

# Epilepsie Groei-wijzer 12 - 16 jaar: Goed bezig (voor ouders)

Naam: \_\_\_\_\_

Als uw kind opgroeit verandert er veel voor u en uw kind. Stap voor stap wordt uw kind zelfstandiger, regelt hij/zij dingen zelf en krijgt hij/zij eigen taken. Zo bereidt hij/zij zich voor op later. De Epilepsie Groei-wijzer<sup>1</sup>, 'Vaardigheden voor zelfstandig leven' is een serie van 3 lijsten. Deze helpt u om te ontdekken welke stappen uw kind kan zetten om zelfstandiger te worden, wat hij/zij al kan en waar hij/zij aan wil werken de komende periode. 'Goed Bezig' is de tweede lijst in de serie.



## Voor wie is de vragenlijst bedoeld?

'Goed bezig' is bedoeld voor ouders van jongeren in de leeftijd van 12-16 jaar, die nadenken over de toekomst van hun kinderen en de veranderingen die daarbij op hun weg komen. Zelfstandig worden doet uw kind niet alleen. Vul de lijst zelf in en laat uw kind er ook een invullen apart van u. Daarna kunt u met uw kind bespreken wat hij/zij al kan, wat hij/zij zou willen leren en hoe hij/zij dat ziet. Door samen te praten kunnen goede plannen gemaakt worden en ontdekt u nieuwe mogelijkheden voor uw kind!

## Enkele tips:

- Vul in de Epilepsie Groei-wijzer in wat uw kind al kan. Zet de datum erboven. Is een onderwerp klaar of niet van toepassing, vul dan de laatste kolom in: klaar.
- Soms lijkt een stelling niet van toepassing op uw kind. Probeer dan creatief na te denken hoe u de vraag wel op uw kind kunt laten slaan. De vragen zijn een prikkel om u te laten nadenken over de zelfstandigheid van uw kind. Als uw kind bijvoorbeeld iets zelf niet kan uitvoeren door een beperking kan hij/zij misschien wel leren om zelf hulp te regelen om het uit te voeren. Dan wordt hij/zij dus ook zelfstandiger en minder afhankelijk van anderen.
- Praat samen met uw kind over wat hij/zij tegenkomt. Wat zou uw kind graag willen leren? Waar wil uw kind zelfstandiger in zijn? Maak samen een plan van aanpak op het invulformulier met de naam: 'Aan de slag'.
- Pak de Epilepsie Groei-wijzer er na verloop van tijd gerust weer bij en kijk waar uw kind nu staat. Misschien is hij/zij alweer een stap verder en kan hij/zij een nieuw punt aanpakken!
- De 9 plaatjes van de Epilepsie Groei-wijzer verwijzen naar 9 gebieden waarop uw kind zelfstandig wordt. Als uw kind geen leerpunten meer heeft bij de meeste gebieden, kunnen jullie doorgaan met de volgende Epilepsie Groei-wijzer 'Hier ben ik'.
- Veel achtergrondinformatie kunt u vinden op [www.opeigenbenen.nl](http://www.opeigenbenen.nl). Daar vindt u dezelfde plaatjes als op de Epilepsie Groei-wijzer, waardoor u snel bij de juiste informatie terecht komt.
- Als u of uw kind er niet uitkomen hoe uw kind iets kan leren, vraag dan hulp aan het behandelteam.



Kenniscentrum  
Zorginnovatie



Academisch Centrum voor Epileptologie  
Kempenhaeghe & Maastricht UMC+



<sup>1</sup> De Epilepsie Groei-wijzer is gebaseerd op de Groei-wijzer die door het UMCG, revalidatiecentrum Blixembosch, Mytyschool Eindhoven, Erasmus MC en TransitieNet is ontwikkeld op basis van de Developing the Skills for Growing Up (Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital in Toronto, Canada). De gebruikte icoontjes zijn ontwikkeld door Op Eigen Benen in samenwerking met TransitieNet.

ik



Ik

| datum                | datum                | datum                | klaar                               |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |  |        |        |        |                          |
|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Mijn kind weet dat hij/zij recht op privacy heeft (privacy is dat je dingen kunt doen zonder dat anderen zich er teveel mee bemoeien)                | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Mijn kind weet dat hij/zij mag meebeslissen bij belangrijke beslissingen die over hem/haar gaan  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Mijn kind weet dat hij/zij vanaf 12 jaar samen met mij verantwoordelijk is voor beslissingen in zijn/haar medische behandeling                       | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 Mijn kind weet wat hij/zij doet of hoe hij / zij zich moet gedragen om dingen geregeld te krijgen (afpraak maken, mening geven, informatie opvragen) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 Mijn kind kan voor zichzelf opkomen op plaatsen waar hij/zij regelmatig komt (school, thuis, winkel, bibliotheek, sportclub, internet)               | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 6 Mijn kind weet bij wie hij/zij terecht kan als hij/zij het moeilijk heeft  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 7 Mijn kind is tevreden met zijn/haar uiterlijk  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 8 Mijn kind kent 3 lichamelijke veranderingen die optreden in de puberteit bij jongens en bij meisjes  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 9 Mijn kind kan anderen vertellen wat hij/zij heeft en wat dat praktisch voor hem/haar betekent (vrienden, op school, familie)                         | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 10 Er is altijd iemand in de buurt van mijn kind die weet van zijn/haar epilepsie en wat dit inhoudt   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 11 Mijn kind weet waar hij/zij betrouwbare informatie kan vinden over epilepsie, voeding en seksualiteit   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

zorg



Zorg en gezondheid

| datum                | datum                | datum                | klaar                               |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |   |        |        |        |                          |
|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Mijn kind weet wat gezond en ongezond eten en drinken is                      | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Mijn kind volgt een dieet en weet waarom                                      | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Mijn kind kent de risico's van roken, alcohol en drugs                        | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 Mijn kind weet wie zijn/haar behandelaars zijn en waarom hij/zij daar is      | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 Mijn kind maakt zijn/haar eigen afspraken met de arts en andere zorgverleners | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 6 Mijn kind begrijpt wat de arts hem/haar vertelt                               | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

zorg



Zorg en gezondheid

|                      |                      |                      |                                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| datum                | datum                | datum                | klaar                               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |    |  |        |        |        |                          |
|----|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 7  | Mijn kind stelt zelf vragen tijdens zijn/haar consult bij de arts en andere zorgverleners                            | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Mijn kind beantwoordt zelf vragen die de arts of andere zorgverleners stellen  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Mijn kind gaat af en toe alleen naar afspraken met de arts en andere zorgverleners                                   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Mijn kind beslist mee over zijn/haar eigen behandeling   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Mijn kind heeft overzicht over zijn/haar medische gegevens   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Mijn kind bespreekt met zijn/haar arts welke zorg hij/zij in de toekomst nodig heeft (jongerenpoli, volwassenenzorg) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Mijn kind bespreekt wat de vooruitzichten zijn van zijn/haar epilepsie in de toekomst                                | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Mijn kind weet waarom het innemen van zijn/haar medicatie belangrijk is  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Mijn kind weet welke bijwerkingen zijn/haar medicijnen kunnen hebben   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Mijn kind weet wat moeheid voor zijn/haar epilepsie kan betekenen  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Mijn kind weet wat stress voor zijn/haar epilepsie kan betekenen   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

wonen



Zelfstandigheid en wonen

|                      |                      |                      |                                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| datum                | datum                | datum                | klaar                               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |   |   |        |        |        |                          |
|---|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 | Mijn kind weet wat hij/zij in noodsituaties moet doen                             | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mijn kind regelt zijn/haar dagelijkse verzorging zelf (kleding uitzoeken, wassen) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mijn kind weet dat als hij/zij in bad gaat of gaat douchen er toezicht nodig is   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Mijn kind is verantwoordelijk voor een paar huishoudelijke klusjes                | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Mijn kind weet of hij/zij alleen thuis kan zijn                                   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Mijn kind doet weleens boodschappen   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Mijn kind kookt weleens (samen met mij/anderen)                                   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Mijn kind heeft toegang tot zijn/haar bankrekening                                | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

relaties



Vriendschap en relaties

|                      |                      |                      |                                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| datum                | datum                | datum                | klaar                               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |    |   |        |        |        |                          |
|----|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1  | Mijn kind brengt tijd door met zijn/haar vrienden buiten school   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Mijn kind kan contact met andere jongeren maken   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Mijn kind weet hoe hij/zij veilig gebruik kan maken van een tablet of computer met internet               | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Mijn kind kan rekening houden met wat zijn/haar zussen, broers en ouders belangrijk vinden                | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Mijn kind geeft zijn/haar grenzen aan in een verzorgingsrelatie waarin lichamelijk contact een rol speelt | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Mijn kind geeft zijn/haar grenzen aan als hij/zij verkering heeft   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Mijn kind weet wat veilig vrijen is en waarom het belangrijk is   | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Mijn kind kent verschillende voorbehoedsmiddelen en weet hoe hij/zij eraan kan komen                      | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Mijn kind durft zijn/haar arts vragen te stellen over puberteit en seksualiteit                           | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Mijn kind weet dat epilepsie medicatie van invloed kan zijn op anticonceptiemiddelen (zoals de pil)       | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Mijn kind weet wat seksuele opwinding voor invloed op zijn/haar epilepsie kan hebben                      | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Mijn kind weet wat de invloed van zijn/haar epilepsie is op seksualiteit                                  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

studie



School

|                      |                      |                      |                                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| datum                | datum                | datum                | klaar                               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |   |   |        |        |        |                          |
|---|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 | Mijn kind weet welke ondersteuning en aanpak hij/zij nodig heeft om goed mee te kunnen op school    | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mijn kind kent de instanties en personen waar hij/zij om hulp kan vragen                            | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mijn kind weet wat zijn/haar mogelijkheden en interesses zijn met het oog op zijn/haar beroepskeuze | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Mijn kind praat met anderen over wat hij/zij na de middelbare school wil doen                       | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Mijn kind maakt zijn/haar huiswerk zelfstandig  | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

## 12 - 16 jaar EPILEPSIE GROEI-WIJZER: Goed bezig (voor ouders)

### studie



#### School

- |  | datum                | datum                | datum                | klaar                               |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| 6 Mijn kind plant zijn/haar agenda zelf  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Mijn kind weet dat zijn/haar medicatie concentratieproblemen kan veroorzaken | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
|  | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |

### vervoer



#### Vervoer

- |   | datum                | datum                | datum                | klaar                               |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| 1 Mijn kind weet of hij/zij zelfstandig kan reizen (fiets, bus, trein, metro, taxi) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Mijn kind kan zelfstandig over straat gaan (fietsen, lopen)                       | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
|   | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |

### sport



#### Sport

- |   | datum                | datum                | datum                | klaar                               |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| 1 Mijn kind doet aan lichaamsbeweging (lopen, fietsen, sporten)   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Mijn kind is lid van een sportclub of sportschool   | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
| 3 Mijn kind weet dat sommige sporten gevaarlijk kunnen zijn vanwege zijn/haar epilepsie (zoals zwemmen zonder toezicht) | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |

### vrije tijd



#### Vrije tijd

- |  | datum                | datum                | datum                | klaar                               |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| 1 Mijn kind heeft een hobby  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Mijn kind is lid van een club of vereniging (geen sport)                           | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
| 3 Mijn kind doet mee aan buitenschoolse activiteiten                                 | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
| 4 Mijn kind doet uitstapjes met anderen (naar de film, naar de stad)                 | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
| 5 Mijn kind weet wat hij/zij moet regelen en mee moet nemen als hij/zij gaat logeren | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |
| 6 Mijn kind gaat wel eens een paar dagen weg zonder zijn/haar ouders                 | Ja/Nee               | Ja/Nee               | Ja/Nee               | <input type="checkbox"/>            |

werk



**Werk**

datum

datum

datum

klaar

1 Mijn kind oriënteert zich op een bijbaantje, vrijwilligerswerk of werk

Ja/Nee

Ja/Nee

Ja/Nee

**Stap 1: Aan de volgende punten kan mijn kind werken om zelfstandiger te worden:**

- 1
- 2
- 3

**Stap 2: Welke stappen kan mijn kind ondernemen?**

**Stap 3: Wanneer gaat mijn kind het doen?**

**Actie:**

**Datum:**

**Stap 1: Aan de volgende punten kan mijn kind werken om zelfstandiger te worden:**

- 1
- 2
- 3

**Stap 2: Welke stappen kan mijn kind ondernemen?**

**Stap 3: Wanneer gaat mijn kind het doen?**

**Actie:**

**Datum:**



**Stap 1: Aan de volgende punten kan mijn kind werken om zelfstandiger te worden:**

1

2

3

**Stap 2: Welke stappen kan mijn kind ondernemen?****Stap 3: Wanneer gaat mijn kind het doen?****Actie:****Datum:**