

Epilepsie Groei-wijzer 17+ jaar: Hier ben ik (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-wijzer¹, '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. 'Hier ben ik' is de derde en laatste lijst in de serie.



Voor wie is de vragenlijst bedoeld?

'Hier ben ik' is bedoeld voor ouders van jongvolwassenen in de leeftijd van 17 jaar en ouder, die nadenken over de toekomst van hun kind en de veranderingen die daarbij op hun weg komen. Vul de lijst in en bespreek zo nodig met uw kind wat hij/zij al kan, wat hij/zij zou willen leren en hoe hij/zij dat ziet. Door samen te praten kunnen jullie goede plannen maken!

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.
- Veel achtergrondinformatie kunt u vinden op www.opeigenbenen.nu. 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+



¹ De Epilepsie Groei-wijzer is gebaseerd op de Groei-wijzer die door het UMG, 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
1 Mijn kind denkt na over hoe hij/zij zelfstandig wordt binnen ons gezin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Mijn kind denkt na over hoe hij/zij zich in de toekomst financieel kan redden	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Mijn kind kan opkomen voor zichzelf op plaatsen waar hij/zij regelmatig komt (school, thuis, winkel, bibliotheek, sportclub, internet)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Mijn kind heeft iemand om over persoonlijke dingen te praten, als hij/zij ergens mee zit	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Mijn kind weet wat zijn/haar talenten zijn	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Mijn kind is tevreden met zijn/haar uiterlijk	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Mijn kind kan anderen vertellen wat hij/zij heeft en wat dat praktisch voor hem/haar betekent (vrienden, op school/werk, familie)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 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"/>
9 Mijn kind weet wat zijn/haar aandoening voor gevolgen heeft voor zijn/haar (zorg)verzekering	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
10 Mijn kind weet waar hij/zij informatie en hulp kan krijgen over zijn/haar epilepsie	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

zorg



Zorg en gezondheid

	datum	datum	datum	klaar
1 Mijn kind eet gezond	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Mijn kind volgt een dieet en hij/zij weet waarom	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Mijn kind kent de gezondheidsrisico's van roken, alcohol en drugs	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Mijn kind weet welke medicijnen hij/zij kan gebruiken voor onschuldige kwaaltjes (verkoudheid, hoofdpijn)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Mijn kind kan anderen uitleggen wat zijn/haar medische voorgeschiedenis is	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Mijn kind beslist samen met zijn/haar dokter welke behandeling nodig is	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Mijn kind ondertekent medische toestemmingsverklaringen zelf	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 Mijn kind plant en bewaakt zijn/haar bezoeken aan de dokter zelf	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

zorg



Zorg en gezondheid

	datum	datum	datum	klaar
9 Mijn kind gaat alleen naar spreekuurafspraken of bepaalt wie er mee gaat	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
10 Mijn kind stelt zelf de meeste vragen tijdens het spreekuur	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
11 Mijn kind beantwoordt zelf de meeste vragen tijdens het spreekuur	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
12 Mijn kind heeft plannen gemaakt voor de overstap naar de jongerenpoli/volwassenenzorg	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
13 Mijn kind weet wat de risico's zijn voor zijn/haar gezondheid als hij/zij zich niet aan de voorgeschreven behandeling houdt	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
14 Mijn kind neemt zelf zijn/haar medicatie in	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
1 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"/>
2 Mijn kind kan zelf zijn/haar maaltijden klaarmaken	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Mijn kind kan zelf zijn/haar was doen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Mijn kind beheert zijn/haar eigen geld	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Mijn kind koopt zelf de dingen die hij/zij nodig heeft	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Mijn kind weet of hij/zij alleen thuis kan zijn	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Mijn kind denkt na over zijn/haar toekomstige woonsituatie	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 Mijn kind weet waar hij/zij terecht kan voor extra voorzieningen	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 doet mee aan sociale activiteiten en ontspanning voor jongeren en volwassenen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
2 Mijn kind doet dingen met zijn/haar vrienden in zijn/haar vrije tijd	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Mijn kind onderhoudt zelf vriendschappen en relaties	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Mijn kind nodigt vrienden, familie bij hem/haar thuis uit	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Mijn kind kan nieuwe contacten maken	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Mijn kind weet wat ongezonde intieme relaties zijn (loverboys)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Mijn kind kent verschillende voorbehoedsmiddelen en weet hoe hij/zij eraan kan komen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 Mijn kind weet de invloed van zijn/haar epilepsie op seksualiteit	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
9 Mijn kind weet de invloed van zijn/haar epilepsie op zwangerschap, ouderschap en erfelijkheid	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"/>

studie



Studie en opleiding

	datum	datum	datum	klaar
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 Mijn kind heeft plannen gemaakt voor wat hij/zij gaat doen als hij/zij klaar is met school	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
2 Mijn kind weet dat zijn/haar medicatie concentratieproblemen kan veroorzaken	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Mijn kind weet waar hij/zij hulp kan krijgen om zijn/haar opleiding goed te doen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Mijn kind weet hoe hij/zij aan een stageplaats kan komen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Mijn kind weet wat hij/zij over zijn/haar epilepsie kan zeggen in een oriënterend gesprek, aanmelding of sollicitatie	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

vervoer



Vervoer

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

- | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 | Mijn kind gaat zelfstandig met het openbaar vervoer (bus, trein, metro) of de taxi | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mijn kind neemt zelfstandig deel aan het verkeer (lopen, fietsen) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mijn kind weet of hij/zij auto mag rijden met zijn/haar epilepsie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

sport



Sport

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

- | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 | Mijn kind heeft een gezonde leefstijl en voldoende lichaamsbeweging (sporten, fietsen naar school, werk) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 | Mijn kind gaat uit met anderen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mijn kind weet dat tot laat uitgaan gevolgen kan hebben voor zijn/haar epilepsie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mijn kind weet of bepaalde discolichten van invloed zijn op zijn/haar epilepsie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Mijn kind kan zelfstandig op vakantie gaan | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Mijn kind zoekt en/of doet activiteiten in zijn/haar (nieuwe) woonomgeving | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

werk



Werk

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

- | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 | Mijn kind heeft vrijwilligerswerk, een vakantiebaantje of een baan | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mijn kind weet wat hij/zij wil bereiken in zijn/haar (toekomstige) werk en/of studie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

werk



Werk

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

- | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 3 | Mijn kind weet waar hij/zij hulp kan krijgen om zijn/haar werk goed te doen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Mijn kind weet wie hem/haar kan helpen bij het vinden van werk | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Mijn kind weet wat de invloed van zijn/haar epilepsie is op zijn/haar werk | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

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:**

