

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

DR. K. TATES

De stem van het kind in medische gesprekken

Ouders zijn vaak geneigd om tijdens een medisch consult op te treden als woordvoerder voor hun kind. Dat brengt het risico met zich mee, dat er voor het kind weinig ruimte overblijft voor een eigen inbreng. Artsen kunnen het gesprek sturen en ervoor zorgen dat het kind meer bij het consult wordt betrokken.

Het is woensdagmiddag. Het spreekuur van huisarts Jansen is al aardig uitgelopen. Moeder Breelo loopt enigszins verhit de spreekkamer in. Ze steekt meteen van wal: 'Ik kom voor zijn keel.' Haar tienjarige zoon Peter is inmiddels ook binnen, hij hangt lusteloos tegen haar stoel. Dokter Jansen kijkt Peter aan en vraagt hem te vertellen wat er precies met hem aan de hand is. Peter haalt zijn schouders op en mompelt wat. Dan vraagt de huisarts hem rustig waar de pijn precies zit. Voordat Peter kan antwoorden, neemt zijn moeder het woord: 'Er is echt iets flink mis met die keel en het duurt me ook allemaal veel te lang. Zou het een van die nieuwe virussen kunnen zijn?' Dokter Jansen draait zich naar mevrouw Breelo en bespreekt de klachten van haar zoon uitgebreid met haar. Peter kijkt intussen door het raam naar buiten.

HERKENBAAR

Deze fictieve schets zal voor veel mensen herkenbaar zijn; het is een alledaagse situatie in de spreekkamer van een arts. Het voorbeeld roept een aantal interessante vragen op. Welke inbreng heeft een kind in zijn eigen consult? Is het sowieso wenselijk dat jeugdigen actief participeren in medische gesprekken? Hoe communiceren artsen met kinderen en hun ouders? Wat is de specifieke rol van ouders in gesprekken over de gezondheid en ziekte van hun kind?

DYNAMIEK

Het gaat hier over de communicatie tussen arts, ouder en kind. Aan de hand van een aantal onderzoeken wordt een antwoord geformuleerd op de bovengenoemde vragen. De nadruk ligt daarbij op de dynamiek van het gesprek, oftewel: op de vraag: wat maakt de communicatie tussen de drie partijen nu zo bijzonder?

De meeste gegevens waarvan gebruik wordt gemaakt, zijn afkomstig uit het onderzoek *Doctor-parent-child communication: a multi-perspective analysis*.¹ Zij zijn verkregen op basis van de analyse van 106 videoregistraties van medische consulten met een huisarts, een ouder en een kind. De video-opnames zijn geselecteerd uit het databestand van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). De kinderen op de opnames waren tussen de vier en twaalf jaar, ze bezochten de huisarts voor alledaagse klachten. In de meeste consulten (83 procent) begeleidde de moeder haar kind. In totaal waren 58 artsen betrokken in het onderzoek.

ARGUMENTEN

De rol van het kind in medische gesprekken is nog niet zo uitgebreid onderzocht. Het onderzoek naar medische communicatie richt zich voornamelijk op gesprekken tussen een arts en een volwassen patiënt. Het schaarse onderzoek naar de driehoek arts-ouder-kind gaat vooral over de communicatie tussen arts en ouder. De inbreng van het kind wordt meestal buiten beschouwing gelaten.² Er zijn echter verschillende argumenten die ervoor pleiten meer aandacht te besteden aan de stem van het kind in medische gesprekken.

Zo blijkt uit ontwikkelingspsychologisch onderzoek dat kinderen meer begrijpen van medische zaken 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.³ Ook is het in het kader van de 'gezondheidsopvoeding' belangrijk dat kinderen leren deelnemen aan medische gesprekken, om zo een (gedeelde) verantwoordelijkheid te ontwikkelen voor hun eigen gezondheid en ziekte. Een open en directe communicatie tussen arts en kind is ook wenselijk omdat betrokken en geïnformeerde kinderen de informatie beter onthouden, minder angstig zijn, zich beter aan de voorschriften houden en sneller herstellen. Ten slotte is met de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) het recht op leeftijdsgerelateerde informatie en deelname aan beslissingen op het terrein van gezondheid en ziekte ook formeel vastgelegd.

AAN HET WOORD

In het onderzoek is eerst nagegaan hoe vaak de huisarts, de ouder en het kind aan het woord zijn.⁴ Het bleek dat vooral de arts (51 procent) en de ouder (40 procent) aan het woord kwamen. De gespreksbijdrage van de kinderen bleef beperkt tot 9 procent. Slechts 13 procent van de 'spreekbeurten' van de arts was tot het kind gericht en in 5 van de 106 consulten sprak de arts het kind zelfs geen enkele keer aan. De reactiepatronen lieten zien dat vooral de ouder verantwoordelijk was voor het buitensluiten van het kind. In 52 procent van de gevallen dat de arts zich tot het kind richtte, nam de ouder de beurt over. Zoals verwacht was de gespreksbijdrage van het kind sterk afhankelijk van zijn leeftijd: hoe ouder het kind, hoe meer de arts het woord tot het kind zelf richtte. Oudere kinderen namen ook vaker het initiatief tot een actieve deelname aan het gesprek. Opvallend was dat de ouderlijke inmenging in de beurtverdeling constant was: onafhankelijk van de leeftijd van het kind stelden ouders zich vaak op als woordvoerder door voor het kind te antwoorden. Ter illustratie een voorbeeld waarin een ouder het woord probeert te doen voor haar kind:

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

GENUANCEERDER BEELD

In de wetenschappelijke literatuur wordt de relatie tussen arts en kind vaak omschreven als a *joking relationship*, waarmee wordt bedoeld op de vriendelijke arts die door grapjes te maken het kind op zijn gemak stelt. Uit de analyse van de video-opnames komt echter een genuanceerder beeld naar voren.⁵ Zo bleek de huisarts aan het begin van het consult bijna vijftig procent van de medische vragen rechtstreeks aan het kind te stellen, vooral tijdens de eerste fase van het consult. In de loop van het gesprek richtte de arts zich echter voornamelijk tot de ouder. Slechts 9 procent van de gegeven medische informatie (zoals het bespreken van de diagnose en de symptomen) was rechtstreeks aan het kind gericht. In slechts 5 procent van de gevallen betrok de arts het kind bij het medisch advies en bij het bespreken van de leefregels.

FUNDAMENTEEL VERSCHIL

Hoe is te verklaren dat artsen kinderen wel competent achten voor het beantwoorden van medische vragen, maar dat zij hen vervolgens zelden betrekken in de besluitvorming? Arts en ouder bepalen grotendeels in welke mate het kind kan participeren in de medische gesprekken.⁶ De start van het consult bleek cruciaal: kinderen waren actiever in die consulten waarin de arts vanaf het begin het kind stimuleerde om deel te nemen aan het gesprek. Kinderen namen zelf ook vaker het initiatief in die consulten waarin arts en ouder een steunende rol aannamen.

Opvallend was dat, hoewel 28 procent van de artsen zich tijdens de eerste fase van het consult actief op het kind oriënteerde, 90 procent van de artsen zich in de loop van het consult alleen nog op de ouder richtte. Het gedrag van de ouder bleek daarin een bepalende factor te zijn. Ouders onderbraken frequent de kindgerichte communicatie van de arts door vragen te stellen en door hun bezorgdheid te uiten over de toestand van hun kind. Ook stelden ouders zich vaak al vanaf het begin van het consult op als woordvoerder voor hun kind ('Ik kom voor zijn keel').

Dat arts en ouder fundamenteel lijken te verschillen in de mate waarin zij het kind betrekken in de medische gesprekken is een belangrijke bevinding. De verklaring hiervoor kwam uit een analyse van de participantenrollen in de arts-ouder-kind gesprekken.

DEELNEMERSROLLEN

Een kwalitatieve analyse van de verbale en de non-verbale communicatie maakte vervolgens duidelijk dat het verschil in gedrag tussen arts en ouder te herleiden was tot een verschil in oriëntatie op de eigen rol als deelnemer aan het gesprek.⁷ Artsen streefden in de eerste fase van het consult herhaaldelijk naar een actieve inbreng van het kind. Ouders lieten in hun gedrag zien dat zij zichzelf beschouwden als woordvoerder van hun kind. In de loop van het consult leken artsen de rol van de ouder als woordvoerder meer en meer te accepteren, ze conformeerden zich aan de door de ouder gehanteerde deelnemersrol. De kinderen gingen hier in mee door zich afwachtend en passief op te stellen.

Onduidelijkheid over de gespreksrollen in medische gesprekken heeft directe gevolgen voor de participatiemogelijkheden van het kind. De kwaliteit van het gesprek met een kind blijkt namelijk afhankelijk van de kennis die het kind heeft over de aard van het gesprek. Kinderen hebben uitleg of aanwijzingen nodig over het doel en over de regels van het gesprek om optimaal te kunnen deelnemen aan gesprekken met volwassenen.⁸

METACOMMUNICATIE

De botsende rolopvattingen tussen arts en ouder over de deelname van het kind aan het medisch gesprek kunnen de participatie van het kind dus ernstig bemoeilijken. Zogenaemde metacommunicatie is het middel bij uitstek om een gesprek in goede banen te leiden. Onder metacommunicatie wordt verstaan: praten over het gesprek of het gespreksverloop zelf, bijvoorbeeld door te laten weten wie (als eerste) het woord mag voeren.

De huisarts Jansen uit het eerder genoemde voorbeeld had bijvoorbeeld tegen de moeder van Peter kunnen zeggen: 'Ik wil eerst van Peter horen wat de klacht precies is, in zijn eigen woorden. Daarna wil ik van u weten of u daaraan iets heeft toe te voegen.' Het gesprek had dan een andere wending kunnen nemen, met een actievere rol voor Peter.

Een arts kan ook een van de volgende zinnen gebruiken om helderheid te geven over het kader van het gesprek. Het zijn eveneens voorbeelden van metacommunicatie:

'Ik wil eerst graag van jou horen hoe het gaat, daarna vraag ik hetzelfde aan jouw moeder.'

'Floris, wil jij het zelf vertellen of doet jouw 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 jouw vader geeft antwoord!'

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

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

De verzuchting 'Laat mama nou eens uitpraten' is overigens ook een voorbeeld van metacommunicatie, maar het moge duidelijk zijn dat een dergelijke zin nauwelijks ruimte overlaat voor een eigen inbreng door het kind.

ZELF FORMULEREN

Voor het verbeteren van de communicatie tussen arts, ouder en kind is het ten slotte ook belangrijk om een goed beeld te krijgen van de verwachtingen, ervaringen en voorkeuren van zieke kinderen zelf. Recent onderzoek laat zien dat kinderen en jongeren heel goed in staat zijn om hun visie op de zorg te formuleren. Ze kunnen ook actief betrokken worden in onderzoek dat hun gezondheid en ziekte betreft.⁹⁻¹¹ De communicatiemiddelen die goed aansluiten bij de leefwereld van kinderen en jongeren, zoals MSN en *online* groepsgesprekken, bieden onderzoekers nieuwe mogelijkheden.

SAMENWERKING

In medische gesprekken met kinderen staan artsen voor de complexe taak aandacht te besteden aan de informatiebehoefte, emoties en verwachtingen van het zieke kind en die van zijn ouders. Enerzijds is het wenselijk kinderen zoveel mogelijk te betrekken bij het medisch consult, anderzijds moeten ouders hun eigen visie en hun eventuele zorgen over de gezondheidstoestand van hun kind kenbaar kunnen maken. Een optimale samenwerking tussen arts en ouder maakt het mogelijk het zieke kind een eigen stem te geven in het medisch consult. Het gebruik van metacommunicatie over de wenselijke deelnemersrollen kan helpen om de drie partijen in deze bijzondere driehoek tot hun recht te laten komen.

KIEK TATES

is senior onderzoeker bij het NIVEL en is projectleider op een project van de KWF Kankerbestrijding over informatieoverdracht en over besluitvorming binnen de kinderoncologie. Voor meer informatie is zij bereikbaar op het e-mailadres k.tates@nivel.nl.

TIPS VOOR EEN BETERE COMMUNICATIE

Aanbevelingen voor de arts:

- Spreek het kind aan bij de voornaam;
- Nodig eerst het kind uit om de klacht te verwoorden;
- Ga niet klakkeloos mee in het woordvoerschap van de ouder;
- Check de informatiebehoefte van het kind;
- Bespreek ook de diagnose en het medisch advies met het kind;
- Gebruik metacommunicatie om de gespreksrollen te verduidelijken.

Valkuilen van de ouder:

- Te snel voor het kind antwoorden;
- Het kind geen ruimte geven om te reageren op de arts;
- In de derde persoon over het kind spreken ('Hij is weer zo benauwd');
- Geen oog hebben voor de eigen agenda van het kind;
- De verwachtingen over het gesprek niet kenbaar maken.

LITERATUUR

- 1 Tate, K. Doctor-parent-child communication: a multi-perspective analysis. Utrecht, NIVEL, 2001.
- 2 Tate, K., Meeuwesen, L., Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine* 52, 2001, pagina's 839-851.
- 3 Chistensen, P., James, A., (Eds.), *Research with children. Perspectives and practices*, London, Falmer Press, 2000.
- 4 Tate, K., Meeuwesen, L., 'Let mum have her say'. *Turntaking in doctor-parent-child communication. Patient Education and Counseling* 40, 2000: 151-162.
- 5 Tate, K., Meeuwesen, L., Elbers, E., Bensing, J.M. Joking or decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-parent-child communication. *Psychology & Health* 17, 2002, pagina's 281-295.
- 6 Tate, K., Elbers, E.P.J.M., Meeuwesen, L., Bensing, J.M. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling* 48, 2002, pagina's 5-14.
- 7 Tate, K., Meeuwesen, L., Elbers, E.P.J.M., Bensing, J.M. 'I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child Care Health and Development* 28, 2002, pagina's 109-116.
- 8 Delfos, M.F. *Luister je wel naar mij? Gespreksvoering met kinderen tussen vier en twaalf jaar*. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2000.
- 9 Snel, M.C. *Dokter, dit vind ik! Verbeterpunten voor een megacool ziekenhuis*. *Tijdschrift Kind en Ziekenhuis*, januari 2006, pagina's 18-22.
- 10 Van Staa, A.L. *Transitie in zorg. Voor jongeren erg wennen*. *Tijdschrift Kind en Ziekenhuis* januari 2006, pagina's 4-10.
- 11 Dedding, C., Reis, R., Ramaker, K., Wolf, B. 'We zijn een dokter voor ons zelf'. *Kinderen aan het woord over hun diabetes*. *Medisch Contact* 59, 2004, pagina's 31-34.