

Dr. A.M. van Dulmen

In de spreekkamer van de kinderarts

COMMUNICEREN MET OUDER ÉN KIND

Veel kinderartsen hebben de neiging meer naar de ouder dan naar het kind te luisteren. Op die manier kan hun veel informatie ontgaan. In de opleiding is er vrijwel geen aandacht voor 'communicatie'. Dat gaat binnenkort veranderen.

Een bezoek aan de kinderarts is een spannende gebeurtenis zowel voor de ouder als voor het kind. Het is belangrijk dat de kinderarts met dat gegeven goed weet om te gaan. Dat is niet altijd even gemakkelijk. Anders dan bij andere specialismen het geval is, gaat het in de spreekkamer van de kinderarts om drie (soms vier) personen: de kinderarts, het kind en de ouder(s). De kinderarts heeft de taak zowel de problemen en het gedrag van de ouder als die van het kind te bespreken en te beïnvloeden. De praktijk wijst echter uit dat zijn aandacht voornamelijk uitgaat naar de ouder.¹

De manier waarop de kinderarts met ouder én kind praat, kan belangrijke consequenties hebben voor het beloop van de ziekte. Zo blijken de klachten van astmapatiëntjes aanzienlijk af te nemen wanneer zij actief betrokken worden bij de behandeling.²

Een kind kan waarschijnlijk meer begrijpen dan tot nu toe werd gedacht. Recent onderzoek toont aan dat kinderen de laatste jaren in gesprekken met een huisarts meer

ruimte en initiatief nemen en dat de arts zich minder vaak uitsluitend tot de ouder richt.³ Hoe gesprekken bij de kinderarts verlopen, is niet bekend. Wel is bekend dat een goede communicatie bevorderlijk is voor het beloop van de klachten en invloed heeft op de mate waarin ouders en kinderen adviezen opvolgen en tevreden zijn over het bezoek aan de kinderarts. Daarom is het belangrijk ook inzicht te krijgen in de manier waarop er in de spreekkamer van de kinderarts gecommuniceerd wordt.

Essentieel voor de communicatie is dat het kind serieus genomen wordt, dat niet alleen *over* maar ook *met* het kind gepraat wordt en dat het hele gezin in het consult betrokken wordt. De houding van kind en ouders tijdens het consult is immers een afspiegeling van de wijze waarop thuis met het kind en diens ziekte wordt omgegaan. Dit is nog belangrijker bij chronische aandoeningen omdat deze veel geduld en aanpassing van het gezin vergen. Bij kinderen komt een grote variëteit aan chronische aandoeningen voor zoals astma, hartafwijkingen, epilepsie en diabetes. Als gevolg hiervan moet een kinderarts breed georiënteerd zijn.

Ook moet een kinderarts kunnen omgaan met de emotionele gevolgen die de ziekte voor kind en ouders met zich meebrengen. Daarbij kan worden gedacht aan schuldgevoelens, het aanvaarden van een andere toekomst voor je kind en het afhankelijk zijn van hulpverleners. Bovendien moet een kinderarts er alert op zijn dat ouders het kind niet

te veel beschermen en tegelijkertijd zelf overbelast en uitgeput raken, dat broertjes of zusjes niet buiten de boot vallen, dat het gezin niet geïsoleerd raakt. Een kinderarts krijgt daarnaast veel te maken met ontwikkelings- en gedragsproblemen. Dit zijn allemaal aspecten die een goed contact en een open communicatie noodzakelijk maken en die vragen om brede deskundigheid op zowel medisch als psychosociaal gebied.

Training en onderzoek

In de opleiding tot kinderarts ligt de nadruk op het verwerven van medische kennis en vaardigheden. Weliswaar krijgen artsen in opleiding veel mee van wat er in de spreekkamer gebeurt doordat zij een tijdlang met een ervaren kinderarts 'meelopen', onderwijs in het omgaan met patiënten en ouders vormt nog altijd geen vast onderdeel van de opleiding. Dit was voor het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) aanleiding een studie te doen naar de manier waarop in de spreekkamer van de kinderarts gecommuniceerd wordt. Tegelijk werd onderzocht wat er zo nodig door middel van een speciale training aan de communicatie veranderd zou kunnen worden.

Ten behoeve van het onderzoek hebben 21 kinderartsen, met toestemming van de ouders, in totaal ongeveer 850 poliklinische consulten op video opgenomen. Uit de video-opnames zijn zogenoemde 'leerpunten' afgeleid waaraan in een vijfdaagse training werd gewerkt. Zo sloot de training optimaal aan bij de praktijk en ieders eigen manier van werken. Het effect van de training werd onderzocht door gesprekken van de kinderarts met kinderen en ouders voor en na de training met elkaar te vergelijken.

In dit artikel wordt ingegaan op de leerpunten waaraan in de training is gewerkt. Zij worden geïllustreerd aan de hand van fragmenten uit de gesprekken die op video zijn vastgelegd. In de gespreksfragmenten zijn opvallende uitspraken van kinderarts (A), kind (K) en ouder (O) cursief gedrukt.

Informatie geven en vragen.

Voor een open en effectieve manier van communiceren is het van belang om duidelijke informatie te geven. Dit betekent dat informatie niet in eens maar stukje bij beetje wordt gegeven, dat belangrijke informatie meerdere malen herhaald wordt en wordt afgestemd op wat de patiënt en de ouders kunnen begrijpen. Het betekent ook dat het kind en de ouders de kans krijgen om op de informatie te reageren. Alleen dan kan een arts ervan uitgaan dat de informatie goed is overgekomen en dat het begrepen wordt. Wanneer dit niet gebeurt, bestaat de kans dat onduidelijke informatie tot onnodige ongerustheid leidt of tot het verkeerd uitvoeren van de gegeven adviezen, zeker wanneer ouders zelf niet snel geneigd zijn vragen te stellen.

1. Baby met groeiachterstand.

A: Er zit een beetje vocht achter z'n oortje, maar voor de rest ziet het er wel rustig uit.

O: Ja? Wat houdt dat in?

De informatie 'er zit vocht achter z'n oortje' zou duidelijker geweest zijn wanneer eveneens de betekenis ervan zou zijn vermeld. Het kiezen van de juiste woorden kan onnodige ongerustheid voorblijven. Aan de andere kant kan daarmee ook worden voorkomen dat ernstige situaties gebagatelliseerd worden, zoals in de volgende twee fragmenten.

2. Bedplassen bij een meisje van 8.

A: (tegen kind) Zo, vertel eens, ik heb het briefje van de huisarts gelezen, jij hebt een klein probleempje.

3. Ernstig zieke baby die geen voeding binnenhoudt.

A: Ze gaat natuurlijk toch een beetje uitdrogen, dat is niet praktisch, dat is niet goed voor haar.

Het gesprek zal eveneens effectiever verlopen als ouder en kind de mogelijkheid wordt aangereikt om zelf hun verhaal te doen door hen open vragen te stellen en vervolgens in te gaan op de zorgen van de

ouder. Gesloten vragen (ja/nee) leveren veelal weinig nieuws op, zoals uit het volgende fragment blijkt.

4. Meisje van 11 met hoofdpijn.

A: Vertel 'ns, hoe gaat het?

K: 't Zelfde.

A: 't Zelfde. Je bent al met fysiotherapie begonnen?

K: Ja.

A: En die oefeningen doen, dat gaat goed?

K: Ja.

A: Merk je dat je daar wel wat verlichting bij hebt?

K: Ja.

Ook suggestieve vragen geven weinig ruimte voor eigen inbreng en sturen de patiënt bovendien onbedoeld een bepaalde richting op.

5. Meisje van 11 met allergie.

A: Vind je het vervelend om medicijnen te gebruiken?

A: Ben je bang om te stoppen?

Aandacht voor de beleving en zorgen van de ouders.

Adviezen van de arts zullen eerder worden opgevolgd wanneer zij worden ingebed in de eigen opvattingen van de ouders en er rekening wordt gehouden met mogelijkheden en beperkingen in het gezin. Aandacht voor de betekenis van de klachten voor de ouders is hiervoor de eerste stap.

6. Baby met allergie.

A: Is dat spugen een probleem voor u?

O: Nou ja, het is wel vervelend ja. We hadden een mooi truitje aan toen we hier heen gingen en dat is nu helemaal vies geworden.

7. Meisje van 8 met diabetes. Meisje heeft een aantal hypo's achter elkaar gehad.

A: Vond u het moeilijk om daarmee om te gaan?

O: Nee hoor, ik vond het heel rustig.

Ouders geven vaak signalen af die wijzen op ongerustheid. Door hierop in te gaan kan de kinderarts hen effectiever geruststellen. In het vol-

gende fragment blijft de moeder haar angst herhalen zonder dat de arts daar iets mee doet. Zijn enige reactie was het steeds opnieuw verstrekken van medische informatie. Onbekend blijft waarom de moeder zo was geschrokken, waar zij bang voor was en welke angstige gedachten zij van de arts moet proberen te mijden.

8. Jongen van 4 met pseudokroep.

O: Dat vond ik wel zo verschrikkelijk, ik schrok me dood.

O: Ik vond het gewoon een heel raar iets, met ademhalen.

O: Daar schrok ik echt van.

O: Het was zo erg.

A: Dat zegt niks hoor.

A: U moet proberen daar niet allerlei angstige dingen aan over te houden.

Dit consult zou misschien korter zijn geweest als de arts aandacht had besteed aan de gevoelens van de ouder. Dan had de ouder haar angsten niet steeds hoeven te herhalen. Artsen blijken in het algemeen veel van wat de ouder aangeeft, te laten liggen. Ook wat in het gedrag tussen ouder-kind en ouder-ouder bijzonder is, wordt vaak genegeerd.

De omgang met het kind en de ziekte

Het is belangrijk te weten hoe het gezin omgaat met de aandoening en welke invloed het heeft op de andere gezinsleden en op de relatie tussen de ouders. Aansluiten bij wat de ouders bezighoudt, is daarvoor de eerste stap. De volgende fragmenten geven een goed voorbeeld van hoe dat kan.

9. Baby met allergie.

A (leest verwijsbrief van de huisarts voor): Snotterig, verkouden, hocs-ten, dauwworm, eczeem, allergie aan vaderskant. Huisarts vraagt beoordeling van deze mogelijk allergische voedselintolerantie en eventuele voedingsadviezen. Pff...(lacht). Is dat ook uw vraag?

O: Ja, absoluut (lacht).

10. Jongen van 4 met plasproblemen.

A (na verwijsbrief gelezen te hebben): Hij heeft me een briefje geschreven. Ik kan me wel een beetje voorstellen wat hij bedoelt maar ik wil graag uit uw eigen mond horen wat er precies aan de hand is met Mark.

Omdat de ouders tenslotte voor het kind moeten zorgen, is het belangrijk duidelijk te maken dat zij de verantwoordelijkheid hebben.

11. *Baby met allergie.*

O: (baby spuugt) Dat gaat dus ook de hele dag zo.

A: Ja, ik kan... één advies heb ik daarbij: één van de twee kwakjes maar opruimen.

O: (lacht)

A: Maar ik zal u zeggen waarom. Want hij weet zeker als hij zo doet, dan komt moeder er weer aan. Probeer dat te dempen.

O: Om het op te ruimen?

A: Ja

O: Is het een aandacht vragen?

12. *Baby met eiwitallergie.*

A: Als u zegt van 'nou, ik vind het nog beter klinken' stopt u die avond-dosis gewoon.

O: Ja.

A: En denkt u van 'oh, hij wordt weer wat verkouden, ik hoor hem weer wat reutelen', dan mag u rustig weer een paar dagen drie keer per dag beginnen.

O: Ja.

A: En dat langzaam weer afbouwen.

Vaak willen ouders alleen maar weten of zij het goed doen. Hun zelfvertrouwen wat betreft de vaardigheid in het omgaan met kinderen wordt daarmee vergroot.

13. *Baby die geen voeding binnenhoudt.*

A: Het punt is: het is uw dochter en u moet het doen en ze (een zus van de moeder) kan vlak bij u wonen, maar u moet daar zelf ook achterstaan.

O: Ja, nou, ik sta er ook wel achter hoor, ik vroeg me alleen af dan, wat doe ik het beste voor haar.

14. *Baby met allergie.*

A: Er kan wat aan onderzocht worden, belangrijk onderzoek doet u al thuis.

O: Ja, voeding.

A: Kleding, roken, voeding, dat hebt u in wezen thuis al gedaan.

Betrekken van het kind in het consult.

Een goede manier om een kind bij het gesprek te betrekken en op zijn gemak te stellen, is door aandacht te besteden aan diens leefwereld. Dit moet dan natuurlijk wel correct gebeuren en niet zoals in het volgende fragment.

15. *Jongen van 14 met cara.*

A: Hoe gaat het op scouting?

K: Ik zit niet op scouting.

A: Nee?

K: Nee.

Ook is het van belang de woordkeus aan te passen aan de leeftijd van het kind.

16. *Jongen van 5 met cara.*

K (wijzend op foto waarop caramedicatie staat afgebeeld): Is dat ventolin?

A: Nee, dat is becotide, dat is de voorganger van die (kind loopt weer weg).

Verder is het belangrijk het kind te stimuleren om zelf zijn verhaal te doen en ook de ouders te vragen om het kind zelf te laten vertellen. De volgende twee fragmenten laten zien hoe de arts het kind ruimte wil geven zijn eigen verhaal te doen, maar verderop in het gesprek op een niet zo vriendelijke manier laat blijken dat de tijd het ook niet toelaat te veel aandacht aan het kind te besteden.

17a. *Meisje van 8 dat komt wegens bedplassen.*

A: Zo, vertel eens. Ik heb het briefje van de huisarts gelezen, jij hebt een klein probleempje, wil je het zelf vertellen?

K: (lacht)

O: Nou, zij in principe niet zo, ik meer (lacht).

A: Vind je het zelf niet vervelend?

K: Nee.

Een kind kan waarschijnlijk meer begrijpen dan tot nu toe werd gedacht.

A: Of moet ik het *maar* aan mama vragen?

17b.

A: Als je niks zegt, zitten we hier om vijf uur nog.

Ouders maken zich soms meer zorgen dan het kind (zie fragment 17a). Het kan dan van belang zijn deze discrepanties bespreekbaar te maken, net zoals wanneer ouders onderling van mening verschillen over de omgang met hun kind.

Het lastigst

De communicatie in de spreekkamer van de kinderarts lijkt op een aantal punten sterk op die in de spreekkamers van andere specialisten. De belangrijkste verschillen zijn het gevolg van het gegeven dat de kinderarts gelijktijdig moet communiceren met een kind en een volwassene. De elementen die daarmee verband houden, zijn in dit artikel besproken. Uit de evaluatie van de inmiddels afgeronde communicatietraining kwam naar voren dat de deelnemende kinderartsen juist deze elementen als het lastigst ervaren. Met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NKV) is afgesproken dat de leerpunten een plaats krijgen binnen de opleiding tot kinderarts.

Mevrouw dr. A.M. van Dulmen is verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) in Utrecht.

1. Dulmen, A.M. van. Children's contribution to pediatric outpatient consultations, 1997 (ingediend).

2. Colland, V.T. Coping with asthma: Intervention methods for children and parents. Amsterdam: proefschrift, 1990.

3. Meeuwesen, L., M. Kaptein. Changing interactions in doctor-parent-child communication. *Psychol & Hlth* 1996; 11: 787-795.