Kennis en verwachtingen van ouders die de huisarts consulteren met hun kind

Nelissen Sanne, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Mei 2013

Abstract: Kennis en verwachtingen van ouders die de huisarts consulteren met hun kind.

Haio: Sanne Nelissen (Katholieke universiteit Leuven)

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys (Katholieke Universiteit Leuven)

Praktijkopleider: Dr. Ria Cornelissen en Dr. Hilde Goossens

Context: Eén van de meest voorkomende problemen waarmee patiënten hun huisarts consulteren, is de bovenste luchtweginfectie. Antibiotica spelen weinig rol bij de behandeling van deze infecties, aangezien de oorzaak meestal viraal is. In de ambulante praktijk wordt er echter te vaak antibiotica voorgeschreven voor luchtweginfecties, hetgeen bijdraagt tot het ontwikkelen van resistentie. Er wordt het vaakst antibiotica voorgeschreven aan kinderen. Eén van de redenen voor dit overmatig antibioticagebruik is dat artsen gemakkelijker antibiotica voorschrijven als zij een antibioticawens bij de ouders vermoeden.

Onderzoeksvraag: Wat wensen ouders die op consultatie komen met hun kind? Is dit voornamelijk een goede communicatie, een goed klinisch onderzoek, een diagnose of een medicatievoorschrift? Hoe belangrijk vinden zij antibiotica en wat is hun kennis hierover? De tevredenheid van de patiënt na de consultatie wordt nagegaan. Zijn zij tevreden over hun huisarts, en zo ja, waarom? Ook het inzicht van de huisarts hierover wordt bevraagd. Ervaren zij soms druk van de ouders om antibiotica voor te schrijven?

Methode (literatuur & registratiewijze): In de literatuur wordt er nagegaan wat de verwachtingen zijn van de ouders. Het voorschrijfgedrag van de arts wordt ook onder de loep genomen: welke factoren beïnvloeden zijn beleid? Er wordt gezocht op CEBAM en MEDLINE/PubMed. 25 studies worden geïncludeerd. Voor het eigen onderzoek worden er twee vragenlijsten opgesteld. Eentje voor de ouders die bestaat uit een deel voor en een deel na de consultatie. In het deel voor de consultatie wordt er gevraagd naar de verwachtingen van de ouders en naar hun antibioticawens. Ook hun kennis over antibiotica wordt nagegaan. In het deel na de consultatie wordt er gepeild naar hun tevredenheid en welke zaken daartoe geleid hebben. Deze vragenlijst wordt verdeeld onder 22 huisartsenpraktijken te Limburg. Een andere vragenlijst wordt elektronisch naar huisartsen verstuurd. In deze vragenlijst wordt er gepeild naar de factoren die het beleid van de huisarts beïnvloeden. Tevens wordt hen gevraagd de wensen van de ouders in te schatten.

Resultaten: De ouders vulden 114 vragenlijsten in, waarvan er 85 werden geïncludeerd. Uit deze ondervraging blijkt dat de ouders het meeste belang hechten aan een goed klinisch onderzoek en het stellen van een diagnose. Verder vinden ze het belangrijk dat de huisarts hen een goede uitleg verschaft, naar hen luistert en op hun vragen antwoordt. Het ontvangen van antibiotica krijgt van de ouders de laagste prioriteit. 78,8% van de ouders wenst enkel antibiotica als de arts dit nodig vindt voor de medische toestand van hun kind. Slechts één ouder wenste expliciet antibiotica. 95,3% van de ouders kent het probleem van resistentie. Alle ouders waren tevreden of zeer tevreden na de consultatie. De meest geciteerde redenen hiervoor zijn een goede uitleg en een goed klinisch onderzoek. 212 huisartsen vulden een enquête in, die allemaal werden geïncludeerd. Zij schatten correct in dat de ouders het meeste belang hechten aan een goed klinisch onderzoek. De huisartsen denken ook terecht dat antibiotica laag op de verlanglijst van de ouders staat. Desondanks denkt nog 52,6% van de huisartsen dat dit in meer dan een kwart van de consultaties gewenst wordt. 98,5% van de artsen ondervindt wel eens druk van de ouders om antibiotica voor te schrijven, al gebeurt dit eerder zelden. 97% van de huisartsen stemt wel eens in met de wensen van de ouders, zonder dat ze dit noodzakelijk vinden voor de medische toestand van het kind, al zegt de grootste groep (46%) dat dit slechts zelden gebeurt. De artsen stemmen hun beleid voornamelijk af op de anamnese en het klinisch onderzoek. Ook de eigen ervaring en wetenschappelijke richtlijnen spelen een grote rol. In vergelijking hiermee, dragen de wensen van de ouders slechts weinig bij tot hun beslissing.

Conclusies: Ouders hechten het meeste belang aan een goed klinisch onderzoek en het stellen van een diagnose. Verder verkiezen zij een goede uitleg en een huisarts die goed naar hen luistert en op hun vragen antwoordt, boven het verkrijgen van een medicatievoorschrift.

E-mail: sanne_nelissen@hotmail.com

Inhoudstafel

1 Inleiding 5

2 Doel van de studie 5

3 Materiaal en methode 6

3.1 Literatuurstudie 6

3.2 Vragenlijsten 6

3.3 Verwerken van de gegevens 7

4 Literatuurstudie 7

4.1 Voorschrijfgedrag van de artsen 7

4.1.1 Artsgebonden factoren 8

4.1.2 Patiëntgebonden factoren 8

4.2 Wensen en verwachtingen van ouders 9

4.3 Kennis van ouders over antibiotica 10

4.4 Patiënttevredenheid 11

5 Resultaten eigen onderzoek 12

5.1 Vragenlijst voor de ouders 12

5.1.1 Vragenlijst voor de consultatie 13

5.1.1.1 Demografische gegevens 13

5.1.1.2 Symptomen en medicatie van het kind 14

5.1.1.3 Ongerustheid van de ouders 15

5.1.1.4 Kennis van de ouders 15

5.1.1.5 Wensen en verwachtingen van de ouders 17

5.1.2 Vragenlijst na de consultatie 19

5.1.2.1 ICE 19

5.1.2.2 De uitleg 19

5.1.2.3 Diagnose en medicatie 20

5.1.2.4 Tevredenheid 22

5.2 Vragenlijst voor de arts 23

5.2.1 Demografische gegevens 23

5.2.2 ICE bevragen 23

5.2.3 Wat zijn de wensen van de ouders volgens de huisarts 25

5.2.4 Het beleid bepalen 27

6 Discussie 33

6.1 Bespreking van de resultaten en vergelijking met de literatuur 33

6.1.1 Vragenlijst voor de ouders 33
6.1.1.1 Kennis van de ouders 33
6.1.1.2 Wensen en verwachtingen van de ouders 33
6.1.1.3 Tevredenheid van de ouders 34
6.1.1.4 Verloop van de consultatie 34
6.1.2 Vragenlijst voor de arts 35
6.1.2.1 ICE bevragen 35
6.1.2.2 Wensen van de ouders inschatten 35
6.1.2.3 Beleid bepalen 36
6.2 Beperkingen van de studie 36
6.3 Opgeroepen vragen 37
7 Besluit 37
8 Literatuurlijst 38
Bijlagen 41

1 Inleiding

Eén van de meest voorkomende problemen waarmee patiënten hun huisarts consulteren, is de bovenste luchtweginfectie (BLWI). Antibiotica spelen weinig rol bij de behandeling van deze infecties, aangezien de oorzaak meestal viraal is[1]. In de ambulante praktijk wordt er echter te vaak antibiotica voorgeschreven voor luchtweginfecties[2-3]. Dit overmatig gebruik heeft enkele nadelen tot gevolg. Naast ongewenste effecten als gastro-intestinale klachten of allergische reacties, kost het ook geld aan de maatschappij[3-4]. Verder is er de zogenaamde 'medicalisering' van de ziekte. Het onnodig voorschrijven van antibiotica geeft een verkeerd signaal aan de patiënt. Het moedigt hem aan om later opnieuw de arts te raadplegen voor een onschuldige zelflimiterende ziekte en te denken dat antibiotica nodig zijn, hetgeen tot een vicieuze cirkel leidt. Verschillende studies tonen ook aan dat het overmatig gebruik van antibiotica verband houdt met een toenemende resistentie bij bacteriën [4-5].

Er wordt het vaakst antibiotica voorgeschreven aan kinderen. In de leeftijdscategorie onder de vijftien jaar ligt dit zelfs drie keer zo hoog als in een andere leeftijdsgroep[6]. Bovenste luchtweginfecties komen zeer frequent voor bij kinderen, zijn een belangrijke oorzaak van antibioticamisbruik en dragen op die manier bij tot het ontwikkelen van resistentie[5,7].

Er wordt meer antibiotica voorgeschreven als artsen denken dat ouders dit wensen[3-4]. Maar wensen ouders wel zoveel antibiotica als de artsen soms denken? Wat is eigenlijk de voornaamste wens wanneer de ouders met hun kind op consultatie komen bij de huisarts? Hierin leek mij een interessant onderwerp voor verder onderzoek te liggen. Vrijwel elke huisarts krijgt dagelijks met deze materie te maken en daardoor is het zeer herkenbaar.

2 Doel van de studie

Aan de hand van vragenlijsten wordt er getracht te achterhalen wat ouders voornamelijk wensen wanneer zij op consultatie komen bij hun huisarts: is het voornamelijk het communicatieve aspect (een goede uitleg, antwoord op vragen), het klinische aspect (goed klinisch onderzoek, het stellen van een diagnose) of een medicatievoorschrift (symptomatische medicatie, antibiotica). Hoe belangrijk vinden zij antibiotica en wat is hun kennis hierover? Ook de tevredenheid van de patiënt wordt nagegaan. Zijn zij tevreden over hun huisarts, en zo ja, waarom? Houdt dit verband met hun vooropgestelde verwachtingen?

Ook het inzicht van de huisarts hierover wordt bevraagd. Kunnen de huisartsen goed inschatten wat hun patiënten belangrijk vinden? Komt dit overeen met wat de patiënten vertellen? Hoe vaak denken zij dat patiënten antibiotica wensen en beïnvloedt dit hun beleid? Wat bepaalt vooral hun beleid? Hoe goed peilen de Limburgse huisartsen naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (ICE) van de patiënt?

Deze resultaten worden vergeleken met wat er in de literatuur gevonden wordt. Het doel van deze studie is om de situatie na te gaan zoals ze hedendaags is in Limburg, Vlaanderen. Veel van de literatuur dateert van meer dan vijf jaar geleden: is deze nog up to date?

Op deze manier wordt er een overzicht gecreëerd waaruit vragen kunnen worden opgeroepen voor toekomstig onderzoek.

3 Materiaal en methode

3.1 Literatuurstudie

Het doel van het literatuuronderzoek is een zicht te krijgen op het voorschrijfgedrag van de artsen en op welke manier de wens van de patiënt hier een invloed op heeft. In tweede instantie wordt ook bekeken wat nu eigenlijk de verwachtingen zijn van ouders wanneer zij op consultatie komen met hun kind. Zijn antibiotica zo belangrijk voor de ouders als artsen soms denken?

Hiervoor werd er op CEBAM en MEDLINE/PubMed gezocht met volgende zoektermen: 'patient expectations' 'children' 'parent expectations' 'upper respiratory tract infections' 'prescribing' en 'antibiotics'. Verschillende zoektochten met een combinatie van deze termen, brachten meer dan 2096 resultaten op. Er werd verder gescreend naar relevante titels, waarvan telkens de abstract werd gelezen. 54 teksten die relevant leken voor de studie werden volledig gelezen. 29 studies werden niet weerhouden om verschillende redenen: irrelevantie voor dit onderwerp, kleine studiepopulatie of meer dan twintig jaar geleden gepubliceerd. Op die manier werden uiteindelijk 25 studies bekomen.

3.2 Vragenlijsten

Het eigen onderzoek gebeurde door middel van schriftelijke vragenlijsten. Er werd gekozen om te werken met twee vragenlijsten: één voor de ouders en één voor de huisarts. De vragenlijsten werden opgesteld met enquêtes en vragen uit de literatuur als voorbeeld. Alles verliep in overleg met de promotor, Prof. Dr. Jo Goedhuys. De vragenlijsten werden ook bekeken door Prof. Dr. Samuel Coenen, die in België reeds wat onderzoek uitvoerde omtrent dit onderwerp. Ze werden aangepast naar zijn opmerkingen. Hierna werd de vragenlijst voor de ouders nagelezen door familie en vrienden en de vragenlijst voor de artsen door de collega's in de praktijk. Vragen die niet duidelijk waren, werden aangepast of geschrapt. Beide vragenlijsten werden goedgekeurd door de ethische commissie.

De vragenlijst voor de ouders bestaat uit twee delen (zie bijlage 1). Het eerste deel moet door de ouders ingevuld worden voor de consultatie en peilt voornamelijk naar de verwachtingen van de ouders voor zij bij de huisarts binnengaan en hun kennis over antibiotica. Het tweede deel wordt na de consultatie ingevuld en vraagt naar hun tevredenheid over de consultatie, hetgeen de arts voorgeschreven heeft en hoe de communicatie met de arts verliep. Het deel voor en na de consultatie bevindt zich in dezelfde bundel. Vooraan zal uitgelegd worden dat er een deel voor en een deel na de consultatie ingevuld moet worden en zal gevraagd worden dit te respecteren om de resultaten van de studie niet te beïnvloeden. Deze delen zullen duidelijk gescheiden worden door een titel bovenaan de respectievelijke vragenlijst. Er gaat een informatief gedeelte aan de vragenlijst vooraf waarin de anonimiteit van de ouders gegarandeerd wordt. De ouders moeten eerst een vakje aankruisen waarmee ze bevestigen dat ze deze informatie gelezen en begrepen hebben (informed consent). De vragenlijst werd opgesteld met enquêtes vanuit de literatuur als voorbeeld. Interessegebieden die niet in de literatuur beschreven stonden, werden toegevoegd. De doelgroep bestaat uit ouders die met hun kind tussen 0 en 12 jaar oud op consultatie komen. Het kind moet ten minste één symptoom van een bovenste luchtweginfectie vertonen: neusverkoudheid, hoesten, koorts, heesheid, keelpijn of oorpijn. De ouders moeten Nederlandstalig zijn om de vragenlijst te kunnen invullen. Er worden ook enkele exclusiecriteria gehanteerd. Indien het kind geen symptomen

van een bovenste luchtweginfectie vertoonde, wordt de vragenlijst niet geïncludeerd. Als zij reeds antibiotica aan het nemen waren, wordt de vragenlijst ook verworpen, omdat de verwachtingen van de ouders dan anders kunnen liggen en een deel van de vragen niet meer van toepassing zijn. Omwille van dezelfde reden worden ook kinderen die de voorbije twee weken reeds bij de huisarts geweest waren, uitgesloten. De termijn van twee weken werd in verscheidene studies gehanteerd[1,8]. Deze in- en exclusiecriteria worden verwerkt in de vragenlijst zelf. Vervolgens werd de vragenlijst verdeeld over zoveel mogelijk huisartspraktijken. Huisartsen in de woon-werkomgeving van de auteur werden telefonisch gecontacteerd en gevraagd of zij willen deelnemen. Uiteindelijk werd de vragenlijst geplaatst in de wachtzaal van 22 huisartsenpraktijken in Hechtel-Eksel, Peer, Houthalen-Helchteren en Zonhoven, te Limburg. De registratieperiode liep van 1 juli 2012 t.e.m. 31 december 2012. De ouders werden aangemoedigd de vragenlijst in te vullen via een poster die in de wachtzaal opgehangen werd. Indien aanwezig, werden de ouders ook via de secretaresse aangemoedigd. De vragenlijsten werden handmatig door de auteur verdeeld en weer opgehaald.

De vragenlijst voor de huisarts moest slechts eenmalig worden ingevuld (zie bijlage 2). In deze enquête wordt er onder andere gepeild naar het voorschrijfgedrag van de artsen, of zij zich laten beïnvloeden door de wensen van de patiënt, wat zij denken dat ouders wensen van een consultatie, hoe zij omgaan met diagnostische onzekerheid en of zij goed de ICE (Ideas, Concerns, Expectations) van de patiënt bevragen. Om zoveel mogelijk huisartsen te bereiken, werd er gekozen voor een elektronische versie van de vragenlijst. Dit gebeurde met behulp van de website 'www.thesistools.com'. Klinische laboratoria uit Limburg en Antwerpen werden gecontacteerd met de vraag of zij beschikten over emailadressen van huisartsen. Deze huisartsen ontvingen een email met de link naar de vragenlijst. Na een aantal weken ontvingen zij ook een herinneringsmail om de respons te verhogen.

3.3 Verwerken van de gegevens

De gegevens van zowel de vragenlijsten voor de ouders als de artsen werden in een bestand gezet via Microsoft Excel. In dit formaat werden er berekeningen uitgevoerd en interessante verbanden bekeken en uitgewerkt.

4 Literatuurstudie

4.1 Voorschrijfgedrag van de artsen

Waarom schrijven artsen zoveel antibiotica voor aan kinderen met een bovenste luchtweginfectie? In de literatuur wordt het voorschrijfgedrag van de artsen geanalyseerd. De meeste studies komen overeen dat zowel medische als niet-medische factoren een rol spelen in het beslissingsproces van de arts. Volgens de artsen wegen de medische factoren, zoals het klinisch onderzoek en de algemene toestand van de patiënt, zwaarder door[2,9].

Dit wordt beschreven in een studie van S. Coenen[2] waar er aan de hand van een vragenlijst onderzocht wordt waarom artsen antibiotica voorschrijven voor hoesten. De belangrijkste redenen zijn klinisch van aard: bv. De longauscultatie, de algemene toestand van de patiënt, zijn voorgeschiedenis en de aanwezigheid van bepaalde symptomen (gekleurd sputum, dyspnee,…). Niet-medische redenen spelen ook een rol bij de beslissing tot voorschrijven, doch in mindere mate. Deze niet-medische redenen kunnen verder onderverdeeld worden in artsgebonden factoren

(diagnostische onzekerheid, persoonlijkheid van de arts, eigen ervaring,…) en patiëntgebonden factoren (wens van de patiënt voor antibiotica, ongerustheid, bekwaamheid ouders,…).

4.1.1 Artsgebonden factoren

Wanneer er klinisch geen duidelijke aanknopingspunten zijn, moet de arts omgaan met diagnostische onzekerheid en spelen niet-medische factoren een relatief grotere rol[3]. Artsen zijn er zich van bewust dat zij soms geneesmiddelen voorschrijven zonder goede indicatie. Zulk voorschrijfgedrag heeft verschillende oorzaken. Eentje daarvan is deze diagnostische onzekerheid. Er bestaan weinig goede, snelle testen om het onderscheid te maken tussen een virale en een bacteriële bovenste luchtweginfectie. Hierdoor blijft de arts na het klinisch onderzoek vaak in twijfel achter[6].

Ook de persoonlijkheid van de arts is een erg belangrijk gegeven. Zo beschreven De Sutter e.a.[10] dat sommige artsen een defensieve houding vertonen. Dit vertaalt zich in een risicovermijdend gedrag waarbij de artsen van mening zijn om beter te vaak medicatie voor te schrijven dan het risico te lopen een ernstige ziekte te missen. In deze studie werd met behulp van een vragenlijst gekeken hoe hoog het defensieve gedrag van de arts is. De artsen die een groot risicovermijdend gedrag vertoonden, schreven meer antibiotica voor tijdens hun consultaties.

Er wordt ook antibiotica voorgeschreven uit vrees voor complicaties, zoals mastoïditis en pneumonie[11]. De eigen ervaring speelt hierbij een grote rol. Indien een arts in het recente verleden een pneumonie gemist heeft, zal hij sneller geneigd zijn om antibiotica voor te schrijven[6]. Een andere reden om te veel medicatie voor te schrijven, is tijdsgebrek. Sommige artsen vinden het uitleggen van hun onzekerheid, het differentieel diagnostisch landschap en hoe de ouders hiermee om moeten gaan, te tijdrovend. Een voorschrift is een makkelijke manier om een moeilijke consultatie af te sluiten[12].

4.1.2 Patiëntgebonden factoren

Naast deze artsgebonden factoren zijn ook patiëntgebonden factoren van belang. Een vaak geciteerde oorzaak van een onnodig antibioticavoorschrift is de druk die artsen ervaren van de ouders om antibiotica voor te schrijven[6]. In een studie van Huang e.a.[13] beweert 50% van de ondervraagde kinderartsen af en toe druk van de ouders te ervaren om antibiotica voor te schrijven. In de studie van Rousounidis e.a.[7], waarbij er een vragenlijst verdeeld wordt onder kinderartsen, vertellen twee artsen op drie die druk soms te voelen. Ze voegen hier echter aan toe dat ze niet aan deze druk toegeven en dat het hun voorschrijfgedrag niet beïnvloedt. Ze zeggen daarentegen te denken dat hun collega's hier soms wel aan toegeven.

Uit verschillende studies blijkt echter dat er meer antibiotica wordt voorgeschreven als ouders dit wensen. In de studie van Huang e.a.[13] geeft één op drie kinderartsen toe een onnodig antibioticavoorschrift te maken als ouders dit wensen, in een andere studie stijgt het aantal voorschriften met 43%[14]. In de studie van Cockburn e.a.[15] wordt er drie keer meer medicatie voorgeschreven als ouders dit wensen.

Mangione-Smith e.a.[8] daarentegen vinden in hun studie geen significant verband tussen het voorschrijfgedrag van de artsen en de wens van de ouders. De reden hiervoor is dat artsen deze wens niet goed kunnen inschatten[1,4]. In een studie van von Ferber e.a.[12] wordt duidelijk dat artsen de verwachtingen van hun patiënt niet goed kunnen identificeren: sommige patiënten kregen geen voorschrift terwijl zij dit wensten, anderen kregen er wel één terwijl zij voornamelijk kwamen voor

informatie en steun. Artsen denken dat ouders antibiotica wensen als zij hier rechtstreeks om vragen, maar ook als ze het indirect over antibiotica hebben. Een voorbeeld hiervan is: “Bij de onthaalmoeder was er ook een jongen ziek en die heeft antibiotica gekregen”. Dit wordt door vele artsen geïnterpreteerd als een antibioticawens, hoewel dit vaak niet het geval is. Ook aan lichaamstaal kan soms een verkeerde betekenis gegeven worden[1]. In de studie van Mangione-Smith e.a.[8] wordt de wens voor antibiotica door de artsen onderschat. In andere studies wordt er echter meer medicatie en antibiotica voorgeschreven dan de ouders op voorhand wouden[6,12,15-16].

Er is dus een groter verband tussen het aantal voorschriften en de perceptie van de arts dat de ouders een antibiotica wensen, dan de werkelijke wens van de patiënt[15-16]. Verschillende studies beamen dat er meer antibiotica wordt voorgeschreven als artsen denken dat ouders dit wensen[3-4]. In een studie van Van Driel e.a.[17] staat dat artsen tien keer meer geneigd zijn om antibiotica voor te schrijven als zij denken dat patiënten dit willen. In een andere studie van Mangione-Smith e.a.[1] schrijven kinderartsen in 48% van de gevallen antibiotica voor als zij denken dat de ouders dit wensen, ten opzichte van 10% als zij denken dat dit niet gewenst wordt. In een studie met huisartsen vindt men gelijkaardige resultaten: als de huisartsen denken dat de patiënt antibiotica wenst, schrijven zij bij het vermoeden van een virale ziekte in 62% van de gevallen antibiotica voor, in tegenstelling tot 7% wanneer zij dit niet denken[8]. Er wordt dan ook vaker een bacteriële diagnose op het ziektebeeld geplakt (70% bij vermoeden van antibioticawens bij de ouders, t.o.v. 31%). Dit fenomeen zien we ook in andere studies: Belongia e.a.[14] stellen vast dat er 2x meer ‘bronchitis’ gediagnosticeerd wordt als ouders antibiotica wensen. Dit wordt ook een diagnostische verschuiving genoemd[11].

4.2 Wensen en verwachtingen van ouders

Wat zijn echter de verwachtingen van ouders die met hun kind op consultatie komen? Wensen zij wel zoveel antibiotica als artsen soms denken? Na het lezen van de bestaande literatuur hierover, kunnen we besluiten dat de antibioticawens relatief laag op het verlanglijstje van de patiënt staat.

In een studie van Grol e.a.[18] wordt een vragenlijst verdeeld onder patiënten van minstens twaalf huisartsenpraktijken uit zeven Europese landen en Israël. Hierbij moeten de patiënten het belang van 38 items scoren. De aspecten die het hoogste scoren, zijn o.a. dat de dokter voldoende tijd voor hen neemt tijdens de consultatie, een snelle service biedt bij noodgevallen, informatie vertrouwelijk houdt, genoeg informatie geeft over de ziekte, de kans geeft aan de patiënten om hun verhaal te doen en dat de patiënt een snelle afspraak kan krijgen. Deze aspecten hebben dus voornamelijk te maken met de beschikbaarheid van de arts, communicatie en vertrouwen. Ze worden belangrijker geacht dan het verkrijgen van medicatie en dit is het geval in de acht verschillende landen.

Ruiz-Moral e.a.[19] vragen patiënten aan de hand van een vragenlijst naar hun verwachtingen en wensen vooraleer ze bij de huisarts naar binnen gaan. De meest voorkomende verwachtingen zijn: dat de dokter interesse toont en luistert, dat ze informatie krijgen over de diagnose en dat ze met hun problemen, vragen en twijfels terecht kunnen bij de arts. Zij besluiten dat er meer belang wordt gehecht aan ‘algemene verwachtingen’ zoals interesse tonen voor en luisteren naar de patiënt, dan aan ‘specifieke verwachtingen’ zoals een geneesmiddelenvoorschrift, een diagnostische test of een verwijzing naar een specialist.

Ook in andere studies wordt het geven van een goede uitleg en advies door de patiënten belangrijker geacht dan het verkrijgen van antibiotica[11,18].

De grote uitzonderingen op deze 'algemene verwachtingen' die voornamelijk met communicatie en vertrouwen te maken hebben, zijn een goed klinisch onderzoek en het stellen van een diagnose. Dit zijn twee klinische aspecten die ook steeds hoog op het verlanglijstje staan[11,19].

Hoe groot is de vraag naar antibiotica bij een bovenste luchtweginfectie eigenlijk? Deze cijfers variëren heel erg in de literatuur. In een studie van Welschen e.a.[4] wordt gesproken over 30-70% van de volwassenen die antibiotica wensen voor een bovenste luchtweginfectie, afhankelijk van de duur en de ernst van de klachten, hun vroegere ervaringen en het idee van de patiënt over de werking van antibiotica. In diverse studies bij ouders van kinderen met een bovenste luchtweginfectie, wordt er gesproken over 15-50%[7,14,20].

Er is meer vraag naar antibiotica wanneer de klacht oorpijn betreft[11]. Er wordt ook meer antibiotica verwacht in een praktijk waar dit veel wordt voorgeschreven, in vergelijking met praktijken waar er minder antibiotica wordt voorgeschreven. Een deel van de antibioticawens van de patiënt kan dus verklaard worden door een medicalisering van het probleem, zoals hierboven reeds beschreven. De verwachting van de patiënt kan beïnvloed worden door het voorschrijfgedrag van de arts in het verleden[16]. Een antibioticawens kan mogelijk ook ontstaan vanuit een slechte kennis hierover bij de ouders en de patiënt. Zo suggereren Van Driel e.a.[17] dat volwassenen die antibiotica wensen voor keelpijn eigenlijk vooral op zoek zijn naar een oplossing voor de pijn en verkeerdelijk denken dat antibiotica hen die biedt.

Patiënten die antibiotica wensen, hebben volgende kenmerken: lager opgeleiden[7], een ernstiger verloop of een langere duur van de ziekte[4], een voorgeschiedenis van complicaties, veel antibiotica ontvangen in het verleden[20], weinig kennis over antibiotica en een gebrek aan info hierover[21].

Patiënten die geen antibiotica wensen, hebben volgende kenmerken: hogere opleiding, jongere ouders [20], weinig antibiotica gehad in het laatste jaar en een goede kennis over antibiotica[22].

4.3 Kennis van ouders over antibiotica

Een betere kennis over antibiotica is gecorreleerd met een lagere vraag ernaar. Patiënten met een lagere kennis verwachten meer antibiotica en krijgen die ook meer[14]. Er werd al heel wat onderzoek gevoerd om te kijken hoe het staat met de kennis van ouders over antibiotica en hoe deze te verbeteren. Er wordt een betere kennis vastgesteld bij oudere patiënten, hoger opgeleiden, blanken, ouders die meer dan één kind hebben en ouders die meer blootstelling aan informatiebronnen hebben[21]. In een studie van Panagakou e.a.[11] wist 80% van de ondervraagden dat een virale aandoening zelflimiterend is, desalniettemin dacht 74% onder hen dat antibiotica hier mogelijk baat hebben. In dezelfde studie erkent 88% het probleem van resistentie. Rousounidis e.a.[7] vonden gelijkaardige resultaten: ook hier erkent 90% resistentie en wist 60% van de studiepopulatie dat virale aandoeningen zelflimiterend zijn. 87% wist te vertellen dat koorts geen indicatie is voor een antibiotische behandeling. Toch dacht 48,4% dat antibiotica de duur van een virale bovenste luchtweginfectie kan verkorten en dacht 73,5% dat antibiotica het optreden van complicaties zal vermijden. De ouders kennen dus de nadelen van antibiotica, maar hebben meer problemen met de

indicatie. Eén van de grote misverstanden die heerst, is dat er antibiotica nodig is voor groene neusloop[13,21].

Er zijn meerdere interventies uitgeprobeerd om de kennis bij de ouders te vergroten. De meeste van deze interventies geven informatie via folders, posters, video's of via de arts zelf. Maor e.a.[22] zien de verwachting m.b.t. antibiotica zakken met 10% na een interventie met folders en posters. Zij bekeken ook gelijkaardige studies en concluderen dat in de meeste studies dergelijke interventies effectief zijn om de houding van ouders ten opzichte van antibiotica te veranderen en het antibioticagebruik terug te dringen, doch in veel studies is dit effect maar bescheiden. Huang e.a.[13] stuurden in het jaar 2000 enquêtes met vragen over antibiotica rond in Massachusetts in de Verenigde Staten van Amerika. In de drie jaar die daarop volgden, stuurden zij nieuwsbrieven rond waarin zij een uitleg gaven over antibiotica. In 2003 stuurden zij opnieuw de enquête rond. Over de periode van drie jaar nam de kennis bij de ouders toe, maar was er geen significant verschil tussen de interventie- en de controlegroep. In een systematische review uitgevoerd door Andrews e.a.[5] wordt onderzocht welk soort interventies de grootste invloed hebben op de kennis van de ouders. Zo vonden zij dat interventies een groter effect hebben voor dan tijdens de consultatie. Als er illustraties in folders worden gebruikt, blijkt dit beter te werken dan wanneer er alleen tekst in staat. De interventies zijn ook effectiever wanneer zij over specifieke symptomen informeren, in plaats van over algemene opvattingen omtrent antibiotica (in verband met resistentie en dergelijke).

4.4 Patiënttevredenheid

Artsen halen vaak de vrees om de patiënt te verliezen aan als reden om tegemoet te komen aan de wens van deze patiënt[4,6].Uit verscheidene studies blijkt echter dat deze vrees onterecht is. Het voorschrijven van antibiotica heeft namelijk geen invloed op de tevredenheid van de patiënt. Tevredenheid is meer geassocieerd met een goede uitleg, communicatie en tijd voor de patiënt dan met het verkrijgen van medicatie[1,4,6].

In de studie van Mangione-Smith e.a.[1] zijn de patiënten die op voorhand antibiotica wensten, achteraf meer tevreden met een goed follow-upplan dan met antibiotica. Dit plan bestaat uit het uitleggen van alarmsymptomen en opnieuw contact met de arts zoeken als het kind zieker wordt.

Ouders zouden niet van arts veranderen omdat hij geen antibiotica voorschrijft[11,14]. In één studie zou 66,5% eerder overwegen om van arts te veranderen als hij teveel antibiotica voorschrijft, terwijl slechts 4,5% van arts zou veranderen als hij niet makkelijk antibiotica voorschrijft[7].

Hierbij dient wel gezegd dat tevredenheid een moeilijk te meten parameter is. Over het algemeen zijn patiënten zeer tevreden over hun arts en de consultatie. In de studie van von Ferber e.a.[12] was 98% van de patiënten tevreden met de consultatie. 1% had niet geantwoord en slechts 1% was ontevreden. Dit was omwille van lange wachttijden enerzijds en niet genoeg tijd voor overleg met de arts anderzijds. In de studie van Ruiz-Moral e.a.[19] was de grote meerderheid van de patiënten eveneens tevreden (87%).

Er zijn studies die zeggen dat het niet inlossen van verwachtingen tot ontevredenheid leidt, maar er zijn ook studies waarbij er geen mooie associatie aan te tonen valt tussen deze twee. Er is dus niet

altijd een vaststaand verband tussen de vooropgestelde verwachtingen en de tevredenheid achteraf[19].

De verwachtingen en de tevredenheid bij de ouders is dus grotendeels afhankelijk van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en een goede communicatie tussen beide partijen. Een goede communicatie kan ook een effect hebben op het aantal voorschriften. Zo tonen Matthys e.a.[23] aan dat er een mogelijk verband is tussen het exploreren van bezorgdheden en verwachtingen en een gedaald aantal voorschriften. Zij voerden een onderzoek in 36 opleidingspraktijken in België. Een student was aanwezig bij elk consult en noteerde of er gevraagd werd naar de ICE (Ideas, Concerns, Expectations) van de patiënt en of er medicatie werd voorgeschreven of niet. In de consultaties waar er naar de bezorgdheid en de verwachtingen van de patiënt gevraagd wordt, zijn er minder nieuwe medicatievoorschriften. Er is geen verschil in aantal voorschriften wanneer er gepeild wordt naar de ideeën van de patiënt of niet.

Een goede uitleg is niet enkel gebaseerd op een open communicatie en een bepaalde stijl van communiceren. Ook de boodschap die de uitleg bevat, is belangrijk. Zo beschrijven Butler e.a.[24] dat een theoretische uitleg over het verschil tussen virussen en bacteriën en de rol van antibiotica onvoldoende is. Belangrijk in de uitleg is dat de arts praktische en nuttige adviezen geeft in verband met de symptomen van het kind. Ouders voelen zich soms machteloos en weten niet hoe ze de ziekte van hun kind moeten aanpakken. Specifiek advies over hoe lang de ziekte duurt, hoe ze de symptomen kunnen behandelen, wat alarmsymptomen zijn en wanneer zij opnieuw op consultatie moeten komen, zijn veel waardevoller voor de ouders[25]. Zo voelen zij zich bekwamer en krijgen ze een groter gevoel van controle.

5 Resultaten eigen onderzoek

5.1 Vragenlijst voor de ouders

Huisartsen uit 24 verschillende huisartsenpraktijken werden telefonisch gecontacteerd om te vragen of de vragenlijst voor de ouders in hun wachtzaal mocht liggen. Voor 22 van de 24 praktijken was dit geen probleem. Twee artsen vonden dit ook goed, doch vertelden dat er weinig kinderen in hun patiëntenbestand zitten. Het nut om de vragenlijst in hun wachtzaal te leggen, was dus beperkt. Uiteindelijk werd de vragenlijst verdeeld over 22 huisartsenpraktijken in vier gemeentes in Limburg, Vlaanderen. Het betrof tien solopraktijken, vijf duopraktijken en zeven groepspraktijken.

De registratieperiode liep van 1 juli 2012 t.e.m. 31 december 2012. In deze periode werden er 114 vragenlijsten ingevuld en opgehaald.

Van deze vragenlijsten werd er één verworpen omdat dat de ouders reeds een dokter hadden geconsulteerd voor hetzelfde probleem in de voorbije twee weken. Vijf vragenlijsten werden verworpen omdat het kind reeds antibiotica had genomen in de laatste twee weken. Drie vragenlijsten waren erg onvolledig ingevuld. Bij twintig kinderen waren er geen symptomen van een bovenste luchtweginfectie, of stonden deze niet op de voorgrond. Voorbeelden hiervan zijn: gastro-intestinale klachten (negen kinderen), hoofdpijn, musculo-skeletale pijnen, insectenbeten (telkens twee kinderen), tandpijn, huiduitslag, wratten, chronisch astmatisch hoesten of het invullen van een sportattest (telkens één kind).

Uiteindelijk werden op die manier 29 vragenlijsten verworpen en 85 vragenlijsten overgehouden.

5.1.1 Vragenlijst voor de consultatie

5.1.1.1 Demografische gegevens

De gemiddelde leeftijd van de ouders is 33 jaar en 10 maanden. In 78,8% van de gevallen is het de moeder die met het kind bij de huisarts komt. De gemiddelde leeftijd van het zieke kind is 4 jaar en 4 maanden. 72,9% van de kinderen zijn jonger dan 6 jaar. 55,3% van de ouders heeft twee kinderen, 30,6% heeft er eentje. Slechts 14,1% heeft er drie of meer. De gemiddelde leeftijd van het oudste kind van het gezin is 6 jaar en 2 maanden. 60,2% van de ondervraagden is hoger opgeleid (hogeschool of universiteit). 38,6% vervolledigde de middelbare schoolopleiding of volgde nog een extra vormend jaar. Slechts één ondervraagde had geen middelbare schooldiploma. Verdere details worden weergegeven in Tabel 1.

Leeftijd ouders		
Gemiddelde leeftijd	33,9 jaar	
Jongste ouder	20 jaar	
Oudste ouder	48 jaar	
≤ 30 jaar	28	32,9%
> 30 jaar	57	67,1%
	85 ouders	
Geslacht ouders		
Man	18	21,2%
Vrouw	67	78,8%
	85 ouders	
Opleidingsniveau		
Geen schoolopleiding	0	0%
Lagere schoolopleiding	1	1,2%
Middelbare schoolopleiding	15	18,1%
Extra beroepsjaar	17	20,5%
Hogeschool	41	49,4%
Universiteit	9	10,8%
	83 ouders:2 ouders niet geantwoord	
Aantal kinderen		
1	26	30,6%
2	47	55,3%
3	11	12,9%
4	1	1,2%
	85 ouders	
Leeftijd ziek kind		
Gemiddelde leeftijd	4,33 jaar	
< 6 jaar	62	72,9%
≥ 6 jaar	23	27,1%
Leeftijd oudste kind		
Gemiddelde leeftijd	6,2 jaar	
< 6 jaar	46	54,1%
≥ 6 jaar	39	45,9%

Tabel 1: Demografische gegevens ouders

5.1.1.2 Symptomen en medicatie van het kind

De meest voorkomende symptomen bij het zieke kind zijn: hoesten (bij 60% van de kinderen), rhinitisklachten (45,9%), koorts (30,6%), keelpijn (32,5%) en oorpijn (16,5%). Andere symptomen die werden opgegeven staan vermeld in Tabel 2. De symptomen van de verworpen vragenlijsten worden buiten beschouwing gelaten.

47% van de kinderen krijgt reeds medicatie vooraleer de huisarts een eerste keer wordt geconsulteerd. Hiervan krijgt 52,5% koortsremmers of pijnstillers. Bij 30% wordt de neus gespoeld met fysiologische zoutoplossing of worden er neusdruppels toegediend. 17,5% van de kinderen die medicijnen nemen, krijgen hoestsiroop toegediend. Als we ook de kinderen die geen medicijnen in rekenschap nemen, krijgt 24,7% koortsremmers, 12,9% neusdruppels en 8,2% een hoestsiroop. Andere medicijnen die minder frequent worden toegediend staan eveneens in Tabel 2 vermeld.

Symptomen	**N**	**Medicatie**	**N**
Rhinitis, verstopte neus, loopneus	39	Koortsremmer/pijnstiller	21
Hoest	51	Neusdruppels	8
Koorts	26	Spoelen neus met fysiologisch water	3
Oorpijn (of de indruk ervan)	14	Orale medicatie voor rhinitis	1
Keelpijn (of de indruk ervan)	27	Hoestsiroop	7
Niezen	3	Aërosol	2
Slijmen, reutelende ademhaling	5	Puffers	3
Kortademigheid	2	Motilium	1
Verminderde eetlust, minder drinken	3	Omeprazol	2
Lusteloos, minder levendig, moe	4	Homeopathische voedingssupplementen	1
Zeuren, meer wenen, ellendig voelen	6	Homeopathische middelen voor versterken immuunsysteem	1
Heesheid	2	Montelukast	1
Etterige oogjes	1	Antihistaminicum	2
Braken	4	Keelpastilles, keelspray	2
Diarree	1		
Buikpijn	5		
Hoofdpijn	5		
Stijve nek	1		
Duizeligheid	1		
Huiduitslag	5		
Pijnlijke mond/plekjes in mond	2		
Pijn stembanden	1		
Slecht ruikende urine	1		
Spierpijn	2		
Bloedneuzen	1		
Obstipatie	1		

Tabel 2: Symptomen en reeds ingenomen medicatie van het zieke kind

5.1.1.3 Ongerustheid van de ouders

Er werd gepeild naar de ongerustheid van de ouders: maken zij zich ergens zorgen over als zij hun kind naar de huisarts brengen en zo ja, waarover?

Meer dan de helft van de ouders maakt zich niet ongerust over de gezondheidstoestand van hun kind. 41,2% zegt dit wel te doen. De vaakst geciteerde redenen voor deze ongerustheid zijn: omdat het ziektebeeld of de koorts blijft aanhouden (zeven personen), omdat het aan het verergeren is (zes personen) of omdat ze een longontsteking vrezen (vier personen). Niet goed eten en drinken of slecht slapen is een andere reden voor ongerustheid (telkens door twee personen aangehaald). Soms is er vrees voor specifieke ernstige ziektebeelden zoals longontsteking, hersenvliesontsteking, appendicitis, het RSV-virus en koortsstuipen. Sommige ouders zijn ook ongerust door ervaringen in het verleden. Aangehaalde voorbeelden zijn “hij maakt altijd laat koorts” en “hij heeft heel veel oorontstekingen”. Ook de voorgeschiedenis kan belangrijk zijn, bv.: “Hij heeft een spierziekte” en “de papa heeft diabetes”. Vaak zijn er ook specifieke omstandigheden die de ouders ongerust maken. Bv. “We vertrekken op vakantie, zal hij dan beter zijn?” of “hoort hij nog goed, want hij start volgende week met school?”.

Wat zijn de karakteristieken van ouders die ongerust zijn? De 35 ouders die een ongerustheid uitten, bestaan uit 29 vrouwen (82,9%) en 6 mannen (17,1%). In vergelijking met de verdeling vrouwen en mannen uit de demografische gegevens (78,8-21,2%), zijn er dus iets meer vrouwen ongerust, al is dit verschil niet groot. 14 van de 35 ouders komen op consultatie met hun enige kind (40%), 43% heeft twee kinderen, 17% drie of meer. Hier zien we dus wel een verschuiving: in vergelijking met alle ouders, hebben de ouders die ongerust zijn vaker één kind. Ouders zijn ook vaker ongerust als hun kind jonger is: 7 van de 35 kinderen met ongeruste ouders zijn 6 jaar of ouder. De overige 80% is jonger dan 6 jaar. Ter vergelijking waren bij alle respondenten 72,9% van de kinderen jonger dan 6 jaar.

5.1.1.4 Kennis van de ouders

Met enkele waar of niet waar vragen werd de kennis van de ouders over bovenste luchtweginfecties en antibiotica nagegaan. De vragen kunnen nagelezen worden in de vragenlijst in Bijlage 1. 77,7% van de ouders weet correct te vertellen dat de meeste bovenste luchtweginfecties door een virus veroorzaakt worden. 77,5% weet dat antibiotica geen nut hebben bij bovenste luchtweginfecties. 81% vertelt dat antibiotica niet werken tegen virussen en 86,9% dat ze wel tegen bacteriën werken. 95,3% van de ouders weet dat koorts niet automatisch een indicatie is voor een behandeling met antibiotica. Antibiotica hebben nadelen volgens 97,6% van de ouders, 95,3% onder hen weet te vertellen dat een overmatig gebruik van antibiotica kan leiden tot het moeilijker behandelen van sommige ziektekiemen. De moeilijkste vraag bleek te zijn of er altijd nieuwe antibiotica ontwikkeld worden. Eén op drie (33%) denkt dat dit waar is, 58,3% denkt dat dit niet waar is. Zeven personen weten het niet. De vraagstelling is hier misschien wat dubbelzinnig: het kan geïnterpreteerd worden of er vaak nieuwe antibiotica gevonden wordt, maar ook of er naar gezocht wordt.

18 van de 85 respondenten hebben alle vragen juist beantwoord (21,18%). Dit zijn twaalf vrouwen (66,6%) en zes mannen (33,3%), wat in verhouding met alle respondenten dus op een hoger aantal mannen uitkomt. De gemiddelde leeftijd van de ouders die alles juist beantwoordden, is 35 jaar en 9 maanden, hetgeen iets ouder is dan 33 jaar en 10 maanden. De gemiddelde leeftijd van het oudste

kind maakte geen verschil: zowel bij de ouders die alles juist hadden, als bij alle ouders samen is dit 6 jaar en 2 maanden. 72,2% heeft twee kinderen (t.o.v. 55,3% bij alle ouders), 22,2% heeft één kind (t.o.v. 30,6%). Slechts 5,6% heeft meer dan twee kinderen. We zien dus een lichte verschuiving in percentages naar twee kinderen i.p.v. één kind. Het opleidingsniveau speelt ook een rol: 22,2% heeft een universitaire opleiding genoten, 55,6% een hogeschoolopleiding (samen 77,8%). Ter vergelijking is bij alle 85 ouders 60,2% hoger opgeleid. Bij de interpretatie van deze resultaten, moet wel worden vermeld dat 18 mensen die alle vragen juist hebben geen grote studiepopulatie is. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de percentages is dus geboden.

Verder werd er aan de ouders gevraagd of zij denken dat antibiotica nadelen hebben en zo ja, welke zij kennen. 90,6% van de ouders denkt dat antibiotica nadelen hebben, 9,4% denkt van niet. De nadelen die de ouders beschrijven, worden opgesomd in Tabel 3. Meer dan één op drie van de ouders (35,3%) benoemt letterlijk het probleem van resistentie. 24 personen (28,2%) denken onterecht dat antibiotica de eigen immuniteit aantast en afbreekt, waardoor het kind in de toekomst sneller ziek zal worden. 18 personen (21,2%) denken dat er gewenning optreedt van het lichaam tegen antibiotica. Ze zeggen dat als er teveel antibiotica bij hun kind gebruikt wordt, dit in de toekomst niet meer goed zal werken en er andere antibiotica of hogere dosissen nodig zijn. Hoewel de ouders het iets te simpel stellen en vertellen in functie van het individuele kind, zitten ze er met deze stelling niet heel ver naast. Door het probleem van resistentie in een bevolkingsgroep kan een overconsumptie van antibiotica leiden tot een mindere effectiviteit in de toekomst. Resistentie bij het eigen kind treedt ook op, al is dit eerder het geval bij de commensale flora, die zelden een infectie veroorzaakt. De eigen resistente flora kan echter wel uitgewisseld worden met andere kinderen. Heel wat van de ouders benoemen correct enkele bijwerkingen van antibiotica waaronder diarree, maaglast, allergische reacties en aantasting van de tanden. Bij Tabel 3 dient wel opgemerkt te worden dat er niet altijd duidelijk is wat de ouders bedoelen wanneer ze enkel het woord ‘immuniteit’ noteren. Bedoelen ze dan dat de immuniteit van hun eigen kind aangetast wordt of dat bacteriën immuun (i.e. resistent) worden voor antibiotica? Dezelfde bedenking kan gemaakt worden bij het woord ‘resistentie’: bedoelen ze resistentie van de bacteriën over heel de bevolking of bedoelen ze dat hun kind resistent zal worden tegen antibiotica (hetgeen overeenkomt met ‘gewenning’).

Nadelen van antibiotica	**N**
Resistentie	30
Verzwakken immuniteit	21
Sneller terug ziek worden	3
Gewenning, volgende keer straffere antibiotica nodig	18
Allergie	4
Maaglast	3
Diarree	10
Slecht voor de tanden	4
Bijwerkingen	3
"Immuniteit"	3

Tabel 3: Nadelen van antibiotica volgens de ouders

5.1.1.5 Wensen en verwachtingen van de ouders

Om na te gaan wat de ouders wensen van een consultatie werden uit de literatuur acht items geselecteerd: een goed klinisch onderzoek, het stellen van een diagnose, het geven van een uitleg, luisteren naar de ouders en antwoorden op hun vragen, voorschrijven van symptomatische medicatie, voorschrijven van antibiotica, het kind genezen en de ouders geruststellen indien er niets ernstig is. De ouders moesten aan elk van deze items een waarde vastkleven gaande van 1 (minst belangrijk) tot 8 (meest belangrijk). Elk cijfer mocht maar één keer gebruikt worden. De scores van elk item werden op het einde opgeteld, waardoor er een rangschikking plaatsvindt. Dertien respondenten gebruikten sommige cijfers niet, en andere cijfers meermaals, waardoor zij werden uitgesloten van deze vraag, die nog 72 respondenten overhoudt. Een overzicht van de resultaten wordt weergegeven in Tabel 4.

Het klinisch onderzoek is met stip het hoogste genoteerd. Het wordt ook het vaakst op de eerste plaats gezet (42 van de 72 respondenten; 58,3%). De items die het tweede vaakst op de eerste plaats worden gezet, is het stellen van een diagnose (tien personen; 13,9%), maar ook het genezen van het kind (tien personen; 13,9%). Na het klinisch onderzoek, volgt het 'stellen van een diagnose' op de tweede plaats. 'Een goede uitleg' en 'luisteren naar de ouders en het antwoorden op vragen' staan op een derde en vierde plaats. De grootste variatie in belang zien we bij het item 'mijn kind genezen'. Dit wordt door tien mensen op de eerste plaats gezet, door vier mensen op de laatste plaats en door vijftien op de voorlaatste. De totaalscore zet dit item op de vijfde plaats. Het voorschrijven van antibiotica wordt door 60 van de 72 respondenten op de laatste plaats gezet (83,3%). Dit wilt niet automatisch zeggen dat er geen belang aan wordt gehecht, maar dat er aan andere dingen duidelijk meer belang wordt gehecht. Het verkrijgen van symptomatische medicatie en geruststelling indien er niets ernstig is, staan ook op een lage plaats in het verlanglijstje van de ouders.

Punten	KO	Geruststelling	Uitleg	Medicatie	Antibiotica	Diagnose	Genezen	Luisteren
1	0	5	1	0	60	0	4	2
2	1	15	4	24	6	1	15	6
3	1	24	7	16	3	5	6	10
4	1	13	11	12	1	6	18	10
5	4	6	14	9	2	11	8	18
6	10	5	19	7	0	16	7	8
7	13	4	14	2	0	23	4	12
8	42	0	2	2	0	10	10	6
Meest voorkomende cijfer	8	3	6	2	1	7	4	5
Totaal aantal punten	516	247	372	261	95	433	314	354

Plaats		Punten
1.	Klinisch onderzoek	516
2.	Diagnose stellen	433
3.	Uitleg geven	372
4.	Luisteren en antwoorden op vragen	354
5.	Uw kind genezen	314
6.	Medicatie voorschrijven	261
7.	Geruststelling als het niets ernstig is	247
8.	Antibiotica voorschrijven	95

Tabel 4: Wensen van de ouders

Er werd aan de ouders gevraagd of zij antibiotica wensen, en zo ja, de reden waarom ze dit wensen. Slechts één ouder van de 85 (1,2%) wenste expliciet een antibioticum. Het betreft een 26-jarige vrouw, die een hogeschoolopleiding genoten heeft. Haar kind is vijf jaar oud en is de jongste van twee kinderen. Het heeft last van koorts, oorpijn en keelpijn. De moeder is ongerust, maar voornamelijk omdat ze op vakantie vertrekken en ze hoopt dat haar kind dan genezen is. Ze zegt antibiotica te willen omdat haar kind koorts heeft. Ze plaatst in de tabel met haar wensen 'antibiotica voorschrijven' op een vierde plaats, 'het genezen van mijn kind' staat op de eerste plaats. Ze zegt wel niet ontevreden te zullen zijn als er geen antibiotica wordt voorgeschreven. Uit de vragenlijst na de consultatie blijkt dat het om een virale infectie ging en dat er geen antibiotica is voorgeschreven. Toch is de patiënte tevreden, omwille van een goede uitleg en een goed klinisch onderzoek. 20% van de ouders zegt geen antibioticum te willen voor hun kind. De grote meerderheid (78,8%) zegt enkel een antibioticum te willen als de arts dit nodig acht. Tien personen vermelden er expliciet bij dit liever niet dan wel te willen. Ter vergelijking zegt slechts één persoon er liever wel te willen, maar enkel als dit nodig is voor het medisch probleem van haar kind. Vijf mensen die enkel antibiotica wensen als de arts dit nodig acht, gaven ook een reden hiervoor. Eén moeder antwoordt dat ze uit ervaring weet dat de oorontstekingen van haar zoon niet vanzelf overgaan. Een andere moeder wilt niet dat haar kind onnodig keelpijn heeft als het met een antibioticum opgelost kan worden. De andere redenen luiden: 'als er een dreiging is voor een ernstige infectie', 'zodat de keelpijn niet erger wordt' en 'om volledige genezing te bekomen'.

Is er een verband tussen de ongerustheid van de ouders en hun antibioticawens? Van de 35 ouders die ongerust zijn, wil er één moeder antibiotica (2,8% vs. 0% bij de 50 ouders die niet ongerust zijn). Acht ouders willen geen antibiotica (22,9% vs. 18%), 26 willen enkel antibiotica als de arts dit nodig vindt voor de medische toestand van het kind (74,3% vs. 82%). Er is dus geen groot verschil merkbaar tussen de antibioticawens bij ongeruste ouders en bij ouders die niet ongerust zijn.

Binnen hetzelfde thema werd er aan de ouders gevraagd of zij ontevreden zullen zijn na de consultatie als de arts geen antibiotica voorschrijft. 83,5% beweert niet ontevreden te zullen zijn, 16,5% zegt van wel. Diegenen die zeggen ontevreden te zullen zijn, bestaan uit elf vrouwen en drie mannen. Acht onder hen zijn niet ongerust over de gezondheidstoestand van hun kind, zes wel. In de tabel omtrent hun wensen zetten zij het voorschrijven van antibiotica negen keer op de laatste plaats, één keer op de vierde en één keer op de vijfde plaats. Elf onder hen willen enkel een antibioticum als de arts dit nodig vindt, drie onder hen zeggen liever geen antibioticum te willen. Dit

botst met het feit dat zij zeggen ontevreden te zullen zijn indien er geen antibiotica wordt voorgeschreven en doet vermoeden dat zij de vraag verkeerd begrepen hebben.

5.1.2 Vragenlijst na de consultatie

Drie respondenten vulden de vragenlijst na de consultatie niet meer in, waardoor dit deel 82 respondenten telt.

5.1.2.1 ICE

Er werd aan de ouders gevraagd hoe goed de huisarts de ICE (Ideas, Concerns, Expectations) bevraagd heeft. Alle ouders vinden dat hun huisarts goed (19,5%) tot zeer goed (80,5%) naar hen geluisterd heeft. 86,6% van de huisartsen heeft naar de bezorgdheid van de ouders gevraagd. Enkele ouders waarbij er niet naar de bezorgdheid gevraagd werd, gaven hier de volgende opmerkingen bij: “De arts heeft er niet expliciet naar gevraagd, maar ik kreeg de ruimte om alles te vertellen wat ik wou” en “Het was niet nodig dat de arts dit vroeg”. 57,3% van de huisartsen vroeg naar de verwachtingen van de ouders. 33% deed dit niet. De overige respondenten wisten het niet meer. De opmerkingen die door de ouders gegeven worden, wanneer de arts niet naar hun verwachtingen peilt, zijn: “De huisarts heeft het niet gevraagd, maar hij wist wat hij moest doen”, “hij heeft er niet expliciet naar gevraagd, maar wel impliciet door te vragen wat ik al gedaan had qua behandeling” en “het was niet nodig dat de huisarts dit vroeg”.

80% van de huisartsen heeft rekening gehouden met de verwachtingen van de ouders, 6,25% niet. 13,75% weet het niet zeker. Er werd aan de ouders gevraagd op welke manier de arts aan hun verwachtingen voldaan heeft. Een overzicht hiervan staat beschreven in Tabel 5. Hieruit blijkt dat een goed klinisch onderzoek met kop en schouders boven de rest uitsteekt, zoals ook merkbaar was in de vraag over de wensen van de ouders. Achttien ouders halen dit aan. Zeven personen vinden dat er tegemoet is gekomen aan hun verwachtingen door een goede uitleg te krijgen, zeven personen vinden dit het geval omdat zij een medicatievoorschrift kregen. De volgende redenen werden ook meermaals aangehaald: “de arts heeft naar mij geluisterd” (vijf keer), “de arts heeft mij gerustgesteld omdat het niets ernstig is” (vier keer) en “er is een diagnose gesteld” (drie keer). Het krijgen van antibiotica werd geen enkele keer expliciet vermeld, al kan dit wel vervat zijn in het medicatievoorschrift.

5.1.2.2 De uitleg

Geen enkele ouder vindt dat er te weinig uitleg is gegeven met betrekking tot de diagnose. Eén persoon vond de uitleg matig, de rest van de ouders vond de uitleg goed (63%) tot zeer goed (36%). De uitleg over de behandeling werd door 55,6% van de ouders als goed en door 42% als zeer goed beschouwd. Slechts één persoon vond de uitleg matig, één andere persoon vond dat er te weinig uitleg gegeven werd over de behandeling. Antwoorden op de vragen die de ouders hebben, deden de artsen ook goed (55,6%) tot zeer goed (43,2%). Maar één ouder kreeg matig antwoord op haar vragen. Slechts 3 van de 82 ouders hadden nog vragen toen ze buitenkwamen bij de huisarts. De reden hiervoor was bij twee van hen dat ze de vraag vergaten te stellen. De andere persoon gaf geen reden op. Er zijn dus weinig patiënten die nog met vragen zitten op het moment dat ze bij de huisarts buiten stappen. Dit sluit natuurlijk niet uit dat er tijdens het verdere verloop van de ziekte en de behandeling geen vragen meer rijzen.

Manieren waarop de huisarts aan de verwachtingen voldaan heeft	N
Goed onderzoek	18
Goede uitleg	7
Diagnose, ik weet nu wat mijn kind heeft	3
Kindvriendelijk	1
Professioneel	0
Antwoord op mijn vragen	0
Gerustgesteld, het is niets ernstig	4
Medicatie gekregen	7
Antibiotica gekregen	0
Heeft de tijd genomen	1
Geluisterd naar me	5
Goed opvolgbeleid voorgesteld	1
Alles uit de lijst gedaan, behalve antibiotica voorgeschreven	1
Weten dat het belangrijk is voor mij, heeft mij serieus genomen	1

Tabel 5: Op welke manier wordt er voldaan aan de verwachtingen van de ouders

5.1.2.3 Diagnose en medicatie

Vier ouders vertellen dat hun huisarts de diagnose niet duidelijk meegedeeld heeft. Drie ouders vulden de vraag over de diagnose niet in. De diagnoses die de overige 75 ouders te horen kregen, zijn terug te vinden in Tabel 6. Vijftien kinderen kregen de diagnose 'verkoudheid'. Vijftien andere kinderen kregen de diagnose luchtweginfectie, al kregen sommige ouders het gedetailleerder beschreven ('virale bovenste luchtweginfectie') dan andere ('luchtweginfectie'). Acht kinderen hadden een oorontsteking, zes een keelontsteking, twee een longontsteking en één kind had bronchitis. Soms beschreven de artsen enkel de symptomen: 'slijmpjes', 'rood oortje',…

85,7% van de kinderen kreeg medicatie voorgeschreven, 14,3% niet. Neusdruppels worden het vaakst voorgeschreven (achttien kinderen), gevolgd door pijnstillers en koortsremmers (vijftien kinderen). Elf kinderen ontvingen hoestsiroop, zeven kinderen een aërosol en vier kinderen puffers. In Tabel 7 staat een overzicht van de voorgeschreven medicatie.

Vijftien kinderen (18,3%) kregen antibiotica van de huisarts. Hiervan hadden vijf kinderen een keelontsteking, zeven een oorontsteking en twee een longontsteking. Bij één kind was de diagnose niet duidelijk en werden enkel de symptomen opgesomd. Vier ouders kregen een uitgesteld antibioticavoorschrift mee naar huis. Van deze kinderen hebben drie een bovenste luchtweginfectie ('snot', 'virale luchtweginfectie', 'zware verkoudheid') en eentje een oorontsteking, doch zonder koorts.

Diagnose	N
Verkoudheid	15
Virale luchtweginfectie	4
Bovenste luchtweginfectie	3
Virale bovenste luchtweginfectie	3
Luchtweginfectie	5
Bronchitis	1
Valse kroep	1
Longontsteking	2
Keelontsteking	6
Oorontsteking	8
Virale infectie	4
Buikgriep	3
"Slijmpjes"	3
Vocht achter trommelvlies, glue ear	4
Rood oortje	2
Conjunctivitis	2
Kinderziekte	2
Allergie	3
Blaasontsteking	1
Doorbrekende tanden	1
Nog geen diagnose	2
Alleen symptomen opgesomd	1
Aften in de mond	1

Tabel 6: Diagnoses

Medicatie	N
Pijnstillers/koortsremmers	15
Anitbiotica	15
Uitgesteld antibiotica	4
Neusdruppels	18
Fysiologische neusspoeling	2
Hoestsiroop	11
Aërosol	7
Puffers	4
Keelpastilles, keelspray	1
Oordruppels	2
Oogdruppels	1
Symptomatische medicatie	1
Motilium pediatrie	4
Protectis/enterol	2
Anitimycoticum lokaal	2
Teejel	1
Spierzalf	1
Antihistaminica	4

Tabel 7: Voorgeschreven medicatie

5.1.2.4 Tevredenheid

32,9% van de ouders is tevreden na de consultatie, 67,1% is zelfs zeer tevreden. Geen enkele respondent was niet of slechts matig tevreden. De redenen voor deze tevredenheid staan opgesomd in Tabel 8. Een goede uitleg is de meest geciteerde oorzaak van de tevredenheid van de ouders. Dit werd 22 keer vermeld, een goed klinisch onderzoek komt op de tweede plaats (9 vermeldingen). Geen enkele respondent vermeldt expliciet het verkrijgen van antibiotica of andere medicatie als reden voor hun tevredenheid. Dit zou wel kunnen vallen onder vagere redenen als 'mijn kind wordt nu goed geholpen'. Van de vijf mensen die dit als reden opgaven, kregen twee kinderen antibiotica, één kind uitgesteld antibiotica, één kind symptomatische medicatie en één kind een verwijzing. Er werd ook gevraagd aan de ouders wat er beter kon met betrekking tot de consultatie. Alle respondenten vonden dat de consultatie goed was en er niets beter kon.

Er werd gekeken of ouders meer of minder tevreden waren indien ze antibiotica ontvingen. Zes van de vijftien ouders waren tevreden (40%), negen ouders waren zeer tevreden (60%). Dit komt ongeveer overeen met de cijfers van alle ouders samen.

Reden voor tevredenheid	**N**
Goed onderzoek	9
Goede uitleg	22
Diagnose, ik weet nu wat mijn kind heeft	4
Vriendelijk	4
Kindvriendelijk	1
Professioneel	1
Antwoord op mijn vragen	2
Gerustgesteld, niets ernstig	4
Medicatie gekregen	0
Antibiotica gekregen	0
Mijn kind wordt geholpen	5
Tijd genomen	2
Geluisterd naar me	4
Goed opvolgbeleid voorgesteld	1
Deed wat ik verwachtte	2
Doorverwezen	1
Niet te veel medicatie gegeven	1
Ik kan me geen betere huisarts wensen	1
Heeft ook naar het verleden gekeken	1
Begaan met de gezondheid van mijn kind	1
Weten dat het belangrijk is voor mij, serieus genomen	1

Tabel 8: Redenen voor tevredenheid bij de ouders

5.2 Vragenlijst voor de arts

In totaal hebben 212 huisartsen de vragenlijst elektronisch ingevuld. Alle enquêtes werden betrokken bij het onderzoek. Bij enkele vragen vallen er een aantal respondenten weg, wegens het foutief invullen van de vraag. Dit wordt verderop telkens aangehaald bij de desbetreffende vragen.

5.2.1 Demografische gegevens

In Tabel 9 wordt een overzicht gegeven over de demografische gegevens van de huisartsen. De gemiddelde leeftijd is 47 jaar en 10 maanden. 58,5% van de ondervraagde artsen zijn mannen, de overige 41,5% zijn vrouwen. Slechts 5,7% van de respondenten is een huisarts in opleiding (HAIO), de overgrote meerderheid (94,3%) zijn erkende huisartsen. Gemiddeld zijn zij 21,6 jaar actief als huisarts.

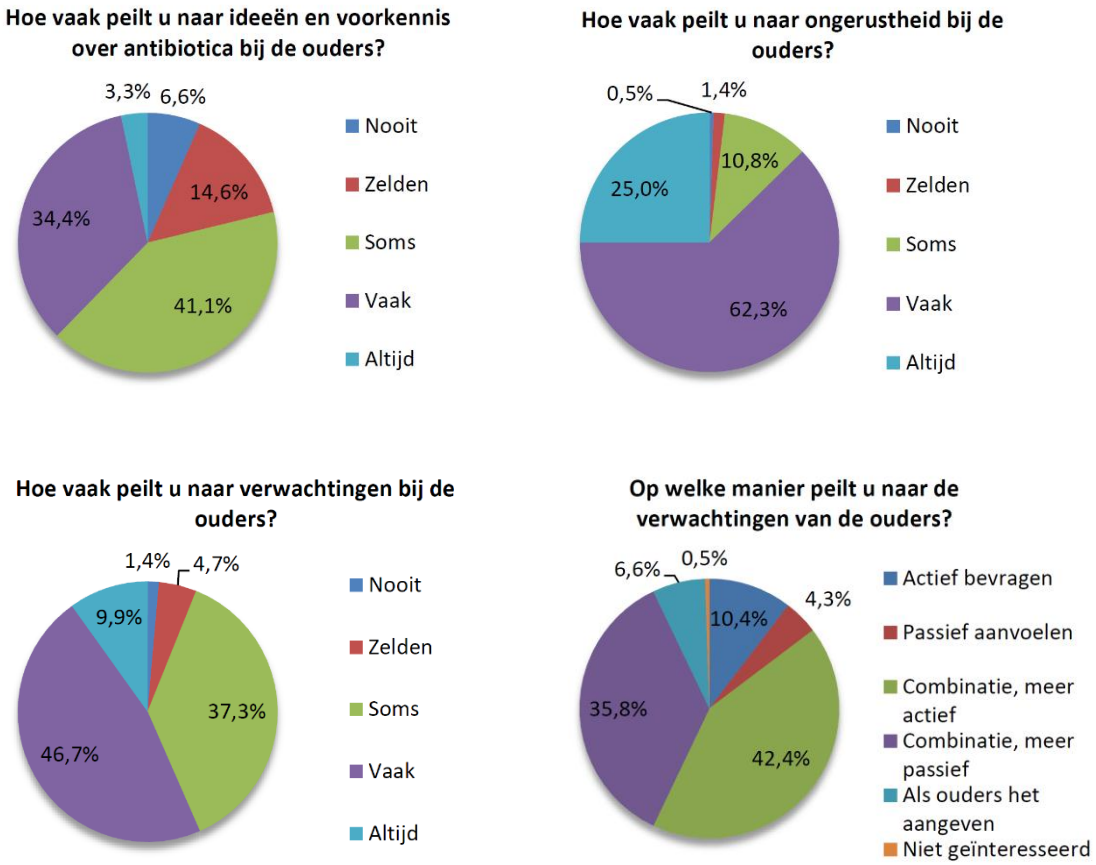
Leeftijd artsen		
Gemiddelde leeftijd	47,88 jaar	
Jongste arts	25 jaar	
Oudste arts	78 jaar	
25 - 34 jaar	38	17,9%
35 - 44 jaar	41	19,3%
45 - 54 jaar	64	30,2%
55 - 64 jaar	57	26,9%
65 - 74 jaar	10	4,8%
≥ 75 jaar	2	0,9%
	212 artsen	*100%*
Geslacht artsen		
Man	123	58,5%
Vrouw	87	41,5%
	210 artsen: 2 artsen niet geantwoord	
Erkend huisarts vs. HAIO		
Erkend huisarts	200	94,3%
HAIO	12	5,7%
	212 artsen	
Aantal jaar huisarts		
1 – 10	47	22,2%
11 – 20	44	20,8%
21 – 30	75	35,4%
31 – 40	41	19,3%
41 – 50	3	1,4%
≥ 50	2	0,9%
	212 artsen	*100%*
Gemiddeld aantal jaar actief	21,6 jaar	

Tabel 9: demografische gegevens artsen

5.2.2 ICE bevragen

De communicatievaardigheden van de huisartsen worden onder de loep gelegd. Er werd aan de artsen gevraagd hoe vaak zij peilen naar de ideeën, voorkennis, ongerustheid en verwachtingen van de ouders, de zogenaamde ICE. De resultaten staan weergegeven in Figuur 1. Hieruit blijkt dat de meeste artsen soms vragen naar ideeën en voorkennis over antibiotica (41,1%). Een ander groot deel

van de artsen vraagt hier vaak naar (34,4%). Er zijn echter meer artsen die hier nooit (6,6%) dan altijd (3,3%) naar vragen. Naar ongerustheid wordt er meer gepeild. 62,3% van de huisartsen vraagt hier vaak naar. 25% van de artsen verklaart altijd naar ongerustheid te vragen. Er is maar één arts die zegt hier nooit naar te vragen. Wat de verwachtingen van de ouders betreft, vragen de meeste artsen hier vaak (46,7%) en een ander groot deel soms (37,3%) naar. Er werd tevens gevraagd op welke manier de artsen naar de verwachtingen peilen. 42,4% van de artsen verklaren dit zowel op een actieve als op een passieve manier te doen, waarbij een actieve bevraging de voorkeur geniet. 35,8% gebruikt ook de twee manieren, met een voorkeur voor een eerder passieve houding. Slechts 1 van de 212 huisartsen zegt niet geïnteresseerd te zijn in de verwachtingen van de ouders.



Figuur 1: Bevragen van de ICE

Tevens werd er nagekeken wat de karakteristieken zijn van de huisartsen die de ICE goed bevragen en of er een verschil is met de artsen die dit minder doen. De huisartsen worden in drie groepen verdeeld volgens de Likertschaal. Eén groep huisartsen bestaat uit diegenen die 'vaak' of 'altijd' antwoorden op de vraag of ze de ICE bepalen; dit is de groep die goed de ICE bevraagt. Een andere groep bestaat uit de artsen die 'zelden' of 'nooit' antwoorden; deze groep bevraagt de ICE slecht. De laatste groep omvat de huisartsen die 'soms' geantwoord hebben; zij bevragen de ICE matig. Er wordt gekeken of er demografische verschillen zijn tussen de huisartsen die de ICE goed bevragen en de huisartsen die ze slecht bevragen. De matige groep wordt buiten beschouwing gelaten. Wat het peilen naar de ideeën en voorkennis over antibiotica betreft, zijn er 45 huisartsen die hier zelden of nooit naar vragen. Deze groep bestaat voor 66,7% uit mannen en voor 33,3% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 50,97 jaar en 95,6% is een erkende huisarts, de overige 4,4% is een HAIO. Ter

vergelijking bestaat de groep die vaak of altijd naar de ideeën van de ouders vraagt uit 80 personen, waaronder 52,5% mannen en 47,5% vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 45,83 jaar. 91,3% is een erkende huisarts, 8,7% is een HAIO. We zien dus dat de groep huisartsen die de ideeën van de patiënt goed bevraagt een lichte verschuiving vertoont naar een jongere leeftijd, meer vrouwen en meer HAIO's. Er zijn maar vier huisartsen die slecht naar de bezorgdheid peilen. Hun gemiddelde leeftijd is 58 jaar; het betreft 75% mannen en 25% vrouwen en het zijn allen erkende huisartsen. In contrast vallen 185 huisartsen in de groep die de bezorgdheid van de ouders goed bevraagt. De gemiddelde leeftijd is 47,46 jaar, er zijn 56,2% mannen en 43,8% vrouwen. Onder hen bevinden zich 7% HAIO's en 93% erkende huisartsen. Ook bij de bezorgdheid merken we dus een verschuiving naar een jongere leeftijd, meer vrouwen en meer HAIO's. Tenslotte werd hetzelfde gedaan voor het vragen naar de verwachtingen van de ouders. 13 huisartsen doen dit zelden of nooit. Hun gemiddelde leeftijd bedraagt 58 jaar. Deze groep bestaat uit allemaal erkende huisartsen waaronder 84,6% mannen en 15,4% vrouwen. De groep huisartsen die de verwachtingen goed bevraagt, bevat 120 huisartsen. Onder hen bevinden zich 54,2% mannen en 45,8% vrouwen, 7,5% HAIO's en 92,5% erkende huisartsen. De gemiddelde leeftijd is 47,1 jaar. Voor het bevragen van de verwachtingen zien we dezelfde trend als bij de ideeën en de bezorgdheden: de groep huisartsen die het goed doen hebben een lagere gemiddelde leeftijd, bestaat uit meer vrouwen en meer HAIO's in vergelijking met de groep huisartsen die de ICE niet goed bevraagt.

5.2.3 Wat zijn de wensen van de ouders volgens de huisarts

Wat denken huisartsen dat ouders van hen verlangen wanneer zij met hun kinderen op consultatie komen? De artsen moesten een score toekennen aan dezelfde acht items die aan de ouders waren voorgelegd, namelijk een goed klinisch onderzoek, het stellen van een diagnose, het geven van een uitleg, luisteren naar de ouders en antwoorden op hun vragen, voorschrijven van symptomatische medicatie, voorschrijven van antibiotica, het kind genezen en de ouders geruststellen indien er niets ernstig is. De huisartsen moesten aan elk van deze items een waarde toekennen gaande van 1 (minst belangrijk) tot 8 (meest belangrijk). Elk cijfer mocht maar één keer gebruikt worden, waardoor er een rangschikking van de items plaatsvindt. Op het einde worden per item deze getallen opgeteld waardoor er een eindrangschikking ontstaat. 42 respondenten gebruikten sommige cijfers niet en andere cijfers meermaals, waardoor zij worden uitgesloten van deze vraag, die op die manier nog 170 respondenten telt. Een overzicht van de resultaten wordt weergegeven in Tabel 10.

De huisartsen denken dat de ouders voornamelijk een goed klinisch onderzoek willen. Dit item krijgt zowel de grootste totaalscore als het vaakst de maximumscore toegewezen. De top drie wordt vervolledigd door geruststelling en een goede uitleg. De handelingen waarbij er iets voorgeschreven wordt (symptomatische medicatie voorschrijven, het geven van antibiotica of het genezen van het kind) staan alle drie op een lage plaats in de rangschikking. Hierbij staat het voorschrijven van antibiotica op een duidelijke laatste plaats. 125 van de 170 huisartsen (73,5%) denkt dat ouders dit van alle acht items de minst belangrijke vinden en geven het voorschrijven van antibiotica de minimumscore. Het stellen van een diagnose staat op de vijfde plaats, net achter luisteren naar en antwoorden op de vragen van de ouders. In tegenstelling tot het klinisch onderzoek en het geven van een goede uitleg, die duidelijk hogere scores meekrijgen van de artsen, en medicatie en antibiotica die lage scores toegewezen krijgen, is er een grotere spreiding merkbaar bij de items 'geruststelling'

en ‘luisteren naar de ouders en antwoorden op hun vragen’. Hier is er weinig verschil tussen het aantal artsen dat ze op de eerste plaats (8 punten) en op de zesde plaats (3 punten) zet.

Punten	KO	Geruststelling	Uitleg	Medicatie	Antibiotica	Diagnose	Genezen	Luisteren
1	0	1	2	15	125	8	11	8
2	0	4	4	90	33	10	21	8
3	2	25	10	33	6	29	41	24
4	9	26	38	20	5	30	20	22
5	11	31	34	9	1	32	26	26
6	28	31	41	3	0	24	11	32
7	43	31	29	0	0	23	21	23
8	77	21	12	0	0	14	19	27
Meest voorkomende cijfer	8	5,6,7	6	2	1	5	3	6
Totaal aantal punten	1182	914	907	437	234	812	751	883

Plaats		Punten
1.	Klinisch onderzoek	1182
2.	Geruststelling als het niets ernstig is	914
3.	Uitleg geven	907
4.	Luisteren en antwoorden op vragen	883
5.	Diagnose stellen	812
6.	Uw kind genezen	751
7.	Medicatie voorschrijven	437
8.	Antibiotica voorschrijven	234

Tabel 10: Wensen van de ouders volgens de huisarts

De huisartsen maken ook een inschatting van de antibioticawens bij de ouders. Er werd hen gevraagd in hoeveel procent van de consultaties zij denken dat ouders antibiotica wensen voor hun kind met een bovenste luchtweginfectie. Drie artsen vulden deze vraag niet in, waardoor het aantal respondenten voor deze vraag 209 bedraagt. 47,4% van de artsen denkt dat ≤25% van de ouders antibiotica wenst voor een BLWI. Een 35,4% van de artsen denkt dat dit eerder tussen de 26 en de 50% ligt. 17,2% van de artsen denkt zelfs dat er in meer dan de helft van de consultaties voor bovenste luchtweginfecties antibiotica gewenst wordt door de ouders. 16,3% denkt dat er in minder dan 10% van de consultaties een antibioticawens is. Verder details zijn terug te vinden in Tabel 11.

	%		%
0-10%	16,3	0-25%	47,4
11-20%	23,4	26-50%	35,4
21-30%	22,5	51-75%	15,3
31-40%	9,6	76-100%	1,9
41-50%	11,0		
51-60%	4,8		
61-70%	9,1		
71-80%	2,9		%
81-90%	0,0	0-50%	82,8
91-100%	0,0	51-100%	17,2

Tabel 11: Inschatting van antibioticawens bij de ouders door de huisarts

5.2.4 Het beleid bepalen

Hoe bepaalt de huisarts zijn beleid en welke factoren hebben hier een invloed op? Uit de literatuur werden enkele items gehaald die het beleid van de huisarts mogelijk beïnvloeden: de anamnese, het klinisch onderzoek, tijdsgebrek, wetenschappelijke richtlijnen en literatuur, de eigen ervaring, de hoeveelste maal de ouders met dit kind consulteren en de verwachtingen van de ouders. Aan elk van deze items moesten de artsen een waarde kleven gaande van 1 (minst belangrijk) tot 7 (meest belangrijk). Elk cijfer mocht maar één keer gebruikt worden. Op het einde werden per item deze getallen opgeteld, waardoor er een eindrangschikking ontstaat (zie Tabel 12). 42 respondenten worden uitgesloten bij deze vraag, omdat zij enkele cijfers meermaals en andere cijfers niet gebruikten. Op deze manier worden er 170 respondenten behouden.

De anamnese en het klinisch onderzoek staan afgetekend op plaats één en twee met respectievelijk 1097 en 1048 punten. Het verschil tussen deze twee is niet groot, maar de afstand met de score op de derde plaats (721 punten) is behoorlijk. De anamnese wordt het vaakst geciteerd als meest belangrijke item voor het bepalen van het beleid (92 keer), het klinisch onderzoek wordt het vaakst op de tweede plaats gezet (79 keer), maar ook vaak op de eerste plaats (65 keer). Deze twee hebben dus duidelijk de grootste invloed op het beleid van de arts.

Op de derde en de vierde plaats komen de eigen ervaring en wetenschappelijke richtlijnen. Ook deze liggen met elkaar in balans. Volgens de behaalde totaalscore (721 vs. 712) zijn zij beiden ongeveer even belangrijk in de besluitvorming van de arts. Opvallend is dat tien respondenten aan wetenschappelijke richtlijnen de maximumscore toekennen en hier dus een groot belang aan hechten.

Tijdsgebrek heeft het minste invloed op het beleid van de arts en ook de verwachtingen van de ouders scoort eerder laag. Dan wordt er meer belang gehecht aan de hoeveelste keer de ouders met het kind consulteren, hetgeen op de vijfde plaats staat.

Er werd ook ruimte gelaten aan de artsen om andere factoren neer te schrijven die bijdragen aan het bepalen van hun beleid. Twee artsen halen aan dat de voorgeschiedenis van het kind een rol speelt. Twee artsen vinden hun pluis-nietpluisgevoel belangrijk. Verder worden ‘epidemiologie’, ‘de

ongerustheid van de ouders', 'financiële middelen van de ouders' en 'vertrouwensrelatie met de patiënt' telkens door één arts aangehaald als bijkomende factoren die ze in overweging nemen bij het opstellen van hun beleid.

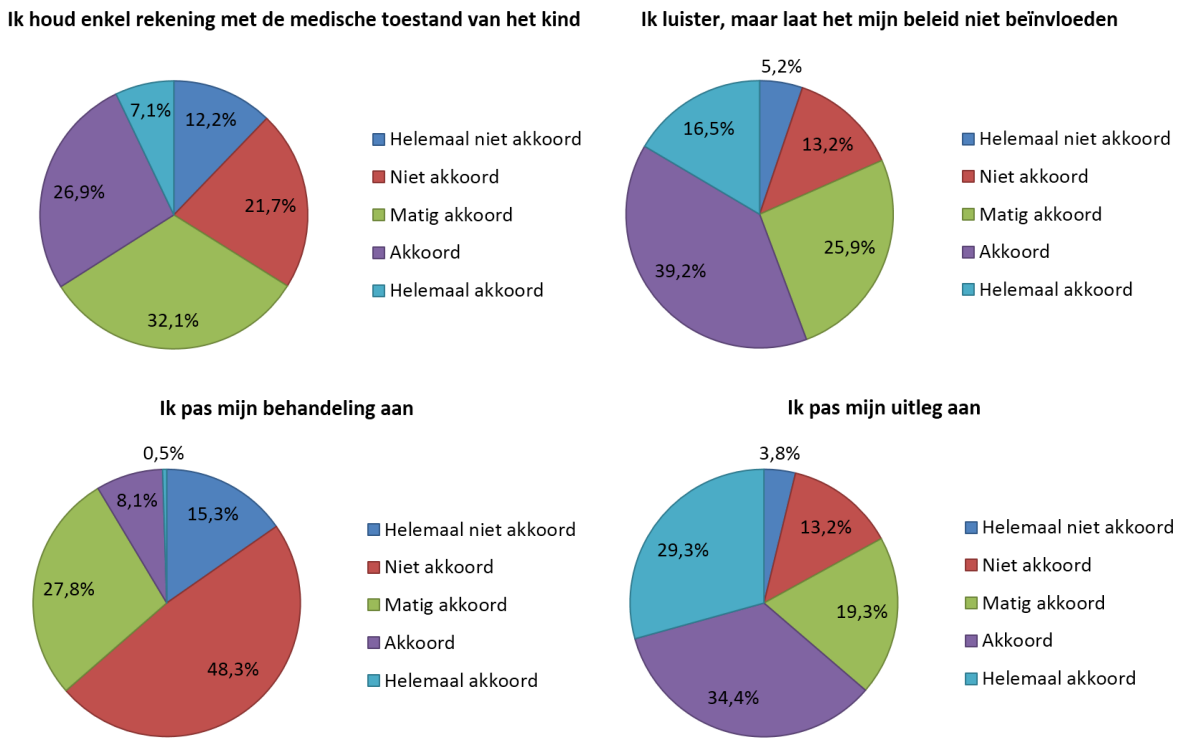
Punten	Anamnese	KO	Verwachtingen	Hoeveel x	Ervaring	Richtlijn	Tijd
1	0	0	10	9	0	0	151
2	0	0	59	65	10	21	15
3	0	1	69	43	27	26	4
4	3	9	18	30	59	51	0
5	9	16	10	19	62	54	0
6	66	79	4	3	10	8	0
7	92	65	0	1	2	10	0
Meest voorkomende cijfer	7	6	3	2	5	5	1
Totaal aantal punten	1097	1048	485	508	721	712	193

Plaats		Punten
1.	Anamnese	1097
2.	Klinisch onderzoek	1048
3.	Eigen ervaring	721
4.	Richtlijnen	712
5.	Hoeveelste keer zij komen met dit probleem	508
6.	Verwachtingen van ouders	485
7.	Tijdsgebrek	193

Tabel 12: Wat bepaalt het beleid van de huisarts?

De wensen van de ouders blijken eerder weinig prioritair te zijn tijdens de besluitvorming van de huisarts. Toch werd hen gevraagd op welke manier zij hiermee rekening houden door hen vier stellingen voor te leggen (zie Figuur 2). De eerste stelling is 'ik houd geen rekening met de wensen van de ouders, ik houd enkel rekening met de medische toestand van het kind'. De meeste artsen (32,1%) gaan matig akkoord met deze stelling. 33,9% van de artsen gaan niet tot helemaal niet akkoord met deze stelling en houden dus wel rekening met de wensen van de ouders, al is het uit deze vraag niet duidelijk op welke manier. De overige 34% gaat akkoord tot helemaal akkoord en houdt dus enkel rekening met de medische toestand van het kind. De meningen over deze stelling zijn dus erg verdeeld. De tweede stelling luidt: 'ik luister naar de wensen van de ouders, maar laat het mijn beleid niet beïnvloeden'. De meeste artsen gaan akkoord tot helemaal akkoord met deze stelling (55,7%). 18,4% is niet tot helemaal niet akkoord. Dit kan enerzijds betekenen dat zij niet luisteren naar de wensen van de ouders, maar anderzijds zou het ook kunnen betekenen dat zij zich

wel laten beïnvloeden door de ouders. 63,6% van de artsen gaan niet of helemaal niet akkoord met de derde stelling dat ze hun behandeling aanpassen aan de wensen van de ouders. 8,6% van de artsen zal dit wel doen. 27,8% gaat matig akkoord en zullen hun behandeling tot op een bepaald niveau aanpassen. De laatste stelling betreft 'Ik pas mijn uitleg aan naargelang de wensen van de ouders'. De meeste artsen (63,7%) zijn akkoord tot helemaal akkoord met deze stelling. Verder werd er aan de artsen ruimte gegeven om aanvullingen te doen. Twee artsen merken op dat zij soms met een uitgesteld antibioticavoorschrift werken om aan de wensen van de ouders tegemoet te komen. Dit wordt volgens hen slechts zelden opgehaald. Twee artsen vinden de ervaring van de ouders ook belangrijk en vinden hun betrouwbaarheid en inschattingsvermogen een belangrijke factor die hun beleid beïnvloedt. Zij zullen sneller antibiotica geven aan ouders waarvan zij vermoeden dat ze de alarmsymptomen niet goed kunnen of zullen in het oog houden. Er zijn ook artsen die communicatief proberen om te gaan met de wensen van de ouders, door goedkeuring te vragen voor hun beleid of door uit te leggen waarom ze niet kunnen ingaan op de wensen van de ouders. Eén arts zegt dat sommige ouders niet overtuigd kunnen worden en geeft hen wel antibiotica, ook als dit niet nodig is voor de medische toestand van het kind. Ze benadrukt wel dat dit om een absolute minderheid gaat.



Figuur 2: Op welke manier houdt u rekening met wensen van de ouders?

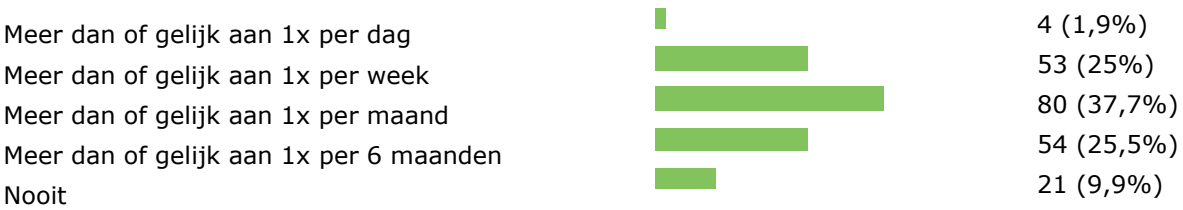
Hoe belangrijk vinden de huisartsen het dat de ouders tevreden zijn na de consultatie? Geen enkele van de 212 ondervraagde artsen vindt de patiënttevredenheid onbelangrijk. De overgrote meerderheid van de artsen vindt dit belangrijk (64,6%) tot zeer belangrijk (27,4%). De huisarts hecht dus wel degelijk belang aan de tevredenheid van de ouders.

Aan de artsen werd gevraagd hoe vaak zij instemmen met wensen van de ouders, hoewel zij dit voor de behandeling niet nodig achten. Slechts 3% van de artsen beweert dit nooit te doen. 51% doet dit zelden, 44% soms. Er is geen enkele arts die dit altijd doet en maar 2% van de artsen beweert dit vaak te doen. Hieruit kan men besluiten dat de meerderheid van de artsen (97%) wel eens instemt met de wensen van de ouders, hoewel dit niet noodzakelijk is, maar dat het eerder uitzondering is dan regel.

Tevens werd aan de artsen gevraagd of zij zich vaak onder druk gezet voelen door de ouders om antibiotica voor te schrijven. De grootste groep (46%) van de artsen voelt zich soms onder druk gezet door de ouders, 44% ervaart dit slechts zelden. Er is geen enkele arts die zich altijd onder druk gezet voelt door de ouders, maar anderzijds is er slechts 1,5% die beweert deze druk nooit te voelen. 9% van de artsen vertelt dit zelfs vaak te ondervinden. Er bestaat dus wel degelijk zoiets als druk van de ouders om antibiotica voor te schrijven, al ervaren de artsen dit vaker niet dan wel.

Tenslotte werd er aan de artsen gevraagd of zij sneller antibiotica voorschrijven als de ouders dit wensen. De meerderheid (51%) zegt dit zelden te doen. 35% schrijft soms antibiotica voor als de ouders het wensen, 6,5% doet dit vaak. 7,5% doet het nooit. Over het algemeen zullen artsen dus eerder zelden sneller antibiotica voorschrijven omdat de ouders het willen, al geeft 92,5% wel toe dit ooit te doen.

Een andere reden om onterecht antibiotica voor te schrijven is de diagnostische onzekerheid. Er werd aan de artsen gevraagd hoe vaak zij antibiotica voorschrijven aan kinderen, enkel om geen ernstig ziektebeeld te missen (zie Figuur 3). 9,9% van de artsen zegt dit nooit te doen. Een kwart van de huisartsen doet dit minder dan één keer per maand. Een andere 25% schrijft minstens één keer per week of zelfs vaker antibiotica voor omwille van diagnostische onzekerheid. 1,9% zegt dit dagelijks te doen. De grootste groep huisartsen (37,7%) schrijft tussen één maal per week en één maal per maand antibiotica voor uit schrik anders een ernstig ziektebeeld te missen. Ook werd aan de artsen gevraagd hoe goed zij om kunnen met diagnostische onzekerheid. De meerderheid van de huisartsen zegt hier goed (54,7%) tot zeer goed (5,6%) mee om te kunnen. 34% zegt dat ze dit maar matig kunnen. De huisartsen die zeggen slecht tot zeer slecht om te gaan met diagnostische onzekerheid zijn duidelijk in de minderheid (5,5%).



Figuur 3: Hoe vaak schrijft de huisarts antibiotica voor, enkel om geen ernstig ziektebeeld te missen?

Voorts werd er gepolst naar de manier waarop de huisartsen met diagnostische onzekerheid omgaan. In Tabel 13 staan alle opmerkingen die de huisartsen gaven over omgaan met diagnostische onzekerheid alsook het aantal artsen die deze opmerking vermeldden. Veel artsen vinden het niet zozeer belangrijk om een diagnose op het probleem te plakken, maar wel om alarmsymptomen uit te sluiten door middel van een goede anamnese en een goed klinisch onderzoek en op die manier een onderscheid proberen te maken tussen ernstige en niet-ernstige zaken. Het pluis-nietpluisgevoel wordt in deze context ook door een zestal artsen aangehaald. 23 artsen vinden ook dat je eerlijk moet zijn tegen de ouders. Als je geen focus vindt voor de koorts, als je onzeker bent over de diagnose of twijfelt tussen enkele diagnoses, deel dit dan mee aan de ouders en leg de verschillende mogelijkheden uit. In contrast zijn er twee artsen die vinden dat je je onzekerheid net niet mag laten blijken. Beiden waren mannelijke huisartsen van 68 jaar oud. Voldoende uitleg geven wordt ook hoog in het vaandel gedragen. Er wordt door veel artsen verteld wat de verschillende scenario's zijn tijdens het verloop van de ziekte en wat het natuurlijk verloop is dat ze verwachten. Alarmsymptomen worden uitgelegd en er worden afspraken gemaakt wanneer de ouders opnieuw contact moeten opnemen of op controle moeten komen met het kind. Deze controle wordt door veel artsen gepland onder de vorm van een telefonisch contact, bijvoorbeeld daags nadien. Een aantal artsen spreekt sowieso een persoonlijke controle af wanneer het consult in twijfel werd afgesloten. De meeste artsen spreken met de ouders af om opnieuw te consulteren indien de toestand binnen een bepaalde termijn niet verbetert of wanneer de toestand achteruitgaat. Indien er onzekerheid heerst op het einde van een consult, overleggen sommige artsen met een collega-huisarts of telefonisch met een kinderarts. Een tiental artsen zou opzoekwerk doen in de literatuur of proberen de richtlijnen zo nauwgezet mogelijk te volgen. Enkele artsen merken op dat een deel van het beleid ook afhankelijk is van de ouders zelf. Wat wensen zij? De artsen proberen dit te achterhalen door de ICE te bepalen. Ze proberen ook de ongerustheid en capaciteit van de ouders in te schatten. Als ze denken dat de uitleg niet goed begrepen wordt of de ouders niet in staat zijn de toestand van het kind goed op te volgen of in te schatten, zal er sneller medicatie meegegeven worden. Zeven artsen vertellen dat zij af en toe gebruik maken van een uitgesteld antibiotica-voorschrift. Zij vinden dat dit niet vaak afgehaald wordt en dat dit systeem vrij goed werkt. Dertien artsen zouden verder onderzoek verrichten of verwijzen naar de kinderarts indien nodig. Twee artsen blijven zoeken tot ze een zekerheidsdiagnose hebben. Een deel van de huisartsen vermeldt expliciet dat leven met die onzekerheid er bij hoort als huisarts en dat je hiermee moet leren omgaan.

Op welke manier gaan de artsen om met diagnostische onzekerheid?	N
Controle indien geen verbetering	48
Alarmsymptomen uitleggen	46
Goede uitleg aan de ouders (alarmsymptomen, te verwachten verloop, wanneer terugkomen)	37
Controle bij achteruitgang	36
Telefonisch contact laten opnemen, bv. daags nadien	23
Eerlijk zijn tegen de ouders als je het niet weet of als je geen focus vindt voor de koorts	23
Alarmsymptomen uitsluiten, onderscheid proberen maken tussen ernstig/niet-ernstig	19
Overleg met collega's (huisarts, pediater)	14
Verwijzen voor verder onderzoek	13
Als huisarts hoort het erbij, je moet hiermee kunnen leven	13
Indien er verschillende diagnoses zijn, deze meedelen aan de ouders	7
Uitgesteld antibioticavoorschrift	7
Richtlijnen volgen	7
Sneller handelen bij niet-pluisgevoel	6
Afwachten en klinisch verloop bekijken, liever dan onnodig onderzoek/behandeling	6
Opzoekwerk in literatuur	5
Is ook afhankelijk van de capaciteit en ervaring van de ouders	5
Baseren op eigen ervaring	4
Goede notities maken in het dossier	3
Blijven zoeken tot er een zekerheidsdiagnose is	2
Rekening houden met de ICE van de ouders	2
Is ook afhankelijk van de (vertrouwens)relatie met de ouders en het kind	2
Ik heb daar weinig ervaring mee	2
Onzekerheid niet laten blijken	2
Antibiotica bij hoesten en hoge koorts om geen pneumonie te missen als KO twijfelachtig	1
De voorgeschiedenis van het kind is ook belangrijk	1
Waakzaam blijven	1
Proeftherapie	1
Zelfreflectie	1
Ik vind het moeilijk	1
Filosofisch mee omgaan	1

Tabel 13: Manieren waarop de huisartsen omgaan met diagnostische onzekerheid

6 Discussie

6.1 Bespreking van de resultaten en vergelijking met de literatuur

6.1.1 Vragenlijst voor de ouders

6.1.1.1 Kennis van de ouders

Uit de ondervraging van de ouders blijkt dat hun kennis over antibiotica en bovenste luchtweginfecties zeker niet slecht is. Op elke vraag kan de meerderheid van de ouders correct antwoorden. Eén op de vijf ouders heeft zelfs geen enkele vraag fout. De ouders weten het meeste over de nadelen van antibiotica en resistentie (meer dan 95% beantwoordt deze vragen correct). Ongeveer een kwart van de ouders heeft nog wat moeite met de indicatiestelling van antibiotica. Zo denkt nog 22,5% van de ouders dat antibiotica nut heeft bij de meeste bovenste luchtweginfecties en denkt 19% dat antibiotica ook tegen virussen werken. De overgrote meerderheid (95,3%) weet daarentegen wel dat er bij koorts niet onmiddellijk nood is aan antibiotica. Welke ziekteverwekker de meeste bovenste luchtweginfecties veroorzaakt, is ook een bron voor wat meer twijfel. 14,8% van de ouders denkt dat dit vooral bacteriën zijn, 7,4% zegt het niet te weten.

Deze resultaten komen grotendeels overeen met wat reeds in de literatuur beschreven werd. Ook daar is de kennis over de nadelen van antibiotica groter dan de kennis over de juiste indicatie.

6.1.1.2 Wensen en verwachtingen van de ouders

Uit dit onderzoek blijkt dat de ouders voornamelijk geïnteresseerd zijn in een goed klinisch onderzoek van hun kind en een diagnose. We kunnen dus stellen dat zij voornamelijk naar de huisarts komen om te weten wat hun kind precies heeft. Vinden zij dat dit iets is wat enkel de huisarts goed kan en zij niet? Een goede uitleg en een huisarts die luistert en op hun vragen antwoordt staan op een derde en vierde plaats in het verlanglijstje. Een medicatievoorschrift, geruststelling en het verkrijgen van antibiotica bezetten de onderste plaatsen. Een goede communicatie tussen arts en patiënt volgt dus na het klinisch onderzoek en de diagnosestelling, maar wordt wel belangrijker geacht dan een medicatievoorschrift.

Ook dit komt overeen met hetgeen in de literatuur gevonden werd. Hier zag men ook dat het klinisch onderzoek en het stellen van een diagnose erg belangrijk is voor de ouders. De literatuur stelt eveneens dat ouders meer belang hechten aan een goede communicatie en advies, dan aan een geneesmiddelenvoorschrift.

Als er naar hun antibioticawens gevraagd wordt, vertelt de meerderheid (78,8%) van de ouders dat zij enkel een antibioticum willen als de arts dit nodig acht voor de medische toestand van hun kind. De ouders laten de beslissing dus liever aan de arts over. Wel opvallend is dat er meer mensen liever geen antibiotica wensen (20%) t.o.v. mensen die er expliciet wel willen (1,2%). 83,5% van de ouders beweert ook niet ontevreden te zullen zijn na de consultatie, indien ze geen antibiotica van de arts ontvangen. Volgens de ouders zelf is hun tevredenheid dus niet afhankelijk van een antibioticavoorschrift.

De antibioticawens van de ouders in deze studie (1,2%) ligt beduidend lager dan wat in de literatuur beschreven wordt (15 – 50%). Er dient wel bemerkt te worden dat in dit onderzoek de optie ‘ik wil

alleen antibiotica als de arts dit nodig acht' het percentage van ouders die antibiotica wenst mogelijk naar beneden getrokken heeft. Uit het literatuuronderzoek bleek ook dat de antibioticawens bij hoger opgeleiden lager ligt dan bij lager opgeleiden. De studiepopulatie in dit onderzoek bestaat voor 60,2% uit hoger opgeleiden. Hierin kan ook een mogelijke verklaring schuilen voor de lage antibioticawens in deze studie.

6.1.1.3 Tevredenheid van de ouders

Alle ouders waren tevreden (32,9%) of zeer tevreden (67,1%) na de consultatie. Er zijn veel redenen die mogelijk verklaren waarom de tevredenheid zo hoog ligt. Ofwel is tevredenheid een parameter die moeilijk te objectiveren is met behulp van vragenlijsten, ofwel zijn de ouders gewoon erg tevreden met hun huisarts. In België is er een vrijheid van artsenkeuze, waardoor de kans groot is dat de patiënt een huisarts kiest bij wie hij zich goed voelt en die hij vertrouwt. Dit maakt de kans op tevredenheid groter. De meest geciteerde oorzaken voor deze tevredenheid zijn een goede uitleg, een goed klinisch onderzoek, het kennen van de diagnose en een huisarts die vriendelijk is en tijd voor hen neemt. 18,3% van de ouders ontving een antibioticavoorschrift. Dit had geen invloed op de tevredenheid achteraf: 40% van deze ouders waren tevreden, 60% zeer tevreden. Ook in de literatuur heeft het ontvangen van antibiotica geen invloed op de tevredenheid van de ouders.

In andere studies ligt het percentage ouders dat tevreden is na de consultatie ook steeds hoog. Er wordt eveneens beschreven dat de tevredenheid meer afhankelijk is van een goede uitleg, een open communicatie en de tijd die de arts aan de ouders besteedt, dan van een medicatievoorschrift.

Uit de literatuur en dit onderzoek blijkt dat er niet altijd een vaststaand verband is tussen de verwachtingen voor de consultatie en de tevredenheid na de consultatie. Het is niet omdat de verwachtingen niet ingelost worden, dat de ouders niet tevreden zijn na de consultatie. Bv. Ouders die een antibioticavoorschrift wensen voor hun kind, kunnen toch tevreden zijn na de consultatie. We merken wel dat de redenen die gegeven worden voor de tevredenheid overeenkomen met de wensen van de patiënt: een open communicatie, een goed klinisch onderzoek en het stellen van een diagnose.

6.1.1.4 Verloop van de consultatie

Er werd aan de ouders gevraagd of de huisarts naar hun bezorgdheden en verwachtingen gepeild heeft. Er wordt duidelijk beter naar de bezorgdheden (86,6%) dan naar de verwachtingen (57,3%) van de ouders gevraagd. Vreemd genoeg zegt 80% van de ouders dat de huisarts wel rekening heeft gehouden met hun verwachtingen. Hier is een discrepantie merkbaar. Als maar 57% van de huisartsen naar de verwachtingen van de ouders gevraagd heeft, hoe kan 80% er dan rekening mee houden? Hier zijn twee mogelijke verklaringen. Ofwel werd de vraag verkeerd geïnterpreteerd door de ouders en antwoordden ze positief als hun verwachtingen ingelost waren, ongeacht of de arts hier vooraf eerst naar gevraagd heeft. Ofwel hebben de ouders hun verwachtingen zelf verteld tijdens de consultatie, zodat de arts hier niet naar gevraagd heeft, maar er wel rekening mee kon houden.

De ouders vinden over het algemeen dat hun huisarts een goede uitleg geeft. Er zijn geen duidelijke verschillen tussen de uitleg omtrent de diagnose, de uitleg omtrent de behandeling of het antwoorden op vragen die de ouders hebben. Op elk van deze drie deelgebieden scoort de huisarts hoog: meer dan 90% van de ouders vond de uitleg die ze kregen goed tot zeer goed.

18,3% van de kinderen kreeg antibiotica voorgeschreven van de huisarts. De voornaamste diagnoses hierbij zijn keel-, oor- en longontstekingen. Geen enkel kind met een virale bovenste luchtweginfectie kreeg antibiotica voorgeschreven. Dit wordt wel vaak met symptomatische medicatie behandeld. Bij drie bovenste luchtweginfecties werd er wel een uitgesteld antibioticavoorschrift meegegeven.

6.1.2 Vragenlijst voor de arts

6.1.2.1 ICE bevragen

87,3% van de huisartsen beweert vaak of altijd naar bezorgdheden te vragen, t.o.v. 37,7% naar ideeën en voorkennis over antibiotica en 56,6% naar verwachtingen. Er wordt dus het meest gevraagd naar de bezorgdheid van de ouders, ten opzichte van hun ideeën en verwachtingen. Als we de groep huisartsen die vaak of altijd de ICE bepaalt, vergelijken met de groep die dit zelden of nooit doet, bemerken we een licht verschil in karakteristieken van de arts. Vrouwelijke artsen, artsen met een jongere leeftijd en HAIO's bevragen de ICE iets vaker. In de studie van Matthys e.a.[23] zijn de cijfers omtrent het bevragen van ideeën en verwachtingen vergelijkbaar: van alle consultaties werden de ideeën in 35,2% en de verwachtingen in 60,2% van de gevallen uitgedrukt. Er is wel een groot verschil merkbaar bij het vragen naar de bezorgdheid: in de studie van Matthys werd in 42,3% van de consultaties de bezorgdheid van de patiënt besproken. Er is wel een verschil in methode: deze studie ondervraagt de artsen zelf, terwijl de studie van Matthys e.a. consultaties bij de huisarts observeert, waardoor de resultaten van deze laatste waarschijnlijk meer waarheidsgetrouw zijn.

6.1.2.2 Wensen van de ouders inschatten

De artsen maakten een inschatting van wat zij denken dat ouders wensen van een consult. Hierbij staat het klinisch onderzoek op de eerste plaats, gevolgd door geruststelling indien er niets ernstig is. Een goede uitleg en luisteren en antwoorden op vragen bezetten een derde en vierde plaats. Het stellen van een diagnose volgt op een vijfde plaats. De lijst wordt afgesloten met 'het genezen van het kind', 'medicatie voorschrijven' en 'antibiotica voorschrijven'. De huisartsen denken dus dat de patiënten voornamelijk belang hechten aan een goed klinisch onderzoek en een goede communicatie. Het stellen van een diagnose en vooral het stellen van een tastbare act (voorschrift, 'genezen') zijn minder belangrijk.

Hebben de artsen dit correct ingeschat? De resultaten van de artsen worden vergeleken met die van de ouders zelf. Enkele zaken worden goed ingeschat. Zo zetten zowel de ouders als de huisartsen een goed klinisch onderzoek op de eerste plaats. Het voorschrijven van antibiotica staat bij beiden op een overtuigende laatste plaats. Ook het voorschrijven van symptomatische medicatie staat zowel bij arts (voorlaatste) als ouder (derde laatste) laag genoteerd. Het geven van een goede uitleg en luisteren en antwoorden op vragen staan bij beiden in de top vier. Enkele zaken worden door de huisarts minder goed ingeschat. Het grootste verschil is merkbaar bij 'geruststelling indien er niets ernstig is'. De artsen zetten dit op een tweede plaats, terwijl ouders dit op een voorlaatste plaats zetten. Het belang van de diagnosestelling wordt door de huisartsen onderschat. De ouders vinden dit het tweede belangrijkste om uit een consult te halen, terwijl de artsen dit lager inschatten (vijfde plaats).

47,4% van de artsen schat dat ouders in minder dan een kwart van de consultaties antibiotica wensen. 35,4% denkt dat dit eerder tussen het kwart en de helft van de consulten het geval is. 17,2% denkt zelfs dat er in meer dan de helft van de consultaties antibiotica gewenst wordt door de ouders. Bij de vragenlijst voor de ouders is er echter maar één persoon die een antibioticum wenst (1,2%).

Het is opmerkelijk dat de grote meerderheid (73,5%) van de artsen een antibioticavoorschrift op de laatste plaats van de verlanglijst van de ouders zet, maar toch nog in relatief veel consulten een antibioticawens vermoedt. Al weten ze wel correct te stellen dat deze wens minder groot is dan hun verlangen naar een goed klinisch onderzoek, geruststelling en een goede uitleg.

6.1.2.3 Beleid bepalen

De artsen kregen zeven items voorgeschoteld die mogelijk een rol spelen bij het bepalen van hun beleid (zie Tabel 12). Uit de rangschikking van de items zien we dat het klinisch verhaal en beeld primeert. De arts zal zijn beleid voornamelijk op basis van de anamnese en het klinisch onderzoek opstellen. Daarna maakt de arts gebruik van zijn eigen ervaring en van wetenschappelijke richtlijnen om een beslissing te nemen. De hoeveelste keer de ouders consulteren met het kind, de verwachtingen van de ouders en vooral tijdsgebrek spelen een kleinere rol.

Tijdens deze studie werd er dieper ingegaan op de rol van de wensen van de ouders bij het bepalen van het beleid. Speelt dit een rol, en zo ja, op welke manier? We kunnen besluiten dat de meeste artsen hun uitleg aanpassen aan de verwachtingen van de ouders, maar hun behandeling niet (zie Figuur 2). 92,5% van de artsen verklaart echter ooit onterecht antibiotica voor te schrijven omdat de ouders dit wensen, maar dat dit slechts zelden gebeurt.

Vergeleken met de literatuur komt hetzelfde besluit naar voren. Ook daar wegen de medische factoren, zoals het klinisch onderzoek en de algemene toestand van de patiënt zwaarder door dan de niet-medische factoren (wens van de patiënt, eigen ervaring, tijdsgebrek,…) bij de bepaling van het beleid. In de literatuur wordt er echter vaker antibiotica voorgeschreven indien de arts denkt dat er een antibioticawens is bij de patiënt dan in deze studie.

6.2 Beperkingen van de studie

Het voordeel van een enquête in vergelijking met persoonlijke interviews is dat er minder druk is bij de ondervraagde om ‘sociaal correct’ te antwoorden. Al blijft dit fenomeen bij enquêtes vaak ook wat bestaan. In een enquête staan steeds dezelfde vragen hetgeen een goede uniformiteit van de antwoorden garandeert. Bij een persoonlijk interview kan aan de hand van de vraagstelling het antwoord variëren. Een nadeel van een enquête is dat de respons lager ligt, gezien er geen druk is van buitenaf om deze in te vullen. In deze studie hebben de enquêtes relatief weinig respondenten, waardoor grote cijfermatige conclusies niet mogelijk zijn. Deze studie geeft eerder een overzicht, een aanzet naar dieper onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie.

Ook qua vraagstelling zijn er enkele beperkingen bij deze studie. Zo moet er bij de vragen over de wensen van de ouders, het beleid van de arts en hoe de arts de wensen van de patiënt inschat een cijfer van 1 tot en met 7 of 8 gegeven worden, waardoor er een rangschikking ontstaat. Het nadeel van deze vraagstelling is dat er geen mogelijkheid is om twee items even belangrijk te vinden. Hier maakten drie artsen een opmerking over. Ook enkele ouders schreven erbij dat het moeilijk kiezen is.

6.3 Opgeroepen vragen

Uit onderzoek van vroeger en nu blijkt dus duidelijk dat antibiotica laag op het verlanglijstje van de ouders staat. Het lijkt interessant om dieper in te gaan op het fenomeen 'druk van de ouders'. Uit de literatuur blijkt dat vele artsen dit af en toe ondervinden, doch uit dit onderzoek blijkt de antibioticawens van de ouders erg laag. Dit deelgebied lijkt interessant om verder te onderzoeken: Hoe vaak denkt de huisarts dat de ouders een antibioticum wensen? Het zou interessant zijn om consultaties te observeren en na de consultatie aan de patiënt te vragen of er een antibioticawens was. Men kan dan ook aan de arts vragen of hij aanvoelde dat er een antibioticawens was en zo ja, waarom denkt hij dat? Uit welk gedrag of bewoordingen van de patiënt dacht hij dit af te leiden?

Een ander interessant onderzoeksveld is het bevragen van de ICE. Matthys[23] e.a. gingen reeds na of er minder medicatie en antibiotica voorgeschreven indien de ideeën en de verwachtingen van de ouders bevraagd worden. Dit lijkt ook een interessant gegeven om verder uit te diepen.

7 Besluit

De huisartsen denken terecht dat ouders meer belang hechten aan een goed klinisch onderzoek en een goede communicatie dan aan een medicatievoorschrift. Toch denkt meer dan 50% van de artsen dat een antibioticavoorschrift in meer dan een kwart van de consultaties door de ouders gewenst wordt. Dit kan vermeden worden door het vragen naar de ICE van de patiënt. Een deel van de Limburgse huisartsen bouwt dit reeds in de consultatie in. Er wordt het meest gevraagd naar de bezorgdheid van de ouders, gevolgd door hun verwachtingen. Er wordt het minst gevraagd naar de ideeën en voorkennis over antibiotica.

De kennis over antibiotica bij de ouders is niet slecht en is verbeterd doorheen de tijd, mede dankzij tal van informatiecampagnes. De ouders weten dat antibiotica niet altijd de ultieme oplossing is voor het probleem van hun kind en begrijpen de nadelen. Het verkrijgen van antibiotica is niet prioritair voor de ouders. Zij hechten het meeste belang aan een goed klinisch onderzoek en het stellen van een diagnose. Ook een goede relatie met en een duidelijke communicatie van de arts wordt erg belangrijk gevonden. De overgrote meerderheid van de ouders is tevreden na de consultatie. De meest geciteerde redenen hiervoor zijn een goede uitleg en een goed klinisch onderzoek. Het al dan niet verkrijgen van antibiotica heeft geen invloed op deze tevredenheid.

Een groot deel van de literatuur dateert van meer dan vijf jaar geleden. Een doel van deze studie was om na te gaan of deze gegevens nog up to date zijn. De resultaten van deze vragenlijsten beamen in grote mate wat er in de literatuur beschreven staat. Verder onderzoek op grotere schaal is echter wenselijk.

Om het onnodig veel voorschrijven van antibiotica terug te dringen, zou een mogelijke insteek kunnen zijn de artsen te informeren over de wensen van de ouders. Artsen bewijzen de ouders een grotere dienst door een open communicatiebeleid te voeren, goed naar hen te luisteren en een goede uitleg te geven over de diagnose en de behandeling, dan door onnodige medicatie voor te schrijven. Om de ideeën en de verwachtingen van de ouders te weten te komen, is het belangrijk dat de huisarts de ICE bevraagt.

8 Literatuurlijst

1. Mangione-Smith R., McGlynn E.A., Elliott M.N., McDonald L., Franz C.E., Kravitz R.L. Parent Expectations for Antibiotics, Physician-Parent Communication, and Satisfaction. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155: 800-806.

2. Coenen S., Michiels B., Van Royen P., Van der Auwera J., Denekens J. Antibiotics for coughing in general practice: a questionnaire study to quantify and condense the reasons for prescribing. BMC family practice 2002; 3: 16.

3. Coenen S., Michiels B., Renard D., Denekens J., Van Royen P. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. British Journal of General practice 2006; 56: 183-190.

4. Welschen I., Kuyvenhoven M., Hoes A., Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GP's management and patient satisfaction. Family Practice 2004; 21: 234-237.

5. Andrews T., Thompson M., Buckley D.I., Heneghan C., Deyo R., Redmond N., Lucas P.J., Blair P.S., Hay A.D. Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children: a systematic review and meta-analysis. Plos One 2012; 7: e30334.

6. Paluck E., Katzenstein D., Frankish C.J., Herbert C.P., Milner R., Speert D., Chambers K. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. Can Fam Physician 2001; 47: 521-527.

7. Rousounidis A., Papaevangelou V., Hadjipanayis A., Panagakou S., Theodoridou M., Syrogiannopoulos G., Hadjichristodoulou C. Descriptive Study on Parents' Knowledge, Attitudes and Practices on Antibiotic Use and Misuse in Children with Upper Respiratory Tract Infections in Cyprus. International Journal of Environmental Research and Public Health 2011; 8(8):3246-3262.

8. Mangione-Smith R., McGlynn E.A., Elliott M.N., Krogstad P., Brook R.H. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. Pediatrics 1999; 103: 711-718.

9. Arnold S.R., To T., McIsaac W.J., Wang E.E.L. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infection: the importance of diagnostic uncertainty. The Journal of pediatrics 2005; 146: 222-226.

10. De Sutter A.I., De Meyere M.J., De Maeseneer J.M., Peersman W.P. Antibiotic prescribing in acute infections of the nose or sinuses: a matter of personal habit? Family Practice 2001; 18: 209-213.

11. Panagakou S.G., Spyridis N., Papaevangelou V., Theodoridou K.M., Goutziana G.P., Theodoridou M.N., Syrogiannopoulos G.A., Hadjichristodoulou C.S. Antibiotic Use for Upper Respiratory Tract Infections in Children: A Cross-sectional Survey of Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) of Parents in Greece. BMC Pediatrics 2011; 11: 60.

12. von Ferber L., Köster I., Prüss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2002; 11: 291-299.

13. Huang S.S., Rifas-Shiman S.L., Kleinman K., Kotch J., Schiff N., Stille C.J., Steingard R, Finkelstein J.A. Parental knowledge about antibiotic use: Results of a cluster-randomized, multicommunity intervention. Pediatrics 2007; 119: 698-706.

14. Belongia E.A., Naimi T.S., Gale C.M., Besser R.E. Antibiotic use and upper respiratory infections: a survey of knowledge, attitudes, and experience in Wisconsin and Minnesota. Preventive medicine 2002; 34: 346-352.

15. Cockburn J., Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations - a questionnaire study. BMJ 1997; 315: 520-523.

16. Britten N., Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ 1997; 315: 1506-1510.

17. Van Driel M., De Sutter A., Deveugele M., Peersman W., Butler C., De Meyere M., De Maeseneer J., Christiaens T. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? Annals of Family Medicine 2007; 4: 494-499.

18. Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P., Olesen F., Ribacke M., Spenser T., Szécsényi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family Practice 1999; 16: 4-11.

19. Ruiz-Moral R., Pérula de Torres L.A., Jaramillo-Martin I. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. Journal of General Internal Medicine 2007; 22: 86-91.

20. Vinker S., Ron A., Kitai E. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection – a survey among parents attending the primary physician with their sick child. BMC Family Practice 2003; 4: 20-25.

21. Kuzujanakis M., Kleinman K., Rifas-Shiman S. Finkelstein J.A. Correlates of parental antibiotic knowledge, demand, and reported use. Ambul Pediatr 2003; 3: 203-210.

22. Maor Y., Raz M., Rubinstein E., Derazne E., Ringel S., Roizin H., Rahav G., Regev-Yochay G. Changing parents' opinions regarding antibiotic use in primary care. Eur J Pediatr 2011; 170: 359-364.

23. Matthys J., Elwyn G., Van Nuland M., Van Maele G., De Sutter A., De Meyere M., Deveugele M. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. British Journal Of General Practice 2009; 58: 29–36.

24. Butler C.C., Rollnick S., Kinnersley P., Jones A., Stott N. Reducing antibiotics for respiratory tract symptoms in primary care: consolidating `why'; and considering `how'. British Journal of General Practice 1998; 48: 1865-1870.

25. Kai, J. Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. BMJ 1996; 313: 987-990.

Dankwoord

Graag wil ik enkele personen bedanken.

Allereerst mijn promotor, Prof. Dr. Jo Goedhuys, voor de begeleiding bij het schrijven van deze masterthesis. Zijn tips en kritische bedenkingen maakten van deze scriptie een beter geheel.

Ook dank aan Prof. Dr. Samuel Coenen, voor het nalezen van de vragenlijsten en zijn bemerkingen hierop te geven.

Dank aan mijn partner, informaticus van beroep, die mij erg geholpen heeft met kleine en grote problemen die ik tegenkwam tijdens het gebruik van Microsoft Word en Excel.

Mijn dank aan alle ouders en huisartsen die de tijd namen om de vragenlijsten in te vullen en hun waardevolle mening te geven. Ook wil ik graag de huisartsen bedanken die hun wachtzaal ter beschikking stelden voor de vragenlijst.

Tenslotte wil ik mijn praktijkopleiders dr. Ria Cornelissen en dr. Hilde Goossens bedanken, voor de mooie en leerrijke stage gedurende twee jaar en de tijd die ik kreeg om deze masterthesis vorm te geven.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst voor de ouders

Geachte mijnheer/mevrouw,

Bent u een ouder en op consultatie met uw kind? Is uw kind tussen de 0 en de 12 jaar oud? Heeft uw kind last van minstens één van de volgende symptomen: neusverkoudheid, hoesten, koorts, keelpijn, oorpijn, heesheid?

Dan komt u in aanmerking om deel te nemen aan een studie door het invullen van deze vragenlijst. Deze studie wordt georganiseerd door Dr. Sanne Nelissen, huisarts in opleiding in groepspraktijk De Zorgboom te Hechtel-Eksel en vindt plaats in kader van haar masterthesis: "Kennis en verwachtingen van ouders die de huisarts consulteren met hun kind."

Deze enquête, die zowel bestaat uit meerkeuzevragen als uit kleine open vragen, bevat twee delen:

- Het eerste deel wordt ingevuld voor u bij de huisarts binnengaat.

- Het tweede deel wordt ingevuld na de consultatie, als u de huisarts gesproken heeft.

Het is belangrijk dat u deze delen op de juiste momenten invult om de resultaten van de studie niet te beïnvloeden. Gelieve daarom de vragen van het tweede deel ook pas te lezen nadat u de huisarts gezien heeft. De mogelijkheid bestaat om deze enquête mee naar huis te nemen en bij een volgende gelegenheid binnen te brengen, indien u deze uit tijdsgebrek niet kan vervolledigen in de wachtzaal.

Deze vragenlijst is volledig anoniem. U zal nergens de naam van uzelf, uw kind of uw huisarts moeten invullen.

De gegevens worden door mij persoonlijk verwerkt, uw huisarts krijgt ze niet te lezen.

Gelieve hier een kruisje te zetten indien u bovenstaande uitleg begrepen hebt en akkoord gaat: □

Gelieve de vragenlijst zo waarheidsgetrouw mogelijk in te vullen. Bij de open vragen mag u zoveel schrijven als u wenst. Indien er onvoldoende plaats is, mag u op de achterzijde van het blad verdergaan. Van zodra u klaar bent, mag u de vragenlijst indienen aan het secretariaat of in de daarvoor voorziene enveloppe.

Alvast bedankt voor uw medewerking, hij wordt erg op prijs gesteld!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Sanne Nelissen

VRAGENLIJST DEEL 1: IN TE VULLEN **VOOR** DE CONSULTATIE

1) Demografische gegevens:

- Wat is uw leeftijd:

- Wat is uw geslacht:

- Wat is de leeftijd van uw kind:

- Hoeveel jaar bent u al een ouder (of wat is de leeftijd van uw oudste kind):

- Hoeveel kinderen heeft u:

- Omcirkel uw opleidingsniveau: geen schoolopleiding - lagere school - middelbare school - extra jaar beroepsvorming na middelbare school - hogeschool - universiteit

2) Bent u de laatste twee weken nog met dit kind bij een dokter geweest voor dit probleem?

□ Ja

□ Neen

3) Kan u kort de symptomen van uw kind opnoemen (bv. Hoesten, snottebellen, keelpijn,..)

4) Is uw kind op dit moment al medicijnen aan het nemen? Zo ja, wat?

5) Is uw kind op dit moment antibiotica aan het nemen of heeft hij/zij de laatste twee weken antibiotica genomen?

□ Ja

□ Neen

6) Maakt u zich zorgen over de gezondheidstoestand van uw kind?

□ Ja

□ Neen

Zo ja: Wat is de reden voor uw ongerustheid? Waar bent u precies bang voor?

7) Wat wenst u dat de arts zo dadelijk doet?

Geef onderstaande mogelijkheden een score van 1-8 waarbij 1 het minst belangrijke en 8 het meest belangrijke aanduidt. Elk cijfer mag maar één maal gebruikt worden.

	SCORE
Uw kind grondig onderzoeken	
U geruststellen indien het niets ernstig is	
U voldoende uitleg geven	
Medicatie voorschrijven om de symptomen te controleren: bv. neusdruppels, hoestsiroop,…	
Antibiotica voorschrijven	
Een diagnose stellen	
Uw kind genezen	
Naar u luisteren en op uw vragen antwoorden	

8) Wenst u een antibioticum?

Ja / Nee / Alleen als de arts dat nodig vindt

Indien ja: waarom denkt u dat een antibioticum nodig is?

9) Beantwoord met waar of niet waar:

	WAAR	NIET WAAR
Antibiotica werken tegen virussen.		
Antibiotica werken tegen bacteriën.		
Antibiotica geven aan mijn kind als het niet nodig is, kan geen kwaad.		
Er worden altijd nieuwe antibiotica ontwikkeld.		
Bij de meeste bovenste luchtweginfecties hebben antibiotica geen nut.		
Als er koorts is, moet er altijd antibiotica gegeven worden.		
De meeste bovenste luchtweginfecties worden veroorzaakt door virussen.		
Sommige ziektekiemen worden moeilijker te behandelen als er te veel antibiotica gebruikt wordt.		

10) Bent u ontevreden als uw huisarts straks geen antibiotica voorschrijft?

□ Ja

□ Neen

11) Denkt u dat antibiotica nadelen hebben?

□ Ja

□ Neen

Zo ja, welke kan u bedenken?

VRAGENLIJST DEEL 2: IN TE VULLEN **NA** DE CONSULTATIE

1) Hoe goed heeft uw huisarts naar u geluisterd?

Niet / Weinig / Matig / Goed / Zeer goed

2) Heeft uw huisarts naar uw bezorgdheden gevraagd?

Ja / Nee / Ik weet het niet

Eventuele opmerking:

3) Heeft uw huisarts naar uw verwachtingen gevraagd?

Ja / Nee / Ik weet het niet

Eventuele opmerking:

4) Heeft uw huisarts rekening gehouden met uw verwachtingen?

Ja / Nee / Ik weet het niet

Zo ja: op welke manier? (Indien nodig kan u hiervoor nog eens naar de tabel bij vraag 7 op p. 3 kijken)

5) In welke mate heeft de huisarts uitleg gegeven?

Wat betreft de diagnose:

Geen uitleg / Weinig uitleg / Matige uitleg / Goede uitleg / Zeer goede uitleg

Wat betreft de behandeling:

Geen uitleg / Weinig uitleg / Matige uitleg / Goede uitleg / Zeer goede uitleg

Op vragen die u had:

Geen uitleg / Weinig uitleg / Matige uitleg / Goede uitleg / Zeer goede uitleg

6) Heeft u nog vragen die niet beantwoord werden door de huisarts?

Ja / Nee

Indien ja: hoe komt dit (meerdere antwoorden mogelijk):

□ Hij/zij antwoordde niet op mijn vraag

□ Ik heb mijn vragen niet kunnen stellen wegens tijdsgebrek

□ Ik ben mijn vragen vergeten te stellen

□ Ik wilde hem/haar niet lastig vallen met mijn vragen

□ Mijn huisarts antwoordt bijna nooit op mijn vragen, dus ik neem de moeite niet meer

□ Andere:

7) Heeft uw huisarts verteld wat uw kind heeft? Zo ja, wat?

8) Heeft uw huisarts medicatie voorgeschreven voor uw kind? Zo ja, wat voor soort medicatie?

9) Hoe tevreden bent u met de consultatie?

Niet tevreden / Weinig tevreden / Matig tevreden / Wel tevreden / Zeer tevreden

Waarom?

Wat kan er volgens u beter?

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 2: Vragenlijst voor de artsen

Geachte collega,

In kader van mijn masterthesis 'Kennis en verwachtingen van ouders die op consultatie komen bij de huisarts met hun kind' tracht ik te peilen naar wat ouders verwachten van een consultatie en hun houding ten opzichte van antibiotica.

Het is zeer leerrijk ook de mening van de artsen hieromtrent te bevragen. U zou me erg helpen indien u volgende vragenlijst zo waarheidsgetrouw mogelijk invult. Uw gegevens blijven anoniem. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 5 à 10 minuten in beslag nemen.

Mijn oprechte dank.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Sanne Nelissen,

Huisarts-in-opleiding (HAIO)

1) Demografische gegevens

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

Bent u een HAIO of een erkende huisarts?

Hoe lang voert u het huisartsenberoep uit?

2) Hoe vaak peilt u naar de voorkennis en ideeën bij ouders over antibiotica?

Nooit / zelden / soms / vaak / altijd

3) Hoe vaak peilt u naar ongerustheid bij de ouders?

Nooit / zelden / soms / vaak / altijd

4) Hoe vaak peilt u naar de verwachtingen van ouders?

Nooit / zelden / soms / vaak / altijd

5) Op welke manier peilt u naar de verwachtingen van de ouders?

☐ Door ze actief te bevragen

☐ Door ze passief aan te voelen tijdens het gesprek

☐ Een combinatie van de eerste twee, met lichte voorkeur voor actief

☐ Een combinatie van de eerste twee, met lichte voorkeur voor passief

☐ Ik ga hier enkel op in als ouders het zelf aangeven

☐Ik ben niet geïnteresseerd in de verwachtingen van de ouders

☐ Andere:

6) Wat beïnvloedt uw beleid het meest?

Geef onderstaande mogelijkheden een score van 1-7 waarbij 1 het minst belangrijke en 7 het meest belangrijke aanduidt. Elk cijfer mag maar één maal gebruikt worden.

	SCORE
Anamnese (alarmtekens, algemene toestand)	
Klinisch onderzoek	
Verwachtingen en wensen van de ouders	
Hoeveelste keer dat zij op consultatie komen met dat probleem	
Eigen ervaring	
Wetenschappelijke richtlijnen	
Tijdsgebrek	

Eventuele opmerkingen of aanvullingen:

7) Wat denkt u dat ouders het meest verlangen van een consult?

Geef onderstaande mogelijkheden een score van 1-8 waarbij 1 het minst belangrijke en 8 het meest belangrijke aanduidt. Elk cijfer mag maar één maal gebruikt worden.

	SCORE
Het kind grondig onderzoeken.	
Geruststellen indien het niets ernstig is.	
Voldoende uitleg geven.	
Medicatie voorschrijven om de symptomen te controleren: bv. neusdruppels, hoestsiroop,…	
Antibiotica voorschrijven.	
Een diagnose stellen.	
Het kind genezen.	
Dat er naar hen geluisterd wordt en hun vragen beantwoord worden.	

8) Op welke manier houdt u rekening met de wensen van de ouders?

- Niet, ik houd enkel rekening met de medische toestand van het kind.

  Helemaal niet akkoord – Niet akkoord – Matig akkoord – Akkoord – Helemaal akkoord

- Ik luister, maar laat het mijn beleid niet beïnvloeden.

  Helemaal niet akkoord – Niet akkoord – Matig akkoord – Akkoord – Helemaal akkoord

- Ik pas mijn behandeling aan.

  Helemaal niet akkoord – Niet akkoord – Matig akkoord – Akkoord – Helemaal akkoord

- Ik pas mijn uitleg aan.

  Helemaal niet akkoord – Niet akkoord – Matig akkoord – Akkoord – Helemaal akkoord

- Andere?:

9) Hoe vaak stemt u in met wensen van ouders, hoewel u dit in feite voor de behandeling van het kind niet nodig achtte?

Nooit / zelden / soms / vaak / altijd

10) Hoe vaak schat u dat ouders antibiotica wensen voor een bovenste luchtweginfectie?

Gelieve dit uit te drukken in een percentage.

11) Hoe vaak voelt u zich onder druk gezet door ouders om antibiotica voor te schrijven?

Nooit / zelden / soms / vaak / altijd

12) Schrijft u sneller antibiotica voor indien de ouders dit wensen?

Nooit / zelden / soms / vaak / altijd

13) Hoe belangrijk vindt u het dat de ouders tevreden zijn na de consultatie?

Niet belangrijk / Weinig belangrijk / Matig belangrijk / Wel belangrijk / Zeer belangrijk

14) Hoe vaak schrijft u antibiotica voor aan kinderen, enkel om zeker geen ernstig ziektebeeld te zullen missen?

☐ ≥ 1 keer per dag

☐ ≥ 1 keer per week

☐ ≥ 1 keer per maand

☐ ≥ 1 keer per 6 maanden

☐ Nooit

15) Hoe goed kan u om met diagnostische onzekerheid?

Zeer slecht / Slecht / Matig / Goed / Zeer goed

Kan u kort omschrijven op welke manier u omgaat met diagnostische onzekerheid?

Hartelijk dank voor uw medewerking! Gelieve hieronder uw emailadres te noteren, indien u geïnteresseerd bent om de resultaten van het onderzoek te ontvangen.