begin af aan met de ouders te communiceren; in de volwassenenzorg wordt de patiënt zelf aangesproken, ouders worden niet (of veel minder) bij de besluitvorming betrokken. Dit is één van de meest opvallende verschillen tussen kind- en volwassenenzorg. Bij de voorbereiding op de transitie is het nodig dat zorgverleners de omslag maken naar het consequent aanspreken van de jongere. Vanaf een jaar of 14 kan de kinderverpleegkundige beginnen aan een zelfstandig consult met de jongere, terwijl jongere en ouders samen naar de arts gaan. De verpleegkundige kan andere thema's aansnijden dan de arts, zoals psychosociale aspecten en educatie.

Op de transitiepoli is een veelvoorkomende werkwijze dat de jongere vanaf 16 jaar alleen naar binnen gaat in de spreekkamer bij de arts, uitzonderlijke situaties daargelaten. De ouders worden aan het einde in de spreekkamer worden uitgenodigd en worden bijgepraat door de jongere. Op deze manier wordt de jongere getraind om consult te voeren en hierover te rapporteren, en worden ouders niet buitengesloten.

Deze aanpak moet tijdig worden uitgelegd, zodat ouders en jongeren er niet door overvallen worden en begrijpen dat dit een onderdeel is van de noodzakelijke voorbereiding op transitie. De beste manier om de nieuwe werkwijze op de polikliniek te introduceren is er een standaardprocedure van te maken. Als de zorgverleners het als een vanzelfsprekende aanpak presenteert, wordt voorkomen dat er discussie ontstaat over de vraag of deze jongere en deze ouders deze werkwijze nodig hebben, of dat ouders het gevoel krijgen te worden weggestuurd. Sommige teams kiezen ervoor de jongere zelf te laten kiezen wie er aanwezig zijn bij het consult. Dit kan goed werken, maar is lastig voor een jongere vanwege loyaliteitsgevoelens voor de ouders of te weinig zelfstandigheid. Een risico is dat alleen de meest zelfbewuste jongeren voor 'alleen in de spreekkamer' kiezen.

Verwijzing

van Staa A.L., van der Stege H.A., Jedeloo S. (2008). *Op Eigen Benen Verder. Jongeren met chronische aandoeningen op weg naar zelfstandigheid in de zorg*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam. (ISBN 978-90-79059-02-7).

van Staa A.L., Jedeloo S., Kuijper M., Latour J.M. (2007). *Op Eigen Benen. Jongeren met chronische aandoeningen: wat willen en kunnen zij in de zorg?* Rotterdam: Hogeschool Rotterdam. (ISBN 978-90-801776-9-7).

van Staa, A.L., On Your Own Feet Research Group. (2011). [Unraveling triadic communication in hospital consultations with adolescents with chronic conditions: The added value of Mixed Methods Research](#). *Patient Education Counseling (Special Issue Methodology in Health Communication Research) 2011*; 82 (3): 455-464.

van Staa, A.L., Sattoe, J. N., & Strating, M. M. (2015). [Experiences with and Outcomes of Two Interventions to Maximize Engagement of Chronically Ill Adolescents During Hospital Consultations: A Mixed Methods Study](#). *Journal of pediatric nursing, 30*(5), 757-775.

Voorbeeld(en) van toepassingen in de Praktijk

Praktijkvoorbeeld

In het **Erasmus MC** verstrekt de IBD-verpleegkundige de informatie aan patiënten die de MDL/IBD-poli voor het eerst bezoeken. De MDL-kinderarts: "Ik werk als arts op transitiepoli MDL/IBD in het **Erasmus MC**. We ontvangen jongeren op een goed moment alleen in de spreekkamer. Het geeft jongeren meer zelfredzaamheid. We werken eraan dat jongeren weten wat hun ziekte inhoudt, waarom ze medicijnen slikken etc. Ik hoor dan ook van de jongeren wat er in hun leven met een chronische aandoening speelt. Ik ben er vooral tegenaan gelopen dat ik als arts gemakkelijk verzand in de normale manier van poli doen, waarbij ik zowel ouder als kind tegenover me heb en focus op de symptomen van de ziekte. Het vraagt dat ik me elke keer bewust met de transitie bezig houd. Dat kost extra tijd en die is altijd schaars. Wat we vooral hopen te bereiken is dat de jongeren met de normale issues van hun leeftijd kunnen omgaan en daar alles wat bij hun aandoening komt kijken goed in weten te passen."

Nurse practitioner **UMC St. Radboud Nijmegen- Nefrologie**: "Het voordeel voor jongeren is dat ze leren om te communiceren over hun gezondheid en over problemen waar ze mee zitten. Om dat niet alleen te delen met hun ouders, maar ook met zorgverleners. Ze vertellen ook meer als ze alleen zijn dan als de ouders erbij zijn. Ja, de jongeren voelen zich heel serieus genomen en de ouders denken: oké, loslaten. En aan het eind mogen de ouders aansluiten bij het gesprek."

Ook bij het **Erasmus MC - CF** zijn ze enthousiast over deze werkwijze: "Het voordeel is dat jongeren het woord leren voeren en leren aangeven wat het probleem is. Als aan het eind van het consult de ouders erbij komen en er komt nog iets boven water dat nog niet besproken is, dan leert de jongeren daar van. Dat geeft ouders ook rust dat ze weten dat alles besproken wordt."

Kinderartsen **Scheper Ziekenhuis Emmen - Diabetes**: "Wij zijn ons er nu veel bewuster van geworden dat het belangrijk is de jongere alleen te zien in de spreekkamer. We doen het steeds vaker, ook bij jongere kinderen. Het gesprek gaat echt heel anders als ze alleen komen, ze zijn meer betrokken en kunnen niet meer de hele tijd op hun telefoon kijken. Je maakt ze meer verantwoordelijk voor hun diabetes. Aan het einde roepen we de ouders erbij als die in de wachtkamer zitten en dan vertelt de jongere wat er is besproken. Wat ons ook opviel: als we aankondigen dat we de jongere de volgende keer alleen willen zien, hebben ouders en jongeren soms weerstand. Maar als ze dan de volgende keer komen, dan zijn ze aan het idee gewend en hebben er thuis over gesproken: dan gaat het eigenlijk zonder problemen."

Overig

Ouders en jongeren vooraf informeren over de noodzaak en onvermijdelijkheid van deze aanpak is bevorderlijk voor geslaagde uitvoering. De aanwezigheid van een transitiepoli is behulpzaam.