TITEL: Verwachtingen en ervaringen rond antibiotica voorschrijven bij patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk: een kwalitatieve studie.

Naam Student: Dr.Rohina Aqdas, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Sibyl Anthierens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Melanie Hoste, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef- Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2025 – 2026

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

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

INHOUDSOPGAVE

AFKORTINGENLIJST----4

ABSTRACT----5

DANKWOORD ----6

INTRODUCTIE

1. INLEIDING----7-9
2. PROBLEEMSTELLING----9
3. DOELSTELING EN ONDERZOEKSVRAAG----10

METHODOLOGIE

1. STUDIE-OPZET----10
2. GOEDKEURING VAN HET ETHISCH COMITE----10
3. PARTICIPANTEN
   3.1 STUDIEPOPULATIE EN SETTING----10-11
   3.2 IN-EN EXCLUSIECRITERIA----11
4. PARTICIPANTEN REKRUTERING EN STEEKPROEF STRATEGIE----11-12
5. DATAVERZAMELING ----12
6. REFLEXIVITEIT ----12-13
7. DATA ANALYSE ----13-15

RESULTATEN

OVERZICHT VAN DEELNEMERS ----15-16

THEMA 1- 4----16-22

DISCUSSIE

KERNBEVINDINGEN----23

VERGELIJKING MET BESTAANDE LITERATUUR----23-26

STERKE PUNTEN EN BEPERKINGEN----26-27

IMPLICATIES VAN DE BEVINDINGEN----27-28

CONCLUSIE----29

PERSOONLIJKE REFLECTIE----29-30

BIJLAGEN----31

REFERENTIES ----32-33

AFKORTINGENLIJST

AUTEURS

RA	Dr.Rohina Aqdas
SA	Prof. Dr. Sibyl Anthierens
MH	Dr. Melanie Hoste

MEDISCHE TERMEN

COPD	Chronische obstructieve longziekte
PCOS	Polycysteus Ovarium Syndroom
HAIO	Huisarts in opleiding
AMR	Antimicrobiële resistentie
LWI's	Acute luchtweginfecties
SES	Socio-economische status
ICF	Informed Concent Formulier
ICE-model	Ideas, Concerns, Expectations
BAPCOC	Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

ABSTRACT

TITEL: Verwachtingen en ervaringen rond antibiotica voorschrijven bij patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk: een kwalitatieve studie.

AUTHORS: Dr. Rohina Aqdas (RA)

PROMOTOR: Prof. Dr. Sibyl Anthierens (SA)

CO-PROMOTOR: Dr. Melanie Hoste (MH)

DOEL VAN HET ONDERZOEK: Het doel van dit onderzoek is de verwachtingen, ervaringen en opvattingen van groepen in kwetsbare situaties met acute luchtweginfectie in de huisartsenpraktijk te exploreren om het antibiotica voorschrijfgedrag te optimaliseren.

METHODOLOGIE: Deze exploratieve kwalitatieve studie maakt gebruik van semi-gestructureerde interviews ontwikkeld door drie onderzoekers RA, SA en MH. De deelnemers zijn patiënten uit Praktijk Albertpark (Antwerpen, België) waar de onderzoeker RA werkt als huisarts in opleiding (Haio). De interviews waren uitgevoerd face-to-face en opgenomen met een audiobestanden. De data werden woordelijk getranscribeerd. De transcripten werden gepseudonimiseerd en daarna geanalyseerd via een combinatie van inductieve en deductieve thematische analyse volgens Braun en Clarke. NVivo 15 en Microsoft Word werden gebruikt ter ondersteuning van het coderings- en analyseproces.

RESULTATEN: Uit zeven interviews met patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties uit Praktijk Albert Park in Antwerpen blijkt dat zij doorgaans eerst een traject van zelfzorg en informeel advies volgen, alvorens een huisarts te consulteren. Consultatie vindt vooral plaats bij aanhoudende of verergerende klachten, functionele beperkingen of praktische noden, zoals het verkrijgen van een ziekteattest. Angst voor complicaties, met name bij comorbiditeit, vormt een bijkomende motivatie. Het vertrouwen in de huisarts is overwegend hoog en bevordert therapietrouw bij milde klachten, maar gaat in bepaalde contexten gepaard met persisterende verwachtingen ten aanzien van antibiotica (paradoxaal vertrouwen), vooral bij ernstige of langdurige symptomen. Deze verwachtingen zijn zelden kennisgestuurd, maar eerder gebaseerd op eerdere ervaringen, bezorgdheid over complicaties en de wens tot snel functioneel herstel. Ze blijven vaak impliciet tijdens de consultatie, wat de herkenning en bespreking bemoeilijkt.

CONCLUSIE: Antibioticaverwachtingen bij patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties worden primair bepaald door eerdere ervaringen, angst voor complicaties en functionele druk, eerder dan door kennistekort. Hoog vertrouwen in de huisarts kan hiermee coëxisteren (paradoxaal vertrouwen). Dit impliceert dat optimalisatie van antibioticabeleid in de eerste lijn in wezen een communicatieve opgave is, waarbij het systematisch exploreren en expliciteren van onderliggende zorgnoden essentieel is.

DANKWOORD

Graag wil ik enkele personen bedanken die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze masterproef.

In de eerste plaats gaat mijn oprechte dank uit naar mijn promotor Prof. Dr. Sibyl Anthierens en co-promotor Dr. Melanie Hoste voor hun deskundige begeleiding, kritische reflecties en waardevolle feedback gedurende het volledige onderzoeksproces. Hun ondersteuning heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de kwaliteit en de wetenschappelijke onderbouwing van dit werk.

Daarnaast wil ik de deelnemers aan deze studie bedanken voor hun tijd, openheid en bereidheid om hun ervaringen te delen. Zonder hun bijdrage was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

THESIS

TITLE: Verwachtingen en ervaringen rond antibioticavoorschrijven bij patiënten in kwetbare situaties met acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk: een kwalitatieve studie.

INTRODUCTIE

Antimicrobiële resistentie (AMR) vormt een van de grootste uitdagingen voor de wereldwijde volksgezondheid. Hoewel antibiotica sinds hun introductie een aanzienlijke reductie in morbiditeit en mortaliteit door infectieziekten hebben gerealiseerd, heeft hun wijdverbruikd en vaak oneigenlijk gebruik geleid tot een versnelde ontwikkeling van resistentie. Dit resulteert in een substantiële ziektelast, met naar schatting 4,95 miljoen overlijdens geassocieerd met bacteriële resistentie in 2019, waarvan 1,27 miljoen direct causaal toe te schrijven zijn aan AMR. Infecties van de lagere luchtwegen leveren hierbij de grootste bijdrage (1). Deze cijfers onderstrepen dat het terugdringen van onnodig antibioticagebruik een essentiële en prioritaire strategie vormt binnen de hedendaagse gezondheidszorg.

Het beperken van onnodig antibioticagebruik wordt daarom beschouwd als een essentiële pijler binnen strategieën ter bestrijding van AMR. Bovendien behoort België binnen Europa tot de landen met een relatief hoog antibioticagebruik, wat het belang van gerichte interventies aangeeft. Dit wordt onder meer beschreven in het werk van Bruyndonckx et al. (2021) (2) en rapporten over antibioticaconsumptie in Europa (OECD/Europese analyses) (3), die aantonen dat België ondanks sensibiliseringscampagnes een hoger consumptieniveau blijft behouden (2,3).

Acute luchtweginfecties (LWI's) zijn een van de meest voorkomende redenen voor huisartsen consutlaten en vormen een belangrijke determinant van antibioticaconsumptie in de eerstelijnszorg. Het merendeel van deze infecties is viraal of zelflimiterend, waardoor antibiotica doorgaans geen klinisch relevante voordelen bieden. Desondanks blijft antibioticavoorschrijven frequent voorkomen bij deze indicaties. Volgens gegevens van de World Health Organization en analyses van OECD-rapporten wordt het merendeel van antibiotica voorgeschreven in de eerstelijnszorg, wat de centrale rol van de huisarts in het antibioticabeleid benadrukt (4). Deze discrepantie tussen richtlijnen en klinische praktijk suggereert dat er andere factoren een rol spelen in het voorschrijfgedrag naast de klinische overwegingen (4-5).

Het beslissingsproces rond antibioticavoorschrijven bij LWI's is complex en wordt beïnvloed door zowel medische als niet-medische determinanten. Klinische factoren zoals ernst van symptomen, koorts, comorbiditeit en ziekteduur spelen een rol, maar verklaren slechts gedeeltelijk de variatie in voorschrijfgedrag. Niet-medische factoren, waaronder tijdsdruk, diagnostische onzekerheid en communicatieve uitdagingen, blijken eveneens van invloed. In het bijzonder is aangetoond dat de perceptie van de huisarts

over de verwachtingen van de patiënt een belangrijke determinant vormt voor het al dan niet voorschrijven van antibiotica. Deze perceptie kan leiden tot voorschrijfgedrag dat niet volledig in overeenstemming is met de klinische richtlijn(1).

Vanuit het perspectief van patiënten blijkt dat verwachtingen ten aanzien van antibiotica worden gevormd door verschillende factoren. Literatuur toont aan dat patiënten vaker antibiotica verwachten wanneer zij hun symptomen als ernstig ervaren, wanneer zij een snelle genezing wensen, of wanneer zij de overtuiging hebben dat antibiotica noodzakelijk zijn voor herstel (6). Daarnaast spelen eerdere ervaringen met gezondheidszorg, sociale interacties en culturele opvattingen over ziekte en behandeling een belangrijke rol in het vormgeven van deze verwachtingen (7). Onderzoek van onder meer Van der Zande et al. (2019) (6) en Brookes-Howell et al. (2012) (7) toont aan dat deze percepties en verwachtingen sterk variëren en beïnvloed worden door contextuele en individuele factoren, wat de interactie met de huisarts mede vormgeeft. Deze factoren beïnvloeden niet alleen het consultatgedrag, maar ook de interactie tijdens het consult en kunnen de communicatie tijdens het consult en kunnen indirect bijdragen aan antibioticavoorschrijven (6-7).

Binnen deze context verdienen patiënten in kwetsbare situaties bijzondere aandacht. Kwetsbaarheid kan worden gedefinieerd als een toestand waarin individuen door sociale, economische of gezondheidsgerelateerde factoren een verhoogd risico lopen op suboptimale zorg en slechtere gezondheidsuitkomsten, in lijn met het concept van sociale determinanten van gezondheid (8). Dit omvat onder meer personen met een lage sociaaleconomische status, beperkte gezondheidsgeletterdheid, taalbarrières, migratieachtergrond of een verminderde toegang tot zorg (8).

De invloed van dergelijke factoren op antibioticavoorschrijfgedrag en zorginteracties is beschreven onder andere in de studie van Anthierens et al. (2012) (9) en Borek et al. (2020) (10), die aantonen dat communicatie, vertrouwen en interpretatie van ziekteverschijnselen sterk kunnen verschillen binnen diverse patiëntengroepen. Deze determinanten kunnen de manier waarop patiënten hun klachten interpreteren, communiceren en welke verwachtingen zij hebben ten aanzien van behandeling substantieel beïnvloeden (9-10).

Beperkte gezondheidsgeletterdheid kan leiden tot een onvoldoende begrip van het natuurlijke beloop van luchtweginfecties en de rol van antibiotica, wat gepaard gaat met hogere verwachtingen ten aanzien van medicamenteuze behandeling, in lijn met literatuur over gezondheidsgeletterdheid en antibiotica-use (11). Taalbarrières en culturele verschillen kunnen de communicatie tussen patiënt en arts bemoeilijken en bijdragen aan misinterpretaties van verwachtingen. Daarnaast kan verminderd vertrouwen in zorgverleners of eerdere negatieve ervaringen de consultatie-interactie beïnvloeden. Deze bevindingen worden ondersteund door Borek et al. (Borek et al., 2020) (10) en Anthierens et al. (Anthierens et al., 2012) (9), die aantonen dat sociale context, communicatie en percepties een belangrijke rol spelen in antibioticagebruik.

Epidemiologische gegevens suggereren bovendien dat patiënten in kwetsbare situaties vaker antibiotica voorgeschreven krijgen, wat wijst op mogelijke ongelijkheden in zorg en besluitvorming (12).

Hoewel er in België reeds meerdere studies zijn uitgevoerd naar determinanten van antibioticavoorschrijven, ligt de focus hierbij voornamelijk op het perspectief van huisartsen (9 ,10,13). Deze studies tonen aan dat voorschrijfgedrag wordt beïnvloed door klinische inschatting, contextuele factoren en ervaren druk tijdens consultaties. Het perspectief van patiënten, en in het bijzonder van patiënten in kwetsbare situaties, blijft echter onderbelicht. Dit is opmerkelijk, aangezien juist in deze groep de interactie tussen verwachtingen, communicatie en voorschrijfgedrag mogelijk verschilt van de algemene populatie, zoals eveneens beschreven in kwalitatief onderzoek naar sociale en contextuele determinanten van antibioticagebruik (9-10).

Deze gap in de literatuur is relevant, aangezien een beter inzicht in de verwachtingen, ervaringen en percepties van patiënten in kwetsbare situaties kan bijdragen aan meer patiëntgerichte communicatie en rationeler antibioticagebruik. Door beter te begrijpen welke factoren de verwachtingen van deze patiënten sturen, kunnen interventies ontwikkeld worden die inspelen op hun specifieke noden en context.

Deze studie heeft als doel om via een kwalitatieve studie de ervaringen, verwachtingen en percepties van patiënten in kwetsbare situaties met betrekking tot antibioticagebruik bij acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk te exploreren, met een specifieke focus op de verwachtingen van deze patiënten ten aanzien van antibioticavoorschrift binnen deze klinische context.

DOELSTELLING

Het doel van deze studie is inzicht te verkrijgen in de verwachtingen, ervaringen en bezorgdheden van patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag

Hoe ervaren patiënten in kwetsbare situaties het acute luchtweginfecties consult bij de huisarts, en welke verwachtingen en bezorgdheden hebben zij ten aanzien van antibioticavoorschrijven?

METHODOLOGIE

1. Studie-opzet

Deze exploratieve kwalitatieve studie maakt gebruik van semi-gestructureerde interviews. Het doel was om ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van patiënten in kwetsbare situaties met betrekking tot antibiotica bij acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk te exploreren.

Een kwalitatieve benadering werd gekozen om inzicht te verkrijgen in subjectieve ervaringen en percepties binnen een reële eerstelijnscontext.

De interviews werden uitgevoerd aan de hand van een semi-gestructureerde interviewgids ontwikkeld door drie onderzoekers Dr. Rohina Aqdas (RA), Prof. Dr. Sibyl Anthierens (SA) en Dr. Melanie Hoste (MH). De interviewgids bevatte open vragen en liet ruimte voor verdieping en doorvragen. De volledige interviewgids is opgenomen in bijlage #1.

2. Goedkeuring van het Ethisch Comité

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen op 28/04/2025 met referentienummer Project ID 7177 - Edge n/a - BUN B3002024000200. Het document terug te vinden bij bijlage #2.

3. Participanten

Studiepopulatie en setting

De studie werd uitgevoerd met patiënten uit Praktijk Albertpark (Antwerpen, België), waar de onderzoeker RA werkzaam is als huisarts in opleiding.

Operationalisatie van kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid werd a priori gedefinieerd als een combinatie van volgende factoren in lijn met het kader van de sociale determinanten van gezondheid (8).
Socio-economische status (SES): Bepaald op basis van indicaties zoals verhoogde tegemoetkoming, lage inkomenscategorie of een subjectieve inschatting van financiële beperkingen tijdens de consultatie.
Migratieachtergrond: Patiënten met een migratieachtergrond.
Medische kwetsbaarheid: Aanwezigheid van chronische aandoeningen (zoals chronische obstructieve longziekte (COPD), diabetes, cardiovasculaire aandoeningen en psychiatrische comorbiditeit), in overeenstemming met de literatuur over multimorbiditeit (14).

Kwetsbaarheid werd aldus benaderd als een multidimensioneel concept, waarbij zowel socio-economische, culturele als klinische factoren in rekening werden gebracht.

Inclusiecriteria:. De potentiële deelnemers aan deze studie zijn patiënten met recente symptomen van een acute luchtweginfectie uit de huisartsenpraktijk Praktijk Albertpark in Antwerpen, België, waar de onderzoeker RA werkzaam is. Deelnemers zijn 18+ patiënten , zowel mannen als vrouwen, afkomstig uit kwetsbare groepen met een lage sociaaleconomische status, inclusief zowel allochtone als autochtone patiënten, die Nederlands of Engels spreken.

Exclusiecriteria: Onze studie excludeert diergeneeskunde, kwantitatief onderzoek, patiënten met acute luchtweginfecties in ziekenhuis, minderjarige patiënten, patiënten die andere talen behalve Nederlands of Engels spreken, patiënten met immunodeficiëntie en patiënten die behoren buiten de Praktijk Albert Park huisartsenpraktijk.

4. Participanten rekrutering en steekproef strategie

Er werd gebruikgemaakt van een doelgerichte steekproef binnen de bovengenoemde huisartsenpratijk.

Er werden zeven interviews uitgevoerd. De potentiële deelnemers werden geïdentificeerd tijdens consultaties bij de huisarts in opleiding RA. Na het klinische consultat werden geschikte patiënten geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd tot deelname.

Indien interesse werd getoond, ontvingen deelnemers verdere informatie en werd informed consentformulier verkregen. De beslissing tot deelname gebeurde volledig vrijwillig, zonder druk of invloed op de medische zorg.

De steekproef werd pragmatisch opgebouwd binnen de context van een masterproef, met als doel voldoende heterogeniteit en rijkdom aan data te bekomen om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Dataverzameling werd beëindigd in overleg met SA en MH, wanneer de data als voldoende werden beschouwd om de onderzoeksvraag coherent te beantwoorden. Gezien de context van een masterproef en praktische beperkingen (tijd en ervaring), werd een pragmatische benadering gehanteerd.

Er werd gefocust op *data sufficiency* in plaats van volledige datasaturatie, waarbij voldoende diepgang en variatie aanwezig waren om relevante inzichten te genereren (15). Dit sluit aan bij literatuur die stelt dat 'information power' een contextgevoelig alternatief biedt voor het klassieke saturatieprincipe (15-17).

5. Dataverzameling

Het interview begon met een korte introductie van de onderzoeker en een toelichting over de studie en het verloop van het interview.

Tijdens het interview werd er onder andere gepeild naar de reden van consult, eerdere ervaringen met acute luchtweginfecties, zelfmedicatie, en verwachtingen.

De volledige interviewgids is terug te vinden in de bijlage # 1.

De interviews werden opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Transcripties werden gepseudonimiseerd. Audiobestanden werden na transcriptie verwijderd.

De interviewvragen werden na drie interviews geëvalueerd in overleg met de promotor en co-promotor en waar nodig licht aangepast om de duidelijkheid en relevantie te verbeteren en beter aan te sluiten bij de onderzoeksvragen.

6. Reflexiviteit

Reflexiviteit wordt beschouwd als een essentieel kwaliteitscriterium binnen kwalitatief onderzoek en verwijst naar het systematisch en continu reflecteren over de rol van de onderzoeker, diens aannames en de invloed hiervan op dataverzameling en -analyse. Dit proces draagt bij aan transparantie en geloofwaardigheid van de interpretatie van de data (18).

In deze studie werd reflexiviteit op verschillende manieren ingebed in het onderzoeksproces. Ten eerste werden tijdens alle fasen van de analyse (open codering, categorievorming en identificatie van patronen) systematische overlegmomenten georganiseerd tussen de onderzoeker, promotor en co-promotor. Deze iteratieve discussies maakten het mogelijk om interpretaties te toetsen, alternatieve perspectieven te verkennen en mogelijke vooringenomenheden te expliciteren.

Ten tweede werd de analyse opgebouwd via een gestructureerd en gedocumenteerd iteratief proces, waarbij de overgang van codes naar categorieën transparant werd bijgehouden. Dit droeg bij aan een audit trail, waardoor de analytische beslissingen reproduceerbaar en navolgbaar blijven.

Daarnaast vervulde de onderzoeker RA in deze studie een dubbele rol als behandelend huisarts in opleiding en als onderzoeker. Deze positionering kan een invloed hebben gehad op verschillende aspecten van het onderzoeksproces, waaronder de bereidheid van patiënten om deel te nemen, de inhoud van hun antwoorden (bijvoorbeeld door *social desirability bias*) en de interpretatie van de verzamelde data. Binnen kwalitatief onderzoek wordt dit ondervangen door het expliciet toepassen van reflexiviteit, een kernbegrip binnen de kwalitatief onderzoek.

Reflexiviteit verwijst naar het systematisch en kritisch reflecteren van de onderzoeker op de eigen rol, vooronderstellingen en mogelijke invloed op het onderzoeksproces en de onderzoeksresultaten (19-20). Het houdt in dat de onderzoeker zich bewust is van hoe persoonlijke en professionele kenmerken zoals de klinische relatie met deelnemers de dataverzameling en analyse kunnen kleuren. Reflexiviteit is essentieel in kwalitatief onderzoek omdat het bijdraagt aan de transparantie, geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van de studie (21).

In deze studie werd reflexiviteit nagestreefd door verschillende maatregelen te implementeren om de mogelijke invloed van de dubbele rol te beperken. Zo vond rekrutering en deelname aan het onderzoek pas plaats na afronding van de klinische consultatie, om druk of afhankelijkheid te minimaliseren. Daarnaast werd expliciet gecommuniceerd dat deelname volledig vrijwillig was en geen enkele invloed had op de verdere zorgverlening. Er werd tevens een duidelijke scheiding bewaakt tussen de rol van zorgverlener en die van onderzoeker. Tijdens de interviews werd bovendien bijzondere aandacht besteed aan een neutrale en niet-sturende houding, om de authenticiteit van de antwoorden te bevorderen.

Tot slot werd continue zelfreflectie toegepast gedurende het gehele onderzoeksproces, in lijn met reflexiviteitsprincipes zoals beschreven in de literatuur (18). Door deze reflexieve aanpak werd de invloed van de onderzoeker expliciet gemaakt en waar mogelijk gemitigeerd, wat de methodologische betrouwbaarheid en transparantie van de studie versterkt (18).

7. Data-analyse

De data werden geanalyseerd via een combinatie van inductieve en deductieve thematische analyse volgens Braun en Clarke (22). NVivo 15 en Microsoft Word werden gebruikt ter ondersteuning van het coderings- en analyseproces.

De analyse verliep volgens onderstaande stappen:

1. Familiarisation of data

De eerste drie transcripties werden herhaaldelijk gelezen door de onderzoeker RA om kennis te maken met de inhoud van de data.

2. Initiële codering

Er werd een open, line-by-line codering uitgevoerd op het eerste drie transcripties. Hierbij werden beschrijvende codes gebruikt om zo dicht mogelijk bij de verzamelde data te blijven. De codes werden opgelijst in MS Word en gedeeld met de promotor en co-promotor. Vervolgens bespraken RA samen met SA en MH gezamenlijk deze lijst om de duidelijkheid van de codes te waarborgen. Nadien werden de codes verder verfijnd om rijkere beschrijvingen mogelijk te maken en te voorkomen dat nuances verloren gingen. Dit proces werd herhaald voor de volgende drie transcripties wat een iteratief analyseproces mogelijk maakte.

3. Groeperen van codes in categorieën

RA groepeerde vervolgens de codes uit de eerste drie transcripties op basis van onderlinge gelijkenissen. De codes werden samengebracht in overkoepelende categorieën en gedeeld met SA en MH. Zij evalueerde deze categorieën om na te gaan of ze voldoende beschrijvend waren om de onderliggende codes adequaat te omvatten. De benamingen van de categorieën werden vervolgens verder verfijnd.

4. Verdere codering van de resterende transcripties

De resterende vier transcripties werden vervolgens deductief gecodeerd aan de hand van de reeds ontwikkelde categorieën. De categorieën bleven zich verder ontwikkelen, waarbij erop werd toegezien dat de benamingen de onderliggende codes correct weerspiegelden. Deze herziene lijst van categorieën, inclusief codes, werd gedeeld met SA en MH voor feedback en verdere verfijning. Voor elke categorie werden vervolgens beschrijvingen opgesteld.

5. Ontwikkeling van subthema's en thema's

De categorieën werden daarna gegroepeerd op basis van gelijkenissen om overkoepelende subthema's en thema's te vormen. Voor elk subthema werd een beschrijving uitgewerkt om te verzekeren dat de onderliggende codes de betekenis en essentie ervan adequaat weerspiegelden. Vervolgens werden de thema's verder ontwikkeld. Dit thematisch kader werd gedeeld met SA en MH. Na bespreking werd een definitief vier thematisch kader vastgesteld.

6. Importeren van het thematisch kader in NVivo

Het vier thematisch kader werd vervolgens geïmporteerd in NVivo, waarbij de codes uit alle zeven transcripties werden geordend binnen de definitieve categorieën, subthema's en thema's. Zie bijlage #3.

RESULTATEN

De onderzoekspopulatie bestond uit zeven deelnemers, waaronder vijf vrouwen en twee mannen. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 22 tot 69 jaar. De deelnemers waren geboren in België, Pakistan en Turkije en woonden allen in de stad Antwerpen. Ondertussen weigerden twee patiënten deel te nemen wegens tijdsgebrek of gebrek aan interesse. Eén deelnemer ondertekende het informed consentformulier niet, maar noteerde wel haar naam en datum op het formulier en gaf mondeling toestemming voor deelname. Mogelijk vertrouwde zij de onderzoeker onvoldoende en vreesde zij misbruik van haar handtekening. De interviews werden face-to-face afgenomen in de periode van 1 september 2025 tot en met 22 oktober 2025 in Praktijk Albert Park in Antwerpen waar de onderzoeker RA werkt als een Haio. De duur van de interviews varieerde tussen ongeveer 9- 25 minuten met de gemiddelde tijd van 17 minuten. Het overzicht van deelnemers terug te vinden in Tabel 1.

Tabel 1: Overzicht van deelnemers

No	**Geslacht**	**Leeftijd**	**Woon-Plaats**	**Geboorte-land**	**Co-morbiditeit**	**Duur van interview**	**Datum van Interview**
Patiënt 1	Man	55	Antwerpen	Turkje	COPD, Diabetes type 2	11.41 min	01/09/25
Patiënt 2	Vrouw	22	Antwerpen	België	Insulineresistentie, prediabetes, Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS)	10.07 min	08/09/25
Patiënt 3	Vrouw	29	Antwerpen	België	Diabetes type 1, Addisons, hypothyroïdie	8.59 min	09/09/25
Patiënt 4	Vrouw	69	Antwerpen	België	Hypothyroïdie (Hashimoto thryreoïditis) ,Tabakverslaving, depressie	14.50 min	08/10/25
Patiënt 5	Man	69	Antwerpen	België	Recidive Maligne melanoom, traumatische intracraniële subarachnoïdale bloeding, hypertensie	16.14 min	17/10/25

Patiënt 6	Vrouw	45	Antwerpen	Pakistan	Hypertensie, hypercholesterolemie, Diabetes type 2	16:35 min	20/10/25
Patiënt 7	Vrouw	35	Antwerpen	België	Astma	24.48 min	22/10/25

De resultaten van zeven interviews werden gegroepeerd in vier hoofdthema's, met verschillende subthema's en categorieën.

Deze thema's omvatten:

1. Zorgzoekgedrag van patiënten
2. Ervaringen van patiënten met hun ziekte en hun manieren van zelfmanagement
3. De patiënt-huisartsrelatie
4. Behandelverwachtingen en overtuigingen van patiënten omtrent het gebruik van antibiotica.

Thema 1. Zorgzoekgedrag van patiënten

Sub-thema 1.1. Redenen en frequentie van consultatie bij de huisarts

Dit thema beschrijft de manier waarop patiënten omgaan met gezondheidsklachten en hun beslissing om al dan niet een huisarts te consulteren in het algemeen en ook bij acute luchtweginfecties. De focus ligt op de frequentie en redenen van raadpleging, het tijdstip van hulp zoeken en de ervaren toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

De frequentie van consultatie bij de huisarts varieert in het algemeen tussen 1-15 keer per jaar en tussen 1- 6 keer per jaar wegens acute luchtweginfecties. De frequentie van het zelfde klachten wegens acute luchtweginfecties bij patiënten varieert tussen 1-5 keer per jaar.

De frequentie van consultaties varieerde afhankelijk van de ernst van de klachten en de aard van de hulpvraag. Daarnaast speelden schaamte en terughoudendheid bij patiënten een rol, met name in het vermijden van herhaalde consultaties voor gelijkaardige klachten, zoals acute luchtweginfecties. Patiënten vertelde dat er een periode van 3 tot 7 dagen vermeld voordat de patiënten of wel een consultatie kon vinden bij huisarts of wel afgewacht en zelf zelfmedicatie eerst geprobeerd.

> *Patiënt 7 (35-jarige vrouw) vertelde: 'Ik heb moiete naar de huisarts te komen door de schaamte….ik word vaak zieke door astma en ik denk dat als ik zo vaak bij de huisarts komen dat zij gaat denken dat het niet nodig is.'*

De deelnemers vertelden verschillende redenen om bij een acute luchtweginfectie de huisarts te raadplegen. Zo gaf een deelnemer aan een ziekteattest nodig te hebben, terwijl een ander meer duidelijkheid over de diagnose wilde. Meer dan de helft van de deelnemers streefde naar een adequate behandeling en vroeg expliciet naar antibiotica, omdat zelfmedicatie onvoldoende effect had of omdat men bezorgd was over mogelijke complicaties bij bestaande comorbiditeiten. De beslissing om naar de huisarts te gaan bleek bovendien afhankelijk van de onderliggende aandoeningen van de patiënt bijv. diabetes mellitus type 1 of 2, astma, COPD, insulineresistentie, hypothyreoïdie. Patiënten met dergelijke comorbiditeiten wilden complicaties vermijden en gaven aan snel een passende behandeling te willen ontvangen.

> *Patiënt 3 (29-jarige vrouw) vertelde: 'Ik heb DM-type 1 en ik heb nu besloten om naar de huisarts te komen voor antibiotica voorschrift zodat de waarde van mijn suiker op bloed weer stabiel word.'*

Sub-thema 1.2. Toegang tot de huisarts en obstakels bij het raadpleging

Patiënten vertelden eveneens op hun toegang tot de huisarts voor een consultatie wegens een acute luchtweginfecties. Hoewel de meeste patiënten geen belemmeringen ervoeren, zoals kosten of taalbarrières, gaven sommigen aan dat de afstand tot de praktijk een invloed kon hebben op de toegankelijkheid. Dit wordt echter niet als ernstig ervaren, aangezien zij slechts zelden naar de huisarts gaan, bijvoorbeeld voor een ziektebrief of vragen over antibiotica.

Een van de patiënten vermeldde dat de kosten geen belemmering vormen, omdat zij geen remgeld betaalt en de consultaties volledig door de overheid worden terugbetaald. De meesten van de andere patiënten betalen wel remgeld, afhankelijk van hun inkomen.

Wat betreft de taal van het consult, ervaren de patiënten geen problemen, omdat de huisarts en de meeste mensen in Antwerpen Nederlands spreken.

> *Patiënt 4 (69-jairge vrouw) vertelde: 'Ik vind de afstand lastig want ik woon in Mortsel en de hisartsenpraktijk is in Berchem.'*

Thema 2. Ervaringen van patiënten met hun ziektes en hun manier van zelfmanagement

Sub-thema 2.1. Invloeden van acute luchtweginfecties op het dagelijks functioneren bij kwetsbare groepen

De meeste patiënten vertelden dat een acute luchtweginfectie een duidelijke impact heeft op hun dagelijks functioneren zoals enkele patiënten vertelde dat door vermoeidheid, pijn, ademhalingsproblemen en koorts moeilijk kon studeren, werken of sporten. Terwijl de andere patiënten vertelden over slaapproblemen en verminderde eetlust, waardoor zij zich tijdelijk afhankelijk voelen van anderen of bepaalde activiteiten moeten uitstellen, zoals boodschappen doen of naar school/werk gaan. Voor sommige patiënten leidde de

ziekte tot merkbare prikkelbaarheid en een gevoel van zwakte, wat hun normale routines verstoorde. Over het algemeen gaven de patiënten aan dat deze klachten een tijdelijke, maar soms aanzienlijke belemmering vormen in hun dagelijks leven.

> *Patiënt 6 (45-jarige vrouw) vertelde: 'Wanneer ik ziek ben, kan ik niet goed studeren, werken, sporten of normaal functioneren. Het heeft een grote impact op mijn dagelijks leven.'*

Sub-thema 2.2. Zelfmedicatie, het effectie van zelfmedicatie en gebruikte informatiebronnen

Patiënten beschreven een stapsgewijs en conditioneel zorgzoekgedrag, waarbij initieel wordt ingezet op zelfmanagement alvorens over te gaan tot consultatie bij de huisarts. Deze eerste fase wordt gekenmerkt door het gebruik van vrij verkrijgbare medicatie, zoals pijnstillers, neussprays en hoestsiroop, en wordt ondersteund door advies vanuit de apotheek, het sociale netwerk zoals familie leden of vrienden en in sommige gevallen eerder verkregen advies van de huisarts. De overgang naar professionele zorg wordt voornamelijk getriggerd door het uitblijven van symptoomverbetering. Dit patroon suggereert dat de ervaren effectiviteit van zelfzorg fungeert als een centrale determinant in de besluitvorming om al dan niet medische hulp te zoeken.

> *Patiënt 6 (45-jarige vrouw) vertelde: 'Ik drink thee en neem medicatie, meestal ibuprofen. Als dat niet helpt dan, ga ik naar de huisarts….Omdat ibuprofen niet geholpen heeft. De antibiotica van de vorige keer werkte goed, dus ik hoop dat ik die opnieuw kan krijgen.'*

Sub-thema 2.3. Patiënten geven hun mening over het gebruik van non-antibiotica behandeling

De meeste van patiënten hebben vermeld dat pijnstillers en andere symptomatische behandelingen, zoals neussprays en keelsprays, effectief waren bij het verlichten van klachten. Sommige patiënten vermelden dat zij niet volledig bewust waren van mogelijke bijwerkingen, maar gaven aan dat deze medicatie hun dagelijks functioneren verbeterde en pijn verminderde. Enkele patiënten vonden keelsprays vaak gemakkelijker in gebruik dan keeltabletten en rapporteerden dat deze behandelingen hielpen om beter te kunnen rusten en te herstellen.

> *Patiënt 1 (55-jarige man) vertelde: 'Als ik de pijnstiller neem, dan gaat mijn pijn weg en dan voel ik me goed…..Keelspray is gemakkelijk, want een tablet kan ik soms niet goed insliken door pijn…..Soms als ik een tablet Paracetamol inneem, dan voel ik mij slaperig en kan mij niet goed concentreren. Het kalmeert de keelpijn.'*

Sub-thema 2.4. Symptoomervaring en sociale context

De patiëtnen hebben vershillende symptomen ervaren met acute luchtweginfecties. Sommige van hen vermelde gelijkaardige klachten bij eerde luchtweginfecties terwijl de meesten van de patiënten meldden meerdere symptomen van een acute luchtweginfectie, zoals hoesten, keelpijn, slikpijn, verstopte neus, slijmproductie, koorts en vermoeidheid. Enkele patiënten rapporteerden ook kortademigheid, hoofdpijn of verergering van bestaande aandoeningen zoals astma, COPD of diabetes type 1.

De meesten van de patieënten vermelden dat zij de enige met acute luchtweginfecties waren en de rest van familieleden zijn zonder klachten. Een paar patiënten hebben vermeld dat de dochter ook ziek was met het zelfde klacht of collega's op het werk ook gelijktijdige klachten vermelden.

> *Patiënt 7 (35-jarige vrouw) vertelde: 'Ik ben kortademig, moet veel slijm ophoesten, heb vaker astma-aanvallen dan normaal, veel slijm in de sinussen en pijnlijke longen…..Er zijn een drietal collega's die momenteel ziek zijn met een verkoudheid en hoesten, maar ik heb niet over bronchitis gesproken.'*

Thema 3: Patiënt-huisartsrelatie

Sub-thema 3.1. Communicatie met de huisarts

De meeste patiënten verm positieve ervaringen met hun huisarts, waarbij zij aangaven zich gehoord, gerespecteerd en serieus genomen te voelen tijdens het consult. Zij beschreven de huisarts als vriendelijk, rustig en respectvol, en gaven aan tevreden en dankbaar te zijn over de manier waarop de communicatie verliep. Verschillende patiënten benadrukten dat zij hun zorgen vrij konden uiten en dat de huisarts aandacht had voor hun klachten en hier passende oplossingen voor aanbood. Voor sommigen was de relatie met de huisarts gebaseerd op wederzijds vertrouwen, waarbij samen naar oplossingen werd gezocht wanneer een behandeling niet het gewenste effect had.

> *Patiënt 5 (69-jarige man) vertelde: 'De relatie met mijn huisarts is gebaseerd op vertrouwen. Als de iets (medicatie) niet werkt, zoeken we samen naar een oplossing…..De communicatie is altijd goed. Zij heeft rustige houding.'*

Enkele patiënten rapporteerden echter een negatieve ervaring met een eerdere huisarts. Deze patiënten gaven aan zich beoordeeld en niet gerespecteerd te voelen, bijvoorbeeld door onbeleefde opmerkingen over hun uiterlijk of hygiëne. Dit leidde tot gevoelens van ongemak en schaamte, en in sommige gevallen tot het besluit om niet meer naar die huisarts terug te keren. Ondanks deze negatieve ervaringen werd hierover geen formele klacht ingediend.

> *Patiënt 6 (45-jarige vrouw) vertelde: "De vorige huisarts was onbeleefd en gaf ongepaste commentaar op mijn nagels en uiterlijk. Ik voelde me beoordeeld en niet*

gerespecteerd.", "Ik ben niet meer teruggegaan. Ik heb geen klacht ingediend, hoewel ik daar nu spijt van heb.", "Ze kende me niet, maar gaf kritiek alsof ik onhygiënisch was. Ik voelde me slecht en ongemakkelijk, maar ik zei niets omdat ik ziek was en medicatie nodig had."

Sub-thema 3.2. Ervaren vertrouwen en respect - paradoxaal vertrouwen met verwachtingen voor antibioca

De meeste patiënten gaven aan een groot vertrouwen te hebben in hun huisarts. Zij volgden doorgaans het advies van de huisarts en geloofden dat deze, op basis van kennis en ervaring, de juiste beslissingen nam over behandeling en medicatie. Adviezen zoals voldoende rust nemen en voldoende eten en drinken werden door sommige patiënten als geruststellend en passend ervaren, vooral wanneer de klachten als mild werden beschouwd. Tegelijkertijd kwam bij meerdere patiënten een vorm van paradoxaal vertrouwen naar voren. Hoewel zij aangaven vertrouwen te hebben in hun huisarts, verwachtten zij in bepaalde situaties toch antibiotica, vooral wanneer klachten aanhielden, verergerden of als ernstig werden ervaren. Sommige patiënten gaven aan dat zij, indien aanvankelijk geen antibiotica werden voorgeschreven, het advies wel zouden opvolgen, maar alsnog zouden vragen naar alternatieve behandelopties. Zij baseerden deze verwachting vaak op eerdere ervaringen waarbij antibiotica volgens hen wel verbetering brachten.

Patiënt 3 (29-jarige vrouw) vertelde: 'Met het advies enkel pijnstiller zal ermee leven. Ik zal oké blijven waarschijnlijk, maar het is niet mijn eerste oplossing in dit geval. Kijk, uiteindelijk weet mijn huisarts het best. Maar ik zal er niet zo blij mee zijn met zo'n antwoord. Maar uiteindelijk weet mijn huisarts het best.'

Enkele patiënten stelden dat zij bij ernstige pijn of functionele beperkingen onvoldoende geholpen waren met enkel pijnstilling of zelfzorgadvies, en dat zij in dergelijke gevallen expliciet antibiotica zouden vragen. Anderen gaven aan dat zij uiteindelijk de beslissing van de huisarts zouden aanvaarden, ook als er geen antibiotica werden voorgeschreven, hoewel zij zich hier niet altijd volledig comfortabel bij voelden.

Patiënt 5 (69-jarige man) vertelde: 'Mijn ervaring met antibiotica is positief. Ik ben akkoord met het voorschrijven van antibiotica.'

Wanneer antibiotica wel werden voorgeschreven, aanvaardden de meeste patiënten deze beslissing zonder twijfel. Zij gaven aan het advies van de huisarts te volgen en lieten de keuze van medicatie volledig over aan de huisarts omdat zij hun eigen kennis hierover als onvoldoende beschouwden. In deze situaties werd het vertrouwen in de huisarts expliciet benadrukt.

Patiënt 1 (55-jarige man) vertelde: 'Mijn kennis is niet genoeg over antibiotica, dat hangt van mijn huisarts af…. Ik laat aan haar wat ze mij gaat voorstellen want ik kan

zelf niet beslissen. Zij heeft ervaring, zij heeft kennis, dus zij kan beslissen wat ik nodig heb.'

Thema 4. Behandelverwachtingen en overtuigingen rond antibiotica

Sub-thema 4.1- De onderliggende factoren die bijdragen aan de verwachting van patiënten met betrekking tot antibiotica

Patiënten vertelden duidelijke hun verwachtingen van consultaties en hun opvattingen over behandeling vooral behandeling met antibiotica. Zij gaven verschillende redenen aan voor deze behandelverwachtingen, wat inzicht biedt in de onderliggende determinanten van de vraag naar antibiotica. Een centrale drijfveer was de overtuiging dat antibiotica leiden tot een sneller herstel, waardoor men sneller dagelijkse activiteiten, zoals werkhervatting, kan hervatten. Daarnaast werd de nood aan een actieve behandeling sterker gepercipieerd naarmate de ernst van de symptomen toenam. Sommige patiënten gaven expliciet aan dat zij het advies om enkel te rusten en voldoende te drinken onvoldoende vonden, omdat zij deze maatregelen reeds hadden toegepast zonder verbetering van hun klachten en vooral die maatregelen passend bij mild klachten. In dergelijke gevallen werd antibiotica gezien als de volgende en noodzakelijke stap in de behandeling.

Patiënt 1 (55-jarige man) vertelde: 'Als mijn conditie niet erg is, dan is het oké. Met genoeg drinken en rust mijn conditie terug beter kan worden….Ik moet werken, ik ben een werkende persoon, dus als mijn huisarts me adviseren om thuis te bijven, dan blijf ik thuis. Anders moet ik werken, als ik niet werk, dan verdien ik niets.'

De meeste patiënten geloofden dat antibiotica noodzakelijk zijn om zich beter te voelen bij een acute luchtweginfectie. Zij gaven aan dat antibiotica volgens hun ervaring meestal helpen bij klachten zoals keelpijn, slijmproductie, pijn op de borst of algemene malaise. Enkele patiënten benadrukten dat zij hun eigen lichaam goed kennen en ervan overtuigd zijn dat herstel zonder antibiotica voor hen moeilijk of onmogelijk is.

Patiënt 4 (69-jarige vrouw) vertelde: 'Nee, ik accepteerd het advies van huisarts over geen antibiotica te nemen niet want anders genees ik niet. Ik ken zelf mijn lichaam.'

Bezorgdheid over symptomen en mogelijke complicaties speelde eveneens een belangrijke rol in de verwachting van antibiotica. Daarnaast gaven meerdere patiënten aan antibiotica te verwachten vanwege bestaande onderliggende of chronische aandoeningen. Zij vreesden dat een infectie zonder antibiotica behandeling hun algemene gezondheidstoestand zou verslechteren. Eerdere positieve ervaringen met antibiotica, zoals snelle verbetering van klachten na inname van amoxicilline bijvoorbeeld, versterkten deze verwachtingen.Doorvoor het voorschrijven van antibiotica had niet alleen hoop op genezing, maar ook geruststelling.

Patiënt 7 (35-jarige vrouw) vertelde: 'Mijn verwachting van de consultatie is deels geruststelling, omdat ik bang ben voor een longontsteking. Daarnaast hoop ik op de antibiotica die de klachten zou verlichten…. Mijn hoestbuien en de pijn in de longen waren heftig en maakten me bang dat ik misschien een longontsteking had of bloed zou ophoesten.'

Tegelijkertijd beschreven de meeste van patiënten juist positieve ervaringen met eerdere consultaties wegens acute luchtweginfectie waarbij antibiotica werden voorgeschreven en zij toen binnen enkele dagen verbetering van hun klachten ervaarden.

Patiënt 4 (69-jarige vrouw) vertelde: 'Ik ga niet zo vaak naar de huisarts maar als ik echt goed ziek ben, dan wel. Ik had een goede ervaring toen, ik heb antibiotica gekregen. Het advies over antibiotica helpt zeker.'

Sub-thema 4.2. Voorwaarden voor aanvaarding van alternatieve behandelingen

Alternatieve behandelingen, zoals pijnstilling of advies om te rusten, werden door patiënten enkel aanvaard onder specifieke voorwaarden. Sommige patiënten gaven aan dat hun aanvaarding van niet-antibiotica behandelingen afhankelijk was van hun eigen inschatting van de ernst van de klachten. Wanneer zij het gevoel hadden dat antibiotica noodzakelijk waren, consulteerde zij de huisarts. Bij ernstige klachten gaven meerdere patiënten aan expliciet medicatie vooral antibiotica te verwachten om zo snel mogelijk te herstellen. Voor sommigen was het verkrijgen van antibiotica zelfs een belangrijke reden om de huisarts te consulteren.

Patiënt 3 (29-jarige vrouw) vertelde: 'In mijn geval ik vindt het goed als de huisarts alleen antibiotica voorschrijft want ik heb het bij 99,9 % gevallen nodig en het brengt positieve resultaten naar mijn klachten toe'

DISCUSSIE

Kernbevindingen

Deze studie onderzocht de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van patiënten in kwetsbare situaties ten aanzien van antibiotica bij acute luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk.

Wat allereerst opvalt, is dat de weg naar de huisarts bij acute luchtweginfecties zelden rechtstreeks verloopt. De meeste deelnemers pasten eerst zelfzorgmaatregelen toe, zoals pijnstillers, neussprays of andere symptomatische middelen, op basis van eerdere adviezen van de huisarts, de apotheker of hun sociale omgeving. Pas wanneer deze maatregelen onvoldoende verlichting boden, de klachten aanhielden of verergerden, of het dagelijks functioneren merkbaar werd belemmerd, kozen patiënten voor een consultatie. Daarnaast speelden praktische motieven een rol, zoals de nood aan een ziekteattest of de behoefte aan geruststelling. Bij patiënten met onderliggende aandoeningen vormde angst voor complicaties (zoals een longontsteking), een bijkomende en vaak doorslaggevende reden om hulp te zoeken. Dit patroon wijst erop dat de huisartsenconsultatie het sluitstuk vormt van een breder proces van zelfregulatie, informeel advies en afweging.

Een tweede centrale bevinding betreft het vertrouwen dat deelnemers uitspraken ten aanzien van hun huisarts. Dit vertrouwen was over het algemeen hoog en vertaalde zich bij milde klachten doorgaans in een bereidheid om het medisch advies te volgen. Tegelijkertijd bleek dit vertrouwen in bepaalde situaties samen te gaan met persisterende verwachtingen rond antibiotica, een spanning die in deze studie wordt aangeduid als paradoxaal vertrouwen. Dit fenomeen deed zich vooral voor bij ernstige, langdurige of recidiverende klachten, en toont aan dat vertrouwen in de huisarts op zichzelf niet volstaat om verwachtingen te sturen of bij te stellen.

Die verwachtingen vormen de derde bevinding. Ze waren zelden louter gebaseerd op kennis over infecties of antibiotica, maar eerder geworteld in eerdere positieve ervaringen met antibiotische behandeling, angst voor complicaties en een concrete functionele nood: de wens om snel te herstellen en werk of studie te kunnen hervatten. Opvallend was bovendien dat deze verwachtingen vaak impliciet bleven, maar wel aanwezig als onderliggende laag in het gesprek. Dit maakt ze moeilijker te detecteren en te adresseren voor de behandelend arts.

Vergelijking met bestaande literatuur

De bevindingen van deze studie sluiten in belangrijke mate aan bij de internationale literatuur over patiëntgedrag en verwachtingen ten aanzien van antibioticavoorschriften bij acute luchtweginfecties, maar bieden tegelijkertijd belangrijke nuanceringen en

contextspecifieke inzichten, met name binnen de populatie van patiënten in kwetsbare situaties in de eerstelijnszorg.

In lijn met internationale evidentie blijkt dat patiëntverwachtingen een significante rol spelen in het voorschrijfgedrag van huisartsen. Een Europese multicenterstudie toont aan dat hogere patiëntverwachtingen geassocieerd zijn met een verhoogde kans op antibioticavoorschriften, ondanks aanzienlijke variatie tussen landen zonder verschillen in klinische uitkomsten (23). Dit ondersteunt de hypothese dat verwachtingen eerder sociaal en contextueel bepaald zijn dan medisch noodzakelijk. Onze studie sluit hierbij aan, maar nuanceert dit door te tonen dat deze verwachtingen vaak impliciet aanwezig zijn en ingebed zijn in bredere ervarings- en contextfactoren, eerder dan expliciet geformuleerd tijdens het consult.

Wat betreft gezondheidszoekgedrag bevestigen onze bevindingen dat patiënten vaak eerst zelfzorgmaatregelen toepassen alvorens een huisarts te consulteren, zoals ook beschreven in eerder onderzoek van Mas-Dalmau et al. (24). Waar de bestaande literatuur dit voornamelijk beschrijft als een algemeen patroon, toont onze studie dat deze zelfzorgpraktijken sterk beïnvloed worden door externe actoren zoals apothekers, familieleden en eerdere ervaringen met de huisarts. Dit wijst op een continuüm van zorg en beïnvloeding dat zich uitstrekt buiten de consultatiekamer. Deze bevinding heeft implicaties voor antibiotic stewardship, aangezien interventies zich niet uitsluitend tot de huisartspraktijk zouden moeten beperken, maar ook andere eerstelijnsactoren moeten omvatten.

Daarnaast bevestigen onze resultaten dat patiëntverwachtingen sterk samenhangen met socio-demografische factoren en gezondheidsgeletterdheid (25). Patiënten in kwetsbare situaties , waaronder personen met een lagere sociaaleconomische status of migratieachtergrond, vertonen vaker hogere verwachtingen ten aanzien van antibiotica. Dit wordt deels verklaard door beperkte kennis over infecties, maar ook door structurele factoren zoals werkdruk, beperkte toegang tot zorg en de nood aan snel functioneel herstel. In overeenstemming met deze literatuur toont onze studie dat antibiotica door patiënten vaak instrumenteel worden benaderd, met als doel een snelle terugkeer naar werk of dagelijkse activiteiten.

Een belangrijke aanvulling van deze studie betreft de identificatie van onderliggende mechanismen die deze verwachtingen sturen. Zo komt duidelijk naar voren dat angst voor complicaties, vooral bij patiënten met comorbiditeiten, een belangrijke rol speelt in zowel de consultatiebeslissing als de verwachting van behandeling. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen van de studie García-Egea et al. (26), maar onze studie toont dat deze angst niet alleen leidt tot een lagere consultatiedrempel, maar ook indirect bijdraagt aan een verhoogde verwachting van antibiotica, zeker bij patiënten met eerdere negatieve ziekte-ervaringen.

Verder wijzen recente kwalitatieve studies op een evolutie in patiëntverwachtingen, waarbij patiënten zich meer bewust zijn van antimicrobiële resistentie en minder

expliciet antibiotica verwachten (27). Onze bevindingen ondersteunen eerdere literatuur niet op eenduidige wijze, maar suggereren eerder dat verwachtingen rond antibiotica mogelijk sterker aanwezig zijn binnen meer kwetsbare populaties. Binnen deze groep lijken traditionele overtuigingen over de effectiviteit en de noodzaak van antibiotica bij ziekte nog steeds prominent aanwezig te zijn. Dit kan erop wijzen dat verschillen in gezondheidskennis en percepties een rol spelen, mogelijk gerelateerd aan socio-economische of educatieve kwetsbaarheid. Deze interpretatie moet echter met voorzichtigheid worden benaderd, aangezien de huidige data geen causale uitspraken toelaten en enkel een mogelijke tendens binnen deze populatie suggereren.

Een bijkomende en relevante bijdrage van deze studie is het concept van 'paradoxaal vertrouwen'. In overeenstemming met eerdere literatuur (Moragas et al.) die het belang van vertrouwen in de huisarts benadrukt (28), tonen onze resultaten aan dat dit vertrouwen niet noodzakelijk leidt tot een volledige afstemming met het medisch advies. Patiënten lijken enerzijds vertrouwen te hebben in hun huisarts, maar kunnen anderzijds vasthouden aan eigen ziekte-overtuigingen en verwachtingen rond antibiotica. Onze resultaten suggereren bovendien dat patiënten uiteindelijk vaak geneigd zijn om het advies van de huisarts te volgen, zelfs wanneer dit niet volledig overeenkomt met hun verwachtingen. Dit kan impliceren dat huisartsen verder kunnen inzetten op het expliciteren en bespreken van bezorgdheden en angsten, in het bijzonder binnen meer kwetsbare populaties. Het aanbieden van duidelijke uitleg en *safety-netting* kan hierbij bijdragen tot het beter managen van verwachtingen rond antibioticagebruik. In combinatie met bevindingen dat huisartsen vaak proberen hun professioneel oordeel te behouden terwijl zij rekening houden met patiëntverwachtingen (6), biedt onze studie een aanvullend perspectief door de patiënten zijde van deze spanning te belichten.

Over verschillende landen en studies heen komen consistente determinanten van patiëntverwachtingen naar voren. Functioneel herstel – met name de nood om snel terug te keren naar werk en dagelijkse activiteiten– vormt een centrale drijfveer. Daarnaast blijft de overtuiging bestaan dat antibiotica het ziekteverloop versnellen of complicaties voorkomen, ondanks het gebrek aan evidentie hiervoor bij virale infecties (25). Ook de nood aan een tastbare uitkomst van het consult en de neiging van huisartsen om patiëntverwachtingen te overschatten spelen een rol in het voorschrijfgedrag (23).

Tot slot sluiten onze bevindingen aan bij internationale aanbevelingen die het belang benadrukken van effectieve communicatie in de eerstelijnszorg ter bevordering van rationeel antibioticagebruik (29-30). Onze studie suggereert echter dat, vooral bij kwetsbare populaties, deze communicatie verder moet gaan dan algemene educatie en zich moet richten op het expliciet adresseren van eerdere ervaringen, contextuele noden, angst voor complicaties en het hierboven beschreven paradoxale vertrouwen.

Samenvattend bevestigt deze studie bestaande kennis, maar biedt zij tevens een verfijning door het blootleggen van onderliggende en contextspecifieke factoren die antibioticagebruik bij patiënten in kwetsbare situaties sturen. De resultaten benadrukken

het belang van een bredere, contextgevoelige benadering van antibiotic stewardship, waarin niet alleen medische, maar ook sociale en gedragsmatige determinanten worden meegenomen.

Sterke punten en beperkingen

Sterktes

Een belangrijke sterkte van deze studie is dat zij zich richt op een doelgroep die in de Belgische context van onderzoek naar antibioticavoorschrijven onderbelicht blijft, namelijk patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties. Waar eerdere studies zich voornamelijk focusten op het perspectief van de huisarts, brengt deze studie expliciet het patiëntenperspectief binnen deze specifieke en klinisch relevante populatie in kaart. Dit levert een waardevolle aanvulling op de bestaande literatuur.

Bovendien werden de deelnemers gerekruteerd uit de huisartsenpraktijk waar de onderzoeker (RA) werkzaam is als huisarts in opleiding. De meeste deelnemers kenden de onderzoeker reeds van eerdere consultaties, wat de toegankelijkheid vergrootte en het rekruteringsproces vergemakkelijkte.

Daarnaast maakt het kwalitatieve onderzoeksdesign een diepgaande exploratie mogelijk van gezondheidszoekgedrag, behandelverwachtingen en onderliggende betekenissen die niet via kwantitatieve methoden toegankelijk zijn.

Een bijkomende sterkte is de heterogeniteit van de steekproef. Ondanks het beperkte aantal deelnemers omvat de studie patiënten met diverse sociodemografische en klinische achtergronden (waaronder verschillende etnische herkomsten zoals Belgisch, Turks en Pakistaans, leeftijden van jong tot oud en verschillende comorbiditeiten zoals DM type 1 en 2, COPD, astma en zovoort). Deze variatie versterkt de rijkdom van de data en laat toe om verschillende perspectieven binnen de kwetsbare populatie te belichten.

Beperkingen

De belangrijkste beperking van deze studie betreft de dubbele rol van de onderzoeker, die zowel optrad als behandelend arts (huisarts in opleiding) als interviewer van dezelfde patiënten. Deze combinatie verhoogt het risico op sociale wenselijkheid, waarbij deelnemers mogelijk antwoorden formuleerden die zij als wenselijk of verwacht beschouwden, of die gericht waren op het behouden van een goede relatie met hun arts. Hoewel dit inherent risico niet volledig kan worden uitgesloten, werd getracht dit te beperken door het benadrukken van vrijwillige deelname, het verkrijgen van informed consent en het afnemen van de interviews na de consultatie, buiten de directe klinische interactie.

Een tweede belangrijke beperking is dat alle deelnemers gerekruteerd werden binnen één huisartsenpraktijk in een stedelijke context (Antwerpen). Hierdoor zijn de bevindingen contextspecifiek en niet zonder meer transfereerbaar naar andere praktijken, regio's of zorgsettings binnen België.

Daarnaast werden enkel patiënten geïncludeerd die het Nederlands of Engels voldoende beheersten om deel te nemen aan een interview. Hierdoor zijn anderstalige patiënten, die vaak tot de meest kwetsbare groepen behoren binnen de Antwerpse context, niet vertegenwoordigd in deze studie. Dit kan hebben geleid tot een onderschatting of vertekening van bepaalde ervaringen en noden binnen de bredere kwetsbare populatie.

Implicaties van de bevindingen- aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk

De bevindingen van deze studie impliceren dat antibiotic stewardship in de eerstelijnszorg niet uitsluitend gebaseerd kan zijn op richtlijnen en klinische evidentie, maar in sterke mate afhankelijk is van de interactie tussen huisarts en patiënt, in het bijzonder bij kwetsbare populaties. In lijn met internationale literatuur blijkt dat patiëntverwachtingen, vaak impliciet aanwezig, een belangrijke rol spelen in het voorschrijfgedrag van huisartsen (23). Dit onderstreept dat rationeel antibioticagebruik niet enkel een klinische, maar ook een communicatieve en contextuele uitdaging vormt.

Een eerste belangrijke implicatie betreft het systematisch en expliciet exploreren van patiëntverwachtingen vooral tijdens de consultatie bij ICE-model (Ideas, Concerns, Expectations) bevragen tijdens het ananmnese. De resultaten tonen aan dat verwachtingen rond antibiotica vaak voortkomen uit eerdere ervaringen, angst voor complicaties en functionele noden, zoals de wens om snel terug te keren naar werk of dagelijkse activiteiten. Aangezien huisartsen deze verwachtingen frequent overschatten (Butler et al.) (23), is een actieve, exploratieve consultatiestijl essentieel. Dit houdt in dat huisartsen niet enkel informatie geven, maar ook onderliggende overtuigingen expliciteren en waar nodig herstructureren via gedeelde besluitvorming.

Daarnaast benadrukken de bevindingen het belang van gepersonaliseerde en contextsensitieve communicatie. Onderzoek toont aan dat beperkte gezondheidsgeletterdheid en misconcepties over antibiotica belangrijke determinanten zijn van patiëntverwachtingen (25). Dit betekent dat standaardvoorlichting vaak onvoldoende is, zeker bij patiënten in kwetsbare situaties . Internationale richtlijnen, zoals die van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE), bevelen aan om bij acute luchtweginfecties duidelijke uitleg te geven over het natuurlijke ziekteverloop, mogelijke bijwerkingen van antibiotica en concrete instructies voor herconsultatie (31). Onze bevindingen ondersteunen dit, maar tonen aan dat communicatie bovendien moet inspelen op individuele bezorgdheden en eerdere ervaringen.

Een derde belangrijke implicatie betreft het omgaan met functionele verwachtingen en externe druk. Zowel onze studie als internationale literatuur tonen aan dat patiënten antibiotica vaak benaderen als middel om sneller te herstellen en werkhervatting mogelijk te maken (25). In plaats van deze verwachtingen louter te corrigeren, is het aangewezen om ze te erkennen en te integreren in het consult, bijvoorbeeld door een realistisch hersteltraject en symptomatische behandeling te bespreken.

Verder ondersteunen de bevindingen het actief inzetten van evidence-based strategieën zoals uitgesteld voorschrijven. Een meta-analyse toont aan dat uitgestelde voorschriften leiden tot een significante reductie in antibioticagebruik, zonder negatieve impact op symptoomduur of complicaties (32). Deze strategie kan bovendien helpen om discrepanties tussen patiëntverwachtingen en medisch beleid te overbruggen, doordat zij fungeert als een veiligheidsnet en tegelijk de autonomie van de patiënt respecteert. In het licht van het in deze studie beschreven 'paradoxaal vertrouwen' biedt uitgesteld voorschrijven een pragmatisch instrument om vertrouwen te behouden terwijl onnodig antibioticagebruik wordt vermeden.

Specifieke aandacht is vereist voor patiënten met comorbiditeiten of een verhoogde risicoperceptie. Angst voor complicaties blijkt een centrale determinant van zowel consultatiegedrag als behandelverwachtingen, zoals ook beschreven in eerdere studies van García-Egea et al. (33). Evidentie suggereert dat ook bij deze groepen uitgesteld voorschrijven veilig kan worden toegepast (32), mits adequate safety-netting. Dit vereist dat huisartsen expliciet communiceren over alarmsymptomen en follow-up, om onzekerheid te reduceren zonder over te gaan tot defensief voorschrijven.

Daarnaast tonen de bevindingen aan dat antibiotic stewardship zich niet mag beperken tot de individuele consultatie. Patiënten baseren hun zelfzorggedrag vaak op eerdere voorschriften en advies van andere zorgverleners, zoals apothekers (34). Dit wijst op de nood aan een bredere, interdisciplinaire en consistente aanpak, waarbij uniforme boodschappen rond antibioticagebruik worden gehanteerd binnen de eerstelijnszorg.

Voor de Belgische context zijn deze bevindingen consistent met de principes van rationeel antibioticagebruik zoals gepromoot door de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) (35), waarin communicatie, educatie en het beperken van onnodige voorschriften centraal staan. Onze studie voegt hieraan toe dat deze strategieën specifiek moeten worden afgestemd op kwetsbare populaties, waarbij rekening wordt gehouden met gezondheidsvaardigheden, eerdere ervaringen en sociale context.

Conclusie

Deze studie toont aan dat antibioticaverwachtingen bij patiënten in kwetsbare situaties met acute luchtweginfecties niet primair voortkomen uit kennistekort, maar uit een samenspel van eerdere ervaringen, angst voor complicaties en functionele druk zoals de nood aan werkhervatting. Opvallend is dat een hoog vertrouwen in de huisarts deze verwachtingen niet wegneemt, integendeel, vertrouwen en persisterende antibioticaverwachtingen blijken te kunnen coëxisteren. Dit fenomeen van paradoxaal vertrouwen benadrukt dat rationeel antibioticagebruik in de eerste plaats een communicatieve uitdaging is, waarbij het exploreren van de onderliggende zorgnoden van de patiënt minstens even belangrijk is als de klinische beslissing zelf.

Persoonlijke reflectie

Dit kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk waar ik als huisarts in opleiding werkzaam ben, wat zowel inhoudelijke meerwaarde als methodologische aandachtspunten met zich meebracht. Als HAIO in het laatste jaar van mijn opleiding bood dit onderzoek mij de gelegenheid om de patiëntenperspectief, een dimensie die in de dagelijkse klinische praktijk soms onderbelicht blijft, systematisch en diepgaand te verkennen.

Mijn klinische interesse in rationeel antibioticagebruik vormde een belangrijke motivatie voor dit onderzoek, maar hield tegelijk het risico in van vooraf bestaande aannames over hoe patiënten denken en handelen. Daarnaast kan mijn achtergrond, Afghaanse origine, sinds 2011 woonachtig in België en vertrouwd met verschillende zorgsystemen, mijn interpretatiekader hebben beïnvloed, onder meer in de manier waarop ik communicatie, verwachtingen en ziekte-overtuigingen inschat. Om deze invloed bewust te maken en te beperken, werkte ik tijdens de dataverzameling met een semi-gestructureerde interviewgids en stelde ik bewust open, niet-sturende vragen. Tijdens de analyse werden codes, categorieën en thema's iteratief besproken met promotor en co-promotor, wat bijdroeg aan analytische verrijking en methodologische transparantie.

De dubbele rol van behandelend arts en onderzoeker vroeg doorheen het hele proces om bijzondere aandacht. Ik maakte aan deelnemers expliciet duidelijk dat deelname volledig vrijwillig was en geen invloed had op hun verdere zorgrelatie. Het inclusiegesprek werd waar mogelijk losgekoppeld van het consultmoment, en tijdens de interviews nam ik bewust een luisterende, niet-oordelende houding aan waarbij medische adviezen werden vermeden.

Dit onderzoek heeft mijn inzicht in patiëntenperspectief bij acute luchtweginfecties aanzienlijk verdiept. Wat mij het meest verraste, was de vaststelling dat patiënten niet primair gericht zijn op het verkrijgen van antibiotica, maar eerder op geruststelling, erkenning van hun klachten en duidelijke informatie. De vraag naar antibiotica bleek in veel gevallen impliciet of contextgebonden, eerder dan expliciet gesteld. Deze nuance had ik vooraf minder sterk verwacht en heeft mijn consultatiestijl beïnvloed: ik focus nu meer op het verkennen van de achterliggende zorgnoden in plaats van enkel te reageren op de oppervlakkige vraag.

Bijzonder waardevol was ook de ontdekking van het fenomeen van paradoxaal vertrouwen. Ik had initieel verwacht dat een hoog vertrouwen in de huisarts zou leiden tot een grotere aanvaarding van het medisch advies. De resultaten toonden echter aan dat vertrouwen net kan samengaan met persisterende verwachtingen rond antibiotica, vooral bij patiënten met eerdere positieve ervaringen of een verhoogde angst voor complicaties. Dit heeft mijn begrip van gedeelde besluitvorming verdiept en maakt duidelijk dat een goede vertrouwensrelatie weliswaar een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is voor afstemming over het behandelbeleid.

Tot slot heeft dit onderzoek mij niet alleen inhoudelijk maar ook methodologisch gevormd. Het doorlopen van een volledig kwalitatief onderzoeksproces, van interviewontwikkeling over thematische analyse in NVivo tot wetenschappelijke rapportage, heeft mij geleerd hoe waardevol een systematische en reflexieve onderzoekshouding is, ook in de dagelijkse klinische praktijk.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Interviewgids
Bijlage 2: Goedkeuring van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen
Bijlage 3: Code boek

Bijlage 4: Informed Concent Formulier (ICF)

REFERENTIES

1. BJGP Open. Available from: https://bjgpopen.org/content/9/2/BJGPO.2024.0166
2. Bruyndonckx R, Coenen S, Hens N, Vandael E, Catry B, Goossens H. Antibiotic use and resistance in Belgium:
the impact of two decades of multi-faceted campaigning. Acta Clin Belg. 2021;76(4):280-288.
3. Fleck A. Tracking antibiotic use in Europe. 2023 Nov 16.
4. OECD. Stemming the superbug tide: just a few dollars more. Paris: OECD; 2018.
5. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO; 2015.
6. Van der Zande MM, Dembinsky M, Aresi G, van Staa TP. BMC Fam Pract. 2019;20(1):172.
7. Brookes-Howell L, Hood K, Cooper L, Coenen S, Little P, Verheij T, et al. BMJ Open. 2012;2(3).
8. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva:
WHO; 2010.
9. Anthierens S, Tonkin-Crine S, Douglas E, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, Llor C, et al. BMC Fam Pract.
2012;13:101.
10. Borek AJ, Anthierens S, Allison R, McNulty CAM, Anyanwu PE, Costelloe C, et al. Antibiotics (Basel).
2020;9(12).
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. BMC Public Health. 2012;12:80.
12. Mutualiteiten NVvS. Consumptie van antibiotica bij leden van de Socialistische Mutualiteiten, 2008-2016.
Brussel.
13. Colliers A, Coenen S, Remmen R, Philips H, Anthierens S. BMJ Open. 2018;8(9):e023154.
14. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Lancet. 2012;380(9836):37-43.
15. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Qual Health Res. 2016;26(13):1753-1760.
16. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. London: Sage; 2021.
17. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Qual Quant. 2018;52:1893-1907.
18. Olmos-Vega FM, et al. Med Teach. 2023.
19. Finlay L. Qual Health Res. 2002;12(4):531-545.
20. Malterud K. Lancet. 2001;358(9280):483-488.
21. Berger R. Qual Res. 2015;15(2):219-234.
22. Braun V, Clarke V. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
23. Butler CC, Hood K, Verheij T, et al.
24. Mas-Dalmau C, et al.
25. McCullough AR, Parekh S, Rathbone J, et al.
26. García-Egea M, et al.

27. van Driel ML, et al.
28. Moragas A, et al.
29. World Health Organization.
30. European Centre for Disease Prevention and Control.
31. National Institute for Health and Care Excellence.
32. Stuart B, et al.
33. García-Egea M, et al.
34. Mas-Dalmau C, et al.
35. Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee.