HOE GEBRUIKEN VLAAMSE HUISARTSEN SAFETY-NETTING BIJ ACUUT ZIEKE KINDEREN?

Pieterjan Deraeve en Karen Bertheloot

Promotor: Prof. Dr. Frank Buntinx, KULeuven

Co-promotor: Dr. Jan Verbakel, KULeuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Voorwoord **3**

Abstract **4**

Verantwoording **5**

How do general practitioners use safety-netting in acutely ill children? **6**

ABSTRACT *6*

INTRODUCTION *7*

METHODOLOGY *9*

RESULTS *10*

PARTICIPANTS 10

ANALYSIS OF INTERVIEWS 10

DISCUSSION *15*

OVERALL RESULTS 15

COMPARISON WITH OTHER STUDIES 15

STRENGTHS AND LIMITATIONS 16

CONCLUSION *18*

REFERENCES *19*

TABLES *20*

Bijlagen **21**

BIJLAGE 1: GOEDKEURING ETHISCH COMITE *21*

BIJLAGE 2: BRIEF VOOR DE HUISARTSEN *23*

BIJLAGE 3: GEINFORMEERDE TOESTEMMING *24*

BIJLAGE 4: LEIDRAAD VOOR HET SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW *25*

BIJLAGE 5: THEMATISCHE MATRIX *26*

Voorwoord

In de eerste plaats willen wij onze promotor, Frank Buntinx en onze co-promotor, Jan Verbakel bedanken voor hun begeleiding en feedback bij het schrijven van deze thesis. Mieke Vermandere willen wij bedanken voor haar hulp met de kwalitatieve analyse.

Ook willen wij alle huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek bedanken voor de tijd die zij hebben vrij gemaakt.

Daarnaast willen wij alle artsen bedanken die ons ondersteund hebben tijdens onze opleiding tot huisarts.

Bovendien willen wij onze familie bedanken omdat zij altijd voor ons klaar stonden tijdens onze studie.

Ten slotte willen wij in het bijzonder Benedicte Eneman en Michiel Driesen bedanken voor de hulp die zij hebben geboden om deze thesis tot een goed einde te brengen.

Abstract

ACHTERGROND – Safety-netting zorgt dat huisartsen hun diagnostische onzekerheid in eerstelijnszorg kunnen hanteren. Het is een type advies waarbij patiënten geïnformeerd worden over mogelijke alarmsymptomen en wanneer en hoe terug contact op te nemen met een arts. Er is echter weinig evidentie omtrent het huidige gebruik hiervan, in het bijzonder bij acuut zieke kinderen.

DOEL – Onderzoeken in hoeverre en op welke manier Vlaamse huisartsen safety-netting bij acuut zieke kinderen toepassen.

STUDIEOPZET – Kwalitatieve studie met semi-gestructuurde interviews.

METHODE – Zevenendertig Vlaamse huisartsen werden geïnterviewd. Twee onderzoekers hebben deze interviews geanalyseerd door middel van thematische analyse.

RESULTATEN – Alle geïnterviewde huisartsen blijken safety-netting toe te passen, zonder zich bewust te zijn van deze term. Ze doen dit intuïtief zonder gebruik te maken van richtlijnen. Elementen die aan bod komen zijn alarmsymptomen, het normale ziekteverloop en hoe verder contact op te nemen. Continuïteit wordt gewaarborgd. Het advies wordt aangepast aan de context, de patiënt en de pathologie. Er is geen consensus over het geven van mondelinge of schriftelijke adviezen. Over het algemeen vinden huisartsen safety-netting een belangrijk deel van een consultatie. Het biedt een houvast voor ouders, leert hen alarmsymptomen herkennen en zorgt voor een betere arts-patiëntrelatie. Op welke manier ouders safety-netting ervaren en begrijpen is door de huisartsen moeilijk in te schatten. Huisartsen zien voor de toekomst geen duidelijke nood aan richtlijnen of andere training over safety-netting.

BESLUIT – Huisartsen passen safety-netting intuïtief toe. Dezelfde inhoud komt telkens terug, maar de aanpak verschilt in functie van de patiënt. Verder onderzoek moet uitwijzen of het gebruik van safety-netting voldoende efficiënt is inzake morbiditeit en mortaliteit, aantal vervolgconsultaties en aantal ziekenhuisopnames. Tevens werd in deze studie nog niet nagegaan hoe ouders deze safety-netting begrijpen en ervaren.

TREFWOORDEN – safety-netting, kinderen, acute ziekte, huisarts, kwalitatief onderzoek

Verantwoording

Deze masterproef kwam tot stand door de samenwerking van twee huisartsen-in-opleiding: Karen Bertheloot en Pieterjan Deraeve. Bij de verschillende onderdelen van het onderzoek deed elk van beiden zijn respectievelijk deel. Gezien het omvangrijke werk door het interviewen van 37 huisartsen en het analyseren van al deze gegevens, werd geopteerd om hier één scriptie van te maken.

Karen Bertheloot nam 17 interviews af en typte deze uit, Pieterjan Deraeve deed hetzelfde met 20 interviews. Daarna codeerden ze elkaars interviews, waarbij Karen er 20 analyseerde en Pieterjan 17. De analyse gebeurde door een constant vergelijken en afstemmen van elkaars gegevens en resultaten, een kwaliteitsgarantie voor kwalitatief onderzoek.

Het hele onderzoeksproces en het uiteindelijk neerschrijven van deze resultaten gebeurde door de beide onderzoekers in onderling overleg en werd afgestemd door regelmatig contact met de promotor en/of co-promotor.

How do general practitioners use safety-netting in acutely ill children?

ABSTRACT

BACKGROUND - Safety-netting advice allows general practitioners (GPs) to cope with diagnostic uncertainty in primary care. It informs patients on alarm signs and when or how to seek further help. There is, however, insufficient evidence to support practical choices with respect to the safety-netting procedures, especially in children with acute illness.

AIM - To explore to what extent and how GPs apply safety-netting in acutely ill children in Flanders.

DESIGN - Qualitative study including semi-structured interviews of GPs.

METHOD - Interviews were conducted with thirty-seven GPs across Flanders and analysed by two researchers through line-by-line coding, descriptive and thematic analysis. Data were analysed using the constant comparison method.

RESULTS - Almost all GPs perform safety-netting with acutely ill children, but they are unfamiliar with this term. They perform it according to their gut feeling and intuition without the use of a specific guideline or having received specific trainings. They always discuss the alarm symptoms, the normal time lapse of a disease and how and when to get in touch with a physician if needed. They try to provide continuity in different ways. GPs try to adapt their advice to the context, specific to the patient and his disease. There is no consensus if the advice should be given orally or written. In general GPs see safety-netting as an important element of the consultation. It is an educational tool, a framework for the parents and it provides an improvement for the relationship between GP and patient. However, GPs have difficulties to estimate how parents interpret this advice and how they deal with safety-netting. GPs don't feel a need for guidelines or any other form of support in the near future.

CONCLUSION - All GPs perform safety-netting intuitively. The content of their advice is always the same, they adjust the approach according to the patient. Further research should focus on the impact of this safety-netting strategy on a variety of outcomes such as morbidity and mortality of the children, the number of doctor visits in and outside the hospital and how parents interpret this advice.

KEYWORDS - safety-netting, children, acute illness, general practitioner, qualitative research

INTRODUCTION

Acute illness is the most common presentation of children to primary care. Most acutely ill children seen by a general practitioner (GP) suffer from self-limiting viral illnesses. A small proportion of these children, however, has a serious infection, with considerable mortality and morbidity. A GP needs to distinguish these few cases, often seen at an early stage, to avoid serious complications. An audit in the UK shows that 50% of all children with a meningococcal infection were missed at first contact consultations. Developing appropriate strategies to cope with diagnostic uncertainty is crucial.[1,2]

Three main strategies are suggested by Heneghan et al: performing further investigations, initiating a treatment to evoke a response, or a wait and see policy. If all three fail, GPs can try a combination of the above and share their uncertainty with the patients.[3] Buntinx et al suggests four strategies to deal with diagnostic uncertainty: the GP's gut-feeling, the use of diagnostic algorithms,[5] planning additional tests, and the use of safety-netting.[1,4,5]

The term safety-netting was first introduced by Roger Neighbour. Safety-netting, one of the compounds of a good consultation, is described as creating a contingency plan and implementing procedures to ensure that the plan works out and that the patient is safe in any foreseen or unforeseen eventualities. [6]

According to Maguire et al, safety-netting appears to play an important role in repeated medical help-seeking for children with fever. Parents who were not 'safety-netted' were more likely to seek another contact than those who were. [7] In 2009 Almond et al sought clinical consensus about what safety-netting should include and what should be recorded, using a modified Delphi approach.[8] The NICE guideline on feverish children recommends GPs to use safety-netting by means of a traffic light system. It should provide the parent or carer with verbal and/or written information on warning symptoms and how further care can be accessed, arranging further follow-up at a specified time and place and liaising with other healthcare professionals to ensure direct access for the child if further assessment is required. [2]

Though it appears to be an important tool for clinicians, many questions remain. Only few studies examine the actual use of this safety-netting advice. Covemacker investigated the follow-up of children with acute illness. [9] If children got the label 'seriously ill' by their GP without being referred to a specialist, most GPs said to discuss alarm signs with parents and to see them back on request of the parents. The only explorative study about safety-netting behaviour of first

contact clinicians was recently done by the ASK SNIFF (Acutely Sick Kids Safety Netting Interventions for Families) research team. They noticed a range of safety-netting techniques with a lot of inconsistencies, concerning their relative effectiveness on a variety of outcomes such as referrals, admission rates, re-attendance to health care and parental understanding, anxiety and satisfaction. [10, 11]

METHODOLOGY

A basic questionnaire was constructed, consisting of questions based on the four categories of Britten (behaviour, opinion, feelings, knowledge). [12] These questions were peer-reviewed and supervised. After performing two pilot studies, which were not included in the final analysis, twelve main questions were preserved.

This study was approved by the ethical review board of UZ/KULeuven under reference ML9287.

Recruitment of participants was based on both convenience and purposive sampling. We invited GPs with an avidity for paediatric care, while trying to obtain a heterogeneous group (geographical, practice characteristics, age and gender). Recruitment of GPs ended after data saturation was reached, which we determined the moment no further information was given in the two last interviews.

Two investigators (KB, PD) performed and audio-recorded all interviews. All interviews were anonymised. We used semi-structured interviewing and participant observation techniques. To explain safety-netting to GPs, we made use of exemplifying cases. Afterwards we did a verbatim transcription of each interview.

We analysed the collected data using a grounded theory approach. Before we started the coding of the qualitative data, we composed descriptive themes, making use of deductive coding. The two researchers developed coding schemes separately using the software QSR Nvivo version 10 (QSR International Pty Ltd, Melbourne, Australia). Each researcher coded all interviews performed by the other researcher and vice versa, to avoid biasing the coding results. Field notes were used during the analysis. After every three interviews the coding schemes were compared by the two researchers.

Emerging themes were discussed and developed by the researchers. Whenever possible, extracts of the interviews were used to enhance overall clarity.

RESULTS

PARTICIPANTS

37 GPs were included in the study. 15 (41%) participating GPs were male. (Table 1) They were between 25 and 64 years old with an experience in clinical work between 0 and over 30 years. 73% of them are working fulltime. Only 5% had less than 2000 consultations a year.
68% are working in a group surgery and 87% of the interviewees in a GP training surgery.
30% of the surgeries are located in an urban area, 46% in a suburban and 24% in a rural area.
46% of GPs had a centralised on-call system, with an out-of-hours centre during weekends. 35% depended on a local on-call system and 19% were available day and night. Only 19% of the GP surgeries were located more than 10 km from a hospital with an emergency department.

ANALYSIS OF INTERVIEWS

Four emerging themes were isolated from the analysis. 'All GPs do it intuitively', 'The content of the advice stays the same, the approach differs', 'GPs try to provide continuity' and 'Concerns'.

All GPs do it intuitively

All interviewees recognise the idea of safety-netting as part of their medical behaviour, but they are unfamiliar with the term. Most of the interviewees have never read a recommendation on safety-netting. When asked about possible support for practice, some GPs think internet-based support or leaflets might be useful. Only few feel an actual need for guidelines on this topic.

Many of the interviewees feel that safety-netting plays an important role, some of them even see it as the most important part of the GP's consultation. It improves the GP-parent relationship. GPs find safety-netting to be most useful as a framework for parents. It also serves an educational role: parents learn to recognise alarm signs and know when to come back for re-evaluation. It is also considered important to avoid legal issues by informing parents that the disease could potentially deteriorate.

Safety-netting can avoid unnecessary investigations and urgent visits to the GP, the out of hours service or the hospital emergency department. It lowers overconsumption of medication such as antibiotics.

Right now I realize that this is normal, it's something we do every day, it's part of the job. And I think it plays an important role in healthcare, especially in healthcare of infants and very young children. (Source 20 SA)

Patient empowerment, that's also my goal, to teach them some skills and teach them how to deal with an ill child and to try to make them understand when they have to consult their doctor and when not to. Absolutely, that must be the teacher in me. (Source 2B)

The content of the advice stays the same, the approach differs

GPs tell parents of an ill child to pay specific attention to a variety of symptoms. The clinical signs most often cited by the GPs are the general impression of the ill child, the instinct of the parents, vomiting, a decrease in appetite and thirst, fever and signs of dehydration.

Sometimes a child seems perfectly fine, but its parents tell you "something's wrong with my child". As a doctor, you see them only once and some children are always quiet and others are never quiet. That's why the parents' feeling is important. (Source 09 LE)

According to the GPs, the duration of illness may vary from three to seven days. The time lapse of the disease and the moment in the week influence the content of the advice.

Emphasizing the out-of-hours services right before the weekend. So yes, the timing is important. (Source 14 ST)

GPs ask parents of an ill child to get in touch again when the condition of the child has not improved after the predicted period, when alarm signs or additional symptoms surface.

In general, GPs believe it is extra important to give advice on safety-netting when confronted with a child that suffers from a severe illness or when a clear focus is absent. They try to tailor their safety-netting to the medical history and the age of the child.

When it's a baby, you do stress the respiratory frequency, the colour, the degree of somnolence, but those are things I wouldn't emphasize when the child is older, when they're 5-7 years old. (Source 10ME)

The GPs try to give a clear and practical advice, either orally, written, printed or through a folder or illustration.

Very often I write it down on paper. In English, or in French, or adapted to the patient. I'm not going to use a brochure or whatever, but I'll just write it down.(Source 08 LE)

GPs are convinced that they need to ensure full grasp of the advice by parents. They check the feasibility and tailor their advice to the level of the individual patient. GPs tend to verify if parents understood the safety-netting advice, repeat it and try to interpret the body language of the parents. In spite of all these measures, GPs consider it difficult to estimate whether or not the message was well understood by the parents.

You always have to talk using the patient's language and adjust to his or her perception. So if someone speaks a local dialect, then I'll talk in that same dialect. (Source 03HAL)

The following characteristics of the parents are taken into account when giving safety-netting advice: the degree of concern and the ability of the parents, their psychosocial and economic background, whether or not they had previous experience with ill children and whether or not the GP knows these parents. There is no consensus amongst GPs whether the parents' cultural background should be taken into account. However, a language barrier is considered as an obstacle by all GPs.

When people come across as rather intelligent, when they have a job or indeed have a better social or economic status, I leave it to them to call me and check whether I have to see their child again. There's a big difference there. (Source 16 LV, reference 1)

GPs try to provide continuity

Since ill children seen in a follow-up examination are regularly seen by a colleague, the GPs briefly describe the safety-netting advice in the electronic medical record and they notify their colleagues when an exceptional situation occurs.

I will always write down in the medical record what kind of advice I've given, and then I'll also write: health education and alarm symptoms. Of course I don't write down everything I've said. (Source 10 KS, reference 1)

Some GPs always plan a follow-up consultation because they believe it is difficult to evaluate the situation of an ill child by telephone. Other GPs believe a follow-up examination is only necessary when their gut feeling tells them something is wrong.

> *But I find it very hard to give advice on an ill child by phone. I prefer that they come back and see me again. (Source 03 HV)*

GPs believe their availability is very important in the follow-up of an acutely ill child. They do realise however that this is not always feasible. Therefore GPs inform parents on out-of-hours services, e.g. during the weekend. They often use leaflets or display the information of the out-of-hours services in the waiting room or on the answering machine of the GP surgery. In order to guarantee the care of an ill child, many GPs make use of a delayed antibiotic prescription or a referral letter, which can be used by the parents if needed.

> *But when I see a child just before the weekend, in case of doubt, for example a runny ear on day 6, and I see that these people are capable enough to follow my instructions, I would rather give them a prescription for an antibiotic so they can collect it during the weekend if needed. (Source 15 HO)*

Concerns

By creating a safety-net, one could possibly make parents even more worried than necessary. People can be overwhelmed and miss the essence of your message, or it can be misunderstood. Moreover, it is necessary to invest time for proper safety-netting. Some GPs have the impression that parents consult too frequently when they are left in doubt. Patients can interpret safety-netting advice as a sign of diagnostic insecurity of the treating physician.

> *Because when you focus too much on the alarm symptoms, parents can sometimes get the feeling "oops, the doctor doesn't know what it is" or think "oh, this is so bad." (Source 11 LD)*

When asked about circumstantial influence, GPs recognize that safety-netting is sometimes less carefully performed when the waiting room is overcrowded or when the GP is tired. In contrast, other GPs stressed that they always take their time when it comes to children.

> *Right then, I think that,... normally with a child, I believe time pressure is somewhat less important... Well, it's something of a routine, it's mostly the same advice that you give. (Source 12 SI)*

Seeing more than one child during the same consultation is a distracting factor in creating a strong safety-net.

> *When an entire family comes in with a number of children that start to jump around in here, then I do feel that providing good medicine is more difficult. I try to pay attention to this, but I find these to be very difficult circumstances. (Source 14 MS)*

DISCUSSION

OVERALL RESULTS

Although GPs are unfamiliar with the term safety-netting, they frequently apply this type of advice making use of their gut feeling and intuition, without grounding on guidelines or specific training. What's more, in general the GPs don't feel a need for guidelines or other forms of support on this subject.

All GPs tell their patients the same story. Nevertheless, they adjust their explanation to patient's characteristics and the illness in question.

GPs try to make sure that the parents of an ill child understand the given advice. However, this proves to be rather difficult and it remains unknown how the parents experience or handle the given advice. There is no consensus amongst GPs whether the advice is best given orally or written.

According to these interviewed Flemish GPs, offering the patient continuity is an important part of safety-netting. They try to offer this continuity in various ways: by informing their colleagues orally or with written information in the electronic medical record, by guaranteeing the availability of a doctor and by making use of a referral letter or a delayed antibiotic prescription.

The participating GPs in our study confirm that safety-netting offers a useful framework for the patient's parents and that it improves the relationship between GP and his patient. It fulfils an educational role and helps to reduce overconsumption of investigations, consultations and antibiotics. Furthermore, safety-netting can avoid legal issues.

GPs offer less advice under certain circumstances: when the workload is too high, when more than one child has to be examined during one consultation or when the GP is tired. The amount of time required to offer proper safety-netting can be an obstacle.

COMPARISON WITH OTHER STUDIES

Jones et al published a similar study in the UK about the use of safety-netting by doctors and nurses. [10] As in our study, they conclude that GPs provide patients with safety-netting rather

intuitively. They are not aware of any existing guidelines, neither have they received any specific training on the subject.

Characteristics of how safety-netting is performed in the Jones' study [10] and ours are largely similar and also mentioned in the recommendations for good safety-netting according to Almond et al. [8] The participating GPs in both studies adjust their advice depending on the specific context. Whereas the research of Jones et al [10] only underlines the features of the GP and the parents, our study also mentions the importance of the child and the clinical picture.

Almond et al [8] stressed the importance of parents having understood the message. Our research shows that in reality, this turns out to be quite difficult. While GPs always try to pass the message as clear-cut as possible, it is never entirely clear whether the parents have fully understood the advice and how they deal with it.

There is no consensus amongst GPs in our research on whether to provide the advice orally or in writing. Neither is there any form of agreement on this subject amongst the participating GPs in the research of Jones et al [10] or amongst the doctors that took part in the modified Delphi procedure of Almond et al [8].

Jones et al [10] report that only one participating GP writes down in the medical record which advice on safety-netting he has given. In our research most GPs briefly write down the given advice in the medical record. According to Almond et al [8], it is very important to record the given advice in the patient's medical file.

STRENGTHS AND LIMITATIONS

Safety-netting turns out to be an important instrument to create a backup system for ill children. This study was the first qualitative study to trace how GPs use safety-netting in Flanders.

We interviewed a heterogeneous group of 37 Flemish GPs.
When we invited GPs to participate in our research, we intentionally gave them little information on the concept of safety-netting, in order to make sure the GPs would answer spontaneously during the interview. Since most GPs were not acquainted with the concept of safety-netting, we did make use of exemplifying cases at the start of the interviews. Nonetheless, this sometimes led to misunderstandings and inaccurate answers to our questions. After having interviewed 37 GPs we reached data saturation.

Performing the initial qualitative analysis with two researchers, increases the reliability of the results and decreased the chance of bias. We analysed one another's interviews, repeatedly compared each other's codes and discussed and composed the emerging themes together. The latter part was also thoroughly discussed between all four co-authors.

CONCLUSION

Most Flemish GPs tend to make use of safety-netting in a similar way. They apply safety-netting intuitively, without depending on any theoretical background. The content of their advice is always the same and they adjust the approach according to the patient.

Further research should focus on the impact of this safety-netting strategy on a variety of outcomes such as morbidity and mortality of the children, the number of doctor visits in and outside the hospital and how parents interpret this advice.

REFERENCES

1. Van den Bruel A, Aertgeerts B, Bruyninckx R, Aerts M, Buntinx F. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children: a prospective study in primary care. *Br J Gen Pract.* Jul 2007;57(540):538-546.

2. NICE. National Institute for Clinical Excellence: Feversh illness in children - assessment and initial management in children younger than 5 years. *London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.* 2007 [cited 2007 June 29, 2007].

3. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *Bmj.* 2009;338:b946.

4. Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. *Br J Gen Pract.* Jan 2011;61(582):43-46.

5. Thompson M, Van den Bruel A, Verbakel J, et al. Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care. *Health Technol Assess.* 2012;16(15):1-100.

6. Neighbour R. *The inner consultation : how to develop an effective and intuitive consulting style*. 2nd ed. Oxford: Radcliffe; 2005.

7. Maguire S, Ranmal R, Komulainen S, et al. Which urgent care services do febrile children use and why? *Arch Dis Child.* Sep 2011;96(9):810-816.

8. Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. *Br J Gen Pract.* Nov 2009;59(568):872-874; discussion 874.

9. Covemacker A. Optimizing the monitoring of acutely ill children in general practice. Ghent: Department of Primary Care Ghent University; 2011.

10. Jones CH, Neill S, Lakhanpaul M, Roland D, Singlehurst-Mooney H, Thompson M. The safety netting behaviour of first contact clinicians: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14:140.

11. Roland D, Jones C, Neill S, Thompson M, Lakhanpaul M. Safety netting in healthcare settings: what it means, and for whom? *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* Oct 28 2013.

12. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995;311:251-3.

TABLES

Table 1: Demographic data of the GPs (n=37)

		Absolute value (n)	Relative value (%)
Gender	Male	15	40.5
	Female	22	59.5
Age	25-34 years	15	40.5
	35-44 years	8	21.6
	45-54 years	8	21.6
	55-64 years	6	16.2
Years of experience	<10	15	40.5
	10-19	10	27.0
	20-29	7	18.9
	>30	5	13.5
Employment	Fulltime	27	73.0
	Partime	10	27.0
Number of patients/year	<2000	2	5.4
	2000-5000	17	45.9
	>5000	18	48.6
Type of surgery	Singlehanded	5	13.5
	Group surgery	25	67.6
	Multidisciplinar	7	18.9
Training surgery	Yes	32	86.5
	No	5	13.5
Surgery location	Urban	11	29.7
	Suburban	17	45.9
	Rural	9	24.3
County	West-Vlaanderen	9	24.3
	Oost-Vlaanderen	2	5.4
	Vlaams-Brabant	19	51.4
	Antwerpen	3	8.1
	Limburg	4	10.8
System on call	Centralised	17	45.9
	Regional	13	35.1
	Practice on call	7	18.9
Distance to hospital with emergency unit	< 5km	25	67.6
	5-10km	5	13.5
	>10km	7	18.9

Bijlagen

BIJLAGE 1: GOEDKEURING ETHISCH COMITE

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML9287
LEUVEN, 22 april 2013

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE Safety-netting bij acuut zieke kinderen: welke bestaan er volgens de Vlaamse huisarts en hoe worden ze gebruikt? Dr. Karen Bertheloot en Dr. Pieterjan Deraeve.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 4 april 2013.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze volgens de ICH-GCP principes werkt (International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice).

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.
Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

SECRETARIAAT: M. LEYS N. OPDEKAMP D. VAN MOLL M. VERBEECK H. HUYGHE
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML9287
UW KENMERK
LEUVEN, 22 april 2013

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. F. Buntinx

Student
Dr. Karen Bertheloot en Dr. Pieterjan Deraeve

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

BIJLAGE 2: BRIEF VOOR DE HUISARTSEN

Geachte collega,

Graag willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek in het kader van ons MaNaMa-project:

Safety-netting bij acuut zieke kinderen

Welke safety-netting bestaat er bij de Vlaamse huisarts en hoe wordt ze toegepast?

Achtergrond
Acuut zieke kinderen en hun ouders raadplegen de huisarts op verschillende momenten in het verloop van hun ziekte en presenteren met een verschillende ernst van symptomen. Vandaar dat een klinische diagnose nooit helemaal sluitend is, evenmin kan het verloop van een aandoening met zekerheid voorspeld worden.
Om dit op te vangen kunnen artsen safety-netting gebruiken, waarbij aan de hand van gerichte adviezen naar de ouders en kinderen toe deze onzekerheid opgevangen wordt.

Tot op heden is er weinig literatuur te vinden over het gebruik van safety-netting bij acuut zieke kinderen. Als MaNaMa-project willen wij dit verder exploreren door middel van een kwalitatief onderzoek.

Concrete vraagstelling bij dit onderzoek:
(a) Welke safety-netting bestaat er volgens de Vlaamse huisarts bij acuut zieke kinderen?
(b) Hoe past de huisarts deze safety-netting toe in de praktijk?

Geplande methode:
Aan de hand van een semi-gestructureerd interview zullen we op zoek gaan naar de gebruikte safety-netting en een veertig tal artsen bevragen omtrent hun gebruik hiervan.
Vervolgens zullen de interviews thematisch geanalyseerd en geïnterpreteerd worden.

Praktische informatie:
Als deelnemend arts wordt u door een van ons bezocht voor een gesprek van maximaal dertig minuten. Dit vraagt geen voorbereiding van uw kant. Er wordt een informed consent formulier overlopen, waarbij de nadruk gelegd wordt op de anonimiteit van het onderzoek. Vervolgens nemen we het interview af. Dit wordt opgenomen om dan nadien te kunnen verwerken.
De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en kunnen gepubliceerd worden zonder dat daarbij uw identiteit wordt vrijgegeven. Desgewenst kan u op elk moment uw verdere medewerking aan het onderzoek stopzetten, zelfs zonder opgave van reden.

Als u interesse heeft om deel te nemen aan dit onderzoek, of bij verdere vragen, kunt u ons contacteren via onderstaande gegevens.

Met vriendelijke groeten en dank voor uw interesse,

Dr. Karen Bertheloot, HAIO
Dr. Pieterjan Deraeve, HAIO

Promotor: Prof. Dr. Frank Buntinx frank.buntinx@med.kuleuven.be
Co-promotor: Dr. Jan Verbakel jan.verbakel@med.kuleuven.be

BIJLAGE 3: GEINFORMEERDE TOESTEMMING

Geïnformeerde toestemming voor het onderzoek in het kader van onze MaNaMa thesis:

Safety-netting bij acuut zieke kinderen

Welke safety-netting bestaat er bij de Vlaamse huisarts en hoe wordt ze toegepast?

1. Het doel van dit onderzoek is het nagaan welke adviezen huisartsen geven aan (de ouders van) een acuut ziek kind.
2. Ik weet dat ik zal deelnemen aan een interview gebaseerd op een vooraf opgemaakte vragenlijst. Dit interview zal worden opgenomen en zal ongeveer dertig minuten duren.
3. In dit interview zal ik bespreken welke adviezen ik geef aan (de ouders van) een acuut ziek kind en hoe ik deze toepas.
4. Ik neem uit vrije wil deel aan dit onderzoek.

De resultaten kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden.

Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd. De geheimhouding van de gegevens zal steeds bewaard blijven.

Ik behoud het recht om op elk moment mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten.

Voor meer informatie kan u altijd terecht bij één van de onderzoekers. Hun contactgegevens vindt u onderaan op dit formulier.

Datum:

Handtekening van de proefpersoon:
Handtekening van de onderzoeker:

BIJLAGE 4: LEIDRAAD VOOR HET SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW

1. Kent u het begrip safety-netting en weet u wat hiermee bedoeld wordt?

2. Herinnert u zich uw (laatste) zieke kind dat u gezien hebt en waarbij u adviezen hebt gegeven?
   Of anders deze casus: een meisje van anderhalf jaar, al paar dagen beetje koorts tot 38, nu meer koorts tot 39, hoest al paar dagen, rochelende ademhaling, eet minder, vooral 's nachts lastig. Klinisch onderzoek: verspreide ronchi, tachypnee, goede algemene indruk. Nko negatief. Besluit: bronchitis
   Bijvragen: welke adviezen hebt u gegeven, waarom hebt u in dit specifieke geval deze adviezen gegeven, waren er bepaalde gevolgen?

3. Herinnert u zich een casus met een onverwachte evolutie, waarbij de aanvankelijke indruk niet bleek te kloppen en er een nieuw contact was?
   Of anders vervolg van de casus: twee dagen later komt hetzelfde kind terug, is volgens ouders suf, drinkt niet meer goed, nog steeds koorts.
   Bijvragen: welke rol heeft safety-netting in deze casus gespeeld? Of bij het voorbeeld: welke rol zou safety-netting hierbij kunnen gespeeld hebben?

4. Waarover gaan uw adviezen inhoudelijk?
   a. Welke adviezen geeft u?
   b. Te verwachten tijdsverloop?
   c. Terug contacteren: telefonisch, advies over de wachtpost?
   d. Brieft u uw collega's?

5. Hoe past u dit in het algemeen toe?
   a. Mondeling, schriftelijk,gebruik van websites? Medisch dossier?
   b. Advies over wacht?
   c. Geeft u altijd altijd adviezen?
   d. Vindt u dat u het geven van adviezen goed toepast?
      i. Is er ruimte voor verbetering?
      ii. Wanneer doet u dit beter of slechter?
      iii. Wat is de invloed van tijdsdruk?

6. Welke invloed heeft het tijdstip van de consultatie?
   a. Worden er andere adviezen gegeven?
   b. Invloed van dag van de ziekte?

7. Bij welke kinderen of ziektebeelden gebruikt u zeker wel of zeker geen adviezen?

8. In welke mate (hoe) heb je het idee dat ouders de boodschap begrepen hebben?

9. Welke kenmerken van de ouders hebben een invloed bij het geven van adviezen?

10. Hoe ervaart u het toepassen van deze procedures?
    a. Effect op het verder contact?
    b. Voor of -nadelen?
    c. Gevoel bij de arts

11. Welke hulpmiddelen zouden u hierin verder kunnen ondersteunen?

12. Zijn er nog elementen die u hierbij graag had toegevoegd?

BIJLAGE 5: THEMATISCHE MATRIX

Huisartsen passen safety-netting intuïtief toe					
Gevoel arts	**Toekomstige invulling**	**Huidige praktische invulling**	**Voordelen**	**Gevoel arts**	**Invloed omstandigheden**
-hoort bij afsluiten consult -ik heb dit in de vingers -intuïtie volgen	-geen nood aan hulpmiddelen -folder -website -richtlijnen	-ik volg geen richtlijnen	-goed voor arts-patiëntrelatie -houvast voor mensen -lage drempel voor ouders -leerrijk voor ouders -meer dan een momentopname -medicolegaal aspect -mensen gaan geruster naar huis -ontlasting tweede lijn -ouders en arts samen verantwoordelijk -tijdsbesparend op termijn -veiligheid voor alle partijen -vermijden van overconsumptie	-belangrijke taak huisarts -geruster gevoel -tevreden gevoel -ongeruster bij kinderen	-meer alert na missen van diagnose

De inhoud van het advies blijft hetzelfde, de aanpak verandert				
Invloed omstandigheden	**Kenmerken kind**	**Tijdsverloop**	**Hoe en wanneer contacteren**	**Medicatie**
-tijdstip in de week -tijdstip speelt geen rol -tijdstip van de dag	-leeftijd kinderen -verschillende opvoeders -voorgeschiedenis kind	-3dagen duren -5 tot 7dagen -andere adviezen na 2 of 3 dagen -normaal ziekteverloop schetsen -bij twijfel na 1 dag	-bij niet pluisgevoel arts -bijkomend symptoom -evolutie klopt niet	-uitgesteld voorschrift antibiotica
Huidige praktische invulling	**Toetsen van begrip**	**Kenmerken ouders**	**Alarmsymptomen**	**Kenmerken ziektebeeld**
-altijd adviezen -duidelijk en concreet -folders -gebruik telefoon -gebruik afbeeldingen -meestal ergens een advies -mondeling -opschrijven of afprinten -overleg met pediaters -website	-herhalen -navragen -haalbaarheid toetsen -uitleg is voldoende -ouders laten aanvullen -niet evident om in te schatten -afhankelijk van gekende ouders -op niveau patiënt praten -lichaamstaal	-bekwaam voor inschatting -ervaring met eerdere kinderen -gekende ouders -inhoud verandert niet, manier van uitleg geven wel -ongerustheid ouders -psychosociaal economische achtergrond -taalbarrière soms moeilijk -culturele verschillen belangrijk -cultuur speelt geen rol -geen gekende ouders -intelligentie ouders speelt geen rol -lagere drempel bij anderstaligen -leeftijd ouders -te weinig ongerust	-algemene indruk van kind -bij niet-pluis gevoel van ouders -eten en drinken -geruststellende kenmerken -goed observeren van kind -koorts -koorts niet zo belangrijk -tekens van uitdroging -meningisme	-ernstig zieke kinderen zeker advies -minder bij gerust gevoel -veel advies als geen focus -niet of weinig bij duidelijk beeld -geen gevallen waarbij ik het zeker niet zou doen -elk ziektebeeld heeft eigen adviezen

Huisartsen bieden continuïteit					
EMD en collega's	**Hoe en wanneer contacteren**	**Wacht**	**Medicatie**	**Verwijzing**	**Huidige praktische invulling**
-beknopt in dossier -bij collega op controle -briefing bij speciale gevallen -meestal geen adviezen in EMD -uitgebreid in dossier -opbellen collega -heel briefingsysteem -wachtarts niet briefen	-bereikbaar zijn -bij niet pluisgevoel arts -dat ze terugkeren als niet beter -geen concrete info over contact -organisatie secretariaat -telefonisch	-als het erger kan worden -altijd info over wacht -folder ivm wacht -info wacht in wachtzaal -info wacht via eigen telefoon -vertelt niet echt iets over wacht -voor het weekend	- uitgesteld voorschrift antibiotica	-verwijsbrief -voor het weekend	-gebruik telefoon -niet zowiezo vervolgconsult -vervolgconsult beter dan telefoon -zelf ouders opbellen

Beperkingen		
Nadelen	**Invloed van omstandigheden**	**Gevoel arts**
-dokter is niet zeker -ongeruster maken -overspoeld bij teveel adviezen -soms misbegrepen -tijdsrovend -vals gevoel van veiligheid -vermoeiend	-als het druk is eerder AB -als het druk is minder uitgebreid -betere focus bij tijdsdruk -minder als je moe bent -moeilijker als meerdere kinderen op één consult -tijdsdruk speelt geen rol bij kinderen	-niet altijd even zinvol -niet zo geïnteresseerd in adviezen