Onderliggende drijfveer tot het voorschrijven van antibiotica bij kinderen in de huisartsenpraktijk, een kwalitatief onderzoek.

Laurence Viaene, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Ann De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Marieke Lemiengre, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Johan Soens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Voorwoord 4

Abstract 5

1. Inleiding 6

1.1. Huidig voorschrijfgedrag bij Vlaamse Huisartsen 6

1.2. Beslissingsfactoren 7

1.3. Beslishulp 7

1.4. Doel van dit kwalitatief onderzoek 8

2. Methode 9

2.1. Goedkeuring Ethische Commissie 9

2.2. Methode van het literatuuronderzoek 9

2.3. Methode van het kwalitatieve onderzoek 10

3. Resultaten 11

3.1. Profiel van de deelnemers 11

3.2. Analyse van de resultaten 11

3.2.1. Eerste indruk 11

3.2.2. Inschatting ernst van de aandoening 12

3.2.3. De patiënt 17

3.2.4. De ouders 19

3.2.5. De Huisarts 22

3.2.6. Suggesties 24

4. Discussie 25

4.1. Samenvatting van de resultaten 25

4.2. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek 26

4.3. Toetsing met de huidige literatuur 27

5. Conclusie 28

6. Persoonlijke reflectie 29

7. Referenties 30

8. Bijlagen 32

Aanvraag ethische commissie 32

Goedkeuring ethische commissie 39

Toestemmingsformulier 43

Vragenlijst Semigestructureerde Interviews 44

Profiel van de deelnemende artsen 45

Codeboom 46

Voorwoord

Na het plaatsen van de laatste puntjes op de 'i' bij deze masterproef, komt het besef dat het einde van de opleiding tot huisarts in zicht is. Het was een lange weg die moest worden afgelegd en ik had graag nog even de tijd genomen om een aantal mensen te bedanken waardoor mijn droom om huisarts te worden werkelijkheid kon worden. Want ik hou van mijn job en hoop deze nog vele jaren te kunnen uitvoeren.

Er werd een lange weg afgelegd en daarom zou ik graag een aantal mensen door wie mijn droom om huisarts te worden, werkelijkheid kon worden.

Mijn co-promotor Dr. Marieke Lemiengre wil ik van harte bedanken omdat zij mijn rots in de branding was bij het schrijven van deze masterproef. Zij was de drijvende kracht bij de ontwikkeling van het protocol. Bij haar kon ik terecht voor overleg of met problemen. Mijn vragen werden steeds de glimlach beantwoord. Bij het afnemen van de interviews stuurde ze mij bij waar nodig en gaf ze advies over een goede aanpak. Bij het uitschrijven van deze thesis kon ik altijd op haar snelle respons rekenen.

Vervolgens wil ik graag prof. Dr. Ann De Sutter bedanken omdat zij mij de mogelijkheid een masterproef over het acuut zieke kind te schrijven, één van mijn grootste interessegebieden.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de bereidwillige medewerking van de huisartsen die ik mocht interviewen. Ik heb veel bijgeleerd van hun kennis en ervaring en genoten van de gezellige babbel erna. Daarom wil ik ook hen bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Ik had nog mijn praktijkopleider Dr. Johan Soens willen bedanken om mij de kans te geven om stage lopen als huisarts-in-opleiding in zijn praktijk. Ik heb in deze twee jaar mogen veel bijleren en ik kon altijd terecht bij hem met vragen of problemen.

Geneeskunde studeren was geen gemakkelijke opgave en een werk van lange adem. Daarom wil ik zeker mijn mama en vriend Tim bedanken voor de schouder waarop ik steeds mocht leunen in moeilijke tijden. Ik hou van deze job en hoop deze nog vele jaren te kunnen uitvoeren. Ik kon bij jullie terecht voor het nalezen en corrigeren van mijn thesis of voor technische problemen met de computer. Maar ook na een lange of zware werkdag kon ik altijd op jullie rekenen.

Ten slotte nog een welgemeende bedanking aan alle vrienden en familie die mij doorheen de jaren hebben gesteund en aangemoedigd. Ik kon altijd bij jullie terecht voor een luisterend oor en advies bij problemen.

Dankjewel!

Abstract

Achtergrond: Dagelijks komt de Vlaamse huisarts in contact met acuut zieke kinderen. Telkens moet een inschatting gemaakt worden van de impact van de aandoening op het kind. Daarbij rijst de vraag of antimicrobiële therapie noodzakelijk is.

Uit recente cijfers van het RIZIV blijkt dat er nog steeds te veel antibiotica worden voorgeschreven aan kinderen in de ambulante setting. Het is bekend dat artsen in Vlaanderen verschillende factoren in overweging nemen bij hun klinisch redeneren. Er werden inmiddels een heel aantal verschillende interventies uitgewerkt om het voorschrijfgedrag van de huisarts te ondersteunen.

Onderzoeksvraag: In dit kwalitatief onderzoek werd nagegaan wat de onderliggende drijfveer is bij het voorschrijven van antibiotica aan kinderen in de Vlaamse huisartsenpraktijk.

Methode: Aan 13 Vlaamse huisartsen werd gevraagd drie recente casussen te bespreken in de vorm van een semigestructureerd interview. Hierbij werd gezocht naar welke factoren zij in overweging nemen bij hun beslissing over het al dan niet voorschrijven van antibiotica aan acuut zieke kinderen. Vervolgens werden de resultaten op kwalitatieve wijze geanalyseerd.

Resultaten: Het beslissingsproces over het al of niet voorschrijven van antibiotica blijft een complex gegeven waarbij een heel aantal factoren een rol kunnen spelen. De ondervraagde artsen in dit onderzoek gaven aan dat naast de klassieke factoren, zoals klinische tekens, de ernst van de aandoening of een niet-pluisgevoel, ook heel wat niet-klinisch factoren hun keuze beïnvloeden. Niet-klinische factoren werden nader omschreven als de ongerustheid en inschatting van de ouders, het tijdstip van consultatie, een onzekere diagnose, angst van de arts om iets te missen, een eerst indruk van het zieke kind, vermoeidheid en tijdsdruk bij de arts.

Conclusie: Het voorschrijven van antibiotica bij een acuut ziek kind door de Vlaamse huisarts wordt gedreven door een samenspel van klinische en niet-klinische factoren. Daarbij is elke situatie uniek. Bij nieuwe interventies die proberen het irrationeel voorschrijfgedrag aan te pakken, zal dienen rekening te houden met al deze factoren.

1. Inleiding

Op het moment dat de huisarts een ziek kind in de wachtzaal ziet, start de inschatting van de ernst van de ziekte. De arts voert een anamnese en klinisch onderzoek uit, eventueel aangevuld met technische onderzoeken. Hierbij worden heel wat factoren in overweging genomen die ertoe zullen leiden of de arts wel of niet een voorschrift voor antibiotica zal afleveren.

1.1. Huidig voorschrijfgedrag bij Vlaamse Huisartsen

Er worden nog steeds heel wat antibiotica voorgeschreven bij acuut zieke kinderen door de Vlaamse huisartsen. Het RIZIV houdt het aantal terugbetaalde verpakkingen dat werd afgeleverd door apothekers aan kinderen van 0 tot 15 jaar bij in de databank Farmanet. Uit deze cijfers uit 2014, blijkt dat 41% van de kinderen in België een antibioticum voorgeschreven kreeg in de ambulante zorg, hetzij systemisch, hetzij oftalmologisch.(1)

Het grootste aandeel antibiotica voorgeschreven in de ambulante zorg, blijken nog steeds voor acute otitis media en niet-gecompliceerde luchtweginfecties te zijn (2)(3), wat niet strookt met onze huidige richtlijnen van de BAPCOC en het NHG (2)(4) Bovendien kiezen heel wat artsen frequent voor een ander antibioticum dan het eerste keus product dat in deze richtlijnen wordt voorgesteld.(2)

Antibiotica hebben potentieel nevenwerkingen en zelfs schadelijke effecten. Van alle medicatie die in de ambulante setting aan kinderen wordt voorgeschreven, veroorzaken antibiotica de meeste nadelige effecten. Huidreacties en gastro-intestinale klachten worden het vaakst gerapporteerd. (5)

Uit een grootschalig Australisch onderzoek van Coxeter et al., waarbij ouders telefonisch ondervraagd werden over hun verwachtingen van antibioticagebruik in de ambulante zorg, bleek dat 78% van de ouders zich bewust was van de mogelijke nadelige gevolgen zoals verzwakking van het immuunsysteem, allergische reacties, maag- en darmklachten, huiduitslag, tandglazuurbeschadiging en een verhoogd risico op schimmelinfecties. Ongeveer de helft van de ouders was op de hoogte van het risico op resistentie tegen de huidige antibiotica. (6)

1.2. Beslissingsfactoren

Ten eerste spelen een aantal klinische factoren een rol in het denkproces van de huisarts bij het al of niet voorschrijven van antibiotica voor een acuut ziek kind. Een recente analyse toont aan dat dit vooral samenhangt met de aard van de diagnose die door de arts wordt gesteld. Zo blijkt de diagnose van tonsillitis of keelontsteking, acute otitis media, lage luchtweginfectie of blaasontsteking sterk gecorreleerd te zijn met het voorschrijven van antibiotica. Artsen vermelden dat zij zich dan vooral baseren op klinische tekens zoals een afwijkende auscultatie, een abnormale otoscopie of een rode keel met opgezette tonsillen.(7) Bij een kind met koorts, blijken de ongerustheid van de ouders, een zieke indruk van het kind door de arts, een veranderd slaappatroon door oorpijn, een verminderde urineproductie en een rode keel met of zonder opgezette tonsillen geassocieerd te zijn met het voorschrijven van antibiotica in de huisartsensetting. (8)

Ten tweede blijken ook heel wat niet-klinische factoren mee te spelen in dit denkproces. Factoren zoals onzekerheid van de arts omtrent de diagnose of behandeling, de expliciete vraag van de patiënt, een hoge werkdruk en vermoeidheid bij de arts, karaktereigenschappen van de arts en het feit dat patiënten artsen vrij kunnen consulteren, worden hierbij geïdentificeerd. Het meest bepalend is echter de relatie tussen arts en patiënt. Bij een goede arts-patiënt relatie voelt de arts zich sterker om in te gaan tegen de expliciete vraag van de patiënt naar antibiotica.(9)

1.3. Beslishulp

Heel wat richtlijnen werden al opgesteld om artsen te begeleiden in hun klinisch redeneren. Zo adviseert de NICE-guideline bij een kind met koorts het gebruik van een ‘verkeerslichten’systeem. Daarbij wordt het kind volgens de ernst van de klinische symptomen in een risicocategorie (rood/hoog-oranje/intermediair-groen/laag risico) ingedeeld. De criteria als kleur van de huid of lippen, de activiteitsgraad van het kind, respiratoire tekens zoals tachypnee en neusvleugelen, circulatie en hydratatietoestand en andere, gedefinieerd als rode vlaggen zijn hierin bepalend. Het advies aan de huisarts is om bij een jong kind met koorts, met een oranje categorie, bij een niet gekende focus ofwel het kind te gaan verwijzen ofwel de ouders te voorzien van een ‘safety-net’. Dit houdt in dat mondeling of schriftelijk alarmsignalen meegeven worden en afspreekt waar en dat een controleraadpleging vastgelegd wordt. Met deze afwachtende houding wordt geprobeerd het gebruik van antibiotica uit te stellen.(10)

Bij een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews bij Vlaamse huisartsen ging men het gebruik van het ‘safety-netting’ na. Hierbij kwam men tot de conclusie dat reeds heel wat huisartsen alarmsymptomen en vervolgafspraken meegaven bij een acuut ziek kind met koorts. Hierbij gaven ze vooral aan dat een zieke indruk van het kind, braken, een verminderde eetlust of vochtinname, een niet-pluisgevoel van de ouders of tekens van dehydratatie erg belangrijk waren in hun advies omtrent alarmsignalen.(11)

Een systematische review van Talley et al. toont aan dat interventies tijdens de consultatie die zowel de ouders als de arts ondersteunen in hun beslissing bij een luchtweginfectie, het meest effectief in het reduceren van antibioticagebruik. Hierbij blijken posters en informatieve brochures bestemd voor de ouders, veel minder efficiënt te zijn. (12)

In de ERNIE 2-studie werd onderzocht wat de diagnostische waarde van de beslisboom die door Van Bruel et al. werd opgesteld (13). De beslisboom bestaat uit het niet-pluisgevoel, dyspnee, temperatuursverhoging boven de 40° en diarree bij kinderen tussen 1 en 2,5 jaar oud. Het zou de huisarts enige houvast bieden in het onderscheiden van ernstige infecties zoals een sepsis, een gastro-enteritis met dehydratatie, een longontsteking, een opstijgende urineweginfectie, een meningitis, een osteomyelitis en een cellulitis bij een ziek kind met koorts. Met een prevalentie van deze infecties van 0,3% tijdens het onderzoek van Verbakel et al, zou het bij huisartsen een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 77,7% bieden. (14) De ERNIE 2-studie heeft daarnaast ook onderzocht wat de toegevoegde waarde is van een point-of-care CRP-test bij een ziek kind met koorts vanaf 40° gekoppeld aan deze beslisboom. Omdat het CRP eenvoudig en minimaal invasief bepaald kan worden, blijkt deze test zeer geschikt voor de pediatrische huisartsgeneeskunde. Het kan de arts ondersteunen in het klinisch redeneren omdat de resultaten direct beschikbaar zijn. Aan de ouders werd een folder meegegeven over het herkennen van alarmsymptomen, het systematisch behandelen van tekens zoals koorts of pijn en over de indicaties voor een controle-afspraak. Aangezien heel wat infecties zelflimiterend zijn en geen indicatie vormen voor antibiotica, is het ook interessant te weten wat ouders verwachten van deze geneesmiddelen. Het is belangrijk om een goed beeld te krijgen van de Ideas, Concerns en Expectations(ICE) van de patiënt of de ouder. Uit een onderzoek van Halls et al. blijken de voornaamste verwachtingen van ouders met een ziek kind symptoomverlichting, geruststelling en advies.(15) Een onderzoek van Matthys et al toont dat het goed bevragen van de verwachtingen het voorschrijven van medicatie, waaronder antibiotica voor respiratoire infecties, doet dalen.(16)

Dit staat echter lijnrecht tegenover het feit dat de meeste ouders in de studie van Halls et al. Zij stellen vast dat de meeste ouders nog steeds veronderstellen dat antibiotica de duur van de ziekte inkorten, het risico op complicaties wegnemen en de symptomen verminderen. Hieruit blijkt dat heel wat ouders nog onvoldoende kennis hebben over de therapeutische mogelijkheden en nevenwerkingen van antibiotica.(15)

1.4. Doel van dit kwalitatief onderzoek

Ongeveer een derde van de acuut zieke kinderen die langsgaan bij de huisarts, wandelt buiten met een voorschrift voor antibiotica.(17) Ondanks alle bovenstaande interventies blijft de Vlaamse huisarts te veel antibiotica voorschrijven aan kinderen. Om een beter beeld te krijgen van wat er zich werkelijk afspeelt in het hoofd van de huisarts tijdens de beleidsvorming bij zieke kinderen, werden semigestructureerde interviews afgenomen. Iedere patiënt is anders en telkens wordt een individuele afweging gemaakt. Er is nood aan verder onderzoek om de onderliggende denkprocessen te ontrafelen. Wat is de drijfveer om antibiotica bij acuut zieke kinderen voor te schrijven?

2. Methode

2.1. Goedkeuring Ethische Commissie

Dit onderzoek werd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent goedgekeurd met het Belgisch Registratienummer B670201732006 op 14 juni 2017. (zie bijlage)

2.2. Methode van het literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek van deze studie werd met een oriënterende zoektocht naar relevante wetenschappelijke artikels in de Medline en Embase databank. Aan de hand van volgende MeSH-termen werd in Pubmed gezocht: “physician prescribing pattern” en/of ”children”of “infant” en/of ”antibiotics”, of “antibacterial agents” en/of “primary care” of “ambulatory care”of “family practice”. Er werd vooral gezocht naar de niet-klinische redenen van artsen om antibiotica voorschrijven te aan kinderen in de eerste lijn. Aan de hand van deze zoektermen konden weinig relevante artikels worden weerhouden. Vervolgens werd gezocht op de MeSH termen “non-clinical” of “non-pharmacological” en/of “antibiotics” en/of “children” en/of “general practice”. Er werd gezocht naar reeds bekende denkpatronen, zowel klinische als niet-klinische factoren, waarom artsen antibiotica voorschrijven aan jonge kinderen, zodat een goede vragenlijst voor de semigestructureerde interviews. Hiervoor werden achttal artikels weerhouden.(1)(7) (8) (10) (13) (11) (15) (4)

Voor de inleidende literatuurstudie werd ook gekeken naar de bestaande NICE guideline “Kind met koorts” en “Bovenste luchtweginfectie – voorschrijven van antibiotica”.(10) (18) Ook de recente Consensusvergadering van het RIZIV omtrent het rationeel gebruik van antibiotica bij het kind in de ambulante zorg werd erbij gehaald.(1)

Er werd gezocht naar reeds bestaande interventies die pogen het voorschrijfgedrag van antibiotica te beïnvloeden, via de MeSH- zoektermen “infection” en/of “child” en/of “antibiotics” en/of “decision tree” of “safety netting”, op deze manier werd heel wat meer informatie bekomen, waaronder de ERNIE 2-studie. In de ERNIE 2-studie (13) werd gezocht naar de beslishulpen bij het voorschrijven van antibiotica aan jonge kinderen met een infectie. Deze studie blijkt heel relevant voor dit kwalitatief onderzoek.

2.3. Methode van het kwalitatieve onderzoek

Na een literatuuronderzoek en uitgebreid overleg werd ervoor gekozen om aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst de deelnemende huisartsen te gaan bevragen. De studie is een samenwerking tussen twee onderzoekers, waarbij één persoon zich toelegt op het voorschrijfgedrag bij kinderen en de andere op het voorschrijven van antibiotica bij volwassen. Om inzicht te krijgen in de redenering van de arts, kozen de onderzoekers bij elk interview drie recente casussen uit waarbij de geïnterviewde arts had moeten afwegen al dan niet antibiotica voor te schrijven. De vragenlijst diende als leidraad bij elk interview, met telkens nog ruimte voor eigen toevoegingen. Het interview werd telkens opgenomen met een spraakrecorder. Dit proces werd herhaald tot het bereiken van een saturatie.

De rekrutering van de deelnemers verliep voor beide onderzoekers afzonderlijk. Door rondvraag werden artsen gerekruteerd om deel te nemen aan het onderzoek omtrent het voorschrijven van antibiotica bij jonge kinderen. Het was noodzakelijk dat de desbetreffende arts recent kinderen op consultatie had gezien. Huisartsen die weinig tot geen kinderen zagen in de praktijk werden onmiddellijk uitgesloten. Er werd gezocht naar een divers profiel van de huisartsen, qua leeftijd en qua praktijkvorm. De respons om deel te nemen was groter bij de jonge artsen dan bij meer ervaren artsen. Bij dit onderzoek betrof het allemaal huisartsen uit West-Vlaanderen.

Beide onderzoekers namen elk eigen interviews af, dat waren 13 interviews voor de doelgroep kinderen en 17 interviews voor de doelgroep volwassenen. Alle interviews werden afgenomen in de praktijk van de deelnemende arts met behulp van een spraakrecorder. De onderzoeker kreeg geen inzicht in het patiëntendossier of de persoonlijke gegevens van de ondervraagde casussen, het betroffen allemaal anonieme casussen. Als inclusiecriteria voor de te bespreken casus werd gevraagd te zoeken naar kinderen tussen de 0 en 18 jaar waarbij men had moeten de overweging maken al dan niet antibiotica voor te schrijven. De nadruk werd gelegd op de denkprocessen van de deelnemers. Dit proces werd herhaald tot het bereiken van saturatie van de resultaten.

Vervolgens werden de bevragingen nauwgezet door de onderzoeker die het interview afnam, uitgetypt in een tekstdocument. Om een kwalitatieve analyse van de verkregen data te maken werd er gebruikt gemaakt van de QSR Nvivo kwalitatieve data analyse Software; QSR International Pty Ltd. versie 11, 2017. Alle interviews, zowel voor de doelgroep antibiotica voorschrijven bij kinderen als bij volwassenen werden door beide onderzoekers overlopen om een kwalitatieve analyse te ondergaan. Zo werd bij elk interview gezocht naar de redenen die artsen aangaven om al dan niet antibiotica te gaan voorschrijven. Aan de hand van de Nvivo software konden deze stukken tekst dan worden gekoppeld aan een begrip. Op deze manier werd een codeboom tot stand gebracht. Nadien werden de codebomen vergeleken tussen de twee onderzoekers per thema.

3. Resultaten

3.1. Profiel van de deelnemers

Onder de huisartsen is er een gelijkmatige verdeling tussen mannelijke(46%) en vrouwelijke(54%) deelnemers. Alle artsen werken in een groeps-of duo praktijk in de regio West-Vlaanderen), er zijn geen deelnemende solo-artsen. De leeftijd varieert tussen de 27 en 62 jaar oud, waarbij het merendeel jonge huisartsen zijn. Ongeveer een derde van de ondervraagde artsen heeft zelf kinderen.

3.2. Analyse van de resultaten

In deze studie werd gezocht naar de onderliggende drijfveer waarom Vlaamse huisartsen antibiotica voorschrijven aan kinderen. Bij analyse van de gegevens kwamen volgende factoren die mee in overweging werden genomen aan bod:

3.2.1. Eerste indruk

Voor het merendeel van de artsen blijkt een eerste indruk toch wel van belang, het vormt een eerste beeld van de algemene toestand van het kind. Toch waarschuwen ze ook voor een valse eerste indruk, waarbij je na je klinisch onderzoek tot heel andere conclusies komt. Een relatief normale eerste indruk geeft tot gevolg dat de meerderheid van de artsen geen antibiotica voorschrijft, bij een erg zieke indruk van het kind, blijken er meer antibioticavoorschriften te worden opgesteld.

"*Ik denk dat ik bij kleine kinderen eerder naar de mama kijk dan naar de kinderen zelf. Ik kijk naar de ongerustheid van de ouders, bij klinisch onderzoek kijk je eerder naar de baby, maar als je echt een heel ziek kind ziet, zie je dat direct,…"*

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

"Toch wel belangrijk, het bepaalt toch veel van jouw beleid. Je ziet iemand die in de wachtzaal zit te rillen met een dekentje errond, dan weet je toch al, oei, nu moet ik hier toch wel op mijn hoede zijn. Een kind dat al spelend binnenkomt, dan denk je ok, het zal wel niet te ernstig zijn. Dus toch wel belangrijk de eerste indruk. "

(mannelijke huisarts, interview 4)

"Dat kan soms een aanwijzing zijn, maar je mag je er ook niet teveel door laten leiden, zeker bij kindjes is het belangrijk, die indruk van hoe ziek een kindje is, is wel veel belangrijker dan bij volwassenen, je ziet dat daar niets van gespeeld is, dit is bij kinderen volledig puur."

(vrouwelijke huisarts, interview 2)

3.2.2. Inschatting ernst van de aandoening

Algemene Toestand

Daar men op consultatie een kind slechts kort kan observeren, voert een huisarts bij elk kind een uitgebreide anamnese. Ongeveer drie kwart van de ondervraagde artsen tracht de impact van het ziektebeeld op het kind in te schatten op basis van het gedrag van het kind, zoals de alertheid, het spelen, de nachtrust en of het nog goed kan eten en drinken. Bij een achteruitgang van de algemene toestand, zijn zij sneller gealarmeerd bij het nemen van hun beslissing.

"*En de dag dat ze gekomen zijn at het zoveel niet meer en daarom waren ze gekomen. Het speelde ook niet meer zoals anders en was veel minder actief. Het had hoest, koorts, etter oogjes, alles erop en eraan…* "

(vrouwelijke huisarts, interview 3)

Bij een goede algemene toestand blijkt de meerderheid iets geruster in het afwachten van het normaal beloop van de ziekte en antibioticagebruik nog even uit te stellen.

"*Het is gewoon een combinatieplaatje, maar aangezien het kind nog levendig genoeg is. Was er op dat moment voor mij nog geen reden om antibiotica voor te schrijven, dus de algemene toestand is voor mij doorslaggevend…*"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

Duur

De duur van de symptomen of ziekte, blijkt van belang te zijn bij het voorschrijven van antibiotica. Bij aanhoudende infecties van een aantal weken wordt dit mee in overweging genomen.

"*Wat vond je belangrijk uit je anamnese? Vooral eigenlijk dat het al zo lang aansleepte, dat deed al een belletje rinkelen van dat moet ik zeker in de gaten houden."*

(vrouwelijke huisarts, interview 5)

Verloop

Verder wordt ook rekening gehouden met het verloop van de ziekte. Een snel recidief, het risico op ernstige complicaties, simultane infecties en de uitgebreidheid van een infectie worden aangeduid als beslissende factoren door een beperkt aantal van de ondervraagde artsen.

Zelfmedicatie

Wanneer de ouders reeds een symptomatische behandeling gaven vooraleer zij op consultatie kwamen, wordt dit door de een derde van de deelnemende artsen gezien als een argument in hun beslissing om al dan niet antibiotica te gaan voorschrijven.

" *Wat dacht je toen op dat moment? Toen dacht ik ja, als hij nu toch al een week serieus puffers heeft gekregen en het is nog altijd zo slecht op de longen en opnieuw terug koorts beginnen maken. Dan vrees ik dat het zonder iets extra niet zal voorbijgaan."*

(vrouwelijke huisarts, interview 7)

"Welke afweging heb je in deze casus gemaakt om al dan niet antibiotica voor te schrijven? Zijnde het feite dat mama reeds hoestsiroop en dergelijke had gegeven en dat het na drie weken nog steeds bleef aanslepen, dus dacht ik , ik zal hier toch maar die Zitromax® opstarten."

(vrouwelijke huisarts, interview 5)

Besmettelijkheid

Bij een tweetal van de artsen kwam naar boven dat de besmettelijkheid naar andere kinderen of een kwetsbaar familielid, zoals een pasgeboren baby, mee in overweging werd genomen in het opstellen van hun beleidsplan.

"Een meisje die met haar moeder en pasgeboren broertje op consultatie kwam. Haar broertje is 1 week oud, vorige week had ik de moeder bezocht op het verloskwartier. Het broertje was mee in de kinderwagen, toen dacht ik ook al, we gaan hier moeten opletten, dat kleine broer niet in de brokken deelt … en omdat ze een potentiële besmettingsbron voor haar broertje was, heb ik daar toch maar antibiotica gegeven."

(mannelijke huisarts, interview 6)

Langs de andere kant vonden bijna de helft van de artsen dit net geen reden om antibiotica te gaan voorschrijven toen hun gevraagd werd wat de drie minst belangrijke redenen waren om antimicrobiële therapie te gaan opstarten bij keuze uit de lijst van ESAC. (verwijzing + aanbrengen bij methode opstellen vragenlijst)

Klinische Tekens

Koorts

Voor bijna alle artsen blijft koorts één van de belangrijkste parameters om mee te nemen in hun beslissing om antibiotica voor te schrijven. Zowel de duur en hoogte van de koorts, als de respons op anti-pyretica lijken sterk door te wegen voor een groot deel van de artsen.

"Wat vond je belangrijk tijdens uw anamnese? Eigenlijk de hoge koorts, daar ben ik zelf ook altijd een beetje op mijn hoede…Had de mama zelf al medicatie gegeven? Ja, ze had reeds Nurofen® gegeven, maar de koorts kwam niet onder controle desondanks de medicatie. Was sinds 's morgens bezig, toen niet zoveel koorts, maar hoger naar de avond toe. Het kindje begon pijn te krijgen en lastig zijn.."

(mannelijke huisarts, interview 12)

Longauscultatie

Afwijkingen tijdens de longauscultatie, zoals ronchi, wheezing of crepitaties zijn klinische tekens die de meeste artsen aanduiden als een belangrijk gegeven in hun besluitvorming. Hiernaast zijn artsen ook steeds alert op alarmsymptomen zoals tirage of neusvleugelen bij het kind.

"*Wat heb je tijdens uw klinisch onderzoek gevonden? Neus en oren waren nl, de keel ging vol gele slijmen bij wurgen, de longen rochelden van boven tot onder en van links naar rechts. Hij had koorts... Wat dacht je toen op dat moment? Toen dacht ik ja, als hij nu toch al een week serieus puffers gehad heeft en het is nog altijd zo slecht op de longen en opnieuw terug koorts beginnen maken. Dan vrees ik dat het zonder iets extra niet zal voorbijgaan…"*

(vrouwelijke huisarts, interview 7)

Neus-keel en oor

Indien bij otoscopie een sterk gebombeerd of fors rooddoorlopen trommelvlies te zien is, zeker als dit bilateraal is, geven een deel van de artsen aan dit als een determinerende factor te zien richting antibiotica. Ook het zien van fors opgezette tonsillen met een etterig beslag wegen zwaarder door dan een normaal keelonderzoek.

"Wat heb je tijdens klinisch onderzoek gezien? Bij het kijken in de keel zag je fors gezwollen amandelen, die elkaar net niet aanraakten. Je mocht er niet te dicht aankomen van het kind. Ja, het was een forse, forse angine. Er was ook een etterig beslag, niet enkel puntjes, een echt beslag…"

(mannelijke huisarts, interview 12)

Niet-pluisgevoel

De helft van de artsen vermeldt dat een niet-pluisgevoel toch ook zeer bepalend kan zijn in hun beleidsvoering. Ze kunnen niet beschrijven wat het exact inhoudt, sommigen noemen het een buikgevoel, anderen een niet-pluisgevoel, maar is niet weg te denken in hun klinisch redeneren.

"Eigenlijk blijft het toch wel een klinische afweging en rekening houden met alle zijzaken zoals klinisch gevoel van is er iets pluis is er iets niet pluis. Is er iets die zijn normale gang van zaken gaat. Het blijft een klinisch aanvoelen…"

(mannelijke huisarts, interview 11)

Verder komen nog verschillende huidafwijkingen, de lengte en het gewicht van het kind en het ontbreken van een klinische focus aan bod bij een aantal artsen. Zij zijn in beperkte mate ook medespelers in de overweging om al dan niet antibiotica te gaan voorschrijven.

Technische onderzoeken

Met uitzondering van één arts, die een urinecultuur had ingezet, voerde geen enkele arts een technisch onderzoek uit bij het acuut zieke kind. Het is dus geen gebruikelijke parameter in het vormen van hun besluit.

"Heb je extra technische onderzoeken moeten doen? Nee, nee, bij kinderen ga ik zelden bloedtrekken of zo. Als ze hoge koorts hebben, met zeer ziek kind, ga ik door sturen, bij kindjes bloednemen doe ik meestal nooit…"

(mannelijke huisarts, interview 13)

*"*Wat zijn de minst belangrijke redenen om antibiotica te gaan voorschrijven bij kinderen voor u? De waarde van het CRP , Ik trek nooit bloed bij kinderen, enkel een urinecultuur…"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

Wel geven een paar artsen aan dat CRP, indien zij dit zouden gemakkelijk kunnen bepalen in de huisartsenpraktijk, een parameter is die hun zou kunnen helpen in het nemen van een beslissing.

"Zijn er zaken die je denkt die ons beter zouden kunnen ondersteunen om minder antibiotica te gaan voorschrijven? Een tafeltestje dat onmiddellijk beschikbaar is voor CRP, zou waarschijnlijk zeer nuttig zijn. Alhoewel bij virale infecties heb natuurlijk ook CRP stijging, dus zou je eigenlijk een complet, CRP, sedimentatie onmiddellijk ter beschikking moeten hebben…"

(mannelijke huisarts, interview 11)

Aard van de aandoening

Ook de aard van de aandoening is voor de meeste artsen een beslissende factor in het al dan niet voorschrijven van antibiotica, zo is bij een diagnose zoals een virale faryngitis, een virale bovenste luchtweginfectie, een viraal syndroom of een gastro-enteritis bij de ondervraagde artsen eerder een afweging om geen antibiotica te geven merkbaar.

"Ja het is gewoon een virale infectie, die zijn luchtwegen, zijn buik en ook zijn oren wat aantast. Het is gewoon een combinatieplaatje, maar aangezien het kind nog levendig genoeg is. Was er op dat moment voor mij nog geen reden om antibiotica voor te schrijven…"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

Terwijl bij een acute otitis media, een bronchopneumonie, een bovenste luchtweginfectie met een atypische kiem, een forse tonsillitis al dan niet met complicaties, een impetigo of erysipelas de artsen meer doet neigen om toch antibiotica te gaan voorschrijven.

"Wat was voor jou het moment om je beleid op te stellen en hoe stel je dat op? Eigenlijk van in het begin al door de duur en de intensiteit van de klachten, dan zie je dat een keelpijn die na drie, vier dagen eigenlijk nog toeneemt, geen normale evolutie is van een klassieke faryngitis of tonsillitis. Hier in dit geval was het logisch om antibiotica te starten, gezien de diagnose van retro-faryngaal abces..."

(mannelijke huisarts, interview 11)

3.2.3. De patiënt

Medische voorgeschiedenis

Voor de helft van de artsen blijkt een medische voorgeschiedenis toch wel belangrijk. Bij elk consult gaan ze grondig nakijken of het kind regelmatig infecties heeft en of het al lang geleden is dat het een infectie heeft doorgemaakt. Ook de aard van de infectie is belangrijk bij regelmatig ziek zijn van het kind.

"De voorgeschiedenissen hou ik ook altijd rekening mee. Ja, als je ze drie-vier keer gezien hebt op één, twee maanden tijd, dan ga ik soms ook een keer antibiotica starten, dat misschien niet altijd nodig is."

(mannelijke huisarts, interview 13)

"Het was dus een jongetje van 8 maanden, drie weken ervoor had het kindje het RSV virus gehad. Maar het had dit eigenlijk goed doorstaan, zonder veel problemen. Ze hadden geen antibiotica nodig gehad, met wat puffers was het eigenlijk in orde gekomen. Maar dat was 3 weken en ze waren sinds 1 week gestopt met de puffers en nu had het opnieuw koorts, sinds die dag tot 39,5°…"

(vrouwelijke huisarts, interview 2)

Co-morbiditeiten

Bij het reeds aanwezig zijn van co-morbiditeiten, zoals congenitale aandoeningen is één van de huisartsen toch voorzichtiger en soms iets sneller geneigd om te gaan verwijzen naar de 2e lijn.

"De moeder, alleenstaand, had CMV-infectie tijdens de tweelingenzwangerschap en daardoor had het kind een vertraagde cognitieve en motorische ontwikkeling. Er is ook een doofheid rechtszijdig en wordt ook oftalmologisch gevolgd. Ze heeft diabolo's en chronische oorloop. Ze krijgt kinesitherapie en zit in een speciale kinderopvang. Stapt alleen met steun… Wat vond je belangrijk bij jouw anamnese? Uhm, om een kind te zien dat wel kwetsbaar is door de congenitale CMV en de retardatie dat dat kind heeft…"

(mannelijke huisarts, interview 4)

Leeftijd

De leeftijd van het kind speelt voor de meeste artsen toch nog altijd een prominente rol. Bij heel jonge kinderen, tussen 0 en 1 jaar, is men veel waakzamer en neigt het oordeel van de artsen sneller richting antibiotica, aangezien kleine kinderen soms snel kunnen decompenseren bij een ernstige infectie.

"Maar in dit geval heb ik zelf de antibiotica voorgesteld, dit om verwikkelingen te vermijden. Het was ook nog een erg jong kind, kan gevaarlijk zijn bij jonge kinderen..."

(mannelijke huisarts, interview 12)

"Vooral de duur van de koorts omdat het nog zo een klein kindje was. Jonger dan 6 maanden en toch al hele week hoge koorts. Op en af…"

(vrouwelijke huisarts, interview 3)

"Van oh, die teen is toch wel heel dik. Het was gewoon ook meer dan ik verwacht had, langs de andere kant had het kind ook geen koorts, uhm dus ja. That's it, het was een ontstoken teennagel. Niet meer dan dat, maar ja 1 maand oud…"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

3.2.4. De ouders

Competentie van de ouders

Niet alleen het kind zelf, maar ook de ouders blijken voor de artsen onmisbaar in het opstellen van een beleidsplan. Bij ongeveer de helft van de artsen is de competentie van de ouder een belangrijk punt. Het reeds correct starten van medicatie, het adequaat kunnen interpreteren van die ernst van de aandoening en het feit dat het niet om een eerste kindje gaat, spelen een rol in het voorschrijfgedrag.

"Wat vond je hierbij zelf belangrijk of alarmerend? Vooral ook de mening van de mama, het was nu toevallig de papa die alleen thuis was met het kind. Maar de mama is heel goed in inschatten en het is een bekwame mama die ook wel weet wat ze moet doen bij ziekte van haar kinderen. Het is niet haar eerste kind. Dus het feit dat de mama er niet gerust in was, was voor mij ook wel een teken dat ik zelf heel goed gingen moeten kijken wat er aan de hand was…"

(vrouwelijke huisarts, interview 7)

"Wel het zijn ouders met hun derde kindje al, een baby, dus toen dacht ik al het zal waarschijnlijk wel echt ziek zijn en niet voor niets zijn dat ze komen…"

(vrouwelijke huisarts, interview 3)

"Zeker ook het zijn patiënten die niet hals over kop komen consulteren. Die vaak al wat afwachten of zelf al iets starten. En dat je ook merkt, met hetgeen dat ze doen, geraken ze er eigenlijk niet…"

(vrouwelijke huisarts, interview 5)

Bij jonge ouders neigen sommige artsen antibiotica sterker te overwegen bij twijfel rond het inschattingsvermogen van de ouders. Anderen net niet en geven dan extra uitleg omtrent de alarmsignalen en de interpretatie ervan.

"De familiale setting, zien is het een eerste kindje of niet, bij eerste kindjes ben ik soms geneigd om sneller antibiotica te geven omdat de mama's ongerust zijn, omdat de mama's zelf moeilijk een inschatting kunnen doen, omdat het een eerste kindje is. Dat ze niet goed weten, wat zijn echte alarmtekenen? Oké het kindje weent veel of hoest of dit of dat, dat ze weten dat dat allemaal niet erg is, Dus bij mama's met een tweede of derde kindje ben ik lakser in het antibioticagebruik. Zeker omdat je meer op die mama's kan vertrouwen…"

(mannelijke huisarts, interview 13)

"Als het jonge ouders zijn met een eerste kindje, dan ga ik mijn antibioticabeleid niet veranderen, het is dan wel een kwestie van meer uitleg te geven omtrent alarmsignalen en wat ze al kunnen doen tegen koorts of pijn…"

(vrouwelijke huisarts, interview 9)

Het opleidingsniveau en de sociale klasse van de ouders wordt mee in rekening genomen door een kwart van de deelnemende artsen, zowel bij de behandeling als het correct kunnen inschatten van alarmsymptomen bij het zieke kind.

"Het zijn een beetje slordige, vuile mensen van de lage klasse. Ze weten niet altijd de therapie correct uit te voeren…"

(mannelijke huisarts, interview 12)

"De ouders hebben wel wat ervaring en het zijn intelligente ouders, ik bedoel daarmee niet zwak, dat ze hun kind kunnen interpreteren. Ik had de indruk dat de mama wel begreep waar mijn ongerustheid zat. Want dat maakt wel een verschil uit, er gaan zwakke ouders zijn, die ik gewoon zonder pardon doorstuur, waar ik niet over discussieer…"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

Ongerustheid van de ouders

Bij het verder nagaan van de ernst van de aandoening, speelt de inschatting van de ouders een cruciale rol. Via communicatietechnieken, zoals het bevragen van de Ideas, Concerns en Expectations peilen ze regelmatig ook naar de ongerustheid van de ouders zelf omtrent het ziek zijn van hun kind.

"*Wat ging er in uw hoofd om na de anamnese? Ja, zo wat alarmerende zaken zaten erin, ook vooral om het de mama haar inschatting was, zo ken ik mijn dochtertje niet…"*

(mannelijke huisarts, interview 8)

De ongerustheid van de ouders wordt door de artsen zeker in overweging genomen om al dan niet antibiotica te gaan voorschrijven, zo is de meerderheid van de artsen geneigd om bij erg ongeruste ouders toch een uitgesteld voorschrift voor antibiotica na te laten.

"Ze waren hier inderdaad niet aan de orde. Maar ik heb toch een voorschrift nagelaten. De mama was zeer gerust, maar ging nog geruster zijn mocht ze gewoon een voorschrift liggen hebben. Dit is ook in een studie gebleken dat dat een goed effect heeft op het antibioticagebruik. Want de mensen gaan er dan meestal toch niet achter. Maar ja het was vooral ook met het idee, ik heb haar de alarmsymptomen meegegeven van wat een pneumonie doet en wat er bij het kind zou veranderen. En ze ging geruster zijn als ze dan een voorschrift ging liggen hebben, voor mocht dat kind veranderen. Dan zou ze de antibiotica kunnen starten en dan zou ze niet te laat zijn, zodanig dat het kind niet zou in het ziekenhuis belanden."

(vrouwelijke huisarts, interview 10)

Vermoeide ouders

Heel wat van de artsen geven aan dat het feit of de ouders vermoeid zijn, geen extra reden is om een voorschrift mee te geven.

"Ook de nachtrust van de ouders die wat verstoord was, kleine broer slaapt al vijf uur, wat niet slecht is, maar zijn zus hield hem nu wakker met hoest, dus er was daar ook wat bezorgdheid..."

(mannelijke huisarts, interview 6)

Vraag naar antibiotica

Bij het aansturen van ouders op antibiotica of een expliciete vraag naar een voorschrift, wordt door de arts telkens goed overwogen of dit werkelijk noodzakelijk is. Een aantal artsen liet een uitgesteld voorschrift na bij een zeer uitdrukkelijke vraag.

"Welke afweging heb je gemaakt om hier al dan niet antibiotica voor te schrijven? Hier heb ik wel een voorschrift gegeven, omdat daar veel mensen aanwezig waren, ook de zus van de mama en er was daar heel veel discussie, stel dat het dan toch een pneumonie wordt. Dan moeten we nog eens een huisarts van wacht bellen en nog eens betalen, dus laat maar een voorschrift achter. Dus ik heb daar een voorschrift achter gelaten, maar wel met de boodschap dat het nu geen zin heeft om dat te geven…"

(vrouwelijke huisarts, interview 10)

3.2.5. De Huisarts

Er zijn ook heel wat factoren die mee de beslissing van de arts in kwestie sturen die niets te maken hebben met de kliniek of de patiënt zelf. De ondervraagde artsen geven aan dat ook de omstandigheden een rol kunnen spelen.

Tijdstip van consultatie

Wanneer de artsen een ziek kind zien tijdens een wachtdienst of net voor het weekend of wanneer ze een tijdsdruk ervaren blijkt dit toch ook een invloed te hebben op hun uiteindelijke aanpak. Een aantal artsen schat de ernst van de aandoening hoger in indien men de wachtdienst consulteert. Ongeveer een vierde van de huisartsen vindt dat tijdsdruk geen invloed mag hebben op het voorschrijfgedrag.

" Meisje van 6 jaar oud, was tijdens de wachtdienst, midden in de nacht. Dus dan bellen ze meestal ook wel niet voor niets… Ze was nog vrolijk, maar je kan dit niet inschatten tijdens eens een wachtdienst, ik had dit meisje nog nooit gezien… Dus de afweging die je hier hebt gemaakt om antibiotica voor te schrijven was omdat het een gecombineerde infectie was? Ja en ook omdat er koorts was en tijdens de wachtdienst, je gaat er toch vanuit dat ze je niet zomaar uit je bed bellen…"

(vrouwelijke huisarts , interview 3)

"Het was nog begin van de week ook. Stel dat het misschien de vrijdag geweest was dat ik het kind zag, dan zou ik misschien toch een uitgesteld voorschriftje voor antibiotica hebben meegegeven mochten ze de koorts niet goed onder controle krijgen, dat ze dan zouden kunnen starten met antibiotica. Dus inderdaad voor een weekend denk je, ja als ze morgen de koorts niet onder controle krijgen en ze zijn terug in paniek, moeten ze dan echt naar de wachtdienst bellen als ze vandaag bij mij zijn geweest?..."

(vrouwelijke huisarts, interview 5)

Voorschrijfgedrag van een andere arts

Het voorschrijfgedrag van collega-artsen uit de praktijk, of een andere huisarts die de patiënten geconsulteerd hadden voor ze bij de arts in kwestie kwamen, wordt door enkele artsen ook aangeduid als een factor die kan meespelen in het al dan niet voorschrijven van antibiotica.

"Merk je zelf een evolutie in jouw voorschrijfgedrag omtrent antibiotica? Ik schreef vroeger veel meer antibiotica voor. Als ik dat vergelijk met tien of twintig jaar geleden, schreven wij duidelijk meer voor, het is te zeggen, wij kwamen hier ook toe in een praktijk met twee oudere artsen, dus wij waren ook de niet antibiotica voorschrijvende artsen. En dat was dan zo, je schreef niet voor en 's anderendaags ging die patiënt naar de oudere arts en die schreef dan wel voor. Dat is wel veranderd bij toen, wij schrijven nu niet wel voor, enkel als het blijkt verantwoord te zijn op dat moment. Maar niet zomaar omdat ze terugkomen…"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

Onzekerheid of angst

Verder gaven artsen tijdens dit onderzoek aan dat een onzekere diagnose of de angst om iets te missen, kunnen meespelen in hun eindoordeel bij het zien van een ziek kind.

"Ik dacht misschien is dat nog een beetje postviraal, maar natuurlijk daarmee ga je geen koorts hebben. Is dat toch die bronchitis die terug een beetje opkomt. Ik wist het eigenlijk niet zo goed, ik dacht, we hebben een paar belangrijke zaken uitgesloten. Ik ga geen antibiotica starten voor iets waarvan dat ik niet weet wat dat het is…"

(vrouwelijke huisarts, interview 2)

" Toch opletten, dat we niet in de problemen komen. Het gevoel hebben van oei, we moeten toch opletten dat we niks missen. Het zou plots kunnen achteruitgaan, en het zou kunnen ik geweest zijn die het niet gezien heeft. Hier heb ik specialistisch advies gevraagd en dan is het de verantwoordelijkheid van de pediater, dit doe je toch als je zelf het risico niet wil nemen. Dit toch als er een reëel risico als het kind zou kunnen decompenseren. Dan heb ik liever ook een specialistisch onderzoek…"

(mannelijke huisarts, interview 4)

Richtlijn

Een drietal artsen gaf ook aan dat het volgen van de huidige richtlijnen hun kan ondersteunen in hun klinisch redeneren om al dan niet antibiotica te gaan voorschrijven.

"Zijn er hier in de praktijk afspraken omtrent het voorschrijven van antibiotica? Ja, ik gebruik de BAPCOC en probeer deze over het algemeen toch te volgen in de mate van het mogelijke. We proberen ook beiden af te wachten indien antibiotica niet aangewezen zijn…"

(vrouwelijke huisarts, interview 2)

"Ik heb toen eigenlijk uitgelegd aan de mama, dat je eigenlijk volgens de huidige richtlijn, een kind onder de twee maand met koorts zonder focus verwijst, dat ik dat normaal niet doe, maar hier wel omdat hij zo klein was…"

(vrouwelijke huisarts, interview 1)

Tevredenheid van de ouders

Ten slotte gaf nog een kwart van de ondervraagde artsen aan dat zij het tevreden stellen van de ouders van het zieke kind bij een expliciete vraag naar antibiotica, geen doorslaggevend gegeven vonden om een voorschrift voor antibiotica mee te geven bij een acuut ziek kind.

3.2.6. Suggesties

Als afsluiter werd de artsen ook gevraagd of zij zelf suggesties hadden in hoe we hun voorschrijfgedrag op een positieve manier kunnen ondersteunen. Een bijna de helft van de ondervraagde artsen vindt dat er nog verdere sensibilisatie van de bevolking kan gebeuren, zowel over de resistentie van antibiotica enerzijds, maar evengoed over de mogelijke bijwerkingen en het normaal beloop van een infectie anderzijds. Een aantal artsen vond een toegankelijke sneltest voor CRP een goed idee in de huisartsenpraktijk. Een tweetal artsen gaf aan dat een vaste praktijkrichtlijn omtrent het voorschrijven van antibiotica kan helpen ondersteunen. Wat ook wordt geopperd is een beslishulp of pop-up van de richtlijnen in het medisch elektronisch dossier, bij het coderen van de aandoening.

"Niet direct, misschien wel goed dat we ziektes moeten coderen. Je gaat bij uzelf, als je bijvoorbeeld intypt bovenste luchtweginfectie en je wil amoxicilline geven, denken, eigenlijk klopt dit niet met de richtlijn. Dus misschien een soort ingebouwde pop-up die erop komt bij het voorschrijven van antibiotica en bepaalde diagnoses…"

(vrouwelijke huisarts, interview 3)

Een betere overeenstemming met het beleid van de kinderartsen zou moeten kunnen volgens één van de artsen, hij had de indruk dat zij gemakkelijker antibiotica voorschrijven voor eenzelfde ziektebeeld. Een andere arts wees op het feit dat antibiotica spotgoedkoop blijven in vergelijking met de symptomatische behandeling.

"Maar het is soms ook moeilijk om mensen op voorschrift iets voor te schrijven wat ze vrij kunnen verkrijgen. Dan zeggen de mensen ook, ja ik moet hier 25 euro geven voor iets wat ik zo kan gaan halen bij de apotheek. Ja, dan gaan ze sneller eerst naar de apotheek. Voor sommige medicatie, bijvoorbeeld Ambufort®, is niet echt homeopathie, maar is op kruidenbasis, en ja dat is dan zoveel duurder dan een fles antibiotica. Eigenlijk zou je dat moeten omkeren en zeggen die siroop is vijf euro, kan al helpen, en die antibiotica is maar als het echt niet helpt en dat is dan wel tien euro. Voor twee euro een doos antibiotica, terwijl een neusspray en een siroop is dan al twintig euro. En dat zou misschien naar de overheid toe, mocht symptomatische behandeling op voorschrift dan toch terugbetaald zijn, zodanig dat ze dan toch naar de dokter komen een goede aanpak kunnen zijn. Waardoor die drempel naar antibiotica toch terug hoger wordt. Laat die antibiotica desnoods dan minder terugbetalen en de neusspray dan meer terugbetalen…"

(vrouwelijke huisarts, interview 5)

4. Discussie

4.1. Samenvatting van de resultaten

Aan de hand van semigestructureerde interviews werd in deze studie gezocht naar wat de onderliggende denkpatronen zijn bij Vlaamse huisartsen omtrent hun voorschrijfgedrag van antibiotica bij kinderen. Er gebeurde een kwalitatieve analyse van onze resultaten, hieruit bleek dat de artsen aangeven dat er verschillende factoren zijn die hun klinisch redeneren beïnvloeden.

Een eerste indruk blijkt voor veel van de huisartsen een belangrijke factor te zijn, bij een zieke indruk zijn zij sneller geneigd om antibiotica mee te geven. De belangrijkste factoren bij een inschatting van de ernst van de aandoening zijn de algemene toestand, klinische tekens waaronder koorts en de duur van de infectie. Technische onderzoeken werden weinig tot niet ingeschakeld bij het zien van acuut zieke kinderen. Ook de aard van de aandoening blijkt een beslissende factor voor het al dan niet opstarten van antibiotica.

Bij acuut zieke kinderen spelen telkens ook patiënt-specifieke kenmerken zoals hun leeftijd, hun medische voorgeschiedenis en mogelijke co-morbiditeiten een rol in het klinisch redeneren volgens de deelnemende artsen.

De ouders van het kind blijken ook een prominente factor te zijn bij de inschatting van het zieke kind, zo zal vooral hun ongerustheid en hun competentie mee in overweging genomen worden.

Tenslotte geven de huisartsen aan dat nog een aantal contextuele factoren hun beslissing kunnen beïnvloeden. Zoals het tijdstip waarop de patiënt consulteert. Een onzekere diagnose, angst om iets te missen, het volgen van richtlijnen of het voorschrijfgedrag van een collega-arts worden gezien als bepalende omgevingsfactoren.

4.2. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

De huidige campagnes slagen er niet in om het aantal voorschriften voor antibiotica bij kinderen te doen dalen. Dit onderzoek probeerde aan de hand van echte casussen de drijfveren om antibiotica voor te schrijven aan kinderen bloot te leggen, zodat nieuwe campagnes hier beter kunnen op inspelen.

Om de uniformiteit van de interviews te bewaren, werden deze afgenomen door éénzelfde onderzoeker per thema, hetzij volwassenen, hetzij kinderen. Zo werd dezelfde systematiek behouden tijdens het ondervragen van de deelnemers. Bij het dertiende interview werd er saturatie bereikt en beslist om geen verdere interviews te gaan afnemen, daar het minder waarschijnlijk werd nog nieuwe informatie aan het licht te brengen.

De heterogeniteit van de groep deelnemende artsen was beperkter, het aandeel van jonge huisartsen die bereid waren om mee te werken was groter dan het aantal meer ervaren artsen. Er werd enkel in de regio West-Vlaanderen onderzoek gedaan en niet wijder verspreid in Vlaanderen. Dit kan een wat vertekend beeld geven van de resultaten daar de jonge, pas afgestudeerde artsen neigen meer volgens de richtlijnen voor te schrijven dan meer ervaren artsen.

Daar het opstellen van een codeboom afhankelijk is van de interpretatie van de onderzoeker, kan er mogelijks een onderzoekersbias zijn opgetreden. Om dit te beperken hebben beide onderzoekers alle interviews van beide doelgroepen doorgenomen en een codeboom opgesteld. Vervolgens werden beide codebomen besproken en kwam men tot een compromis.

4.3. Toetsing met de huidige literatuur

In dit onderzoek geven de artsen aan dat hun voorschrijfgedrag wordt beïnvloed door multiple factoren. Hierbij worden vooral de ernst van de aandoening, de eerste indruk, patiënt-gerelateerde factoren, arts-specifieke eigenschappen en contextuele factoren aangeduid. Dit blijk ook overeen te stemmen met de review van kwalitatieve onderzoeken door Rodrigues et al. waar. Ze kwamen tot de conclusie dat artsen aangaven dat er twee soorten factoren hun voorschrijfgedrag konden beïnvloeden. (1) De intrinsieke of arts-gerelateerde factoren zoals gemoedsrust, angst om iets te missen of angst om de patiënt te verliezen. Deze bleken de sterkste invloed te hebben op hun voorschrijfgedrag. (2) Als extrinsieke factoren werden hierbij patiënt-gerelateerde factoren zoals de ernst van de aandoening en klinische tekens en omgevingsfactoren zoals tijdsdruk en volgen van richtlijnen aangeduid. (19)

De angst om iets te missen of een onzekere diagnose worden door de ondervraagde artsen aangebracht als een factor die kunnen meespelen in het beleid. Dit geldt ook voor hoge werkdruk of het tijdstip van consultatie. Dit loopt in lijn met de bevindingen van het onderzoek naar niet-farmacologische redenen om antibiotica voor te schrijven, waar deze factoren ook worden aangeduid als bepalend in het antibiotica beleid van de huisartsen. (9)

Bij klinische tekens zoals een afwijkende longauscultatie, een fors rode keel met opgezette tonsillen en rooddoorlopen of gebombeerde trommelvliezen zijn de huisartsen sneller gealarmeerd. Ook de diagnose van de aandoening blijkt mee te spelen in hun klinisch redeneren. Hierbij gaven de artsen aan vaker antibiotica te starten bij een acute otitis media, een bronchopneumonie, een forse tonsillitis of een huidinfectie. Bij het kwalitatieve onderzoek van O'Brien et al. bleken de artsen aan te geven dat de diagnose van de aandoening een sterkere invloed heeft op hun voorschrijfgedrag dan het zien van klinische tekens. In dit onderzoek kwam dit onderscheid in invloed niet tot uiting. (7)

De ongerustheid of inschatting van de ouders wordt door onze Vlaamse huisartsen tevens in overweging genomen bij hun klinisch redeneren. Ook koorts blijft voor de deelnemende artsen een belangrijk klinisch teken, zowel de hoogte als de duur van de koorts is erg bepalend in hun inschatting van de ernst van de aandoening, dit is wat tegenstrijdig met de bevindingen uit de literatuur, waar men zowel koorts als de ongerustheid van de ouders niet kon gaan linken aan een verhoogd voorschrijven van antibiotica. (7)

Een goede arts-patiënt relatie of een goede arts-ouder relatie blijkt toch wel belangrijk bij de afweging die de huisartsen maken. Wanneer men goed peilt naar de verwachtingen of bezorgdheden van de ouders of de patiënt zelf, kunnen artsen beter inspelen op de noden van de patiënt en mogelijks met geruststelling en uitleg omtrent alarmsymptomen antibiotica nog even uitstellen. Zo wordt door de ondervraagde artsen weinig ingegaan op een expliciete vraag naar antibiotica door de ouders indien deze niet zijn aangewezen. Dit valt te vergelijken met de resultaten uit de studie van Matthys et al. waar ook werd aangetoond dat het correct nagaan van de bezorgheden en verwachtingen van de patiënt kan leiden tot een gedaald voorschrijven van bepaalde medicijnen, waaronder antibiotica.(16)

5. Conclusie

De drijfveren van huisartsen om antibiotica voor te schrijven zijn complex en multifactorieel, het al of niet voorschrijven van antibiotica bij een ziek kind blijft een weloverwogen beslissing. Uit dit onderzoek wordt aan gegeven dat zowel de eerste indruk en de inschatting van de ernst van de ziekte, als factoren gelinkt aan het kind, de ouders en de arts meespelen in deze afweging. Huisartsen geven aan dat de volgende interventies een rationeel voorschrijfgedrag positief zouden kunnen ondersteunen: (a) een verdere sensibilisatie van de bevolking over antibioticaresistentie, bijwerkingen van antibiotica, en het normaal beloop van infecties, (b) Praktijkrichtlijnen en pop-ups vanuit het medisch dossier tijdens de consultatie, (c) het beschikbaar maken van de sneltesten voor CRP, (d) afstemming van het beleid van huisartsen en pediaters en (e) het terugbetalen van symptomatische therapie of het duurder maken van antibiotica. Nieuwe interventies die het irrationeel voorschrijven proberen aan te pakken, dienen rekening te houden met deze factoren en het complex samenspel ervan.

6. Persoonlijke reflectie

Toen ik laatst zelf een kind met 40° koorts op consultatie zag, merkte ik bij mezelf op dat ik tijdens het ausculteren heel wat argumenten aan het overwegen was die ook in deze thesis besproken worden. Heel wat van de ervaringen en verhalen die de artsen mij verteld hebben tijdens de interviews zal ik voor altijd met mij meedragen. Aan de hand van een kwalitatief onderzoek kreeg ik de kans om op een andere manier dan met cijfers en statistieken onderzoek te doen. Ik kon zelf op pad gaan om gegevens te verzamelen en kwam telkens ook op bezoek in de praktijk van de huisartsen. Zo kreeg ik beter inzicht in hun denken en functioneren. Bij ieder interview leerde ik iets nieuw bij. Ik heb mijn zelfvertrouwen wat aangesterkt bij het rekruteren van de verschillende artsen om mee te werken aan het onderzoek. Het bleek niet evident om een goede balans te vinden tussen het maken van de masterproef en het drukke werkschema in de praktijk. Het negende jaar in de opleiding tot huisarts blijft een beproeving, het leert je wel om prioriteiten te stellen.

7. Referenties

1. Het rationeel gebruik van de antibiotica bij het kind in de ambulante zorg Juryrapport. Consensusvergadering RIZIV. 2016;(2 juni).

2. Ivanovska V, Hek K, Teeuwisse AKM, Leufkens HGM, Nielen MMJ, Dijk L Van. Antibiotic prescribing for children in primary care and adherence to treatment guidelines. J Antimicrob Chemother. 2018;71(April):1707–14.

3. Dekker ARJ, Verheij TJM, Velden AW Van Der. Antibiotic management of children with infectious diseases in Dutch Primary Care. Fam Pract. 2017;34(2):169–74.

4. Medica D. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk editie 2012. 2012;

5. Clavenna A, Bonati M. Adverse drug reactions in childhood : a review of prospective studies and safety alerts. Arch Dis Child. 2009;94:724–9.

6. Coxeter PD, Mar C Del, Hoffmann TC. Parents' Expectations and Experiences of Antibiotics for Acute Respiratory Infections in Primary Care. Ann Fam Med. 2017;15(2):149–54.

7. Brien KO, Bellis TW, Kelson M, Hood K, Butler CC. Clinical predictors of antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care : Inclusion criteria. Br J Gen Pract. 2015;(May):585–92.

8. Elshout G, Ierland Y Van, Bohnen AM, Wilde M De. Alarm signs and antibiotic prescription in febrile children in primary care : an observational cohort study. Br J Gen Pract. 2013;(February):437–44.

9. Petursson P. GPs ' reasons for " non-pharmacological " prescribing of antibiotics A phenomenological study. Scand J Prim Health Care. 2005;23(120–125).

10. Fever in under 5s : assessment and initial management NICE-guideline. 2018;(May 2013):1–40.

11. Bertheloot K, Deraeve P, Vermandere M, Aertgeerts B, Lemiengre M, Sutter A De, et al. How do general practitioners use " safety netting " in acutely ill children ? Eur J Gen Pract. 2016;22(1):3–8.

12. Vodicka TA, Thompson M, Lucas P, Heneghan C, Blair PS. Reducing antibiotic prescribing for children with respiratory tract infections in primary care : Br J Gen Pract. 2013;(July).

13. Verbakel JY, Lemiengre MB, Burghgraeve T De, Sutter A De, Bullens DMA, Aertgeerts B, et al. Diagnosing serious infections in acutely ill children in ambulatory care (ERNIE 2 study protocol , part A): diagnostic accuracy of a clinical decision tree and added value of a point-of-care C-reactive protein test and oxygen saturation. BMC Pediatr. 2014;14(207):1–7.

14. Verbakel JY, Lemiengre MB, Burghgraeve T De, Sutter A De, Aertgeerts B, Bullens DMA, et al. Validating a decision tree for serious infection : diagnostic accuracy in acutely ill children in ambulatory care. BMJ Open. 2015;1–8.

15. Halls A, Hoff C Van, Little P, Verheij T, Leydon GM. Qualitative interview study of parents ' perspectives , concerns and experiences of the management of lower respiratory tract infections in children in primary care. BMJ Open. 2017;7:1–9.

16. Matthys J, Elwyn G, Nuland M Van, Maele G Van. Patients ' ideas , concerns , and expectations (ICE) in general practice : impact on prescribing. Br J Gen Pract. 2009;(January):29–36.

17. Moore M. Antibiotics : Time to act. Br J Gen Pract. 2013;(July):340–1.

18. Paul Little. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing NICE-guideline 69. Clin Pract. 2008;(July).

19. Teixeira A, Roque F, Falcão A. International Journal of Antimicrobial Agents Understanding physician antibiotic prescribing behaviour : a systematic review of qualitative studies. Int J Antimicrob Agents [Internet]. Elsevier B.V.; 2013;41(3):203–12. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2012.09.003

8. Bijlagen

Aanvraag ethische commissie

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

---

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

ONDERLIGGENDE DRIJFVEER TOT HET VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA BIJ KINDEREN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK, KWALITATIEF ONDERZOEK.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DE SUTTER AN
- FUNCTIE: ZAP
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT, CAMPUS UZ-6K3
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
  VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332.61.04
- FAX: 09/332.49.67
- E-MAIL: AN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. LEMIENGRE MARIEKE
- FUNCTIE: AAP
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK:
  FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN,

  VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332.15.01
- FAX:/
- E-MAIL: MARIEKE.LEMIENGRE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: DR. LAURENCE VIAENE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0479/69.91.59
- E-MAIL: laurence.viaene@liebaard.be

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. JOHAN SOENS
- ADRES: LIEBAARDSTRAAT 170 8792 DESSELGEM
- TELEFOONNUMMER:056/71.40.86
- E-MAIL: INFO@LIEBAARD.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): DUO-PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: NA GOEDKEURING EC (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

X. PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN

X INTERVIEW

WIJ TRACHTEN EEN KWALITATIEF ONDERZOEK TE VOEREN DOOR MIDDEL VAN INTERVIEWS BIJ COLLEGA-HUISARTSEN OMTRENT HUN DENKPATROON BIJ HET AL OF NIET VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA BIJ ACUUT ZIEKE KINDEREN. WIJ TRACHTEN DE FACTOREN DIE ZIJ MEENEMEN IN HUN BESLISSING IN KAART TE BRENGEN, NAAST DE KLINISCHE PARAMETERS VAN HET ACUUT ZIEKE KIND.

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

INLEIDING:

ER WORDEN NOG STEEDS HEEL WAT ANTIBIOTICA VOORGESCHREVEN BIJ ACUUT ZIEKE KINDEREN DOOR DE VLAAMSE HUISARTSEN. ZO BLIJKT OOK UIT DE CIJFERS VAN HET RIZIV VAN 2014, WAARBIJ 38 % VAN ALLE KINDEREN (0-15J) BLEKEN EEN SYSTEMISCH ANTIBIOTICUM VOORGESCHREVEN TE ZIJN. DEZE WERDEN REEDS UITVOERIG BESPROKEN OP EEN CONSENSUSVERGADERING OMTRENT HET RATIONEEL GEBRUIK VAN ANTIBIOTICA BIJ ACUUT ZIEKE KINDEREN IN DE AMBULANTE ZORG. MAAR HET IS ONDUIDELIJK DOOR WELKE RATIONELE EN MINDER RATIONELE ARGUMENTEN (KLINISCH/BIOSOCIAAL/OMGEVINGSFACTOREN) HUISARTSEN ZICH LATEN LEIDEN OM ANTIBIOTICA VOOR TE SCHRIJVEN. NU BLIJKT DAT HUISARTSEN NIET ENKEL OP KLINISCHE PARAMETERS AFGAAN, MAAR OOK HEEL WAT BIOSOCIALE EN OMGEVINGSFACTOREN IN REKENING NEMEN. BIJ DIT ONDERZOEK HADDEN WIJ GRAAG AAN DE HAND VAN INTERVIEWS BETER ZICHT GEKREGEN OP DEZE EXTERNE FACTOREN, ZODANIG DAT WIJ VOOR DE TOEKOMST NIEUWE AANGRIJPINGSPUNTEN HEBBEN OM HUISARTSEN RATIONELER ANTIBIOTICA TE LATEN VOORSCHRIJVEN.

ONDERZOEKSVRAAG:

WELKE ZIJN DE ONDERLIGGENDE DENKPATRONEN DIE VLAAMSE HUISARTSEN IN REKENING NEMEN OM AL DAN NIET ANTIBIOTICA VOOR TE SCHRIJVEN BIJ ACUUT ZIEKE KINDEREN?

METHODE:

1. ER ZAL EEN UITGEBREID LITERATUURONDERZOEK WORDEN UITGEVOERD OM DE VRAGEN VOOR HET INTERVIEW OP TE STELLEN.
2. OP VRIJWILLIGE BASIS ZULLEN WIJ TRACHTEN ZOVEEL ALS MOGELIJK COLLEGA-HUISARTSEN TE RECRUTEREN OM MEE TE WERKEN AAN ONS ONDERZOEK. VERVOLGENS ZULLEN WIJ HEN ONDERVRAGEN OMTRENT HUN DENKPATROON VOOR HET AL OF NIET VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA. AAN DE HAND VAN DE BESCHIKBARE LITERATUUR ZAL DE MEEST GESCHIKTE METHODE HIERVOOR WORDEN UITGEWERKT (CASUSSEN AANGEBRACHT DOOR DE HUISARTS, ONDERZOEKER)
3. VERVOLGENS ZULLEN WIJ OP EEN GECODEERDE MANIER DE VERZAMELDE GEGEVENS GAAN VERWERKEN EN ANALYSEREN.

WELKE RESULTATEN VERWACHT JE?

HOPELIJK KUNNEN WIJ EEN AANTAL GEMEENSCHAPPELIJKE PARAMETERS GAAN IDENTIFICEREN DIE HUISARTSEN IN REKENING NEMEN BIJ HET AL OF NIET VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA.

WELKE MOGELIJKE WINST ZOU DIT KUNNEN OPLEVEREN IN DE TOEKOMST?

DOOR EEN BETER ZICHT TE KRIJGEN OP DE DENKPATRONEN VAN DE HUISARTSEN KUNNEN WE HOPELIJK IN DE TOEKOMST DEZE GEGEVENS GAAN GEBRUIKEN OM NIEUWE INTERVENTIES TE BEDENKEN OM ARTSEN AAN TE ZETTEN OM OP EEN RATIONELE MANIER (MAW VOLGENS DE GELDENDE EBM RICHTLIJNEN) ANTIBIOTICA VOOR TE SCHRIJVEN. INDIEN DIT LUKT, ZOU DIT VOOR DE GANSE POPULATIE EEN VOORDEEL KUNNEN BETEKENEN IN ONZE STRIJD TEGEN ANTIBIOTICA-RESISTENTIE.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- X THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☐ EPIDEMIOLOGISCH

WIJ ZULLEN TRACHTEN DE BEPALENDE FACTOREN OM AL OF NIET ANTIBIOTICA VOOR TE SCHRIJVEN BIJ EEN ACUUT ZIEK KIND TE IDENTIFICEREN.

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
X NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN: UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
X JA

❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : BIJ DIT ONDERZOEK ZULLEN DE PROEFPERSONEN COLLEGA-HUISARTSEN ZIJN.

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
❑ JA
X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: TUSSEN DE 10-30, KWALITATIEF ONDERZOEK
D. LEEFTIJD : TUSSEN 25-90 JAAR OUD
E. GESLACHT : ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? OP BASIS VAN BEREIDWILLIGHEID OM MEE TE WERKEN AAN HET ONDERZOEK EN OP BASIS VAN LOCATIE (LOKALE HUISARTSENKRING OF REGIO)

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA

❑ NEEN

MONDELING :

X JA

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? NIET VAN TOEPASSING.

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? NIET VAN TOEPASSING

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN

❑ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? NIET VAN TOEPASSING

C. GAAT HET OM KINDEREN?

NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ? NVT

BIJ DEZE MASTERPROEF WORDT ENKEL DE HUISARTS VAN HET KIND GEÏNTERVIEWD OMTRENT ZIJN DENKPATROON EN ZAL IK, ALS ONDERZOEKER, GEEN TOEGANG HEBBEN TOT DE GEGEVENS IN HET DOSSIER VAN HET DESBETREFFENDE ACUUT ZIEKE KIND. WE TRACHTEN ENKEL INZICHT TE KRIJGEN IN HET DENKPATROON VAN DE HUISARTS.

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN? NVT

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA

❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X JA

NEEN

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

UGENT 'NO FAULT'

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

TOT HIERTOE WERD GEEN ANALOOG ONDERZOEK TERUGGEVONDEN. VERDER LITERATUURONDERZOEK ZAL HIEROP MEER ZICHT GEVEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
❑ JA
X NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
X JA

❑ NEEN
KAN MOGELIJKS EEN AANPASSING VAN DE HUIDIGE CAMPAGNES OM RATIONEEL VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA TE PROMOTEN TOT GEVOLG HEBBEN.

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?
X JA

❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NVT

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

X JA

❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR. LAURENCE VIAENE
B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN?
X JA

❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?
X JA

❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DR. LAURENCE VIAENE, IK ZAL TELEFONISCH BEREIKBAAR ZIJN INDIEN NODIG.

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK? NIET VAN TOEPASSING

~~**21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?**~~

~~**22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?**~~

~~**23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?**~~

~~**24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?**~~

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X NIET VAN TOEPASSING

- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM: 27/2/2017
NAAM: Dr Laurence Vaene
HANDTEKENING:

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM:
NAAM:
HANDTEKENING:
Dr. J. SOENS BVBA
Liebaardstraat 170 - 8732 DESSELGEM
☎ 056/71 40.86
RIZIV 1/34280/65/004

PROMOTOR
DATUM: 27/2/17
NAAM: Dr An De Sutter
HANDTEKENING:
→ zie bijlage

CO-PROMOTOR
DATUM: 27/2/17
NAAM: Marick Lemienpe
HANDTEKENING:

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)
DATUM: 27/2/17
NAAM: Prof Dr Jan De Maeseneer
HANDTEKENING:

Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0370	14-jun-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Onderliggende drijfveer tot het voorschrijven van antibiotica bij kinderen in de huisartsenpraktijk, kwalitatief onderzoek (MaNaMa Laurence Viaene)

Belgisch Registratienummer: B670201732006

* Antwoord onderzoekers via mail dr. L. Viane dd. 06/06/2017 op opmerkingen EC dd. 27/03/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 26/05/2017 (versie 7)
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 4/06/2017 (versie 4)
* Vragenlijsten dd. 4/06/2017
  Vragenlijst interview (versie 7)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 13/06/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/06/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/06/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/06/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/06/2017**

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0370	14-jun-17	Zie "CC"

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185 B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66

Onderliggende drijfveer tot het voorschrijven van antibiotica bij kinderen in de huisartsenpraktijk, kwalitatief onderzoek.

Onderzoekers: Dr. Laurence Viaene en Dr. Barbara Minne
Promotor: Prof. Dr. An De Sutter (Universiteit Gent)
Co-promotor: Dr. Marieke Lemiengre (Universiteit Gent)

Beste deelnemer aan het onderzoek,
In kader van deze masterproef had ik u graag geïnformeerd omtrent de inhoud van deze studie.
In Vlaanderen worden de dag van vandaag nog steeds heel wat antibiotica voorgeschreven bij acuut zieke kinderen. Via deze masterproef hadden wij graag een beter zicht gekregen op welke factoren jullie in rekening nemen om al dan niet antibiotica te gaan voorschrijven bij een acuut ziek kind, naast hun klinische parameters. Het is belangrijk dat wij dit denkpatroon voor de toekomst kunnen in kaart brengen, zodanig dat wij mogelijke aangrijpingspunten hebben om ons huidig antibioticabeleid nog te gaan verbeteren.
Er zal binnenkort bij u een interview worden afgenomen aan de hand van casussen omtrent uw denkpatroon bij het voorschrijven van antibiotica bij kinderen. We zullen u vriendelijk vragen of u de tijd zou willen nemen om aan dit interview deel te nemen. Dit zal ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universitair Ziekenhuis Gent en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. De verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van de Prof. Dr. An De Sutter.

Toestemming en weigering:
Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kan weigeren aan het interview deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed heeft op uw relatie met de onderzoeker. Indien u toestemt om deel te nemen, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Voordelen:
Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen mogelijks leiden toe een nieuwere en meer efficiënte manier om antibiotica te gaan voorschrijven bij acuut zieke kinderen in de huisartsensetting.

Kosten:
Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt u ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid:
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden

gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Alvast bedankt voor uw tijd en medewerking.

Dr. Laurence Viaene
Dr. Barbara Minne

Contactinformatie:

Indien gewenst of bij vragen in verband met de studie kan u steeds contact opnemen met Dr. Laurence Viaene op het onderstaande mailadres of telefoonnummer.

Dr. Laurence Viaene
Huisarts-in-opleiding
KU Leuven/ U Gent
Email: laurence.viaene@liebaard.be
Praktijk Liebaard : O56/71.40.86 keuzenummer 3

(Co-)Promotoren: Dr. Marieke Lemiengre, AAP
Prof. Dr. An De Sutter
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent
De Pintelaan 185 6K3, 9000 Gent
Praktijkopleider: Dr. Johan Soens
Liebaardstraat 170
8792 Desselgem
056/71.40.86 keuzenummer 2

Toestemmingsformulier

Onderliggende drijfveer tot het voorschrijven van antibiotica bij kinderen in de huisartsenpraktijk, kwalitatief onderzoek.

Onderzoekers: Dr. Laurence Viaene en Dr. Barbara Minne

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter (Universiteit Gent)

Co-Promotor: Dr. Marieke Lemiengre (Universiteit Gent)

Ik, ……..

verklaar hierbij dat ik wens deel te nemen aan het onderzoek van Dr. Laurence Viaene en Dr. Barbara Minne.

(1) Ik heb hierbij op een begrijpelijke wijze zowel schriftelijk als mondeling kennis genomen van het informatieformulier voor de deelnemers aan deze studie. Ik ga akkoord met de inhoud van dit document en wens ook deel te nemen aan het onderzoek op vrijwillige basis.

(2) Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethische Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie

(3) Ik heb hierbij kennis genomen van de goedkeuring voor de aanvraag door de ethische commissie.

(4) Ik weet dat ik op elk moment van de studie kan extra informatie inwinnen omtrent het onderzoek indien gewenst.

(5) Ik ben er mij van bewust dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten teweeg zal brengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

(6) Ik stem hierbij toe dat de onderzoeksresultaten op een gecodeerde wijze zullen verwerkt worden door de proefleiders met respect voor mijn privacy.

(7) Ik ben er mij van bewust dat ik op elk moment een kopie kan verkrijgen van de samenvatting van de onderzoeksresultaten.

(8) Ik neem ook kennis van het feit dat ik mij op elk moment kan terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in een database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam van de deelnemer:…… **Naam onderzoeker: ……..**

Datum:…….. **Datum: ……**

Handtekening deelnemer: **Handtekening onderzoeker:**

Vragenlijst Semigestructureerde Interviews

Beschrijf kort de arts: leeftijd, praktijkvorm, regio

Vragen:

1. Kan je u de laatste 3 casussen met een ziek kind er even bijnemen? En deze kort voorstellen?

Per casus:

1. Het kind zat in de wachtzaal, wat dacht u toen het binnenkwam? Zo, de eerste indruk? Hoe belangrijk is die eerste indruk voor u?

2. Beschrijf kort de situatie van ziekte en het kind zelf? Hoe ging het consult verder?
   Welke zaken heeft u bevraagd? Wat vindt je hierbij belangrijk?
   Wat dacht u op het einde van de anamnese? Wat ging er in uw hoofd om?

3. Wat heeft u tijdens klinisch onderzoek gevonden? Hoe heeft u het klinisch onderzoek aangepakt? Wat dacht u op dat moment?

4. Heeft u extra of technische onderzoeken gedaan?

5. Wat is voor u het moment waar je je beleidsplan opstelt en hoe maakt u het op? Welke afwegingen heeft u gemaakt om al dan niet antibiotica voor te schrijven?

6. Hoe heeft u het beleidsplan aan de ouders meegedeeld?

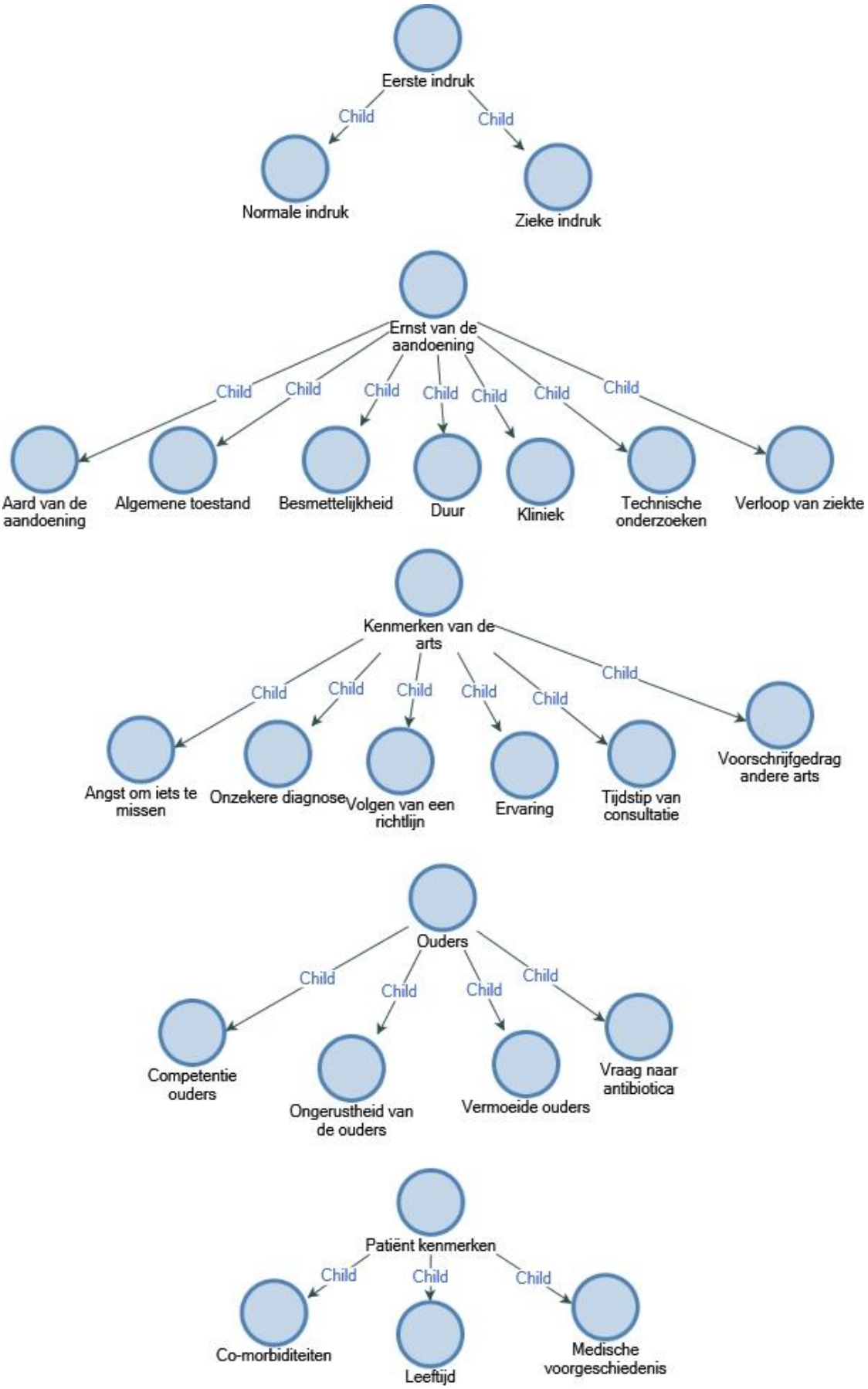
Algemene vragen:

1. Zijn er concrete afspraken omtrent het voorschrijven van antibiotica in de praktijk? Ervaar je veranderingen in uw voorschrijfgedrag?
2. Heeft u zelf suggesties omtrent zaken die ons voorschrijfgedrag zouden kunnen veranderen? Wat zou u kunnen ondersteunen om nog gerichter antibiotica voor te schrijven?

Profiel van de deelnemende artsen

Regio	**Praktijkvorm**	**Leeftijd(j)**	**Geslacht**	**Zelf kinderen**
Zuid-West-Vlaanderen	Duo-praktijk	53	Man	Ja
Midden-West-Vlaanderen	Duo-praktijk	62	Man	ja
Zuid-West-Vlaanderen	Duo-praktijk	30	Man	nee
Zuid-West-Vlaanderen	Groepspraktijk	29	Man	nee
Midden-West-Vlaanderen	Duo-praktijk	28	Man	nee
Zuid-West-Vlaanderen	Groepspraktijk	55	Man	nee
Zuid-West-Vlaanderen	Groepspraktijk	53	Vrouw	ja
Noord-West-Vlaanderen	Groepspraktijk	28	Vrouw	nee
Westhoek	Duo-praktijk	27	Vrouw	nee
Zuid-West-Vlaanderen	Groepspraktijk	29	Vrouw	nee
Noord-West-Vlaanderen	Groepspraktijk	40	Vrouw	ja
Zuid-West-Vlaanderen	Duo-praktijk	27	Vrouw	nee
Westhoek	Groepspraktijk	29	Vrouw	nee

Codeboom


Eerste indruk
Child
Child
Normale indruk
Zieke indruk
Ernst van de aandoening
Child
Child
Child
Child
Child
Child
Child
Aard van de aandoening
Algemene toestand
Besmettelijkheid
Duur
Kliniek
Technische onderzoeken
Verloop van ziekte
Kenmerken van de arts
Child
Child
Child
Child
Child
Child
Angst om iets te missen
Onzekere diagnose
Volgen van een richtlijn
Ervaring
Tijdstip van consultatie
Voorschrijfgedrag andere arts
Ouders
Child
Child
Child
Child
Competentie ouders
Ongerustheid van de ouders
Vermoeide ouders
Vraag naar antibiotica
Patiënt kenmerken
Child
Child
Child
Co-morbiditeiten
Leeftijd
Medische voorgeschiedenis