Ontwikkeling praatkaarten binnen gezondheidsvaardigheidsproject in de wachtpost

Louagie Johannes, KU Leuven

Promotor: Prof. Nicolas Delvaux, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2025

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

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

Inhoudstabel

1. Abstract
2. Inleiding
3. Methoden
4. Resultaten
    - 4.1. Literatuurstudie
        - 4.1.1. Achterhalen van de informatiebehoefte
        - 4.1.2. Informatie
        - 4.1.3. Algemene vormgeving
        - 4.1.4. Illustratieve component
        - 4.1.5. Tekstuele component
        - 4.1.6. Controle
    - 4.2. Focusgroepgesprekken
        - 4.2.1. Useful – nuttig
        - 4.2.2. Usable – gebruiksvriendelijk
        - 4.2.3. Desirable – aanlokkelijk
        - 4.2.4. Findable – vindbaar
        - 4.2.5. Accessible – toegankelijk
        - 4.2.6. Credible – geloofwaardig
        - 4.2.7. Valuable – waardevol
5. Discussie
6. Conclusie
7. Referenties
8. Bijlagen

1. **Abstract**

Inleiding

Een derde van de Belgische bevolking heeft lage gezondheidsvaardigheden . Binnen het gezondheidsvaardigheidsproject van de wachtpost werd een interventie gepland voor het ontwikkelen van communicatie bevorderende middelen. Omwille van de positieve effect van grafische ondersteuning bij patiënten met lage gezondheidsvaardigheden werd gekozen voor praatkaarten. Het ontwikkelen van deze praatkaarten voor de wachtpostsetting is de opzet van deze masterproef.

Methoden

Een ontwikkelingsmethode werd gedestilleerd uit informatie verzameld door een oriënterende literatuurstudie in Pubmed en Embase. 9 prototypes werden besproken op 2 focusgroepgesprekken met samen 18 huisartsen actief in het wachtgebied. De verkregen audio-opnames werden gethematiseerd volgens het gebruikerservaringsmodel van Peter Morville. Aan de hand van deze feedback werden de prototypes geoptimaliseerd tot de finale praatkaarten.

Resultaten

De methodiek van Pharos werd als basis genomen en aangevuld met de informatie uit literatuurstudie. De meest gestelde wachtpostdiagnoses bepaalden de onderwerpen en informatie werd op richtlijnen gebaseerd. De praatkaarten werden als waardevol en nuttig bevonden door de deelnemers. Op geleide van de verkregen feedback werden de praatkaarten aangepast om het consult zo optimaal mogelijk te ondersteunen.

Discussie

Het is onmogelijk alle geneeskundige nuances te condenseren tot één A4. De praatkaarten werden ontwikkeld door één persoon zonder voorgaande ontwikkelingservaring voor de wachtpostsetting met zijn geassocieerde praktische beperkingen. Aftoetsen met patiëntgebruikers gaat idealiter vooraf aan de ingebruikname van de praatkaarten. Verdere onderzoek dient te gebeuren of de interventie de beoogde kwaliteitsverbetering realiseert.

Conclusie

Het ontwikkelen van praatkaarten is een complex en continu proces. De verzamelde informatie en data worden toegepast in de ontwikkelde praatkaarten. Betrekken van patiëntgebruikers en opvolgen van de beoogde effecten blijven noodzakelijk.

2. Inleiding

Gezondheidsongelijkheid is een fenomeen waar zorgverleners, met name in de eerste lijn zoals huisartsen, dagelijks mee in aanraking komen. Het betreft de ongelijke verdeling van gezondheid volgens de sociaaleconomische status van mensen waarbij de gezondheid verslechterd naarmate de persoon zich in een minder bevoorrechte sociale positie bevindt. Mensen in de minder geprivilegieerde sociaaleconomische posities hebben duidelijk merkbaar, zowel fysiek als mentaal, een minder goede gezondheid (1). Vanuit het principe van proportioneel universalisme werden 10 werkwijzen geformuleerd door het Vlaams Instituut Gezond leven om de voorgenoemde gezondheidsongelijkheid aan te pakken. Eén van deze werkwijzen is het inzetten op, en werken aan gezondheidsvaardigheden (2).

Gezondheidsvaardigheid is het vermogen van de patiënt om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen, te evalueren en vervolgens ook toe passen binnen hun eigen situatie. Aan de hand van een korte vragenlijst (HLS-EU-Q6 instrument) peilde Sciensano in 2018 voor het eerst naar gezondheidsvaardigheden bij de Belgische bevolking. Deze gezondheidsenquête toonde aan dat in België 1 op 3 (33,4%) van de personen van 15 jaar of ouder een zwak niveau van gezondheidsvaardigheden heeft. De gezondheidsvaardigheid ligt daarbovenop lager bij 75-plussers, lager geschoolden en mensen met een slechte subjectieve gezondheid. Net die mensen die de gezondheidszorg het meest nodig hebben worden het meest door een gebrek aan gezondheidsvaardigheden getroffen. Ondanks behoorlijke interlandelijke variatie, zien we in verschillende Europese landen epidemiologische cijfers van dezelfde grootteorde (3). Dergelijke prevalentie valt niet te negeren gezien lage gezondheidsvaardigheden zijn geassocieerd met meer hospitalisaties, meer gebruik maken van spoeddiensten, minder participatie in preventieve zorg, een globaal slechtere gezondheid en hogere mortaliteit (4).

In kader van bovenstaande problematiek werd vanuit de wachtpost Midden West-Vlaanderen, heden onder de naam huisartsenwachtpost Alfa, een gezondheidsvaardigheidsproject opgezet. De wachtpost behaalde een score van slechts 13% op de online test “hoe begrijpelijk is mijn organisatie” van Pharos (5). De opstart van de nieuwe wachtpost op een andere locatie werd

aangegrepen om de wachtpost gezondheidsvaardiger te maken. Binnen het project werd op 3 aspecten gewerkt. Ten eerste werden maatregelen genomen om de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de wachtpost te verhogen. Als tweede werd er gewerkt aan de bewustwording en gezondheidsvaardigheden van de zorgverleners zelf door het organiseren van opleidingen. Het laatste onderdeel was het ontwikkelen van communicatie bevorderende hulpmiddelen en begrijpelijk materiaal. Deze masterproef situeert zich als praktijk verbeterend project op niveau van de wachtpost binnen de ontwikkeling van deze hulpmiddelen. Bij de opstart werd vanuit het gezondheidsvaardigheidsproject een bevraging gedaan bij 56 huisartsen uit het wachtgebied. Bij 1 van de 8 vragen werd gepeild naar het gebruik van hulpmiddelen indien deze zouden worden aangeboden vanuit de wachtpost. 87,5% van de ondervraagden gaven aan open te staan om deze hulpmiddelen te gebruiken.

Het begrijpen van de diagnose door de patiënt is een cruciale stap in het leveren van kwaliteitsvolle zorg. Een correct begrip van de diagnose is een vereiste om te kunnen spreken over shared decision making. Het verschaffen van geschikte informatiefolder bovenop verbale educatie geeft een positieve impact op de kennis, opvattingen en toepassing van de informatie (6)(7)(8). Onderzoek in de Vlaamse eerste lijn geeft ook aan dat patiënten aangeboden informatiemateriaal als een meerwaarde ervaren (9). Bijvoegen van illustraties bij medische informatie biedt voordelen in het capteren van de aandacht van de patiënt en in het herinneren van de daarmee gepaarde informatie. Waar eenvoudige, duidelijk geformuleerde informatie een positief effect heeft onafhankelijk van de gezondheidsvaardigheden lijkt het effect van illustraties meer uitgesproken bij patiënten met lagere geletterdheid (10)(11)(12)(13). Hoewel minder effectief, geven illustraties geen negatieve gevolgen bij patiënten met hoge gezondheidsvaardigheden (14).

Een praatkaart is een hulpmiddel waarbij informatie wordt verstrekt over één afgebakend thema doormiddel van zowel een illustratieve als schriftelijke component. De 2 componenten geven dezelfde informatie weer en hebben als doel elkaar te versterken. Het doel van de praatkaart is om het consult te ondersteunen, het begrip bij de patiënt te bevorderen en op die manier een kwaliteitsvollere zorg te leveren. Op het einde van het consult krijgt de patiënt de praatkaart mee naar huis. Online beschikbare

praatkaarten, zoals op “begrijp je lichaam” (15), zijn niet geoptimaliseerd voor gebruik op de wachtpost. De onderwerpen van de praatkaarten lopen niet gelijk met de meest voorkomende pathologie in de wachtpost. Tevens volstaat de informatie niet om een kwalitatieve consultatie te ondersteunen op de wachtpost. Het ontwikkelen van praatkaarten toegespitst op de huisartsenwachtpostsetting zowel qua pathologie als qua informatie is de uitdaging die in deze masterproef werd aangegaan.

3. **Methoden**

Het oriënterend literatuuronderzoek werd uitgevoerd in databases Pubmed en Embase door zoeken op en combineren van (MeSH)termen als patient information leaflet, patient health information material, patient education, medical illustration, primary health care, health literacy, …

Artikels werden geselecteerd na screenen van de titel, gevolgd door het abstract, gevolgd door de volledige tekst. Referentielijsten van relevante artikels werden eveneens gescreend. Enkel artikels met toegang tot volledige tekst in het Engels of Nederlands werden weerhouden. Artikels die relevante informatie verschaffen over de ontwikkeling van praatkaarten werden weerhouden. Deze informatie werd gecondenseerd tot een kader waarbinnen de praatkaarten vervolgens ontwikkeld werden.

Met de in voorgaande stappen verkregen informatie werd een eerste versie van 9 praatkaarten ontwikkeld. Voor de grafische component en de algemene vormgeving werd gebruik gemaakt van de designsoftware Canva (16).

De eerste versie van de praatkaarten werden vervolgens voorgelegd aan huisartsgebruikers tijdens 2 focusgroepgesprekken. De gesprekken werden georganiseerd aan de hand van 2 LOK-vergaderingen (lokale kwaliteitsgroep) bestaande uit huisartsen actief binnen het wachtgebied. In totaal namen op die manier 18 huisartsen deel aan het onderzoek. Tijdens de focusgroepgesprekken liep een audio-opname.

De audio-opname werd getranscribeerd en vervolgens vrij gecodeerd. Gezien de ontwikkeling vanuit het perspectief van de gebruikers gebeurt werd de gecodeerde informatie verder gethematiseerd aan de hand van een gebruikerservaringsmodel (bijlage 1). Hiervoor werd gebruik gemaakt van het honinggraadmodel voor gebruikerservaring volgens Peter Morville (17). Bij het verwerken van de kwalitatieve data werd gebruik gemaakt van de software NVivo (18).

Als laatste stap werd de verkregen feedback gebruikt om een 2de versie te maken van de eerder ontwikkelde prototypes tot de finale praatkaarten (Bijlage 8.4).

4. Resultaten

4.1.Literatuuronderzoek

Het Nederlandse geneeskundig kenniscentrum Pharos ontwikkelde een methodiek voor het ontwikkelen van praat- en keuzekaarten (19). Deze methodiek werd als uitgangspunt genomen ter ontwikkelen van de praatkaarten en aangepast binnen de noden en mogelijkheden van deze thesis. De methodiek werd aangevuld met artikels gevonden bij de literatuurstudie. Ook bijkomende door Pharos ontworpen hulpmiddelen ter ontwikkeling van toegankelijk informatie werden geraadpleegd (20)(21).

4.1.1 Achterhalen van de informatiebehoefte

Uit de vooraf uitgevoerde huisartsenbevraging door de werkgroep bleek reeds dat er interesse was in het gebruik van hulpmiddelen voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. De onderwerpen voor de ontwikkelde praatkaarten werden in hoofdzaak bepaald door een eerder uitgevoerde data-analyse van de meest gestelde diagnoses en aanmeldingsklachten in de wachtpost (bijlage 2.). Daarnaast werd ook ingegaan op enkele suggesties van de werkgroep tijdens de eerste oriënterende gesprekken. Uiteindelijk werden 9 praatkaarten ontwikkeld.

4.1.2. Informatie

Voor het verkrijgen van de informatie werd voort gegaan op de meest recente richtlijnen voor eerstelijnsgeneeskunde. In de praktijk werd via Ebpracticenet richtlijnen gezocht met, indien beschikbaar, prioriteit voor Belgische bronnen (22). Tevens werd informatie rond antibiotische behandeling gebaseerd op de BAPCOC.

De informatie werd gestructureerd in 3 alinea's. Iedere alinea moet een duidelijke boodschap uitdragen (23). De eerste alinea geeft uitleg over wat de diagnose en oorzaak is. De tweede alinea bevat informatie over wat de patiënt kan verwachten qua prognose en eventuele therapie. De laatste alinea is gewijd aan het bespreken van alarmsymptomen.

4.1.3. Algemene vormgeving

De praatkaart werd ontworpen om op één A4 te passen. De ene helft bestaande uit de grafische en andere helft uit de tekstuele component.

Overzichtelijkheid is van groot belang. Het aantal afbeeldingen en zinnen werd zo veel mogelijk beperkt. Een leidraad uit de literatuur is 2 afbeeldingen en 10 zinnen per kant. Er is een strikte scheiding van tekst en afbeelding (24).

Er werd geen tekst in kollommen naast elkaar geplaatst, maar allemaal onder elkaar en beknopt in lengte. De tekst werd onderverdeeld in kleinere stukjes met tussentitels (maar slechts tot op 1 niveau). Dit maakt een langere tekst overzichtelijker (21)(25).

Er werd getracht om nieuwe zinnen steeds op een nieuwe regel te laten beginnen evenals het vermijden van zinsafbrekingen met een laatste woord op een nieuwe regel. Witruimtes houden het rustig en overzichtelijk (23).

Finale, afgedrukte praatkaarten dienen op voldoende dik, niet reflectief papier te worden gedrukt om de leesbaarheid te optimaliseren. Een eventuele vouw mag niet interfereren met de informatie (25). Fysieke exemplaren vermijden onmiddellijk de barrière van digitale vaardigheden.

4.1.4. Illustratieve component

De uitdaging binnen de illustratieve component ligt in de balans vinden tussen voldoende informatie brengen zonder te veel details te geven. Het moet een éénduidig beeld zijn met enkel de details die relevant zijn om de correcte interpretatie te maken van de afbeelding(10)(23).

De afbeelding dient zo waarheidsgetrouw mogelijk te zijn. Dit kan onder andere door het gebruik van waarheidsgetrouwe kleuren(21). Hier werd in de mate van het mogelijke rekening mee gehouden. Limiterende factoren waren echter de technische mogelijkheden (voorhanden illustraties en vaardigheden van de ontwerper) en ondersteunende rol van kleuren bij het geven van de uitleg.

De beelden bevatten heldere lijnen en hebben duidelijk contrast, dit geld ook voor de tekstuele component(20)(25). Symbolen en pictogrammen kunnen een meerwaarde brengen op voorwaarde dat ze snel herkenbaar zijn en een ondersteunende, geen vervangende, rol spelen bij de tekst (25).

Het beeld dient hetzelfde verhaal te vertellen als de tekst en er moet een logische opbouw in de afbeelding zitten. Dit werd toegepast door elke

anatomische tekening te kaderen binnen het lichaam door rechtstreeks te projecteren of met een vergrootglas aan te duiden waar het zich bevindt (24). Voor een goede wisselwerking tussen illustratie en tekst moeten goede instructies aan de illustrator gegeven worden bij de tekst en eventuele aanpassingen. Gezien in deze masterproef tekstschrijver en illustrator één en dezelfde persoon betreft werd hier deze communicatieve stap vermeden.

Aandacht ging ook naar het herkenbaar maken van de afbeeldingen. Patiënten moeten zich in de beelden kunnen herkennen. Waar mogelijk werd geslachtsneutraal gewerkt en is er variatie in lichaamskenmerken als huidskleur, leeftijd en geslacht voorzien (23).

Het gebruik van tabellen, grafieken en diagrammen wordt afgeraden. Deze werden a priori niet gebruikt gezien de opzet en setting van deze ontwikkeling. Ten slotte zijn alle gebruikte elementen royalty free.

4.1.5. Tekstuele component

In de literatuur gaat veel aandacht uit naar de eenvoud van de geschreven informatie. Het is van groot belang dat informatie een geschikte moeilijkheidsgraad heeft. In de Nederlandse taal is het advies om de tekst op het A2 niveau te brengen. Indien nodig tot niveau B2 (26)(23)(13). Online applicaties kunnen helpen het niveau van woorden in te schatten en synoniemen te suggereren (27)(28).

De literatuur adviseert voldoende grote letters (minimaal lettergrootte 12) en het gebruik maken van een schreefloos lettertype in een duidelijke kleur (20)(23)(25). Gebruik van cursief en tekstvakken dient vermeden te worden. Vetgedrukte woorden kunnen bij spaarzaam gebruik de tekst verduidelijken(23).

Bij het voorzien van (tussen)titels moet worden gelet op het vermijden van vragende titels eg. “wat is een keelontsteking?”. Dit kan bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden het idee oproepen dat ze zelf een antwoord moeten geven op de vraag (19). Een andere bron suggereert echter dat een vragend format tot meer betrokkenheid bij de lezer kan leiden (23). Er werd gekozen om vragen te vermijden.

Het gebruik van korte, actieve zinnen en het vermijden van tangconstructies, dubbele ontkenningen, abstracte taal en vakjargon. Medische termen werden enkel gebruikt indien deze een functie hebben of er geen

eenvoudiger alternatief bestaat (23). Er worden enkel Nederlandstalige woorden gebruikt (20).

Het leveren van de informatie gebeurt zo concreet mogelijk zoals het geven van duidelijke tijdsbepalingen. Er wordt actiegerichte informatie geleverd waarbij aan de patiënt duidelijk wordt gemaakt wat hij/zij kan doen. Bij opsommingen werden opsommingstekens toegevoegd om het meer overzichtelijk te houden(23).

4.1.6. Controle

In de internationale literatuur wordt een verscheidenheid aan manieren gebruikt om ontwikkeld materiaal af te toetsen. Verschillende scores en beoordelingsinstrumenten worden vernoemd zoals Flesch Reading Ease Score. Deze score, tevens in Microsoft Word geïntegreerd, geeft een inschatting over de leesbaarheid van de tekst. Hij is echter niet 1 op 1 toepasbaar in het Nederlands (26)(25). Ook de aangepast FRES-Douma variant geeft een onvoldoende inschatting. Verder vermelde beoordelingsmiddelen waren BALD assessment, SMOG formule, RIX formule, SAM instrument (23)(26).

Als controle op de finale praatkaarten werd gekozen voor de door pharos ontwikkelde vragenlijst: Voorlichtingsmateriaal BeoordelingsInstrument (VBI) (29). Het VBI is een Nederlandstalige adaptatie van het Amerikaanse Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT). Na het toepassen van het instrument werd een score van 93% voor begrijpelijkheid en 60% voor toepasbaarheid verkregen. Wel dient te worden vermeld dat de toepassing gebeurde door 1 persoon die tegelijk de ontwikkelaar van het materiaal was. Ondanks de intentie van objectiviteit resulteert het ontwikkelingsproces van de praatkaarten in een ander perspectief dan de eerste blik van een patiënt.

4.2. Focusgroepgesprekken

4.2.1 Useful – nuttig

Bijna alle deelnemers gaven aan dat ze gebruik maakten van ondersteunende middelen tijdens de consultatie. Voorbeelden die werden aangehaald waren anatomische modellen, afbeeldingen via een online zoekmachine, digitale patiënteninformatie en filmpjes. Ook zelf tekenen werd aangehaald waarbij een arts opmerkte: *“Ik merk wel dat als ik een tekening maak in de praktijk op een blad dat de mensen dat blad wel meepakken om de uitleg nog eens te lezen.”*

Hulpmiddelen zijn een nuttige aanvulling om de voorkennis van de patiënt aan te vullen en uit te breiden. De artsen voelen in de praktijk dat gezondheidsvaardigheden en basiskennis minder vanzelfsprekend zijn. De meer diverser wordende populatie werd als een mogelijke factor aangehaald. Een verder nuttig aspect is een antwoord bieden op de ICE van de patiënt door het verhelderen van de diagnose en het duidelijk communiceren van het te verwachten beloop. Dit kan de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van het beleid, maar ook ten opzichte van de wachtpostwerking ten goede komen.

De onderwerpen werden over het algemeen nuttig bevonden. De bedenking werd echter gemaakt of de meest gestelde diagnoses steeds de meest nuttige praatkaarten opleveren. Er werd opgemerkt dat diagnoses als tonsillitis mogelijk meer worden gesteld om het hoger antibioticagebruik in de wachtpost te verantwoorden. Een praatkaart over pharyngitis was dan mogelijks nuttiger geweest. Verder zouden locomotorische praatkaarten ook nuttig kunnen zijn zoals lage rugpijn, verstuikte enkel, etc.

4.2.2 Usable – gebruiksvriendelijk

De grafische component werd over het algemeen als gebruiksvriendelijk ervaren. Het werd belangrijk bevonden dat er voldoende ruimte aanwezig was om zelf informatie bij te noteren. Anatomische afbeeldingen leenden zich goed tot het uitleggen van de diagnoses, maar ook de symptomatisch gerichte afbeeldingen zoals bij de griep werden gebruiksvriendelijk bevonden. Een concreet onderscheid tussen bovenste en onderste luchtwegen zorgt voor duidelijkheid bij het opbouwen van het consult. Met name de afbeelding op de otitis praatkaart werd als zeer gebruiksvriendelijk aangegeven.

Wat voor minder gebruiksgemak zorgde waren enkele onnodige details op de anatomische afbeelding of onnodige afbeeldingen. Het ronde venster van de cochlea en de virusafbeelding bij de griep waren daar voorbeelden van. Ook vertoonden enkele afbeelding atypische zaken zoals het wit beslag op de huig bij de tonsillitis. Hoewel tegen de algemene richtlijnen werd het bijschrift “bovenste en onderste luchtwegen” zeer gebruiksvriendelijke bevonden. Deze werden bijgevolg behouden. Op aangeven van de deelnemers werden de kleuren van de niet besproken anatomie minder vibrant gemaakt. Er was onenigheid over op welke manier de grafische component van de onderste luchtweginfectie het meest gebruiksvriendelijk

zou zijn. Eerder de focus op de anatomie of eerder de focus op de (alarm)symptomen, uiteindelijk werd de anatomische tekening behouden.

4.2.3 Desirable – aanlokkelijk

De praatkaarten werden attractief bevonden. De kleurrijke afbeeldingen werden als een pluspunt opgemerkt. Verschillende kleuren voor elk onderwerp maakt het gebruik eenvoudiger. Een belangrijk tegenargument voor het kleurrijk design is de kostprijs. Drukken in grijstinten is de meest economische optie, echter sommige afbeeldingen verliezen dan belangrijke informatie. Dit zou ook lijden tot een reductie in contrast alsook in aanlokkelijkheid. Als middenweg kan gekozen worden voor een witte achtergrond, zwarte tekst, maar grafische component in kleur.

De indeling werd positief onthaald met overzichtelijke informatie in de 3 alinea's. Er werden opsommingstekens gesuggereerd bij de alarmsymptomen en vetgedrukte tekst bij belangrijke woorden. Het lokaliseren van de afbeelding binnen het lichaam werd als pluspunt aangegeven.

4.2.4 Findable – vindbaar

Het beperken van het aantal praatkaarten is een gunstig gegeven om snel de correcte kaart te vinden. Verschillende deelnemers gaven aan dat de praatkaarten ook op het scherm in de wachtzaal geprojecteerd konden worden. Ook een uitgifte door de triageverantwoordelijke op basis van de aanmeldingsklacht werd geopperd. Dit pre-consult gebruik strookt echter niet met de ondersteunende rol waarvoor deze praatkaarten ontwikkeld werden.

Het binnen handbereik hebben van de praatkaarten is een punt waar algemene overeenstemming was. *" Ik zou het gebruiken, maar het mag niet ver liggen."* Zei het fysiek binnen handbereik of digitaal in een minimum aan clicks. Hoe meer stappen moeten worden ondernomen om tot de praatkaarten te komen hoe minder waarschijnlijk de artsen aangaven deze te zullen gebruiken. Digitale beschikbaarheid en integratie in het wachtpostprogramma wordt gecompliceerd door de afwezigheid van kleurprinters in elk kabinet.

4.2.5 Accessible – toegankelijk

Het lettertype en contrast was duidelijke leesbaar. Er was wat onenigheid over het al dan niet vermelden van stofnamen van pijnmedicatie. Het

vermelden van paracetamol in plaats van pijnstiller kan de zelfredzaamheid bevorderen. Dit verhoogd echter ook de complexiteit van de tekst en kan door de arts nog steeds op de kaart genoteerd worden. Eenzelfde discussie werd gevoerd over de dosissen. Er werd gepeild door de deelnemers of de praatkaarten in verschillende talen beschikbaar zouden zijn. Dit zou echter de vindbaarheid negatief beïnvloeden. Daarenboven is het ontwikkelen van patiëntinformatie in een taal die niet de moedertaal van de ontwikkelaar is geen evidentie. Er was wel overeenstemming dat een simpele tekst met hedendaagse vertaalsoftware op de smartphones zeer makkelijk te vertalen is door de patiënt.

4.2.6 Credible – geloofwaardig

Tijdens de bespreking van de informatie uit de tekstuele component kwamen veel meningsverschillen naar boven. Iedere arts heeft een eigen aanpak in diagnostiek, beleid en uitleg. Uit de medische kennis en ervaring van de artsen kon steeds een casus opgediept worden dewelke de informatie tegensprak. Een van de deelnemers omschreef de opzet echter goed op volgende wijze: *"Uiteindelijk is geneeskunde niet zwart-wit maar grijs en dit is gewoon om uit te leggen aan de patiënt dat in 90-95% van de gevallen het er zo aan toe gaat."* Er was dus wel een algemene consensus dat het gebruik van richtlijnen, in het bijzonder Vlaamse richtlijnen, een solide basis vormt. De verschafte informatie laat dan ook voldoende ruimte om eigen keuzes en nuances in het beleid te benadrukken.

Er werden veel suggesties gedaan tijdens het focusgroepgesprek om de informatie te optimaliseren. Zowel inhoudelijk als linguïstisch. Zo sprak slechts 1 van de 15 deelnemers met de patiënten over "amandelontsteking". De praatkaart kreeg gevolglijk dan ook tonsillitis als titel. Voor het meegeven van de informatie rond dosis werd gesuggereerd te verwijzen naar arts of apotheker.

4.2.7 Valuable – waardevol

De praatkaarten kunnen op verschillende manieren een meerwaarde brengen. Het kan bijdragen aan een kwalitatiever consult. De volledigheid van informatie, voornamelijk van de alarmsymptomen, speelt daar een rol in. *"Als ze dat nadien lezen, ze leren bij. Want het is enkel in de schoolvoorbeeld consultaties waarin ik dat allemaal al benoem."* Deelnemers geven ook tijdswinst aan als mogelijke meerwaarde. Iets wat in de wachtpostsetting als zeer interessant werd aangegeven.

Er wordt ook een meerwaarde voor de informatieretentie bij de patiënt verwacht. Van de mondelinge informatie werd slechts een fractie onthouden, zeker bij patiënten die zich ziek voelen. Het is goed dat ze de informatie na het consult nog eens aandachtig kunnen bekijken. Ook omdat de praatkaarten veel basisinformatie bevatten die voor de artsen zelf, maar niet steeds voor de patiënt, vanzelfsprekend zijn. De meerwaarde waar de meeste deelnemers het over eens waren was over de educatie van de patiënten. De extra informatie kan hen handvaten geven om bij een volgende, gelijkaardige ziekte-episode correcte beslissingen te maken. De hoop werd geuit dat patiënten met milde klachten door de verkregen informatie het gebruik van de wachtpost zullen vermijden of uitstellen tot de besproken alarmsymptomen optreden.

5. Discussie

De praatkaarten werden in deze masterproef ontwikkeld vanuit het perspectief van de huisartsgebruiker. In de literatuur wordt aangeraden om de praatkaarten door gezondheidsprofessionals te laten ontwikkelen (10). Tevens is het belangrijk om de inhoud te valideren door experten. Dit gebeurde hier in de focusgroepen met huisartsgebruikers. Er werd gekozen voor evaluatie op een kwalitatieve manier, en niet op een kwantitatieve manier, echter met aandacht en nadruk op het evalueren van de informatie op noodzakelijkheid, nuttigheid en overbodigheid (25). Op deze manier werd de ondersteunende functie tijdens het consult gegarandeerd. De belangrijkste tekortkoming echter van deze opzet is het ontbreken van onderzoek naar verstaanbaarheid vanuit het perspectief van de patiënt (30). Hoewel de, via literatuurstudie verzamelde, informatie zo veel mogelijk werd toegepast om de praatkaarten te laten aansluiten bij de mogelijkheden van patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, is het verder testen vanuit receptief standpunt onmisbaar. Idealiter worden de praatkaarten pas in de praktijk gebracht na het testen van tekstuele duidelijkheid en grafische meerwaarde (10). Bij het testen van de materialen bij de patiëntgebruikers mikt men bij Pharos op een 5-tal deelnemers. Daarna treedt verzadiging op (19).

De organisatie en zijn onderdelen kan een belangrijke impact hebben op de inhoud en ontwikkeling van de praatkaarten (30). Het initiatief werd genomen door de wachtpost- en projectverantwoordelijken die verder hun volledige medewerking verleenden zonder directieve intentie. De keuze voor de onderwerpen werd deels beïnvloed door suggesties vanuit de organisatie. Praktische overwegingen aangaande kostprijs, technologische mogelijkheden en infrastructuur spelen tevens een rol. Verder zijn de praatkaarten ontwikkeld door één persoon vanuit een medische achtergrond zonder voorgaande ervaring in grafische design of opstellen van patiënteninformatie. Dit alles in een kader van beperkte tijdsduur en middelen.

Informatie condenseren tot een eenvoudig, maar toch volledig, geheel is geen sinecure. De vele nuances en heterogeniteit binnen de geneeskunde zijn onmogelijk te vatten op één A4. Veel informatie en feedback verkregen tijdens de focusgroepen zou de praatkaarten te veel medicaliseren, detailleren en verlengen (30). Hoewel in deze thesis geen gebruik werd

gemaakt van artificiële intelligentie om tekst of beeld te genereren vormt dit in de nabije toekomst een potentiële toepassing om sneller en efficiënter patiënteninformatie te produceren (31). Hoewel de informatie zo veel mogelijk gebaseerd werd op hedendaagse richtlijnen was er tijdens de focusgroepen regelmatig onenigheid over beleid. Ook dient bemerkt te worden dat enkele artsen aanwezig op de focusgroepen omwille van o.a. de leeftijd niet meer actief waren op de wachtpost. Verder dient bijkomend bemerkt te worden dat tijdens het oriënterend literatuuronderzoek ook tegenstrijdige informatie werd gevonden, bijvoorbeeld betreffende al dan niet gebruiken van vragende tussentitels (23).

Het gebruik van de praatkaarten is slechts een deel van de puzzel. Het is een hulpmiddel ter ondersteuning, en niet ter vervanging, van een gedegen uitleg. De combinatie met andere technieken als de terugvraagmethode kan de impact gunstig beïnvloeden (7). Ondanks de bijscholing, eventuele schriftelijke uitleg en de kadering tijdens de 2 LOK-groepen hebben we niet in de hand hoe de praatkaarten in de praktijk effectief gebruikt zullen worden (30). Anderzijds dienen ze niet gebruikt te worden indien ze niet aansluiten bij de visie en manier van geneeskunde beoefenen van de huisarts van wacht.

Zelfs met correct gebruik is een positief effect voor de patiënten met lage gezondheidsvaardigheden geen zekerheid. Het voorspellen of de ingreep het beoogde effect heeft is in de praktijk niet vanzelfsprekend. Vergelijking in de literatuur wordt bemoeilijkt door de heterogeniteit in materiaal, aanpak, setting, gebruikers, populatie en doel van de interventie (22)(32)(33). Verder onderzoek en opvolging naar het gebruik bij de huisartsgebruikers en het effect bij de patiëntgebruikers in de praktijk blijft dan ook noodzakelijk. Daarnaast is het wenselijk om met enige regelmaat de informatie te toetsen aan de laatste richtlijnen. De opvolging, up to date houden en communicatie valt buiten het bestek van deze masterthesis en wordt toevertrouwd aan de wachtpost.

6. Conclusie

Consultatie ondersteunende middelen werden door de deelnemers als nuttig bevonden en ook reeds regelmatig gebruikt. Praatkaarten over locomotorische diagnoses zouden een nuttige aanvulling zijn. De grafische component hielp bij het opbouwen van uitleg en advies. Er was niet steeds consensus over de keuze voor een anatomische dan wel een symptomatische afbeelding. Het kleurgebruik was attractief en duidelijk, echter met een onevenredige impact op de kostprijs. Gekleurde afbeeldingen op een witte achtergrond kan een aanvaardbare middenweg zijn. Voor een optimaal gebruik moeten de praatkaarten fysiek of digitaal binnen handbereik zijn. De informatie toegankelijker maken in verschillende talen stoot op praktische bezwaren. Het aanhouden van de richtlijnen geeft een duidelijke houvast tussen de verschillende stijlen en visies van de huisartsen. Men kan nooit alle geneeskundige nuances en heterogeniteit samenvatten op 1 praatkaart. De praatkaarten werden gezien als meerwaarde bij het informeren en educeren van de patiënt evenals het verhogen van de kwaliteit van het consult. De bijlage met de praatkaarten zelf vormt de finale samenvatting van de verkregen feedback.

Bij het in de praktijk brengen van de praatkaarten dienen ze gebruikt te worden als ondersteuning tijdens het consult. Combinatie met andere strategieën kan hun positief effect bevorderen. Idealiter wordt de ingebruikname voorafgegaan door een evaluatie in samenwerking met patiënt met lage gezondheidsvaardigheden. Tijdens het gebruik is verdere opvolging noodzakelijk om na te gaan of het beoogde effect bereikt wordt en om de praatkaarten up to date te houden.

7. Referenties

1. Sciensano. Gezondheidsenquête 2018: Gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten [Internet]. Sciensano; 2018 [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://www.sciensano.be/nl/biblio/gezondheidsenquete-2018-gezondheid-en-kwaliteit-van-leven-samenvatting-van-de-resultaten

2. Vlaams instituut gezond leven. AAN GEZONDHEID WERKEN MET MENSEN IN MAATSCHAPPELIJK KWETSBARE SITUATIES 10 werkwijzen om iedereen te bereiken: proportioneel universalisme in de praktijk [internet]. Vlaams instituut gezond leven; 2023 [cited 2025 Apr 21]; Available from: www.gezondleven.be

3. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur. J. Public Health [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2025 Apr 21];25(6):1053. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4668324/

4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med [Internet]. 2011 [cited 2025 Mar 13];155(2):97–107. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/

5. Pharos. Test: Hoe begrijpelijk is mijn gezondheidsorganisatie voor iedereen? [Internet]. Pharos; [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://www.pharos.nl/kennisbank/test-hoe-begrijpelijk-is-mijn-gezondheidsorganisatie-voor-iedereen/

6. Adepu R, Swamy MK. Development and Evaluation of Patient Information Leaflets (PIL) Usefulness. Indian J Pharm Sci [Internet]. 2012 Mar [cited 2025 Apr 22];74(2):174. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3546338/

7. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. J Cancer Educ [Internet]. 2011 Mar [cited 2025 Apr 22];26(1):12–21. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21161465/

8. Wali H, Hudani Z, Wali S, Mercer K, Grindrod K. A systematic review of interventions to improve medication information for low health literate populations. Res Social Adm Pharm. 2016 Nov 1;12(6):830–64.

9. Moerenhout T, Borgermans L, Schol S, Vansintejan J, Van De Vijver E, Devroey D. Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? Patient Prefer Adherence [Internet]. 2013 Jun [cited 2025 Apr 22];489. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=dppa20

10. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Educ Couns [Internet]. 2006 [cited 2025 Mar 16];61(2):173–90. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16122896/

11. Negarandeh R, Mahmoodi H, Noktehdan H, Heshmat R, Shakibazadeh E. Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. Prim Care Diabetes [Internet]. 2013 Jul [cited 2025 Apr 22];7(2):111–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23195913/

12. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med [Internet]. 2003 May 1 [cited 2025 Apr 22];96(5):219. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/

13. Vlaams instituut gezond leven. Werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden: wat kan je doen als professional? [internet]. Vlaams instituut gezond leven; 2022 [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/gezondheidsongelijkheid/mensen-in-maatschappelijk-kwetsbare-situaties/hoe-gezondheidsongelijkheid-verkleinen/de-plaats-van-pu-in-preventie/rekening-houden-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden

14. Meppelink CS, Smit EG, Buurman BM, van Weert JCM. Should We Be Afraid of Simple Messages? The Effects of Text Difficulty and Illustrations in People With Low or High Health Literacy. Health Commun [Internet]. 2015 Dec 2 [cited 2025 Apr 22];30(12):1181–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26372031/

15. Pharos. Begrijp je lichaam [Internet]. Pharos; [cited 2025 Apr 22]. Available from: https://www.pharos.nl/begrijpjelichaam/

16. Canva inc. Canva [software]. [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://www.canva.com/

17. Morville P. User Experience Design [Internet]. Semantic Studios; 2004 [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://semanticstudios.com/user_experience_design/

18. Lumivero. NVivo. Version 15 [software]. 2024 [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://lumivero.com/products/nvivo/

19. Pharos. Methodiek - Begrijpelijke medische informatie in woord en beeld [Internet]. Pharos; 2022 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.pharos.nl/kennisbank/methodiek-begrijpelijke-medische-informatie-in-woord-en-beeld/

20. Pharos. Bloopers [Internet]. Pharos; [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.pharos.nl/kennisbank/bloopers-de-zeven-meest-voorkomende-onduidelijkheden-in-voorlichtingsmateriaal/

21. Pharos. Online Checklist Toegankelijke Informatie [Internet]. [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.pharos.nl/kennisbank/checklist-toegankelijke-informatie/

22. EBMPracticeNet vzw. Ebpracticenet [Internet]. EBMPracticeNet vzw; [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://ebpnet.be/nl

23. Hoffmann T, Worrall L. Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. Disabil Rehabil [internet]. 2004 Oct 7 [cited 2025 Apr 22];26(19):1166–73. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15371031/

24. Dowse R. Using Visuals to Communicate Medicine Information to Patients with Low Literacy. Adult Learning [Internet]. 2004 Jan 1 [cited 2025 Mar 16];15(1–2):22–5. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104515950401500106

25. Renuka P, Pushpanjali K. Leaflet Preparation and Validation Procedures. Univers J Public Health [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 18];1(3):110–4. Available from: http://www. https://www.hrpub.org/download/201310/ujph.2013.010310.pdf

26. Rajpurohit S, Musunuri B, Mohan PB, Vani LR, Bhat G, Shetty S. Development and evaluation of patient information leaflet for liver cirrhosis patients. Clin Epidemiol Glob Health [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2025 Mar 16];24. Available from: https://www.ceghonline.com/action/showFullText?pii=S2213398423002233

27. Loo van Eck. Is het b1? [Internet]. Loo van Eck; [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://www.ishetb1.nl/

28. Bureautaal. Zoek eenvoudige woorden [Internet]. Bureautaal; 2018 [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://www.zoekeenvoudigewoorden.nl/

29. Van Bommel H, van Leeuwen M. Voorlichtingsmateriaal BeoordelingsInstrument (VBI) [Internet]. Pharos; 2018 [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://www.pharos.nl/kennisbank/voorlichtingsmateriaal-beoordelingsinstrument-vbi/

30. Gal I, Prigat A. Why organizations continue to create patient information leaflets with readability and usability problems: an exploratory study. Health Educ Res [Internet]. 2005 Aug 1 [cited 2025 Mar 18];20(4):485–93. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/her/cyh009

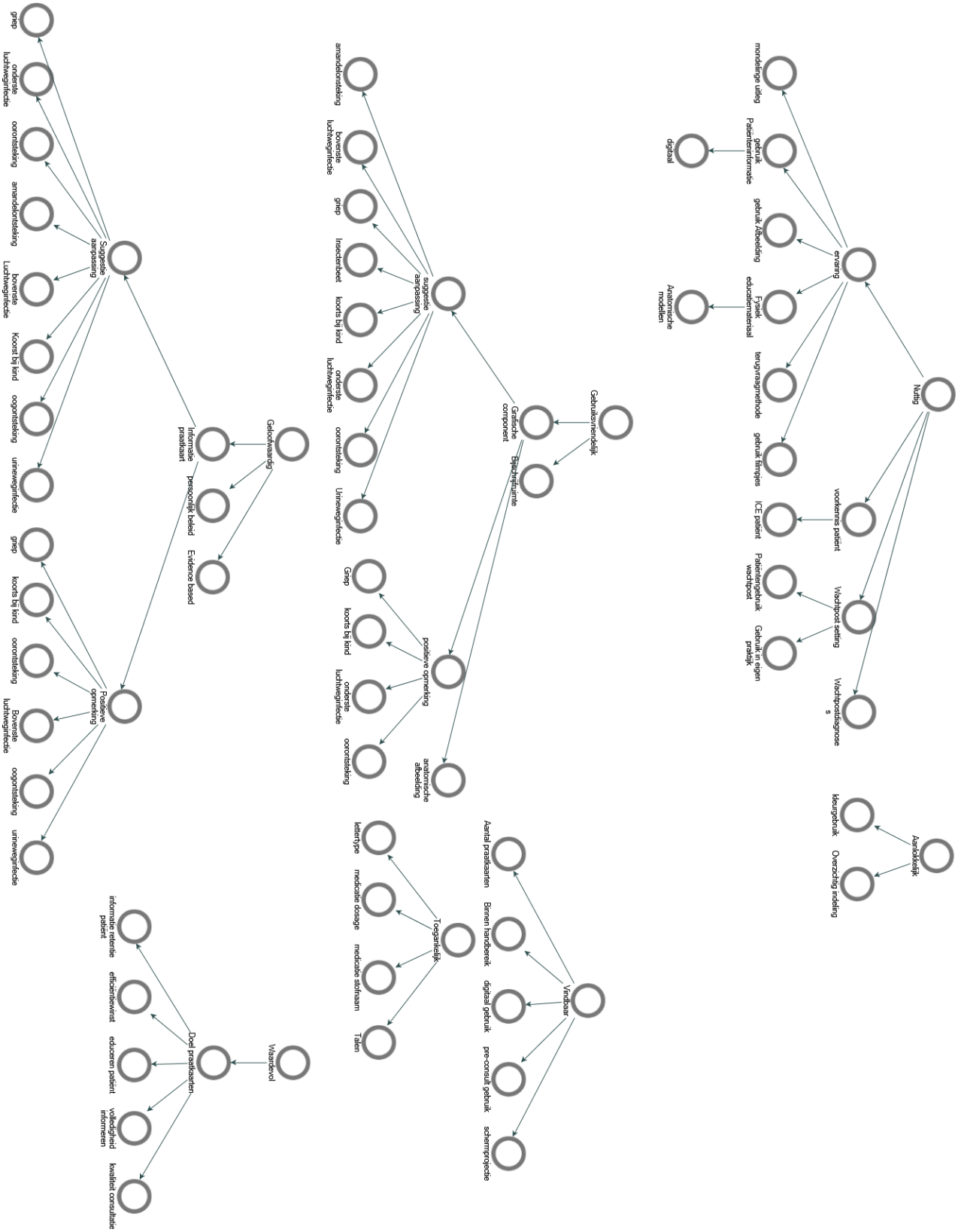
31. Kirchner GJ, Kim RY, Weddle JB, Bible JE. Can Artificial Intelligence Improve the Readability of Patient Education Materials? Clin Orthop Relat Res [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2025 Apr 23];481(11):2260. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10566892/

32. Boyde M, Turner C, Thompson DR, Stewart S. Educational Interventions for Patients With Heart Failure:A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Journal of Cardiovascular Nursing [Internet]. 2011 [cited 2025 Apr 23];26(4):E27–35. Available from: https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2011/07000/educational_interventions_for_patients_with_heart.16.aspx

33. Plate A, Di Gangi S, Garzoni C, Selby K, Pichierri G, Senn O, et al. Patient leaflets on respiratory tract infections did not improve shared decision making and antibiotic prescriptions in a low-prescriber setting. Sci Rep 2024 14:1 [Internet]. 2024 Feb 29 [cited 2025 Apr 23];14(1):1–10. Available from: https://www.nature.com/articles/s41598-024-55166-7

8. Bijlage

8.1 Visuele weergave codering – thematisering focusgroepgesprekken



8.2 Meest gestelde diagnoses en aanmeldingsklachten wachtpost in 2022

Diagnoses:

1. Acute infectie bovenste luchtwegen
2. Influenza
3. Andere virusziekte/infectieziekte nao
4. Acute bronchitis/bronchiolitis
5. Otitis media/myringitis
6. Acute tonsillitis
7. Gastro-intestinale infectie
8. Cystitis/andere urineweginfectie
9. Andere huidinfectie
10. Pneumonie

Aanmeldingsklachten:

1. Koorts
2. Hoesten
3. Symptomen/klachten keel
4. Gegeneraliseerde buikpijn
5. Oorpijn
6. Scheurwond/snijwond
7. Braken
8. Diarree
9. Hoofdpijn
10. Kortademigheid

8.3 Goedkeuring ethische commissie

Geachte Professor Dr Nicolas Delvaux
Geachte Johannes Louagie

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 14-03-2025

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een onderzoek naar de ontwikkeling van praatkaarten voor gebruik op de wachtpost ter ondersteuning van de consultaties bij mensen met lagere gezondheidsvaardigheden. Men zal rekruteren bij de huisartsen die actief zijn in de wachtdienst van de huisartsenkring Midden West-Vlaanderen. Er zullen focusgroep gesprekken plaatsvinden tijdens LOK-vergaderingen om prototypes van praatkaarten te evalueren. Nadien wordt de verkregen gestructureerde informatie gebruikt om de besproken prototypes aan te passen tot de finale tools die gebruikt kunnen worden op de wachtpost. De studie is in orde. Er zijn geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 13-03-2025 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

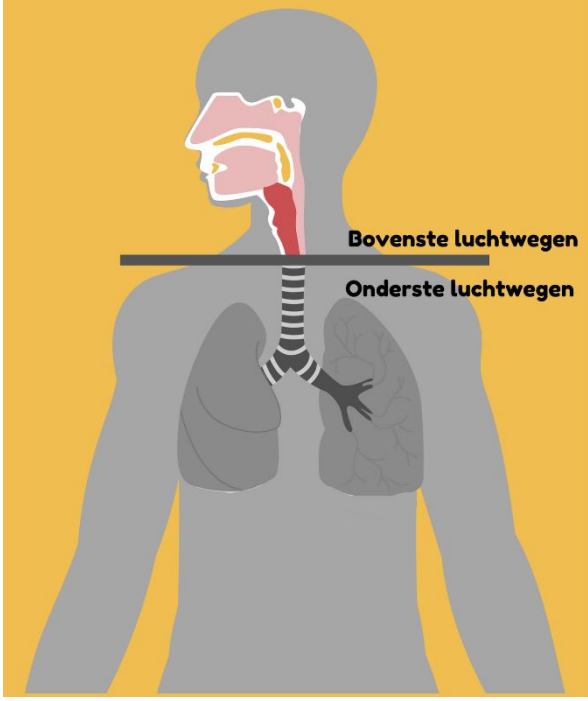
Prof. dr. Minne Casteels

Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

8.4 Praatkaart

Bovenste Luchtweginfectie



Infectie van de bovenste luchtwegen

De bovenste luchtwegen bestaan uit de neus, keel, strottenhoofd en sinussen.
De oorzaak van een infectie is bijna altijd een virus. Dit noemen we ook een verkoudheid.
U krijgt keelpijn, hoesten, heesheid en verstopte of lopende neus.
Een virus is besmettelijk. U kan anderen besmetten door hoesten, speeksel en snot.

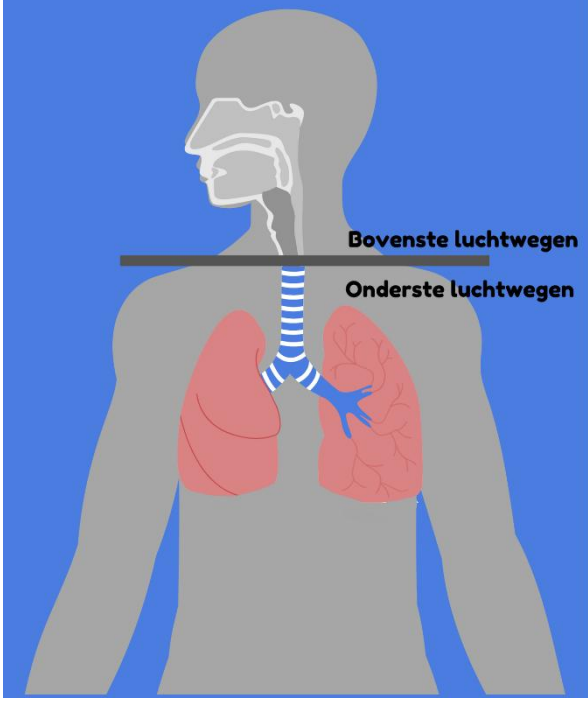
Wat u kan verwachten

Een bovenste luchtweginfectie gaat steeds vanzelf over.
U kan een pijnstiller, neusspoeling of neusspray gebruiken om de klachten te verlichten.
Antibiotica werkt niet bij een virus.
U kan nog blijven hoesten tot 4 weken na het genezen van de infectie.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u het moeilijk krijgt om te ademen.
- Als u snel zieker wordt.
- Als u langer dan 5 dagen koorts hebt.
- Als u opnieuw ziek wordt kort na verbeteren van de klachten.

Onderste Luchtweginfectie



Infectie van de onderste luchtwegen

De onderste luchtwegen bestaan uit de luchtpijp en longweefsel.
Bronchitis is een infectie van de luchtpijp. Dit wordt meestal veroorzaakt door een virus.
Longontsteking is een infectie van het longweefsel. Dit wordt meestal veroorzaakt door een bacterie.
De klachten lijken op elkaar, maar zijn ernstiger bij een longontsteking.

Wat u kan verwachten

Bronchitis geneest meestal van zelf zonder medicatie binnen de 3 weken.
Bij patiënten met een kwetsbare gezondheid of ernstige ziekte kan de arts antibiotica starten.
Bij een longontsteking start de arts antibiotica. Soms gebeurt eerst een bloedonderzoek of longfoto.
Bij ernstige ziekte of bij patiënten met een kwetsbare gezondheid is soms een opname in het ziekenhuis nodig.
U kan nog blijven hoesten tot 4 weken na het genezen van de infectie.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u snel zieker wordt.
- Als u het moeilijk krijgt om te ademen.
- Als u veel bloed ophoest.
- Als u langer dan 4 weken hoest.
- Na 2 dagen antibiotica moet uw koorts verdwijnen en mag uw toestand niet slechter worden.

Insectenbeet



Insectenbeet

Een beet of een steek van een insect kan roodheid, zwelling, pijn en jeuk geven.
Er zijn verschillende insecten die kunnen bijten of steken zoals een mug, bij, teek, mier, spin,...
Insecten in België brengen meestal geen ziektes over.
Een tekenbeet kan de ziekte van Lyme overbrengen.

Wat u kan verwachten

Meestal verdwijnt de beet vanzelf na enkele dagen.
U kunt de klachten verlichten door ijs of koude kompressen aan te brengen op de beet.
Soms kan een beet leiden tot een besmetting of een allergische reactie.
Na onderzoek kan de arts beslissen cortisone of medicatie tegen allergie voor te schrijven.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u gestoken bent in de keel, mond of tong.
- Als u koorts krijgt of etter uit de plek komt.
- Als er zwelling in de keel ontstaat of u moeite krijgt met ademen.
- Bij het vormen van een rode ringvormige plek met een witte kern na een tekenbeet.

Oorontsteking



Oorontsteking

Een oorontsteking is een ontsteking in het middenoor en zorgt voor pijn en koorts. Het komt veel voor bij kinderen.
Vaak is het een gevolg van een verkoudheid.
Er stapelt zich vocht op achter het trommelvlies. Dit vocht drukt op het trommelvlies en geeft pijn.
Soms scheurt het trommelvlies en komt er vocht uit het oor. Dit noemen we een loopoor.

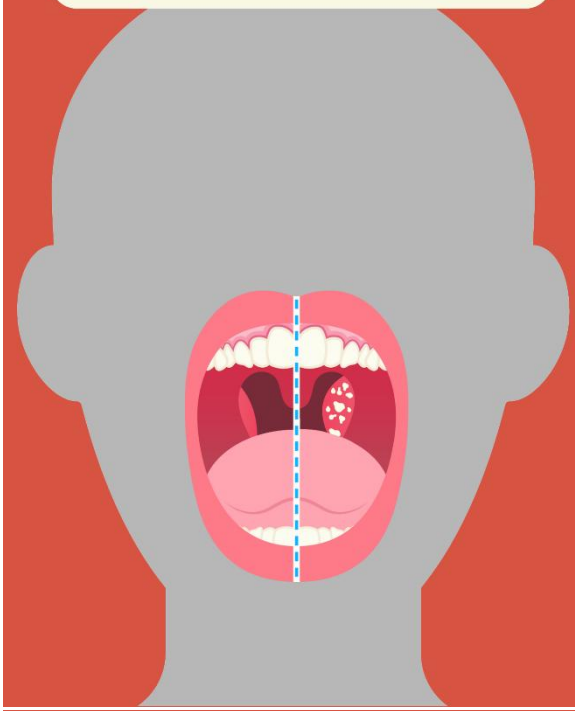
Wat u kan verwachten

Meestal geneest een oorontsteking vanzelf na 3 dagen.
Een pijnstiller innemen helpt tegen de pijn.
Na onderzoek kan de arts besluiten antibiotica voor te schrijven.

U moet opnieuw een arts zien

- Als uw kind steeds zieker of suf wordt .
- Als de oorpijn of koorts niet afneemt na 3 dagen paracetamol.
- Als de koorts of oorpijn na 2 dagen antibiotica niet beter is.
- Als er veel pijn is bij het drukken op het bot achter het oor of als het rood en gezwollen is.

Tonsillitis



Amandelontsteking

Bij een keelontsteking kunnen de amandelen ook ontsteken. Meestal zijn beide amandelen tegelijk ontstoken.
De oorzaak is meestal een infectie door een virus.
Naast keelpijn kan u koorts, heesheid en gezwollen klieren in de hals hebben.

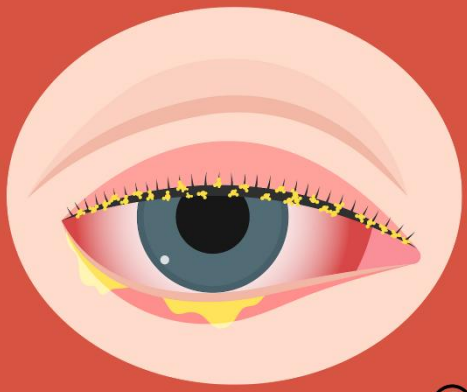
Wat u kan verwachten

De ontsteking geneest vanzelf binnen de 10 dagen.
U kan een pijnstiller of een ontstekingsremmer nemen tegen de pijn.
Drink regelmatig warme of koude dranken.
Na onderzoek kan de arts besluiten antibiotica op te starten.
U bent besmettelijk via hoest en speeksel.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u moeilijk kan ademen of snel zieker wordt.
- Als u ernstige problemen krijgt met het slikken van water of voedsel.
- Als de keelpijn langer dan 10 dagen duurt.
- Als de pijn en zwelling slechts aan 1 kant zitten.
- Als u meer dan 6 amandelontstekingen in 1 jaar hebt.

Oogontsteking





Oogontsteking

Oogontsteking of conjunctivitis is een infectie van het slijmvlies van het oog.
Het oogwit is rood en u heeft een prikkend gevoel in het oog.
Vaak is er ook etter. Dit kan uw ooglid 's morgens dichtplakken.
De oorzaak is meestal een virus. Soms is het een bacterie.
Het is besmettelijk via etter en tranen.

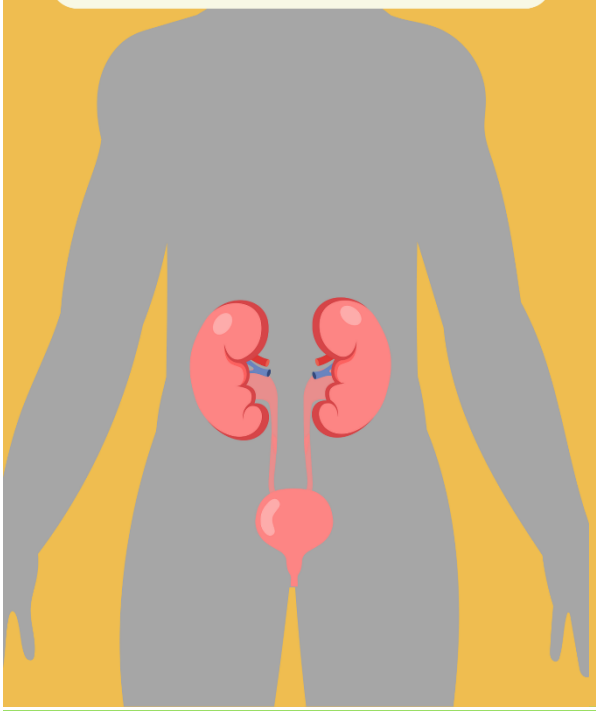
Wat u kan verwachten

Oogontsteking betert meestal vanzelf binnen de 2 weken.
U draagt beter enkele dagen een bril in plaats van lenzen.
Kuis etter uit het oog met een watje dat u nat maakt met schoon water.
Wrijf niet in de ogen en was regelmatig de handen.
Soms schrijft de arts antibioticazalf voor.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u minder ziet.
- Als u hevige pijn krijgt in het oog of achter het oog.
- Als u geen licht kan verdragen.
- Als uw klachten niet beter zijn na 3 dagen antibioticazalf.
- Als er roodheid en zwelling rond het oog is.

Blaasontsteking



Blaasontsteking

Een blaasontsteking is een infectie van de blaas. De oorzaak is een bacterie.
De klachten zijn pijn bij het plassen, vaak kleine beetjes plassen en soms bloed in de urine.
Het komt vaker voor bij vrouwen.
De infectie kan zich uitbreiden naar de nieren.

Wat u kan verwachten

Een blaasontsteking geneest vaak vanzelf binnen de 2 weken.
Met antibiotica geneest u sneller.
Antibiotica zorgt dat een blaasontsteking minder terugkomt.
Soms onderzoekt de arts uw urine.
Voldoende water drinken en plassen net na seks kan een blaasontsteking voorkomen.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u pijn krijgt in uw lage rug of flank.
- Als u koorts krijgt of meer ziek wordt.
- Als de klachten na 2 dagen antibiotica niet beteren.
- Als u 3 of meer blaasontstekingen hebt in het laatste jaar.

Griep



Griep

Griep is een infectie door het griepvirus. Het komt meestal voor in de winter.
De klachten zijn spierpijn, koorts, hoofdpijn en hoesten.
Griep is besmettelijk via hoesten, speeksel en snot.
Soms verandert griep in een longontsteking of oorontsteking.
Vooraf vaccineren tegen de griep vermindert de ernst van de klachten.

Wat u kan verwachten

Griep geneest vanzelf na 1 tot 2 weken.
Neem voldoende rust en drink genoeg water.
U kan een pijnstiller nemen om de klachten te verlichten.
Antibiotica werkt niet bij een virus. Er bestaat geen medicatie om sneller te genezen van de griep.
U kan nog blijven hoesten tot 4 weken na het genezen van de infectie.

U moet opnieuw een arts zien

- Als u het moeilijk krijgt om te ademen.
- Als u langer dan 5 dagen koorts hebt.
- Als u opnieuw ziek wordt kort na verbeteren van de klachten.

Koorts bij kind





Koorts bij een kind

Koorts is een verhoging van de temperatuur van je lichaam. Vanaf 38°C is er koorts.
Je meet koorts met een thermometer. De thermometer plaats je onder de oksel of onder de tong.
Bij jonge kinderen meet u de temperatuur beter in de poep.
Koorts helpt het lichaam een infectie te overwinnen.
Meestal is dit een onschuldige infectie met een virus.

Wat u kan verwachten

Hoe ziek uw kind lijkt is belangrijker dan de hoogte van de koorts.
Koorts moet niet behandeld worden. Het gaat vanzelf over als de infectie geneest.
Als uw kind pijn of ongemak heeft kan u tot 4 maal per dag paracetamol geven.
Het gewicht van uw kind bepaalt de dosis van de medicatie. De arts en apotheker helpen u hierbij.
Het is belangrijk uw kind extra water te laten drinken bij koorts.

U moet opnieuw een arts zien

- Als het kind jonger is dan 6 maanden.
- Als het kind niet meer drinkt. Een droge tong en minder plassen zijn tekens van uitdroging.
- Als uw kind kreunt in plaats van weent.
- Als het kind suf is en niet meer alert.
- Als uw kind donkerrode vlekjes op de huid krijgt die rood blijven als u er een glas tegen drukt.
- Als uw kind nekpijn krijgt bij het hoofd buigen.
- Als het kind langer dan 3 dagen koorts heeft.