Het gebruik van probleem-specifieke informatiefiches; een verbeterproject in de pediatrische spoedgevallenzorg.

Joke Schoofs, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Ives Hubloue, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Gerlant van Berlaer, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

1. ABSTRACT 3

2. INLEIDING 4

2.1. ONTHOUDEN VAN MEDISCHE INFORMATIE 4

2.2. PROBLEEMSTELLING 6

2.3. DOELSTELLING 7

3. METHODE 7

3.1. DESIGN EN ALGEMEEN OPZET 7

3.2. SETTING EN POPULATIE 8

3.3. STUDIEPROTOCOL 9

3.4. INFORMED CONSENT 11

3.5. STATISTISCHE VERWERKING 11

4. RESULTATEN 12

5. DISCUSSIE 18

5.1. BEPERKINGEN 24

6. BESLUIT 26

7. DANKWOORD 28

8. REFERENTIES 29

9. BIJLAGES 32

BIJLAGE 1. 32

BIJLAGE 2. 56

1. Abstract

Inleiding

Het goed begrijpen en correct onthouden van medische informatie en instructies is noodzakelijk voor een goede therapietrouw en kan een belangrijke invloed hebben op het verdere ziekteproces. Ouders blijken echter na een bezoek aan de pediatrische spoedgevallendienst vaak onvoldoende geïnformeerd.

Doel

We willen nagaan of het beschikbaar stellen van een probleemspecifieke informatiefiche een meerwaarde kan betekenen bij ambulante consultaties in de pediatrische spoedgevallenzorg. Aan de hand van de identificatie van eventuele zwaktes in de informatieoverdracht hopen we verbeterpunten te kunnen formuleren.

Methode

Via een gerandomiseerd, geblindeerd, niet-medisch-interventieonderzoek werd bij ouders enkele dagen na ambulante consultatie in de pediatrische spoedgevallendienst de kennis van enkele aspecten (diagnose, duur, behandeling en alarmsignalen) van de bij hun kind gediagnosticeerde aandoening getest. De controlegroep kreeg de ontslaginstructies, zoals gewoonlijk, puur mondeling, terwijl de testgroep eveneens een probleemspecifieke informatiefiche aangeboden kreeg.

Resultaten

Globaal vertoont 35,3% van de ouders een goede kennis van alle ondervraagde domeinen. Voor interventie bedraagt dit aandeel 25,6%, na interventie 45,2% ($p = 0,058$). Deficits zijn het meest frequent op vlak van kennis van duur en alarmsignalen. Het meegeven van een informatiefiche resulteert in een significante verbetering van kennis m.b.t. alarmsignalen (42,9% vs. 69,4%, $p = 0,024$).

Besluit

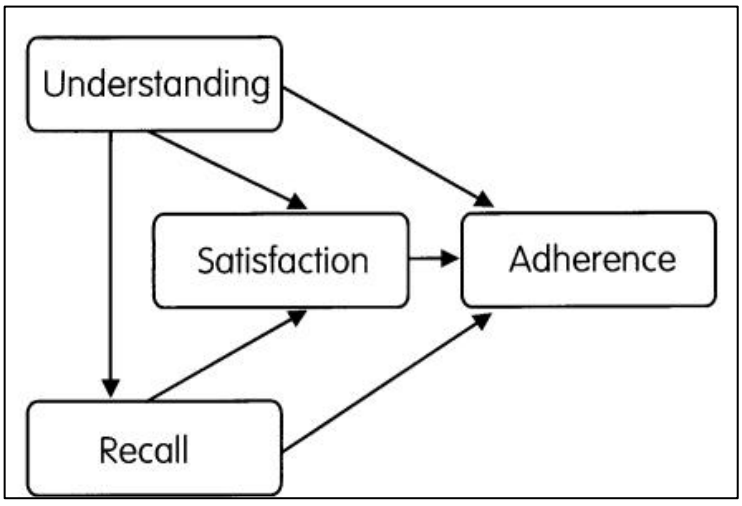
Onze studie toont aan dat het gebruik van probleemspecifieke infofiches kan leiden tot een beter geïnformeerde ouder. Bovendien kunnen aan de hand van gerapporteerde ervaringen aandachtspunten in het patiëntencontact geformuleerd worden.

2. Inleiding

2.1. Onthouden van medische informatie

Om doordachte beslissingen te maken met betrekking tot hun gezondheid, en de zorg hiervoor op een zo goed mogelijke manier te managen, moeten patiënten inzicht hebben in de verschillende aspecten van de bij hen gediagnosticeerde aandoening.
Onderzoek toont dan ook aan dat het goed begrijpen en onthouden van medische informatie en instructies bevorderlijk is voor een goede therapietrouw ("adherence") en een belangrijke invloed kan hebben op het genezingsproces en de afloop ("outcome"). (1,2)

Ley ontwikkelde een model waarin hij patiëntgerelateerde factoren in verband brengt met adherence. Dit model, dat uitgaat van het perspectief van de patiënt, benadrukt het belang van zowel het begrijpen ("understanding") als het onthouden ("recall") van gezondheidsvoorlichting. Deze twee factoren zijn voorspellend voor de therapietrouw. Daarnaast hebben ze ook elk een rechtstreeks effect op een derde voorspellende factor, namelijk tevredenheid ("satisfaction"). (Zie figuur 1)



Figuur 1: Model van Ley voor interactie tussen patiëntgerelateerde factoren en adherence in de communicatie in de medische praktijkvoering. (3)

Patiënten zijn na een medische consultatie of hospitalisatie vaak niet in voldoende mate geïnformeerd. Ze worden immers geconfronteerd met een grote hoeveelheid gegevens; vaak meer dan ze in eerste instantie kunnen verwerken. Eerder onderzoek toont aan dat tot 80% van medische informatie onmiddellijk na het verschaffen ervan reeds vergeten wordt. (2,3)

Daarenboven blijkt dat bijna de helft hiervan foutief onthouden wordt. (3) Volgens de literatuur geeft tot 41% van de patiënten blijk van onvoldoende begrip van diagnose, behandeling of opvolging (“follow-up”) (4). Bovendien zou slechts een minderheid van de patiënten beseffen hiervan onvoldoende op de hoogte te zijn. (5)
Als gevolg hiervan worden instructies voor (zelf)zorg en opvolging niet op een correcte manier nageleefd (“compliantie”), en lopen patiënten een verhoogd risico op ongewenste gebeurtenissen (“adverse events”). De wetenschap dat ongeveer 3% van de gevallen waarin de patiënt binnen 48-72 uur terugkeert naar de spoedgevallendienst (“revisits”) vermeden kan worden door een verbeterde communicatie, illustreert dit goed. (2)

Er werden, naast het puur machtig zijn van de taal, reeds verschillende factoren geïdentificeerd die een invloed hebben op de mate waarin medische informatie onthouden en opgehaald kan worden.
De vooraf bestaande kennis en overtuigingen van de patiënt zijn van belang: nieuwe informatie wordt makkelijker onthouden dan wat indruist tegen wat de patiënt reeds denkt te weten. (3,6) Of een subjectief gevoel van belangrijkheid of relevantie een rol speelt, is onduidelijk en daarover bestaan tegenstrijdige onderzoeksresultaten. (3,6) Ouderen en personen met een lager opleidingsniveau en lagere socio-economische status presteren slechter, maar vrouwen lijken, hoewel gegevens hierover beperkt zijn, doorgaans beter te scoren. (6) De emotionele toestand waarin iemand verkeert tijdens de informatieoverdracht heeft een grote impact: zowel een hoge als een lage ongerustheid kunnen een negatief effect hebben. (3,6) Echter, zoals ook het geval voor andere vormen van ‘leren’, blijkt het makkelijker informatie op te roepen in omstandigheden en een omgeving die vergelijkbaar zijn met die waarin ze gegeven werd. (3,6) Wat patiënten meegedeeld krijgen in een stressvolle setting, zal dus thuis, in een meer ontspannen toestand, minder goed opgehaald kunnen worden. Naarmate meer informatie gegeven wordt, zal een groter aandeel vergeten kunnen worden. (3) Het gebruik van jargon kan in verband gebracht worden met een lagere recall. (7) Terwijl het hanteren van specifieke lekentermen net zorgt voor een beter resultaat. (6)

Uit onderzoek blijkt dat het proces van ontslag uit de spoedgevallendienst gemiddeld 76 seconden (range 7-202 seconden) in beslag neemt. (8) Het kan dan ook niet verbazen dat niet alle aspecten van de zorg op die korte tijd adequaat belicht kunnen worden.
Bij een bezoek aan de spoedgevallendienst kunnen met name factoren als een drukke en met afleiding doorspekte omgeving en tijdsgebrek de informatisering van patiënten negatief

beïnvloeden. (9) Het feit dat er in de meeste gevallen geen vooraf bestaande arts-patiëntrelatie bestaat die de communicatie kan vergemakkelijken, vormt nog een bijkomende uitdaging.

Effectieve methodes om in te grijpen op de informatisering van patiënten moeten tijdsefficiënt zijn en toepasbaar in de dagelijkse praktijkvoering.
Hoewel in veel gevallen de patiënt nog steeds enkel verbale instructies krijgt, bestaat er een sterke evidentie dat het verdere ziekteverloop beduidend beter is wanneer deze mondelinge communicatie op een schriftelijk manier ondersteund wordt. Dit werd in een pediatrische setting door middel van systematisch reviewonderzoek bevestigd. (10) Dergelijke simpele interventie kan het vertrouwen, de tevredenheid en de compliantie ten goede komen. Het helpt om een ongunstig verloop te herkennen en verbetert het management van de (zelf)zorg en de organisatie van een adequate follow-up. Daarnaast is het hiermee mogelijk de noodzaak tot herconsultatie of zelfs heropname terug te dringen. (9,10)
Ook het gebruik van multimedia tools en cartoons en het aanstellen van een personeelslid om ontslag uit het ziekenhuis in goede banen te leiden (“discharge facilitator”) bleken effectief om patiënten beter geïnformeerd te spoedgevallendienst te laten verlaten. (9)

2.2. Probleemstelling

Gemiddeld krijgt de Pediatric Care van de Dienst Spoedgevallen van het Universitair Ziekenhuis Brussel 50 patiëntjes per dag over de vloer, wat zorgt voor een grote belasting. In veel gevallen betreft het een niet-urgent ziektebeeld, waarvoor geen verdere follow-up noodzakelijk is. Bij dergelijke ambulante consultatie van de spoedgevallendienst worden kinderen ontslagen, waarbij de ouders/begeleiders verondersteld worden zelf de nodige zorg verder te zetten. Niet zelden blijken deze toch onvoldoende geïnformeerd of gerustgesteld, wat kan leiden tot een ongunstige verloop voor het kind. Dit gaat van het onnodig opnieuw consulteren, over het toepassen van een verkeerde behandeling tot het niet tijdig onderkennen van mogelijke complicaties. Medische instructies worden door patiënten en begeleiders immers slecht onthouden, zeker wanneer deze overdracht van informatie plaatsvindt in een stresserende situatie en/of omgeving.
Wij wilden daarom nagaan of in de huidige gang van zaken de puur mondelinge communicatie de ouders voldoende kennis kan verschaffen, en of deze verbeterd kon worden door het meegeven van een ondersteunende schriftelijke informatiebrochure.

2.3. Doelstelling

Met behulp van dit onderzoek wilden we de meerwaarde van het meegeven van schriftelijke informatie onderzoeken in de klinische setting van de pediatrische spoedgevallenzorg; met als doel een beter geïnformeerde ouder met meer inzicht in de ziekte van het kind en de evolutie hiervan.

We hoopten eveneens de domeinen te identificeren waarin de kennis tekort schiet, en de factoren die een invloed hebben op het onthouden van de ontslaginstructies, om op die manier een aantal verbeterpunten aan te bevelen.

De studie behelsde vijf frequente ziektebeelden. In functie van de bevindingen zouden bestaande informatiefiches eventueel aangepast kunnen worden, en nieuwe ontwikkeld.

Een bijkomend doel bestond erin de dienst en alle medewerkers te overtuigen van het belang van duidelijke, patiëntgerichte communicatie en aan te moedigen de nodige aandacht hieraan te besteden.

In welke mate onthouden ouders van zieke kinderen de mondelinge informatie die meegedeeld wordt op de spoedgevallendienst?

Op welke vlakken schiet de informatieoverdracht tekort?

Biedt het meegeven van een schriftelijk informatiefiche een meerwaarde in de recall van deze informatie?

Welke factoren hebben een invloed op het onthouden van de ontslaginstructies?

Welke verbeterpunten kunnen we op basis van de resultaten aanbevelen?

3. Methode

3.1. Design en algemeen opzet

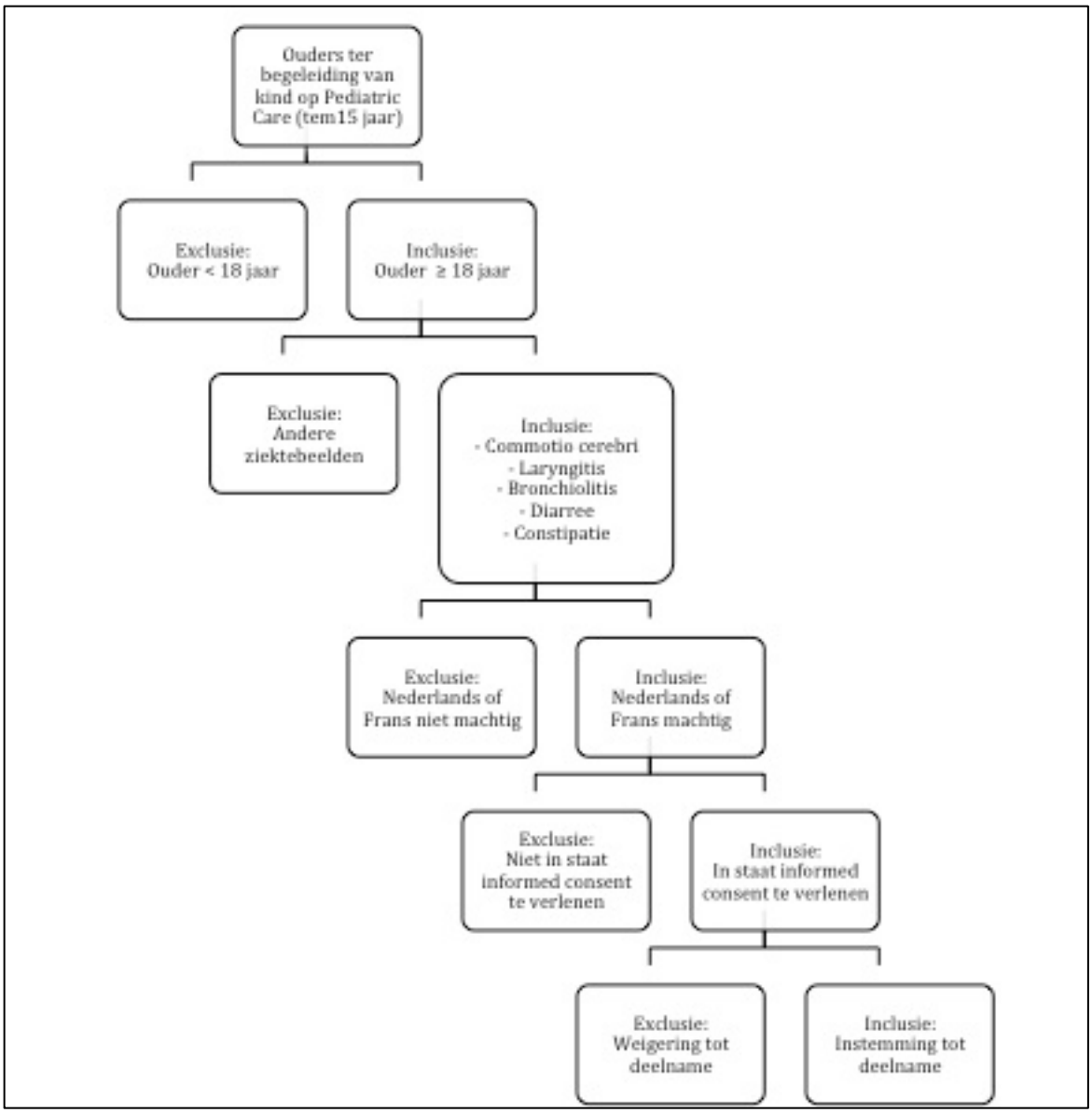
Het betrof een gerandomiseerd, geblindeerd, niet-medisch-interventieonderzoek waarbij deelnemers, na het verlenen van een informed consent, werden onderworpen aan een vragenlijst. Deze enquête verliep telefonisch, in het Nederlands of Frans, in principe 5 dagen (in realiteit tussen de 2 en 7 dagen) na het bezoek aan de spoedgevallendienst.

3.2. Setting en populatie

Het onderzoek werd uitgevoerd op de Pediatric Care van de Dienst Spoedgevallen van het Universitair Ziekenhuis Brussel. De doelpopulatie bestond uit meerderjarige personen die zich tussen 1 juni en 31 december 2014 gepresenteerd hebben als ouder van een kind tot en met de leeftijd van 15 jaar waarbij een van de inclusieziektebeelden (hersenschudding, laryngitis, bronchiolitis, diarree of constipatie) als diagnose werd gesteld. Om in aanmerking te komen moest men eveneens in staat zijn in het Nederlands of in het Frans een schriftelijke informed consent te verlenen.

Volgende criteria sloten personen uit van deelname aan de studie: (Zie Figuur 2.)

- het begeleid kind is ouder dan 15 jaar;
- de ouder is minderjarig;
- een andere diagnose dan de inclusieziektebeelden wordt gesteld bij het kind;
- de ouder is het Nederlands of Frans niet machtig;
- de ouder is niet in staat een informed consent te verlenen;
- weigering tot deelname aan het onderzoek.



Figuur 2: Flowchart in- en exclusiecriteria onderzoek.

3.3. Studieprotocol

Aan ouders die in aanmerking kwamen werd na het afronden van het consult, en dus na de informatieoverdracht, door de behandelend arts deelname aan het onderzoek voorgesteld.
De steekproef werd onderverdeeld in 2 groepen. In de controlegroep vond geen verandering plaats en werd informatie over de ziekte en het verloop ervan, zoals gewoonlijk, enkel mondeling gegeven. Ouders in de testgroep kregen daar bovenop een probleemspecifieke infofiche, beschikbaar in het Nederlands en in het Frans, aangeboden. *(Zie Bijlage 1.)*

De toewijzing in controle- dan wel testgroep gebeurde op basis van datum: op even data werd de fiche meegegeven, op oneven data niet.

De vijf aandoeningen waarop het onderzoek betrekking had werden gekozen omdat ze behoren tot de problemen waarmee men op de Pediatric Care frequent geconfronteerd wordt, en waarvoor concrete richtlijnen bestaan.
De informatiefiches werden opgesteld door een team van artsen verantwoordelijk voor de Pediatric Care, in samenspraak met pediaters gespecialiseerd in het desbetreffende vakgebied en met aandacht voor de bestaande richtlijnen. Die punten belangrijk voor een goed begrip en veilige thuiszorg werden in de fiches weerhouden. Ze bevatten een korte uitleg over de aard van de aandoening, hoe die thuis behandeld kan worden, wat de te verwachten evolutie is en welke de alarmsignalen zijn die kunnen wijzen op een gecompliceerd verloop en waarbij herevaluatie aan te bevelen is.

Het telefonisch interview werd steeds door dezelfde onderzoeker afgenomen, geblindeerd voor de toewijzing in test- dan wel controlegroep. Pas na het afronden van de kennisvragen, kwamen vragen met betrekking tot de subjectieve ervaring van de informatieoverdracht aan bod. *(Zie Bijlage 2.)*
Na afloop van het interview werden zorginstructies zo nodig bijgeschaafd en eventuele vragen van de ouders beantwoord.

De kennisvragen behelsden vier verschillende domeinen:

- de diagnose (“Welke diagnose werd op de spoedgevallendienst door de dokter gesteld? Weet u wat dit betekent?”);
- de behandeling (“Wat is de behandeling?”);
- het te voorspellen verloop (“Weet u hoe lang de aandoening ongeveer kan duren?”);
- en alarmsignalen bij dewelke controle aangewezen is (“Weet u wanneer u uw kind opnieuw moet laten onderzoeken?”).

In de fiche m.b.t. constipatie komen duur en alarmsignalen niet aan bod. Deze werden dus ook niet bevraagd.
Voor elk van de vier domeinen werd een kennisniveau bepaald: volledig correct, bij benadering correct, te weinig correct/verkeerd, geen notie. De 2 eerste categorieën werden gebundeld en beschouwd als goede kennis, de laatste 2 als ernstige deficits.

Daarnaast werden enkele subjectieve bevindingen met betrekking tot de informatieoverdracht en de fiche bevraagd. Bovendien werd geregistreerd of, en zo ja welke eventuele andere bronnen geconsulteerd werden tijdens het verdere ziekteverloop. Tot slot werden demografische gegevens als geslacht, verwantschap met de patiënt, leeftijd en opleidingsniveau en eventuele opmerkingen van de respondenten genoteerd.

Aanvankelijk kwamen ook ouders die voorlichting hadden gekregen in verband met koorts vastgesteld bij hun kind in aanmerking. Echter, tijdens het afnemen van de interviews bleek het voor de respondenten moeilijk een onderscheid te maken tussen de informatie met betrekking tot dit symptoom en die met betrekking tot de specifieke diagnose die werd vermoed. Hoewel de informatiefiche puur toegespitst was op de koorts, kan het niet verbazen dat tijdens het ontslaggesprek ook andere aspecten belicht werden. Er werd dan ook reeds tijdens de inclusieperiode besloten hiervoor geen verdere gegevens te verzamelen.

3.4. Informed consent

Voor dit onderzoek werd de toelating van de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Brussel verkregen.
Om deel te nemen aan het onderzoek dienden de ouders een informed consent te ondertekenen. Daarin bevestigden ze kennis te hebben genomen van het opzet van het onderzoek. Ze hadden het recht zich op ieder ogenblik te onttrekken aan de studie.
Op geen enkele manier was het mogelijk de op het formulier aangegeven naam te koppelen aan een ingevoerde dataset. Voor het onderzoek werden qua persoonlijke gegevens enkel geslacht, leeftijd en het opleidingsniveau geregistreerd, alsook het geslacht, de geboortedatum en de gediagnosticeerde aandoening van het begeleid kind.
De ingevulde formulieren werden bewaard door de onderzoekers en werden op geen enkel moment gebruikt door derden voor eender welk ander doel.

3.5. Statistische verwerking

De gegevens werden rechtstreeks ingevoerd in een Excelwerkblad, van waaruit, na eliminatie van foutieve en onvolledige datasets, met behulp van SPSS analyses gebeurden. Voor het opsporen van verschillen tussen discrete variabelen werd gebruik gemaakt van de Chi-kwadraattoest via 2x2-tabellen. Logistische regressies werden stepwise backwards

uitgevoerd. Alle testen waren two-tailed en een p-waarde < 0,05 werd als significant beschouwd.

4. Resultaten

Tijdens de studieperiode van 7 maanden werd bij 1367 kinderen een ziektebeeld vastgesteld dat in aanmerking kwam voor deze studie. In totaal werden 106 personen geïncludeerd. Exclusies waren vooral te wijten aan missing data en het niet verkrijgen van een informed consent. Eenentwintig respondenten waren niet bereikbaar voor telefonische follow-up, wat het totaal aantal geanalyseerd respondenten op 85 brengt.

De steekproef bestond voor 63,5% uit vrouwen en de mediane leeftijd bedroeg 31 jaar (range 19 tot 50 jaar). De verschillende ziektebeelden komen ongeveer in gelijke mate aan bod, met uitzondering van patiënten met hersenschudding, die iets sterker vertegenwoordigd zijn. Ongeveer de helft van de ouders kreeg een informatiefiche aangeboden. Hiervan gaf 66,7% aan deze te hebben gelezen. Er waren geen significante verschillen tussen de test- en de controlegroep op vlak van de bevraagde demografische criteria. Wel bleek van de groep met diarree als ziektebeeld een groter aandeel tot de test- dan tot de controlegroep te behoren. *(Zie tabel 1.)*

Tabel 1: Kenmerken van de steekproef.

	Totaal (N=85)	**Test (N=42)**	**Controle (N=43)**	**P-waarde**
Leeftijd mediaan (Range)	31 jaar (19-50 jaar)	31 jaar (19-44 jaar)	31 jaar (21-50 jaar)	
Bronchiolitis	11 (12,9%)	4 (9,5%)	7 (16,3%)	0,354
Laryngitis	12 (14,1%)	6 (14,3%)	6 (14,0%)	0,965
Hersenschudding	29 (34,1%)	12 (28,6%)	17 (39,5%)	0,288
Constipatie	14 (16,5%)	6 (14,3%)	8 (18,6%)	0,591
Diarree	19 (22,4%)	14 (33,3%)	5 (11,6%)	0,016
Fiche aangeboden	42 (49,4%)			
Fiche gelezen		28 (66,7%)		

Vrouwen	54 (63,5%)	25 (59,5%)	29 (67,4%)	0,448
Moedertaal:				
Nederlands	28 (32,9%)	13 (30,9%)	15 (34,9%)	0,997
Frans	39 (45,9%)	20 (47,6%)	19 (44,2%)	
Andere	18 (21,2%)	9 (21,4%)	9 (20,9%)	
Opleidingsniveau:				
Laag	19 (22,3%)	8 (19,0%)	11 (25,6%)	0,907
Gemiddeld	38 (44,7%)	19 (45,3%)	16 (37,2%)	
Hoog	28 (32,9%)	15 (35,7%)	16 (37,2%)	

Voor de verschillende domeinen werd het aandeel bepaald van respondenten die een goede kennis (volledig of partieel correct) vertoonden met betrekking tot dit onderwerp. Op vlak van diagnose en behandeling scoorde het merendeel van de ouders goed; voor de te verwachten duur en mogelijke alarmsignalen van de ziektebeelden bleek dit minder het geval. In totaal bestond er in 64,7% voor minstens 1 van de domeinen een deficit (minimale, foutieve of geen kennis). *(Zie Tabel 2.)*

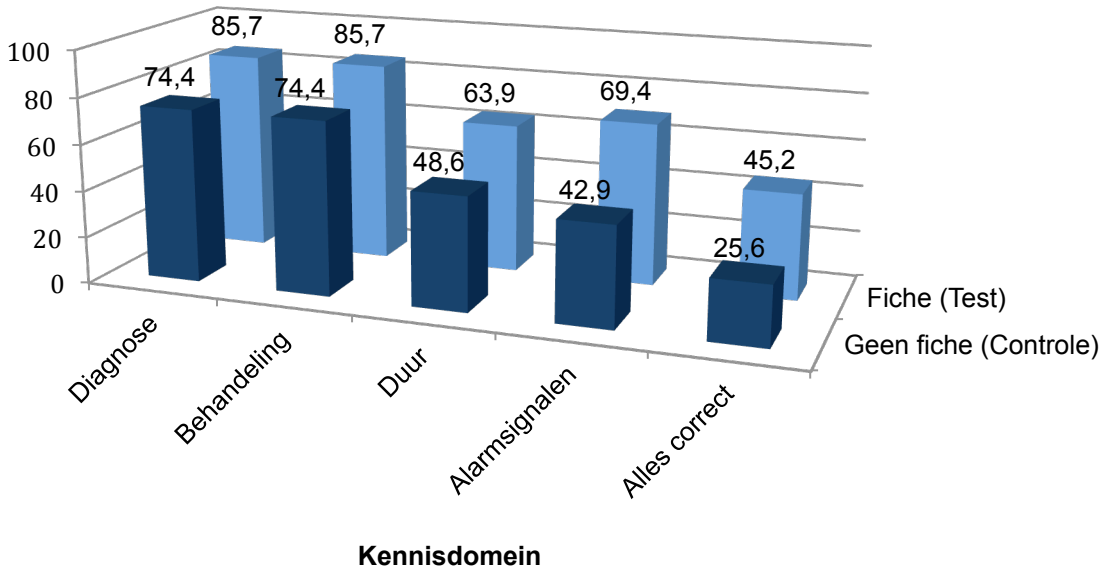
Bij vergelijking van de prestaties van de controle- t.o.v. de test groep bleek het meegeven van de infofiche te resulteren in een significant groter aandeel ouders met een goede kennis op vlak van alarmsignalen (42,9% vs. 69,4%, p = 0,024). Bovendien leek er een trend te zijn dat relatief meer ouders adequaat scoren op elk van de ondervraagde domeinen ('Geen deficitis'), maar dit verschil was niet significant (25,6% vs. 45,2%, p = 0,058). *(Zie Tabel 2 & Figuur 3.)*

Tabel 2: Goede kennis per domein, in functie van het al dan niet ontvangen hebben van de fiche.

	Totaal (N=85)	**Fiche (N=42)**	**Geen fiche (N=43)**	**P-waarde**
Geen deficits	30 (35,3%)	19 (45,2%)	11 (25,6%)	0,058
Diagnose	68 (80%)	36 (85,7%)	32 (74,4%)	0,193
Behandeling	68 (80%)	36 (85,7%)	32 (74,4%)	0,193

	Totaal (N=71)	Fiche (N=36)	Geen fiche (N=35)	P-waarde
Duur	40 (56,3%)	23 (63,9%)	17 (48,6%)	0,194
Alarmsignalen	40 (56,3%)	25 (69,4%)	15 (42,9%)	0,024

Figuur 3. Goede score op kennisvraag; controle- vs. testgroep (%).



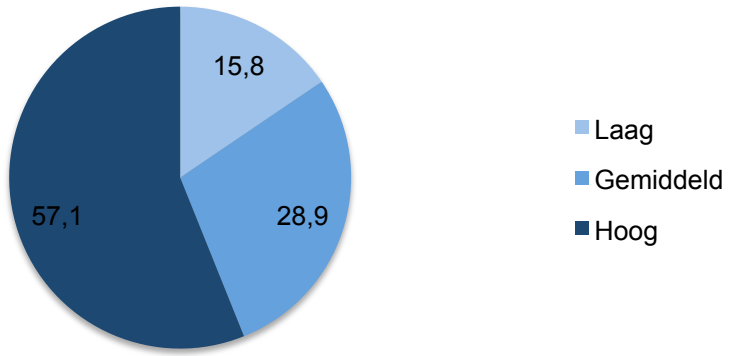
Het vertonen van een adequate kennis op alle domeinen ('Geen deficits') was significant verschillend naargelang het door de respondent gerapporteerde opleidingsniveau. In de groep ouders die aangaven een hoge scholing genoten te hebben vertoonde een significant groter aandeel geen deficits, zowel in vergelijking met een laag als met een gemiddeld gerapporteerd opleidingsniveau (respectievelijk 57,1% vs 15,8%, p = 0,004, en 57,1% vs. 28,9%, p = 0,021). *(Zie Tabel 3 & Figuur 4.)*

Tabel 3: Goede kennis, in functie van het gerapporteerde opleidingsniveau.

	Totaal (N=85)	Laag (N=19)	Gemiddeld (N=38)	Hoog (N=28)	P-waarde
Geen deficits	30 (35,3%)	3 (15,8%)	11 (28,9%)	16 (57,1%)	0,008°

° Vgl. Laag – Gemiddeld: p = 0,4527
Vgl. Gemiddeld – Hoog: p = 0, 021
Vgl. Laag – Hoog: p = 0,004

Figuur 4. Goede kennis over 4 domeinen; verdeling volgens opleidingsniveau (%).



Het aandeel ouders dat op alle domeinen een adequate kennis ('Geen deficits') had, bleek niet beïnvloed te zijn door hun moedertaal. Alle personen met als moedertaal Nederlands of Frans werden in hun eigen taal te woord gestaan, in tegenstelling tot de anderstaligen, maar ook dit bleek geen invloed te hebben op dit aandeel. *(Zie Tabel 4.)*

Tabel 4: Goede kennis, in functie van moedertaal en het al dan niet in de moedertaal te woord gestaan zijn.

	Totaal (N=85)	**Ned. (N=28)**	**Fr. (N=39)**	**Andere (N=18)**	**P-waarde**
Geen deficits	30 (35,3%)	11 (39,3%)	14 (35,9%)	5 (27,8%)	0,647
		Moedertaal (N=67)		**Andere (N=18)**	**P-waarde**
Geen deficits	30 (35,3%)	25 (37,3%)		5 (27,8%)	0,452

In 45,9% van de gevallen gaf de proefpersoon aan de uitleg van de arts als volledig duidelijk te hebben ervaren. *(Zie Tabel 5.)* Uit Tabel 2 kunnen we achter afleiden dat slechts 35,3% van de totale populatie een adequate kennis had op alle ondervraagde gebieden ('Geen deficits').

Van de ouders die minstens 1 deficit vertoonden , gaf toch 38,2% aan dat de verschafte uitleg volledig duidelijk te vinden. *(Zie Tabel 5.)* Geen van de respondenten beweerde op deze vraag geen mening te hebben.

Tabel 5. Mate van gerapporteerde duidelijkheid van de mondelinge instructies.				
	Onduidelijk	**Beetje duidelijk**	**Volledig duidelijk**	**P-waarde**
Totaal (N=85)	26 (30,6%)	20 (23,5%)	39 (45,9%)	
Min. 1 deficit (N=55)	19 (34,5%)	15 (27,3%)	21 (38,2%)	0,154
Geen deficits (N=30)	7 (23,3%)	5 (16,7%)	18 (60%)	

Redenen die gerapporteerd werden als oorzaak van een onduidelijke communicatie zijn voornamelijk het voorgeschoteld krijgen van te veel informatie, maar ook drukte en (telefonische) onderbrekingen in het gesprek en het ervaren van een taalbarrière.

In totaal kregen 42 ouders een informatiefiche aangeboden. Globaal werd deze door 71,4% van de respondenten als nuttig bevonden. Wanneer er echter een onderscheid werd gemaakt tussen de groep die op alle domeinen adequaat scoorde en de groep die minstens 1 deficit vertoonde bleek er een groot verschil in appreciatie te bestaan (95% vs. 50%, p = 0,001). *(Zie Tabel 6.)* Geen van de respondenten beweerde op deze vraag geen mening te hebben. Zelfs personen die aangaven de fiche niet te hebben gelezen haalden vaak aan dat ze het een nuttig geheugensteuntje vonden ‘voor het geval dat…’.

Tabel 6. Waardering van de infofiches.			
	Nuttig	**Niet nuttig**	**P-waarde**
Totaal (N=42)	30 (71,4%)	12 (28,6%)	
Min. 1 deficit (N=22)	11 (50%)	11 (50%)	0,001
Geen deficits (N=20)	19 (95%)	1 (5%)	

Van de ouders die de fiche gelezen hadden vond niemand deze onduidelijk, en gaf 71,4% aan deze volledig duidelijk te vinden. *(Zie Tabel 7.)* Elk van de fiches werd 1 tot 2 keer als deels onduidelijk bestempeld. In geen enkel geval gaf meer dan 1 ouder voor eenzelfde fiche eenzelfde reden van onduidelijkheid aan.

Tabel 7. Mate van gerapporteerde duidelijkheid van de fiches.			
	Onduidelijk	**Beetje duidelijk**	**Volledig duidelijk**
Totaal (N=28)	0 (0%)	8 (28,6%)	20 (71,4%)

Voor het correct beantwoorden van iedere kennisvraag hebben we een model gemaakt voor een logistische regressie ("LR") met de volgende variabelen:

- het gekregen hebben van een fiche ('fiche');
- het nuttig gevonden hebben van de fiche ('nuttig');
- het geslacht van de respondent ('geslacht');
- het opleidingsniveau ('opleidingsniveau').

Van deze variabelen werden 'geslacht', 'nuttig', en 'opleidingsniveau' weerhouden voor de eerste LR m.b.t. de goede kennis op vlak van diagnose. In een multivariate analyse bleek dit alleen beïnvloed door het opleidingsniveau (OR=15,7 en BI 1,6 – 157,2).

Voor de eerste LR m.b.t. goede kennis van de duur van de aandoening werden de variabelen 'geslacht', 'nuttig', en 'opleidingsniveau' weerhouden. In een multivariate analyse werd dit alleen beïnvloed door het nuttig gevonden hebben van de fiche (OR= 6,9 en BI 1,2 – 40,3).

De variabelen 'geslacht', 'nuttig', en 'opleidingsniveau' werden weerhouden voor de eerste LR met betrekking tot een goede kennis van de behandeling. In een multivariate analyse was dit alleen beïnvloed door het geslacht. (OR= 10,0 en BI 1,0 – 95,4).

Van de ingevoerde variabelen werden 'geslacht', 'nuttig' en 'opleidingsniveau' weerhouden voor de eerste LR met betrekking tot een goede kennis van de alarmsignalen van de aandoening. In een multivariate analyse was dit enkel beïnvloed door het nuttig hebben gevonden van de infofiche (OR= 7,0 en BI 1,4 – 33,7).
Een multivariate analyse voor het correct scoren op de 4 ondervraagde domeinen kon geen positieve resultaten aantonen.

5. Discussie

Gezien de mate van geïnformeerd zijn van patiënten of begeleiders die instaan voor de zorg van een zieke een aanzienlijke impact kan hebben op de outcome van een aandoening, is het belangrijk hier voldoende aandacht aan te besteden. Bovendien hebben patiënten het wettelijk recht op informatie met betrekking tot hun gezondheid, en wij, artsen, een deontologische plicht die te verschaffen.

Ons onderzoek bevestigt dat na een ambulante consultatie een aanzienlijk deel van de ouders de pediatrische spoedgevallendienst onvoldoende geïnformeerd verlaat met hun kind. Slechts in 35,3% bewezen de ouders te beschikken over een adequate kennis van alle bevraagde domeinen (diagnose, duur, behandeling en alarmsignalen); 64,7% bleek minstens 1 deficit (minimale, foutieve of geen kennis) te vertonen. Dit is vergelijkbaar met de bevindingen van een eerdere studie waarbij 66% van de patiënten de spoedgevallendienst zou verlaten hebben met een ernstig gebrek in op z'n minst in 1 van de aspecten van de ontslaginstructies (diagnose, medicatie, thuiszorg, follow-up en alarmsignalen). (2)
Van de door ons ondervraagde domeinen bleek met name kennis van de te verwachten duur en mogelijke alarmsignalen slechter te scoren: voor beide domeinen beschikte bijna de helft van de ouders over een ernstig deficit, tegenover kennis betreffende diagnose en behandeling waarvoor slechts 1 ouder op 5 een gebrek vertoonde. Dat kennis met betrekking tot behandelingsinstructies goed scoorde, is niet verbazingwekkend.
Vergelijking van onze resultaten met deze van een eerder onderzoek waarbij op de pediatrische spoedgevallendienst een soortgelijke interventie plaatsvond, maar het begrip bij ontslag werd getest, toonde aan dat ouders zowel in de controle- als in de testgroep een beter resultaat behaalden voor informatie over behandeling dan over diagnose en follow-up. Bovendien kon daar het aanbieden van de schriftelijke infofiche nog een bijkomende verbetering bewerkstelligen, en wel enkel op dit vlak (82% vs 92%, p=0,025). (11)
Ook in andere, vergelijkbare studies bleken instructies op vlak van behandeling beter begrepen en gekend dan voor andere aspecten. (12)
Dit kan verklaard worden door een subjectief gevoel van belangrijkheid, ervaren door patiënten en ouders: ze focussen op wat zij kunnen doen om (het kind) te helpen genezen. (11) Anderzijds kan dit mede verklaard worden door de grotere aandacht die eraan besteed wordt door de arts, en het feit dat dit vaak reeds vroeg aan bod komt in het ontslaggesprek. (2,5,11)

Tijdens het interview werd van de eventueel voorgeschreven medicatie geen exacte dosis bevraagd. Deze wordt in pediatrische setting immers meestal aangegeven in functie van het lichaamsgewicht van het kind. Dit is common practice, maar blijkt niet voor de hand liggend: bij onderzoek bleek slechts 30% van de ouders die gevraagd werden de voor hun kind correcte dosis van een geneesmiddel te bepalen en vervolgens af te meten deze taak tot een goed einde te kunnen brengen. (13) Deze bevinding zou ons moeten alarmeren en aanzetten tot het bewuster hiermee omspringen: het voordoen van gebruik zou problemen op dit vlak kunnen reduceren.

Ons onderzoek toont aan dat het gebruik van een probleemspecifieke informatiefiche bovenop de gewoonlijke, puur mondelinge ontslaginformatie potentieel biedt voor een betere kennis na ontslag. Met name op vlak van bewustheid met betrekking tot de alarmsignalen bracht dit een significante verbetering teweeg (42,9% vs. 69,4% p = 0,024) in onze studiepopulatie. Een RCT in een andere spoedgevallendienst bij ouders van kindjes met otitis kwam tot een gelijkaardige vaststelling: ouders die gestandaardiseerde (verbale dan wel schriftelijke) instructies aangeboden kregen, vertoonden een betere kennis van de alarmsignalen van de aandoening, zowel bij ontslag als na 1 en na 3 dagen. (12)
In de literatuur zijn verschillende onderzoeken te vinden die de aandacht vestigen op een gebrekkige communicatie van zogenaamde alarmsignalen. Vaak blijft dit beperkt tot de mededeling dat herevaluatie nodig is “wanneer het erger wordt”, of komt dit zelfs helemaal niet aan bod. (5) Bij eerder onderzoek naar het gebruik van schriftelijke ontslaginstructies in de spoedgevallendienst schommelde het aandeel van patiënten met een slechte kennis over alarmsignalen eveneens rond de 50%. (2) Het tijdig herkennen van een ongunstig verloop en van mogelijke complicaties neemt nochtans een belangrijke plaats in in een veilig management van de zorg.
Verschillende oorzaken kunnen aan de basis liggen van dit probleem. Bij patiënten ligt de focus vaak op diagnose en behandeling van het probleem; dit is immers waarom ze consulteren. Maar ook bij zorgverstrekkers blijken de alarmsignalen in de communicatie naar patiënten toe minder vaak en minder uitgebreid aan bod te komen. (2) Wanneer deze wel belicht worden, gebeurt dit vaak onder vorm van een opsomming, wat de recall ook al niet ten goede komt. (7)

Hoewel ouders bij het consulteren van de pediatrische spoedgevallendienst liefst een zogenaamde discharge facilitator zien om het begrip van de ontslaginstructies te versterken, komt het gebruik van diagnosespecifieke informatiefiches op een 2de plaats. (4) Deze

interventie is bovendien makkelijker te implementeren in de praktijk. Het gebruik van deze informatiefiches werd door ouders gewaardeerd: van de testgroep evalueerde 71,4% deze als nuttig. Bij vergelijkbaar onderzoek naar het gebruik van diagnosespecifieke informatiebrochures gaf men ook in ongeveer 70% van de gevallen aan de fiche nuttig te vinden. (11) Er was echter een duidelijk onderscheid te merken in onze studiepopulatie. Van de groep die over de hele lijn goed scoorde bedroeg dit aandeel 95%; echter, bij de personen met minstens 1 deficit was dit slechts 50%. Mensen met een goede kennis over de hele lijn vertoonden in aanzienlijk grotere mate een waardering voor de infofiches. In een multivariate analyse bleek het nuttig bevinden van de infofiche een goede kennis op vlak van duur en alarmsignalen te beïnvloeden.
Opmerkelijk is dat zelfs respondenten die de fiche niet hadden gelezen deze wel wisten te waarderen; als een soort veiligheidsnet waarop ze konden terugvallen zo nodig.

Reviewonderzoek suggereert dat het standaardiseren van instructies een voorname factor is in het bevorderen van medische kennis, meer dan de puur schriftelijke component ervan. (10) Gezien de sterk wisselende samenstelling van het artsenteam op de Pediatric Care, met een aandeel dat hier slechts gedurende enkele maanden werkzaam is, is het moeilijk deze op een systematische wijze te educeren in het gebruik van gestandaardiseerde instructies voor de verschillende ziektebeelden. Het ter beschikking stellen van fiches kan dus een belangrijke meerwaarde bieden.

We zien dat de ouders die aangeven een hoge scholing te hebben genoten significant vaker een adequate kennis vertonen voor alle bevraagde domeinen, zowel in vergelijking met ouders met een lage als met een gemiddelde scholing (respectievelijk 57,1% vs. 15,8%, $p = 0,004$; en 57,1% vs. 28,9%, $p = 0,021$). Gezien de notie dat de drie opleidingsniveaus gelijkwaardig vertegenwoordigd zijn in de test- en controlegroep, lijkt het weinig waarschijnlijk dat deze bevindingen uitsluitend daaraan zijn toe te wijzen. Het feit dat een hoger opleidingsniveau op een positieve wijze gecorreleerd is met een betere recall, is instinctief aan te voelen en kwam in meerdere vroegere studies en reviews reeds aan bod. (1, 6, 7, 14) Het opleidingsniveau kon in een multivariate analyse echter geen invloed tonen op het goed scoren op de kennisvragen.
Qua verdeling op basis van opleidingsniveau lijkt onze steekproef in grote lijnen overeen te komen met de verdeling in de Belgisch bevolking, en kan deze op dit vlak dus als een representatief staal beschouwd worden. (15)

Afhankelijk van de gehanteerde definitie varieert de prevalentie van analfabetisme in België tussen 1-37%. (16) Tot de risicogroepen behoren laaggeschoolden, personen met een lage socio-economische status, ouderen, 1ste generatie migranten, anderstaligen en niet-actieven. (17)

De literatuur toont aan dat het leesniveau van de schriftelijk ter beschikking gestelde ontslaginstructies doorgaans hoger ligt dan dat van de patiënten. (13, 18) Het voorzien van eenvoudig lees- en begrijpbare informatie is dus belangrijk. De fiches die wij ter beschikking stelden tijdens het onderzoek werden niet gegradeerd naar leesniveau toe, maar wel was er bij het opstellen hiervan aandacht voor het gebruik van eenvoudige taal. Gezien de groep personen die aangeven de fiche te hebben gelezen redelijk klein is (N=28) had het weinig zin hier nog verdere subanalyses op uit te voeren. De wetenschap dat geen enkele fiche noemenswaardig vaker dan de andere als onduidelijk werd bestempeld, en dat in geen enkel geval door meer dan 1 ouder eenzelfde reden aangehaald werd, is bemoedigend en doet vermoeden dat er op vlak van de fiches zelf geen uitgesproken probleempunten zijn.

Een alarmerende bevinding is dat er geen significant verschil blijkt te zijn in gerapporteerde duidelijkheid van de verbale voorlichting tussen ouders met een adequate en met een gebrekkige kennis. Ruim 38% van de proefpersonen die op minstens 1 gebied een ernstig deficit vertoonden, gaven toch aan alle uitleg duidelijk te hebben bevonden.

In de literatuur werd dit pijnpunt reeds eerder in het licht gesteld. (13) Zo kwam men bij een studie naar begrip van instructies bij ontslag uit de spoedgevallendienst tot de vaststelling dat patiënten die bij evaluatie blijk gaven van een onvolledige begrip, dit slechts in 1 geval op 5 zelf ook signaleerden. (5) Dit resultaat kan mede te wijten zijn aan het fenomeen dat patiënten terughoudend zijn in het bekritiseren van hun arts en weinig geneigd zijn toe te geven dat ze de schriftelijke info niet begrepen hebben. (1) Desalniettemin is dit resultaat verontrustend. Het simpelweg stellen van de vraag of de patiënt “alles begrepen heeft” biedt bijgevolg onvoldoende garanties. (9)

Kwalitatief onderzoek naar compliance met ontslaginstructies uit de spoedgevallendienst noteerde dat hoewel een hoge graad van tevredenheid met de uitleg aangegeven werd, toch bijna de helft van de patiënten er zich bewust van was bepaalde aspecten van de zorg niet te begrijpen. Deze vragen en bekommernissen werd niet besproken met de spoedarts. Soms onbewust, omwille van vergetelheid, maar in de meeste gevallen gaven patiënten aan dit verder te zullen bespreken met de apotheek of huisarts. (19)

Deze bevindingen illustreren de centrale rol die de huisarts inneemt in het management van de gezondheid van patiënten.

Een goede gezondheidsvoorlichting bestaat er dus niet enkel in de patiënt van voldoende en adequate informatie te voorzien, we moeten bovendien op een systematische manier nagaan of deze de uitleg ook effectief begrepen heeft en ruimte laten voor eventuele vragen. In de praktijk blijkt dit echter zelden tot nooit aan bod te komen: bij analyse van opgenomen spoedconsultaties bleek in slechts 22% van de gevallen bevestiging van begrip te worden gevraagd. In een andere studie bleek dit zelfs nooit te gebeuren, en werd bij amper 16% van de consultaties een opening voor vragen gelaten. (13)
Een simpele interventie als het bij het afronden van het consult door de patiënt doen herhalen van de belangrijkste info kan de onmiddellijke recall op een significante manier verbeteren (72,5% vs. 85,1%, $p < 0,001$) (20)
Het aantal besproken instructies correleert op een positieve manier met het aantal onthouden instructies, maar op een negatieve manier met de verhouding tussen gegeven en onthouden instructies ("recall rate"). (20) Hoewel we soms instinctief zoveel mogelijk informatie willen delen met de patiënt, is het dus eerder aangewezen dit te doseren. Dit werd ook zo ervaren door onze proefpersonen: het voorgeschoteld krijgen van te veel informatie bleek een vaak gerapporteerde reden waarom ouders de uitleg onduidelijk vonden.

De vooraf bestaande ervaring van de ouders met het ziektebeeld enerzijds, en met de spoedgevallendienst anderzijds, werden in ons onderzoek buiten beschouwing gelaten. In principe is ieder patiëntencontact in deze setting het eerste en enige, en beschikt de arts over te weinig inzicht in de persoon en in het volledige medisch dossier om dit een rol te laten spelen in de manier waarop de patiënt benaderd wordt. In sommige gevallen beschikken patiënten of ouders reeds over bepaalde overtuigingen of kennis over het ziektebeeld waarmee ze geconfronteerd worden. Wanneer deze foutief blijken, kan het rechtzetten daarvan een uitdaging blijken. (3,6) Echter, bij onderzoek waarbij patiënten getest werden op het onthouden van voorlichting over een hypothetische diagnose, bleek het hebben van antecedenten hiervan (persoonlijk, dan wel bij iemand waarvoor zij de zorg op zich namen) geen relevante invloed te hebben. (7)

Via logistische regressie werd het geslacht van de ouder aangeduid als variabele met invloed op kennis van diagnose en behandeling. In de literatuur werd dit verband al eerder aangehaald. (6) Er kon geen gemeenschappelijke factor geïdentificeerd worden die een invloed had op het vertonen van een goede score op alle 4 de kennisdomeinen.

Vergelijking van de sensitiviteit van een face-to-face enquête versus een telefonische vragenlijst in het evalueren van begrip van ontslaginstructies kon geen significant verschil aantonen. (5) Dit beschouwen we dan ook niet als een zwakte in ons onderzoek. Veel onderzoeken hebben als doel het begrip van de verschafte voorlichting te testen bij ontslag. Door een zekere latentietijd tussen de spoedconsultatie en het interview te laten, wilden wij nagaan in welke mate de ouders de informatie ook effectief onthouden gedurende de fase na ontslag waarin zij zelf moeten instaan voor de zorg voor het kind. Voor de meeste ziektebeelden geïncludeerd in ons onderzoek is immers een gunstige spontane evolutie op korte termijn te verwachten. Maar het is belangrijk dat ouders tijdens de kritische fase voldoende op de hoogte zijn van de verschillende aspecten van de zorg, en van de tekens die op een gecompliceerd verloop kunnen wijzen.

Met 163 nationaliteiten is Brussel een ware multiculturele smeltkroes. (21) Ruim 20% van onze respondenten gaven aan dat noch Nederlands, noch Frans hun moedertaal is. Het ervaren van een taalbarrière bleek een voorname reden voor het als onduidelijk bestempelen van de uitleg van de arts. Hoewel noch de moedertaal, noch het al dan niet door de arts te woord gestaan zijn in de moedertaal een invloed lijkt te hebben op het kennisniveau van de ouders, moeten deze resultaten toch met enige reserve benaderd worden. Het voldoende machtig zijn van of het Nederlands, of het Frans, behoorde immers tot de inclusiecriteria van deze studie. Patiënten die de taal niet (voldoende) begrijpen werden dus buiten beschouwing gelaten. Nochtans stoten we niet zelden op een taalbarrière. Hoewel deze uitspraak niet geargumenteerd kan worden met cijfers uit onze studie, kan men intuïtief aanvoelen dat het moeilijker is deze personen op een adequate manier te informatiseren. Onderzoek naar deze problematiek toonde reeds aan dat het niet geholpen worden door een dokter in de eigen taal, de patiënt at risk stelt voor een foute medicamenteuze behandeling en het missen van follow-up afspraken. (13) Het is een uitdaging dit probleem op een structurele manier aan te pakken. Het inzetten van tolken heeft zijn nut bewezen, maar is in de praktijk niet altijd eenvoudig te bewerkstelligen. (13,22)
Ook voor de andere bevolkingsgroepen die behoren tot de risicopopulatie voor analfabetisme moeten initiatieven genomen worden teneinde deze zo goed geïnformeerd mogelijk te krijgen.

Bij een kwalitatieve studie door middel van telefonische follow-up naar het begrip van ontslaginstructies gaf 1 patiënt op 3 alsnog aan hierover vragen te hebben, ondanks het feit dat ze deze op papier meekregen. (23)

Tijdens dit onderzoek kregen de ouders de kans om tijdens het telefonisch contact vragen en bedenkingen te uiten. Het opzet van het onderzoek was niet om na te gaan in welke mate dit een meerwaarde was, noch in hoeveel gevallen beroep werd gedaan op deze mogelijkheid, en welke aspecten dan aan bod kwamen. Dit werd dan ook niet geregistreerd, maar wel hebben we kunnen vaststellen dat veel ouders toch nog met onzekerheden te kampen hadden en gretig gebruik maakten van deze kans.
Het is geweten dat het bieden van een telefonische follow-up potentieel een positief effect heeft op het naleven van medische instructies. De spoedgevallendienst van het UZ Brussel voorziet al jaren voor een belangrijk deel van de patiënten een telefonische follow-up aan via een 'kwalitetisverpleegkundige', hetgeen eveneens geapprecieerd wordt door de patiënten. Ook andere interventies kunnen eventueel een meerwaarde bieden, maar er is nog onvoldoende duidelijkheid over hun impact op de outcome en vaak is systematische implementatie ervan in de klinische praktijk moeilijk. (24)

5.1. Beperkingen

Het uitgevoerde onderzoek was onderhevig aan een aantal beperkingen.
Eerst en vooral is het moeilijk de conclusies van dit onderzoek te veralgemenen gezien de relatief kleine studiepopulatie (slechts 6% van het totaal aantal ambulante consultaties voor één van de inclusieziektebeelden) en de specifieke aard ervan. We kunnen bovendien ook geen sluitende uitspraken doen over de geldigheid van deze resultaten bij volwassen patiënten die instaan voor hun eigen zorg. Bovendien betrof het een steekproef van patiënten in een universitair ziekenhuis in een multiculturele grootstad, en reflecteren de bevindingen niet noodzakelijk ook andere gebieden.

Er was geen sprake was van gestandaardiseerde verbale instructies, noch van een controle van de informatie die door de arts mondeling aan de proefpersonen werden meegegeven. Dit brengt met zich mee dat een slechte score niet noodzakelijk een gebrek puur op vlak van onthouden weerspiegelt.
Voor het interview werd de persoon gecontacteerd die de informed consent had getekend. Deze was dus wel steeds aanwezig bij de consultatie, maar was niet noodzakelijk de ouder die later ook zou instaan voor de voornaamste zorg van het kind. Deze lagere betrokkenheid kan leiden tot een slechter resultaat, zonder dat dit gepaard gaat met een negatief effect op de zorg.
Het feit dat de respondenten gecontacteerd werden op een willekeurig, niet-afgesproken tijdstip, brengt mogelijk een onderschatting van de prestaties met zich mee. De kans bestaat

dat op een ongelegen moment het telefonische interview als minder prioritair werd beschouwd.

De toewijzing in test-, dan wel controlegroep op basis van datum zorgt voor een zekere vorm van randomisatie. Echter, de artsen stonden zelf in voor de inclusie van testpersonen, met mogelijk een selectiebias tot gevolg. Ouders die de indruk gaven de instructies moeilijk te begrijpen werden misschien sneller geïncludeerd in de testgroep op even dagen, dan in de controlegroep op oneven dagen. Exclusies waren vooral te wijten aan missing data en het niet verkrijgen van een informed consent. Er gebeurde echter geen systematische registratie van de (reden voor) exclusies.
Anderzijds, door deelname te laten verlopen op vrijwillige basis bestaat altijd de kans dat ouders die meer bezorgd zijn over de gezondheid van hun kind eerder geneigd zullen zijn deel te nemen. Het is mogelijk dat zij met grotere oplettendheid de ontslaginstructies aanhoren. Echter, door pas na het ontslaggesprek tot deelname aan het onderzoek uit te nodigen, kregen de ouders niet de kans hun houding tijdens de consultatie hieraan aan te passen. Door niet prijs te geven dat het een onderzoek betrof specifiek naar kennis, werden deelnemers niet in verleiding gebracht deze op eigen houtje bij te schaven in voorbereiding op het telefonisch contact. Het feit dat de artsen werkzaam op de PC wel op de hoogte waren van het doel van het lopende onderzoek heeft als nadeel dat zij mogelijk meer aandacht besteedden aan de ontslaginstructies dan zij normaal zouden doen.

De antwoorden werden steeds door dezelfde onderzoeker gescoord, wat een interobserver variabiliteit minimaliseert. Deze persoon was wel op de hoogte van het doel van het onderzoek, maar blind voor de toewijzing in test- dan wel controlegroep tot na het afronden van de kennisvragen. In sommige gevallen was dit echter wel reeds eerder af te leiden uit de door de ouders gegeven antwoorden. Hoewel de codering in de mate van het mogelijke volgens gestandaardiseerde criteria verliep, kan hier wel enige mate van subjectiviteit in geslopen zijn.

6. Besluit

Ondanks de beperkingen waaraan de studie onderhevig was geven de resultaten een aanzet om de huidige manier van communiceren op de Pediatric Care aan een kritische blik te onderwerpen. Bij een ontslag op puur mondelinge basis vertoonde slechts een kwart van de ouders enkele dagen later een goede kennis van de 4 ondervraagde domeinen (diagnose, duur, behandeling en alarmsignalen). Wanneer een informatiefiche meegegeven werd, kon dit opgekrikt worden tot bijna de helft.

De slechte score van bekendheid met de mogelijke alarmsignalen is in verschillende studies een belangrijk pijnpunt gebleken. Onze resultaten sluiten hierbij aan: minder dan de helft van de ouders in de controlegroep was hier op voldoende wijze van op de hoogte. Dankzij de informatiefiche zagen we een significante verbetering van dit resultaat: in bijna 70% van de gevallen gaven de ouders blijk van een adequate kennis op dit vlak ($p = 0,024$).

Het gerapporteerde opleidingsniveau van de respondenten leek in grote mate in verband te kunnen worden gebracht met het goed onthouden van medische informatie. Het aandeel ouders dat goed scoorde op alle domeinen is groter bij zij die aangaven een hoge opleidingsgraad te hebben, dan bij een gemiddelde of lage scholing (respectievelijk $p = 0,021$ en $p = 0,004$). In functie van de moedertaal en het al dan niet te woord gestaan zijn in de moedertaal leken geen verschillen op te merken, ondanks de taalbarrière die door sommige ouders vermeld werd. Gezien personen met een onvoldoende kennis van het Nederlands of het Frans uitgesloten werden, is dit echter geen betrouwbare parameter en werd het reële probleem hier vermoedelijk onderschat.

Opmerkelijk is dat het als duidelijk ervaren van de ontslaginstructies geen garanties bood voor een goede kennis. Van de ouders die op minstens 1 domein een onvoldoende kennis vertoonden gaf meer dan 1 op 3 toch aan dat ze de uitleg van de arts duidelijk vonden. Polsen naar begrip door te vragen of de patiënt alles begrepen heeft kan dan ook geen correcte inschatting hiervan bieden. Het op het einde van de consultatie door de patiënt laten herhalen van de instructies kan gebreken en fouten identificeren en heeft een positief effect op de mate waarin informatie onthouden wordt. Deze interventie vraagt slechts een kleine investering van de arts en is in klinische setting vlot te implementeren. Uit de literatuurstudie weerhouden we bovendien dat het overladen met informatie vermeden dient te worden; beter is enkel de belangrijke punten te belichten om te vermijden dat deze verloren gaan in de massa. Verschillende ouders gaven dit inderdaad als reden aan voor onduidelijkheid. Ook drukte en onderbrekingen in het gesprek werden gerapporteerd als stoorzenders. Als arts kunnen we ook hier aandacht aan besteden. Het moet vermeden worden, ook met zicht op

privacy, om zaken te bespreken in de gang of wachtkamer. De recent gerenoveerde Pediatric Care biedt ruime onderzoekskamers waar in alle rust gecommuniceerd kan worden met de patiënten. Eventueel kan gevraagd worden de andere kinderen van het gezin tijdelijk te verwijderen, als het lijkt dat deze voor afleiding zorgen. Verder moeten we in de mate van het mogelijk vermijden het gesprek te onderbreken door telefoons aan te nemen bvb. en is het aangewezen de ouders te tonen hoe medicatie gedoseerd en toegediend moet worden.
Dit zijn allemaal punten die ook in de huisartsgeneeskunde een plaats hebben en in de praktijk doorgetrokken kunnen worden.
Door heel wat ouders werd gebruik gemaakt van het telefonisch opvolgcontact om vragen en onzekerheden te bespreken. Hoewel dit een meerwaarde kan zijn in het proces van patiëntenvoorlichting, is dit echter zeer arbeidsintensief en is het bijgevolg weinig toepasbaar in de dagelijkse praktijkvoering. Een alternatief is het aanstellen van een discharge facilitator om patiënten te begeleiden in het ontslagproces, maar dit wordt vaak als te duur bestempeld.
Het feit dat ouders een grote waardering toonden voor de infofiches, en deze ook in belangrijke mate de kennis ten goede kwamen, laat toe het verdere gebruik hiervan aan te bevelen, echter zonder dat dit een degelijk ontslaggesprek mag vervangen. Het in de wachtzaal ter beschikking stellen of het bij consultatie meegeven van brochures is iets dat in de huisartsenpraktijk reeds langere tijd toegepast wordt. Bij navraag naar de duidelijkheid van onze fiches werden geen uitgesproken probleem in het licht gesteld. Hoewel vrij beperkt in aantal, doen deze resultaten vermoeden dat de fiches voldoende te begrijpen zijn.
Gezien de positieve resultaten zou het interessant zijn ook voor andere onderwerpen dergelijke fiches op te stellen. Eventueel kan een bijkomende studie de moedertaal van de ouders en patiënten op de spoedgevallendienst verder in kaart brengen om op die manier te inventariseren welke andere talen sterk vertegenwoordigd zijn. In functie hiervan kan overwogen worden fiches ook in andere talen beschikbaar te stellen.
Hoewel het verschaffen van duidelijk leesbare schriftelijke instructies een stap blijkt in de goede richting, blijft er ruimte voor verbetering. De eerder aangehaalde interventies in het patiëntencontact hebben een breed draagvlak en kunnen vlot geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijkvoering. Mits een minimale inspanning kan er met behulp van deze strategieën voor gezorgd worden dat ouders en patiënten aanzienlijk beter geïnformeerd buiten wandelen, wat de zorg alleen maar ten goede kan komen.

7. Dankwoord

Een dankwoord schrijven is altijd een uitdaging. Niemand vergeten… Stel je voor… Ik heb bij het voeren van dit onderzoek immers uit zoveel verschillende hoeken steun en hulp gekregen.

Ik heb niet alleen veel geleerd, maar ook heel erg genoten tijdens mijn jaar “op de spoed”, en vond het dan ook helemaal niet erg daar regelmatig nog eens binnen te waaien voor de opvolging van ons onderzoek.

Mijn promotor Prof. Dr. Ives Hubloue en co-promotor Dr. Gerlant van Berlaer ben ik dankbaar voor de begeleiding en ondersteuning bij het op poten zetten en verloop van deze studie. Myriam Plas, de sterke vrouw achter deze mannen, bewijst zich keer op keer onmisbaar om de boel daar in goede banen te leiden. Door Lauwaert heeft mij met zijn snelle en efficiënte interventie ook erg geholpen.

Voor de inclusie van proefpersonen was ik afhankelijk van de collega’s werkzaam op de Pediatric Care. Het was niet altijd even simpel iedereen hiertoe te motiveren, maar zonder hen zou ik nergens gestaan hebben.

Van statistiek heb ik geen kaas gegeten, en ik was dan ook heel dankbaar dat Prof. Dr. Dirk Devroey mij hier wederom in heeft bijgestaan. Mijn collega’s in de praktijk hebben in de laatste rechte lijn naar de deadline tijdelijk iets minder op mij kunnen rekenen, maar waren steeds bereid mij met raad en daad bij te staan en hebben mij de nodige tijd gegund om aan mijn masterproef te werken. Kortom: betere collega’s kon ik mij niet wensen.

Ik kan mij inbeelden dat mijn vriend, familie, schoonfamilie en vriendinnen ondertussen hun buik wel vol hebben van dat “gethesis” van mij. Ik heb steeds op ze kunnen rekenen en prijs mezelf gelukkig me te kunnen omringen met zo’n fijne mensen.

8. Referenties

1. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med. 1997 Jan-Feb;15(1):1-7.

2. Engel KG, Buckley BA, Forth VE, McCarthy DM, Ellison EP, Schmidt MJ, Adams JG. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? Acad Emerg Med. 2012 Sep;19(9):E1035-44.

3. Kessels RP. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003 May;96(5):219-22.

4. Waisman Y, Siegal N, Chemo M, Siegal G, Amir L, Blachar Y, Mimouni M. Do parents understand emergency department discharge instructions? A survey analysis. Isr Med Assoc J. 2003 Aug;5(8):567-70.

5. Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? Ann Emerg Med. 2009 Apr;53(4):454-461.e15.

6. Watson PW, McKinstry B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. J R Soc Med. 2009 Jun;102(6):235-43.

7. McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. Med Care. 2012 Apr;50(4):277-82.

8. Rhodes KV, Vieth T, He T, Miller A, Howes DS, Bailey O, Walter J, Frankel R, Levinson W. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. Ann Emerg Med. 2004 Sep; 44(3): 262-7

9. Alberti TL, Nannini A. Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: a literature review. J Am Assoc Nurse Pract. 2013

Apr;25(4):186-94.

10. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. Health Educ Res. 2005 Aug;20(4):423-9.

11. Waisman Y, Siegal N, Siegal G, Amir L, Cohen H, Mimouni M. Role of diagnosis-specific information sheets in parents' understanding of emergency department discharge instructions. Eur J Emerg Med. 2005 Aug;12(4):159-62.

12. Isaacman DJ, Purvis K, Gyuro J, Anderson Y, Smith D. Standardized instructions: do they improve communication of discharge information from the emergency department? Pediatrics. 1992 Jun;89(6 Pt 2):1204-8.

12: Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective discharge communication in the emergency department. Ann Emerg Med. 2012 Aug;60(2):152-9.

14. Jolly BT, Scott JL, Sanford SM. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. Ann Emerg Med. 1995 Oct;26(4):443-6.

15. Bevolking van 20 tot 64 jaar volgens opleidingsniveau, België: FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, [Geraadpleegd op 15/04/2015], Beschikbaar op: http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=21166.

16. Questions sur l'alphabétisation. Réponses aux 61 questions les plus fréquentes, België: Lire et écrire Communauté française, [Geraadpleegd op 15/04/2015], Beschikbaar op: http://www.lire-et-ecrire.be/L-alphabetisation-en-61-questions.

17. Analfabetisme: Feiten en cijfers, België: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, [Geraadpleegd op 15/04/2015], Beschikbaar op: www.armoedebestrijding.be/cijfers_analfabetisme.htm.

18. Herndon JB, Chaney M, Carden D. Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. Ann Emerg Med. 2011 Apr;57(4):334-45.

19. Gignon M, Ammirati C, Mercier R, Detave M. Compliance with emergency department discharge instructions. J Emerg Nurs. 2014 Jan;40(1):51-5.

20. Bravo BN, Postigo JM, Segura LR, Selva JP, Trives JJ, Córcoles MJ, López MN, Hidalgo JL. Effect of the evaluation of recall on the rate of information recalled by patients in Primary Care. Patient Educ Couns. 2010 Nov;81(2):272-4.

21. Brussel in cijfers, België: Stad Brussel, [Geraadpleegd op 27/04/2015], Beschikbaar op: http://www.brussel.be/artdet.cfm/4389.

22. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res. 2007 Apr;42(2):727-54.

23. Zavala S, Shaffer C. Do patients understand discharge instructions? J Emerg Nurs. 2011 Mar;37(2):138-40. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.008. Epub 2009 Dec 9. PubMed PMID: 21397126.

24. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 20;11:CD000011.

9. Bijlages

Bijlage 1.

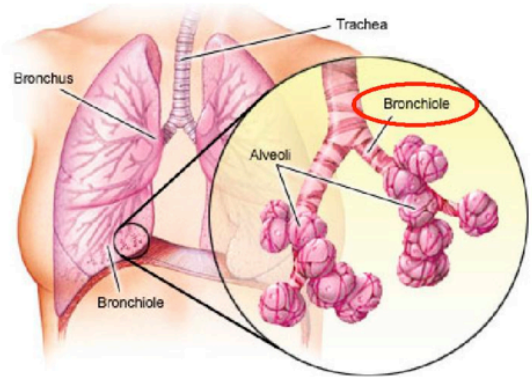
Universitair Ziekenhuis Brussel

BRONCHIOLITIS/RSV

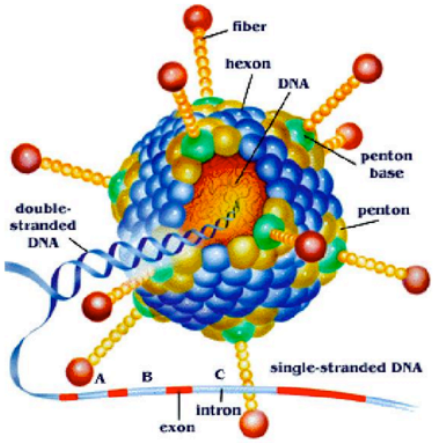
Deze informatie is bedoeld als ondersteuning en niet als vervanging van een raadpleging bij de kinderarts. Bedenk dat de gezondheidssituatie van uw kind anders kan zijn dan in de tekst wordt beschreven.

Wat is een bronchiolitis?

Een bronchiolitis is een infectie van de kleinste luchtwegen, de bronchioli, die meestal door een virus wordt veroorzaakt, meestal het respiratoir syncytiaal virus (RSV).
Baby's en jonge kinderen kunnen bronchiolitis gemakkelijk oplopen.



Bronchiolen



RSV virus

Ziekteverschijnselen?

Zoals bij een verkoudheid: een lopende neus, droge hoest en milde tot hoge koorts, verminderde eetlust en bleekheid.
Na een paar dagen kan de hoest toenemen en kan het kind last krijgen van slijmen in de luchtwegen. Een piepende ademhaling is kenmerkend voor bronchiolitis bij zuigelingen; zij gaan dan ook sneller en moeizamer ademen. Daardoor lijkt de aandoening een beetje op astma, maar dat is het helemaal niet.
Net zoals bij alle andere virusinfecties, kan het immuunsysteem lichtjes verzwakken waardoor uw kind andere infecties kan oplopen (met bacteriën of andere virussen) die opnieuw gepaard kunnen gaan met hoge koorts.



Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

Wat te doen?

Zorg voor een vrije luchtweg, door de neus van het kind verschillende malen per dag te spoelen met fysiologisch water. Let erop dat uw kind voldoende eet, drinkt en rust. Geef een middel tegen de koorts. Soms schrijft uw arts aërosols (vernevelingen) voor met een middel dat de luchtwegen open zet.
Raadpleeg een arts als uw kind meer moeite krijgt met ademhalen en/of als de hoge koorts gedurende meer dan 3-5 dagen aanhoudt ondanks het toedienen van koortsremmers. Wanneer uw kind suf, rusteloos is en ademhalingmoeilijkheden heeft, al dan niet met een blauwe verkleuring van de lippen/het gelaat, contacteer je onmiddellijk een arts. Soms zijn de ademhalingsmoeilijkheden van die aard dat hospitalisatie nodig is. Als uw kind jonger is dan 2 maand consulteert u steeds een arts, ongeacht de mate van ademhalingsproblemen.

Inenting?

Een inenting tegen RSV bestaat, maar is voorbehouden voor risico groepen (prematuren en kinderen met erg zwakke weerstand), en moet jaarlijks herhaald worden.

Hoe lang duurt het?

Uw kind geneest vanzelf, meestal binnen de 5 à 10 dagen na het begin van de infectie. Toch kan uw kind soms nog 2 à 3 weken hoesten.

Wat zegt de kinderarts?

Meestal zijn kinderen met bronchiolitis toch te ziek om naar de kribbe of de school te gaan. "Omdat deze ziekte erg besmettelijk is, is het zeker uitkijken bij risicogroepen, zoals pasgeborenen of kinderen met een verminderde weerstand, aangeboren hartafwijkingen of longziekten." Een kind kan meermaals RSV infecties oplopen, ook in hetzelfde seizoen.

De overdracht van virussen kan worden beperkt door algemene hygiënemaatregelen:

- handen wassen voor en na het verzorgen van uw zieke kind (met eenvoudige zeep kan het virus al onwerkzaam worden gemaakt)
- speelgoed, fopspenen, kopjes, glas of bestek van een ziek kind niet in de mond nemen. Zakdoeken niet laten slingeren.
- verkouden broers en zusjes geven best geen kus aan de baby
- de kamer van het kind dagelijks verluchten en de temperatuur onder de 20°C houden

Mocht u na het lezen van deze informatie nog dringende vragen hebben, dan kunt u deze het best aan uw pediater of huisarts stellen. Indien u geen pediater heeft, dan zijn de pediaters in uw regio te vinden op www.bvksbp.be of op te vragen via Kind en Gezin. Tevens kunt u een afspraak maken op de raadpleging van het UZ Brussel (02 477 60 61). Bij zeer dringende situaties kunt u steeds terecht in onze Spoedgevallendienst.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

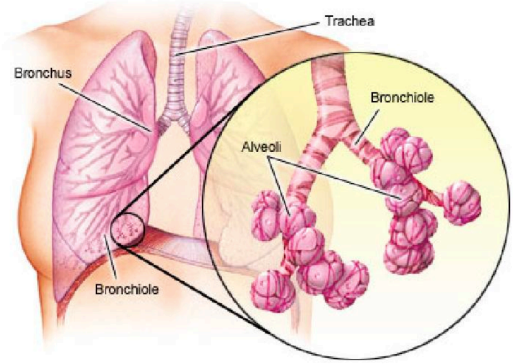
Universitair Ziekenhuis Brussel

BRONCHIOLITE/(VRS)

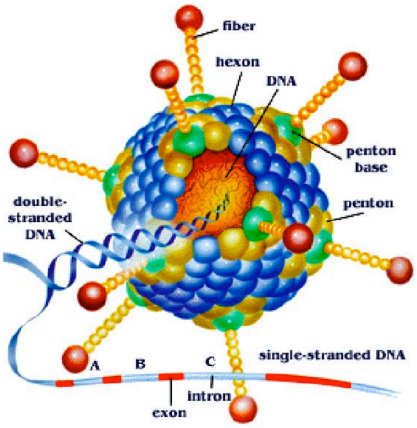
Cette documentation est destinée à vous informer mais ne remplace en aucun cas la consultation auprès d'un pédiatre. Notez bien, pendant la lecture, que l'état de santé de votre enfant peut être différent de celui décrit dans le texte.

De quoi s'agit-il?

Une bronchiolite est une infection des petites voies respiratoires, les bronchioles, causée, la plupart du temps, par un virus respiratoire syncytiale (VRS).
Chaque bébé ou jeune enfant peut le contracter.



BRONCHIOLE



VIRUS VRS

Quels sont les symptômes de la bronchiolite ?

Comme pour un rhume: sécrétions des muqueuses nasales, toux sèche, fièvre modérée ou haute, diminution d'appétit et pâleur. Après quelques jours, la toux augmente et devient plus productive. Une respiration sifflante caractérise alors la bronchiolite chez le nourrisson. La respiration s'accélère et devient plus difficile. Les symptômes de la bronchiolite peuvent faire penser à une crise d'asthme, mais ce n'est pas du tout ça.
Comme pour tout autre infection virale, le système immunitaire peut s'affaiblir un peu et favoriser le (re)développement d'une infection virale ou bactérienne accompagnée d'une fièvre virulente.



Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische SpoedgevallenZorg - Urgences Pediatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Que faire?

Faites en sorte que les voies respiratoires soient dégagées en rinçant plusieurs fois par jour le nez de votre enfant avec du sérum physiologique. Encouragez votre enfant à boire, manger, et à se reposer suffisamment. Administrez un médicament contre la fièvre. Parfois, votre médecin vous prescrira des médicaments en aérosol, dans le but de bien ouvrir les voies respiratoires. Consultez un médecin au cas ou vous constatez que votre enfant a de plus en plus difficile à respirer, ou si la fièvre virulente dépasse les 3 à 5 jours malgré les antipyrétiques.
Si votre enfant a l'air agité, abruti, en plus des difficultés à respirer avec ou sans coloration bleuâtre des lèvres ou du visage, contactez immédiatement un médecin.
Les troubles respiratoires peuvent dans certains cas nécessiter une hospitalisation. Les enfants de moins de 2 mois, quelque soit l'intensité des troubles respiratoires, doivent toujours consulter un médecin.

La vaccination?

Il existe un vaccin contre le VRS, mais il est réservé aux groupes à risques (prématurés, enfants avec une faible immunité, …) et doit être répété annuellement.

Combien de temps mon enfant va-t-il être malade?

Votre enfant sera guéri de façon spontanée dans un délai de 5 à 10 jours à partir du début de l'infection. La toux peut persister encore 2 à 3 semaines.

Que dit le pédiatre?

La plupart du temps les enfants atteints de bronchiolite sont trop malade pour aller à la crèche ou à l'école. Du fait que cette maladie est très contagieuse, il faut faire attention aux groupes à risques, comme les nouveau-nés ou les enfants ayant une résistance réduite, ceux présentant des anomalies congénitales cardiaques ou des maladies pulmonaires. Un enfant peut contracter plusieurs infections VRS au cours de la même saison.

La contagion de presque tout les virus peut être limitée en prenant des mesures d'hygiène:

- Se laver les mains avant et après avoir administré les soins à votre enfant malade (un simple savon peut déjà rendre le virus inoffensif).
- Ne pas mettre les jouets, sucettes, tasses, verres, couverts d'un enfant malade en bouche. Ne pas laisser traîner des mouchoirs usagés.
- Les frères et sœurs enrhumés ne feront pas de câlin au bébé.
- La chambre de l'enfant doit être aérée quotidiennement et la température devra être maintenue en dessous de 20°c.

Si vous avez des questions urgentes à poser après lecture de ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre pédiatre ou votre médecin généraliste. Au cas où vous n'avez pas de pédiatre, vous pouvez en trouver un dans votre région via www.bvksbp.be, ou vous renseigner auprès de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une consultation à l' UZ Brussel (02 477 60 61). Dans les cas urgents, notre Service des Urgences est toujours à votre disposition.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische SpoedgevallenZorg - Urgences Pediatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

HERSENSCHUDDING

Deze informatie is bedoeld als ondersteuning en niet als vervanging van een raadpleging bij de kinderarts. Bedenk bij het lezen dat de gezondheidssituatie van uw kind anders kan zijn dan in de tekst beschreven.

Wat is een hersenschudding?



Als uw kind het hoofd heeft gestoten of op het hoofd is gevallen, kunnen de hersenen in de schedel heen en weer geschud zijn, daardoor kunnen zij tijdelijk minder goed functioneren. Een gewone hersenschudding veroorzaakt echter geen definitieve schade.

Wat zijn de normale tekenen van een hersenschudding?



Sommige verschijnselen kunnen pas enkele uren na het ongeval optreden.

Meestal zal het kind na de klap vrij dadelijk beginnen huilen; dat is alvast een goed teken. Soms kan het zijn dat uw kind even versuft is, of zelfs kortdurend (enkele seconden) niet reageert, voor het gaat huilen.

Vaak braken jonge kinderen enkele malen, kort na de klap of soms nog enkele uren later. Sommige kinderen hebben heel kort wat geheugenverlies

Hoofdpijn die beter gaat na een pijnstiller

Meestal worden kinderen na het eerste huilen minder actief en slaperig. Het valt te verwachten dat uw kind langer en dieper zal slapen dan gewoonlijk.

Uw kind kan er erg bleek uitzien na de klap, of tijdens de slaap. Een buil en blauwe plek horen erbij

Wat te doen?

Stel in de eerste plaats uw kind gerust en troost het. Uw kind mag een pijnstiller krijgen voor de hoofdpijn, en iets tegen het braken. Hou uw kind goed in de gaten gedurende minstens 24 uur na de klap. U hoeft uw kind niet angstvallig de hele tijd wakker te houden (diep slapen is een deel van het genezingsproces), maar best controleert u ieder uur (ook 's nachts!) het reactievermogen van uw kind:

krijgt u uw kind eenvoudig wakker (door bvb te roepen of flink in de grote teen te knijpen)?

reageert uw kind op zijn naam, of huilt het zoals anders?

weet uw kind wie u bent en begrijpt het wat u zegt? Praat het normaal zoals u gewoon bent? kan uw kind armen en benen bewegen, en grijpt het gericht naar een voorwerp?

loopt het niet wiebelig?

Indien een van de reacties van uw kind niet normaal is of uw kind is niet normaal wekbaar, raadpleeg dan snel een arts.

Schud uw kind NOOIT door elkaar om het te wekken; dat is immers levensgevaarlijk!

In geval van een verkeersongeval kan het gevaarlijk zijn het slachtoffer te verplaatsen als het een breuk heeft van een nekwervel.

Ga zelf nooit door rode lichten rijden, bel dan liever het oproepnummer 112.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Wanneer een arts contacteren of uw kind *opnieuw* door een arts laten onderzoeken?

- Als uw kind door de klap helemaal bewusteloos was of langer dan een minuut niet meer reageerde. Als uw kind in de 24 uur na de klap plots niet meer wekbaar is.
- Als uw kind blijvend geheugenverlies vertoont. Het weet dan niet goed meer wat er gebeurd is en onthoudt niet goed wat er tegen gezegd wordt.
- Verward taalgebruik, veranderd gedrag, onverklaarbaar en ontroostbaar huilen
- Duizeligheid, verlies van evenwicht, of een arm of been niet meer goed kunnen gebruiken
- Troebel zien, scheel zien, oorsuizen, last van licht en/of geluid
- Als de pupillen (zwart centrum in het midden van de ogen) niet even groot zijn
- Hoofdpijn die fors blijft ondanks pijnstillers
- Blijvend braken
- Als uw kind jonger is dan 6 maand
- Als de fontanel van uw baby bol gaat staan
- Stuipen (ongecontroleerde ritmische schokken van ledematen), vreemde oogbewegingen



Hoelang duurt een hersenschudding?

De 'gewone' hersenschudding is 48 uur na de klap wel voorbij. Het kan toch zijn dat wat vage kleine klachten (hoofdpijn, misselijkheid en vermoeidheid) enkele dagen aanhouden.
Als de klachten daarentegen toenemen spreken we niet meer van een gewone hersenschudding en moet u in elk geval een arts raadplegen.

Behandeling?

Een echte behandeling voor een hersenschudding bestaat niet. Vroeger werd gedacht dat langdurige bedrust in een donkere en stille kamer zinvol kon zijn, maar tegenwoordig volstaat gewoon even rusten. Het is niet aangewezen om heftige TV of computer beelden te volgen.
Uw kind heeft recht op een pijnstiller voor de hoofdpijn, en/of een middel tegen misselijkheid en braken als het daar last van heeft.
Als uw kind weer de oude is mag het zijn gewone activiteiten hervatten.

Wat zegt de kinderarts?

De arts zal u uitgebreid vragen stellen over het ongeval en de eerste reacties van uw kind, en uw kind kort "neurologisch" nakijken. Daarbij let de arts op tekenen van mogelijke hersenschade (een zwelling of bloeding van de hersenen, maar dit is erg zeldzaam).
Een radiografie heeft nauwelijks nut, een bloedafname helpt niet, en de arts zal pas een CT (scanner) van het hoofd verrichten als daar goede redenen voor zijn; dit onderzoek veroorzaakt immers nogal wat straling voor het kinderhoofd. Het is maar in extreem zeldzame gevallen dat een operatie door een neurochirurg nodig is.

Mocht u na het lezen van deze informatie nog dringende vragen hebben, dan kunt u deze het best aan uw pediater of huisarts stellen. Indien u geen pediater heeft, dan zijn de pediaters in uw regio te vinden op www.bvksbp.be of op te vragen via Kind en Gezin. Tevens kunt u een afspraak maken op de raadpleging van het UZ Brussel (02 477 60 61). Bij zeer dringende situaties kunt u steeds terecht in onze Spoedgevallendienst.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

LA COMMOTION CEREBRALE

Cette information est une aide mais ne remplace pas la consultation auprès d'un pédiatre. Consultez un médecin si vous avez des soucis au sujet de l'état de santé de votre enfant.



Qu'est-ce qu'une commotion cérébrale?

Si votre enfant s'est heurté la tête ou s'il est tombé en cognant sa tête, le cerveaux peut avoir été bousculé et son fonctionnement peut temporairement diminuer. Une simple commotion cérébrale ne provoque pas de dégâts permanents.

Quelle sont les symptômes d'une commotion?



Certains signes ne se manifesteront qu'après quelques heures.

Généralement, un enfant se mettra à pleurer après s'être heurté, ce qui est bon signe.
Parfois votre enfant peut avoir l'air sonné ou ne pas réagir pendant quelques secondes avant de se mettre à pleurer.
Il peut vomir à plusieurs reprises immédiatement après la bousculade, ou même encore quelques heures après.
Certains enfants peuvent montrer une perte de mémoire passagère.
Ils ont des maux de tête qui diminueront après l'administration d'un antidouleur.
Après les premiers pleurs, la plupart des enfants deviennent moins actif et somnolent. Votre enfant dormira plus et plus profondément que d'habitude.
Après s'être heurté, ou dans son sommeil, votre enfant peut être très pâle.
Une bosse et un hématome font également partie du tableau.

Que faut-il faire?

En premier lieu rassurez votre enfant et consolez le. Vous pouvez lui donner un antidouleur pour les maux de tête, et un médicament contre les vomissements. Gardez le bien en vue pendant les premières 24 heures après la bousculade. Vous ne risquez rien en le laissant dormir (le sommeil profond fait partie du processus de guérison), mais vérifiez chaque heure (la nuit incluse !) s'il réagit :

pouvez-vous le réveiller facilement (en l'appelant ou en pinçant son grand orteil)? réagit-il en entendant son nom, pleure-t-il comme d'habitude?
Vous reconnaît-il et comprend-il ce que vous dites ? Parle-t-il comme d'habitude ?
Peut-il remuer ses bras et ses jambes et peut-il saisir un objet sans problèmes ?
Ne marche-t-il pas en vacillant ?

Au cas où une des réactions de votre enfant ne semble pas normale ou si vous ne pouvez pas le réveiller normalement, il faut immédiatement consulter un médecin.
Ne bousculez JAMAIS votre enfant pour le réveiller, ceci est très dangereux!

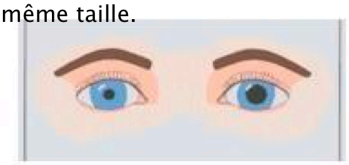
Au cas où il s'agît d'un accident de la route, il est dangereux de déplacer la victime (possible fracture de la colonne vertébrale).
Ne brûlez pas les feux rouges, appelez plutôt le 112.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders Pediatrische Spoedgevallenzorg – Urgences Pédiatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Quand faut-il consulter un médecin où quand faut-il faire réexaminer votre enfant ?

Immédiatement après l'accident, si votre enfant a perdu connaissance ou n'a pas réagit pendant plusieurs minutes.
Si vous ne parvenez plus à réveiller votre enfant dans les 24h qui suivent le traumatisme.
Si votre enfant présente une perte de mémoire permanente. Il ne se souvient pas de ce qui c'est passé ou ne retient pas ce qu'on lui dit.
S'il est confus, si son comportement change, s'il pleure sans raison et est inconsolable.
En cas de vertige, perte d'équilibre ou s'il utilise un membre de façon anormale.
Vue trouble, strabisme, bourdonnements d'oreilles, irritabilité à la lumière ou au bruit.
Si les pupilles (le centre noir au milieu de l'œil) ne sont pas de la même taille.
Forts maux de tête malgré les antidouleurs.
Vomissements persistants.
Si votre enfant a moins de 6 mois. Si la fontanelle est bombée.



Convulsions : mouvements rythmés incontrôlables des membres et des yeux.

Durée d'une commotion cérébrale ?

Une commotion cérébrale banale guérit dans les 48 heures après l'incident. Néanmoins, quelques symptômes (maux de tête, nausées et fatigue) peuvent persister encore quelques jours.
Si les plaintes s'intensifient, il ne s'agit plus d'une commotion cérébrale banale. Consultez dans ce cas un médecin.

Traitement ?

Un vrai traitement n'existe pas. Jadis, on conseillait de rester au lit dans une chambre obscure et silencieuse. Actuellement on conseille un peu de repos. Evitez de regarder des images en mouvements. Si nécessaire, vous pouvez administrer à votre enfant un antidouleur contre les maux de tête et/ou un médicament contre les nausées ou les vomissements.
Si votre enfant est rétabli, il peut reprendre ses activités journalières.

Que dit le pédiatre ?

Il vous posera des questions détaillées en ce qui concerne l'accident et les premières réactions de votre enfant. Il fera un rapide examen neurologique. Le pédiatre fera attention aux signes d'éventuelles lésions du cerveau (œdème ou hémorragie, ce qui est rare).
Une radiographie est inutile, une prise de sang également. Seulement si c'est vraiment nécessaire, le médecin demandera un scanner cérébral; le taux de radiation pour cet examen étant assez élevé. Ce n'est que dans des cas extrêmement rares qu'une opération neurochirurgicale est indiquée.

Si vous avez des questions urgentes à poser après lecture de ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre pédiatre ou votre médecin généraliste. Au cas où vous n'avez pas de pédiatre, vous pouvez en trouver un dans votre région via www.bvksbp.be, ou vous renseigner auprès de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une consultation à l' UZ Brussel (02 477 60 61). Dans les cas urgents, notre Service des Urgences est toujours à votre disposition.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders Pediatrische Spoedgevallenzorg – Urgences Pédiatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

RAADGEVINGEN BIJ CONSTIPATIE

Constipatie of verstopping is een vaak voorkomend probleem bij kinderen. Meestal is dit te wijten aan een onvoldoende drinken, te weinig lichaamsbeweging en verkeerde voedingsgewoonten.
Deze informatie is bedoeld als ondersteuning en niet als vervanging van een raadpleging bij de kinderarts. Blijft het probleem toch duren ondanks onderstaande maatregelen is het absoluut noodzakelijk van dit te bespreken met uw arts.



WAT MOET JE WETEN?

- Drink voldoende water!
  Soep en fruitsap mogen ook gebruikt worden.
  Gebruik zeker geen gashoudende dranken!

Voor kinderen van 2 tot 6 jaar:	1 liter per dag	5 volle glazen
Voor kinderen van 6 tot 12 jaar:	1.5 liter per dag	7 volle glazen
Voor volwassenen of vanaf 40 kg:	2 liter per dag	10 volle glazen

Als men te weinig drinkt kunnen de vezels niet voldoende opzwellen en dus ook geen zachte ontlasting vormen! Ze kunnen dan zelfs de klachten doen toenemen!
Een regelmatig stoelgangpatroon is erg belangrijk: herinner kinderen er aan dat ze best dagelijks naar het toilet moeten.
Dit zonder dwang, en best op een vast (rustig!) tijdstip van de dag, bvb na het eten Meer lichaamsbeweging is minstens even belangrijk
Eet langzaam en kauw goed
Beperk het gebruik van snoep, chocolade, chips,… gebruik liever fruit als alternatief

- Gebruik dagelijks meerdere vezelrijke voedingsmiddelen

Voedingsvezels zijn delen van planten die niet verteerd worden en ongewijzigd in de dikke darm terecht komen waar ze het volume van de darminhoud vergroten.

Onoplosbare vezels zitten vooral in volle graanproducten en noten, ze binden water waardoor ze uitzetten en extra volume geven aan de darminhoud.

Oplosbare vezels zitten vooral in groenten, fruit en peulvruchten, en binden ook water om er een gel mee te vormen, waardoor de darminhoud niet alleen toeneemt, maar ook zachter wordt.

Sommige oplosbare vezels hebben een prebiotisch effect, wat betekent dat ze de ontwikkeling van gezonde darmflora bevorderen.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (Kindergastroenterologie)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (Diëtisten Pediatrie)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Verschillende soorten vezels hebben een verschillend effect in het lichaam:

VARIEREN IS DE BOODSCHAP!

Volle graanproducten:
- Volkoren brood, roggebrood, notenbrood, bruine pistolets, volkoren krisprolls, knäckebrot, volkoren beschuiten…
- Vezelrijke ontbijgranen zoals All Bran Plus, Fruit 'n fibre, muesli,.….
- Havervlokken, havermout, lijnzaad
- Vezelrijke koeken zoals Speculoos 6 granen, Sultana, Granny,…
- Peperkoek
- Zilvervliesrijst, volkoren deegwaren, aardappelen

Groenten:
- Dagelijks voldoende groenten zowel rauw als gekookt
- Dagelijks groentesoep
- Regelmatig peulvruchten zoals witte en bruine bonen, erwten, linzen,…

Fruit:
- Minstens 2 stukken per dag en liefst ongeschild
- Aangewezen zijn kiwi, ananas, aardbei, framboos, meloen, rijpe banaan,…
- Regelmatig gedroogde fruitsoorten zoals dadels, vijgen, pruimen, abrikozen,…

Noten en studentenhaver

Vezels moeten geleidelijk aan worden opgevoerd. Het is belangrijk lang genoeg vol te houden omdat de darm tijd nodig heeft om zich aan te passen.
Meer vezels innemen ZONDER meer vocht kan de constipatie verergeren.

Voorbeeld van een dagschema met ongeveer 10 gram vezels

ontbijt	een kom ontbijtgranen met melk
tussendoortje	een stuk fruit en een glas water
middagmaal	een bord soep/1 à 2 aardappelen/1 à 2 lepels groenten/vlees of vis/ vetstof/water
tussendoortje	een volkorenkoek met een glas melk
avondmaal	2 sneetjes bruin brood met vetstof en beleg/ een glas melk
tussendoortje	water

Probiotica (zoals Actimel, Yakult,…):

Deze maken de stoelgang bij "normale" kinderen wel zachter, maar er is geen bewijs dat dit ook helpt bij constipatie. Anderzijds werden neveneffecten nooit gezien.

Mocht u na het lezen van deze informatie nog dringende vragen hebben, dan kunt u deze het best aan uw pediater of huisarts stellen. Indien u geen pediater heeft, dan zijn de pediaters in uw regio te vinden op www.bvksbp.be of op te vragen via Kind en Gezin. Tevens kunt u een afspraak maken op de consultatie van het UZ Brussel (02 477 60 61). Bij zeer urgente situaties kunt u steeds terecht in onze Spoedgevallendienst.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (Kindergastroenterologie)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (Diëtisten Pediatrie)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

CONSEILS EN CAS DE CONSTIPATION

La constipation est un problème fréquent chez l'enfant. L'absorption insuffisante de liquide ainsi qu'un manque d'exercice physique favorisent la constipation.
Cette documentation est destinée à vous informer mais ne remplace en aucun cas la consultation auprès d'un pédiatre. Notez bien, pendant la lecture, que l'état de santé de votre enfant peut être différent de celui décrit dans le texte.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- *Buvez suffisamment d'eau!*

Du potage et des jus de fruits frais peuvent être consommés avec modération. Proscrire les boissons gazeuses.

Pour les enfants de 2 à 6 ans:	1 litre par jour	5 verres remplis
Pour les enfants de 6 à 12 ans:	1,5 litre par jour	7 verre remplis
Pour les adultes ou à partir de 40 kg:	2 litres par jour	10 verres remplis

Aller régulièrement à selles est très important. Rappelez aux enfants, sans contrainte, qu'il est nécessaire d'aller aux toilettes quotidiennement, de préférence toujours au même moment (tranquille!) de la journée, par exemple après le repas.
Faire de l'exercice physique est aussi important qu'une alimentation adaptée.
Mangez lentement et bien mâcher.
Limitez les friandises, bonbons, chocolats, chips, … consommer des fruits comme alternative.

- *Consommez quotidiennement des aliments riches en fibres:*

Les fibres sont des éléments de la plante qui ne se digèrent pas et qui se retrouvent inchangées dans le gros intestin, en augmentant ainsi le volume des selles.

Fibres insolubles : Les céréales et les noix sont des aliments dans lesquels se retrouvent beaucoup de fibres insolubles. Celles-ci se lient à l'eau, se dilatent et accroissent ainsi le volume du contenu du gros intestin (colon).

Fibres solubles : Les légumes, les fruits et les légumineuses contiennent des fibres solubles qui se lient également à l'eau, formant un gel augmentant le volume contenu dans 'intestin et le ramollissant en même temps.

Certaines fibres solubles ont un effet probiotique, ce qui signifie qu'elles favorisent le développement d'une flore intestinale saine.

Ces différentes sortes de fibres ont une action différente dans notre corps: IL FAUT DONC VARIER LES APPORTS EN FIBRES!

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders (urgences pédiatriques)
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (gastroenterologie pédiatrique)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (dieticiennes pédiatriques)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

VARIER LES APPORTS EN FIBRES:

Produits riches en céréales:
- Pain complet, pain de seigle, pain aux noix, petit pain gris, krisprolls de blé entier, knäckebrott, biscottes de blé entier …
- Céréales riches en fibres pour petit déjeuner comme All Bran Plus, Fruit 'n fibre, muesli, …
- De l'avoine et des flocons d'avoine, des graines de lin.
- Biscuits riches en fibres comme le speculoos 6 céréales, Sultana, Granny, …
- Pain d'épice
- Riz complet, pâtes de blé entier, pommes de terre.

Légumes:
- Mangez suffisamment de légumes crus ainsi que des légumes cuits chaque jour.
- Buvez chaque jour du potage aux légumes
- Consommez régulièrement des légumineuses comme les haricots blancs, les haricots, des pois, des lentilles, …

Fruits:
- Au moins 2 fruits par jour.
- A recommander : les kiwis, l'ananas, les fraises, les framboises, le melon, les bananes mûres, …
- Consommez régulièrement des fruits secs comme les dates, les figues, les prunes, abricots, …

Noix et mendiants (mélange de noix et raisins)

L'augmentation de fibres se fait progressivement. Il est impératif de persévérer car l'intestin a besoin de temps pour s'adapter.
Consommer plus de fibres *SANS* boire plus peut aggraver la constipation.

Exemple d'un schéma journalier avec environs 10 grammes de fibres

Petit déjeuner	un bol de céréales pour petit déjeuner avec du lait
Collation	un morceau de fruit et un verre d'eau
Dîner	Une assiette de potage/1 à 2 pommes de terre/ 1 à 2 cuillères de légumes/viande ou poisson/graisses/eau
Collation	Un biscuit de blé entier et un verre de lait
Souper	2 tranches de pain complet avec un peu de beurre et la garniture/un verre de lait
Collation	De l'eau

Probiotiques (comme Actimel, Yakult,…):

En dehors de tout problème de constipation, les probiotiques rendent les selles plus molles chez les enfants. Il n'y a, par contre, aucune preuve d'un effet bénéfique ou non en cas de constipation. Aucun effet secondaire n'a été constaté.

Si vous avez des questions urgentes à poser après lecture de ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre pédiatre ou votre médecin généraliste. Au cas où vous n'avez pas de pédiatre, vous pouvez en trouver un dans votre région via www.bvksbp.be, ou vous renseigner auprès de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une consultation à l' UZ Brussel (02 477 60 61). Dans les cas urgents, notre Service des Urgences est toujours à votre disposition.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders (urgences pédiatriques)
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (gastroenterologie pédiatrique)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (dieticiennes pédiatriques)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

RAADGEVINGEN BIJ ACUTE DIARREE

Deze informatie is bedoeld als ondersteuning en niet als vervanging van een raadpleging bij de kinderarts. Bedenk bij het lezen dat de gezondheidssituatie van uw kind anders kan zijn dan in de tekst wordt beschreven.

Wat is acute diarree?

Door een ontsteking van maag en darm (gastro-enteritis) raakt het stoelgangpatroon verstoord: uw kind heeft nu plots meermaals per dag erg malse of zelfs waterige stoelgang.

Diarree kan meestal thuis behandeld worden zolang de algemene toestand en het gewicht van het kind nauwlettend opgevolgd worden en stabiel blijven.
Acute diarree stopt meestal spontaan, binnen drie tot vijf dagen. Belangrijk is dat u extra let op hygiëne - dit om te voorkomen dat anderen besmet worden. Was daarom steeds goed uw handen na elk toiletbezoek of wanneer u een luier heeft verschoond.

Wanneer raadpleeg je een arts?



- Frequente vloeibare stoelgang, langer dan 5 dagen
- Bloed in de stoelgang
- Als het braken blijft duren
- Langer dan 3 dagen hoge koorts ondanks koortswerende middelen
- Bij tekenen van matige, ernstige of zeer ernstige uitdroging (zie verder)
- Als je ongerust blijft of wanneer je kind futloos of suf wordt

Tekenen van uitdroging bij diarree

Lichte uitdroging	dorst
Matige uitdroging	dorst, droge mond en tong ingezonken fontanel diepliggende doffe ogen afwezigheid van tranen, koorts zonder zweten iets minder plassen
Ernstige uitdroging	de huid wordt rimpelig koude huid met een "marmer" tekening rusteloos, prikkelbaar of juist minder reagerend duidelijk minder plassen
Zeer ernstige uitdroging	koude bleke huid, niet meer plassen snelle ademhaling futloos of suf, tot zelfs bewustzijnsverlies



Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders (Pediatrische Spoedgevallenzorg)

Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (kindergastroenterologie)

Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (diëtisten pediatrie)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Wat te doen?

Algemene raadgevingen en voedingsadviezen

Je kan het verloren vocht compenseren door je kind:
- vaak en regelmatig kleine hoeveelheden (water, thee, bouillon) te laten drinken.
- als alternatief lauwe Cola te laten drinken zonder prik (de bubbels verwijder je door een glas voor de helft te vullen, er enkele korreltjes zout aan toe te voegen en goed te roeren).
- geen te warme , koude of bruisende dranken te geven.
- melkproducten, appelsap, sinaasappelsap te laten vermijden.

De vochtbehoefte is afhankelijk van leeftijd, gewicht en verliezen, maar je kan stellen dat de meeste kinderen met diarree minstens 1 liter per dag (5 glazen) zouden moeten drinken.

Raadgevingen en voedingsadviezen voor zuigelingen en kleine kinderen

- Borstvoeding verder zetten, zelfs in geval van toediening van rehydratatie-oplossingen.
- Flesvoeding:
  Indien geen tekens van uitdroging; flesvoeding gewoon verder zetten.
  Bij tekens van uitdroging de flesvoeding gedurende een periode van 4 à 6 uur onderbreken en rehydratatie oplossingen toedienen, om nadien terug over te gaan op de gewone flesvoeding.
  Opgelet: de melk mag nooit gemengd worden met orale rehydratatie-oplossing!

Raadgevingen en voedingsadviezen bij oudere kinderen

- De gewone voeding niet wijzigen.
- Vaker en méér drinken, desnoods telkens kleine beetjes.
- Bij braken of krampen : vaker maar dan kleinere maaltijden geven.

Medicatie gebruik?

- Medicatie is meestal niet nodig, soms zelfs mogelijk schadelijk. Vraag raad aan uw arts.
- Antibiotica en darmbewegingremmers (vb. Imodium®) zijn meestal uit den boze.
- Het nut van medicatie tegen braken (vb. Motilium®) werd niet aangetoond.
- Van verschillende probiotica werd aangetoond dat ze de duur van een diarree episode met ongeveer 24 uur inkorten.

- *Orale rehydratatie-oplossingen (gekend als O.R.S. onder verschillende merknamen)*

  Bestaan uit een poeder met mineralen en suiker, waar je volgens de verpakking een hoeveelheid water moet aan toevoegen. Zij zijn nuttig voor het vermijden van uitdroging en voor het behandelen van een lichte dehydratatie bij zuigelingen. Rehydratatie oplossingen, zijn geen vervang- voeding, en zijn dus niet bedoeld voor langer dan 24 uur!!

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders (Pediatrische Spoedgevallenzorg)
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (kindergastroenterologie)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (diëtisten pediatrie)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

CONSEILS EN CAS DE DIARRHÉE

Cette documentation est destinée à vous informer mais ne remplace en aucun cas la consultation auprès d'un pédiatre.Notez bien pendant la lecture que l'état de santé de votre enfant peut être différent de celui décrit dans le texte.

De quoi s'agit-il?

Suite à l'inflamation de l'estomac et l'intestin (gastro-entérite), les selles deviennent plus fréquentes et molles ou même très liquides.
Dans la plupart des cas, la diarrhée peut être traitée à la maison aussi longtemps que la condition générale et le poids de l'enfant sont surveillés de près et restent stables.
Une diarrhée aiguë s'arrête généralement de soi-même dans les 3 à 5 jours. Il est impératif de prendre tous les soins d'hygiène nécessaires, ceci afin d'éviter d'infecter d'autres personnes. Pour cela il faudra toujours bien se laver les mains après avoir été aux toilettes ou quand vous avez langé votre enfant.

Quand consulter un médecin?



Selles liquides fréquentes pendant plus de 5 jours.
Du sang dans les selles.
Vomissement fréquents persistants.
Fièvre haute qui dépasse les 3 jours, malgré les antipyrétiques.
Symptômes de déshydratation modérée, grave ou très grave.
Si vous restez inquiet en ce qui concerne l'état de votre enfant ou si il a l'air agité ou abruti.

Symptômes de déshydratation causée par une diarrhée



Déshydratation légère	Soif
Déshydratation modérée	Soif, bouche et langue sèche Fontanelle effondrée Yeux enfoncés et sans éclats Absence de larmes, fièvre sans transpiration Diminution de la production d'urine
Déshydratation grave	Pli cutané permanent, baisse de l'élasticité cutanée Épiderme froid et marbré Enfant agité et irritable, ou diminution de réaction Forte diminution de la production d'urine
Déshydratation très grave	Epiderme pâle et froid, absence de production d'urine respiration rapide état faible et sans énergie, perte de connaissance

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders (Urgences Pédiatriques)
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (gastro-entérologie pédiatrique)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (dieticiennes pédiatriques)

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Que faire?

Conseils généraux et alimentaires

Il faut compenser la perte de liquide de votre enfant:
- Boire souvent et régulièrement de petites quantités de liquide (eau, thé, bouillon).
- Boire du coca qui ne pétille plus et qui n'est pas trop froid est une bonne alternative (l'aspect gazeux du coca peut être supprimé en remplissant un verre à moitié, en y ajoutant quelques grains de sel et en le remuant).
- Ne pas boire de boisson chaude, froide ou gazeuse.
- Éviter les produits laitiers, le jus de pommes, le jus d'oranges.

Le besoin en liquides dépends du poids, de l'âge de l'enfant et de la perte de liquides, mais en général il faut supposer que des enfants souffrant de diarrhées ont besoin d' un litre de liquide (5 verres) par jour.

Conseils pour les nouveau-nés et les petits enfants

- L'allaitement doit être maintenu, même si des solutions de réhydratation sont administrées.
- L'allaitement au biberon :

  Manque de symptômes de déshydratation : continuez l'allaitement au biberon.

  En cas de symptômes de déshydratation : interrompez l'allaitement au biberon pendant 4 à 6 heures. Administrez des solutions de réhydratation, et passez ensuite à l'allaitement au biberon.

  Attention : le lait ne peut jamais être mélangé avec des solutions orales de réhydratation.

Conseils pour les enfants plus âgés

- Ne pas changer la nourriture habituelle.
- Boire plus et plus fréquemment, au besoin par petites gorgées.
- En cas de vomissements ou de crampes: donner plus fréquemment des petits repas.

Utilisation de médicaments?

- La diarrhée ne nécessite en général pas de médicaments. Demandez l' avis du médecin.
- Les antibiotiques et les inhibiteurs de spasmes du côlon (ex : Imodium) sont à proscrire.
- L'utilité de médicaments contre le vomissement (ex : Motilium) n'est pas démontrée.
- Différents produits probiotiques ont montré que la durée d'un épisode de diarrhée peut être réduite de 24 heures environs.

- *Solutions orales de réhydratation* (ex : O.R.S. mais il existe d'autres marques):
  Constituées de poudre de sels minéraux et de sucre à mélanger avec la quantité d'eau recommandée selon la notice, elles sont utilisées pour éviter une déshydratation et pour soigner une légère déshydratation chez le nourrisson. Des solutions de réhydratation ne remplacent pas l'alimentation. Il ne faut pas les utiliser plus de 24 heures!

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
(Urgences Pédiatriques)
Prof. Y. Vandenplas, Dr. Hauser, Dr Devreker (gastro-entérologie pédiatrique)
Karin Delanghe, Karen De Brul, Karen Corthouts (dieticiennes pédiatriques)

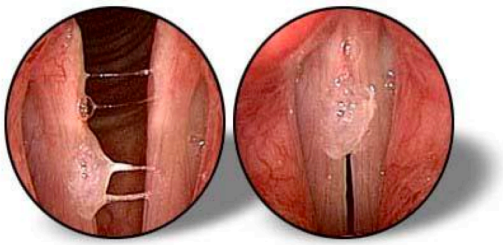
UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

LARYNGITIS OF VALSE KROEP

Deze informatie is bedoeld als ondersteuning en niet als vervanging van een raadpleging bij de pediater. Bedenk bij het lezen dat de gezondheidssituatie van uw kind anders kan zijn dan in de tekst wordt beschreven.

Wat is laryngitis?

Bij deze infectie door een virus van de bovenste luchtwegen gaan de stembanden ontsteken en opzwellen met slijmproductie tot gevolg.



de stembanden

Ziekteverschijnselen?

De symptomen zijn dezelfde als bij een verkoudheid (griepgevoel, koorts, loopneus), maar opvallend bij de valse kroep zijn de heesheid, de moeizame en gierende ademhaling met een angstwekkende blafhoest. Deze griezelige geluiden maken ouders en kind vaak angstig. Deze tekenen verergeren typisch in het midden van de nacht.



Wanneer komt deze aandoening het meeste voor?



in de lente



in de herfst



's nachts

Inenting?

Er bestaat geen inenting, maar deze is ook niet nodig.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Wat te doen?

Stel uw kind gerust, zodat stress de benauwdheid niet verergert. Best kan u uw kind zo goed mogelijk rechtop zetten. Zorg voor voldoende luchtvochtigheid in de kamer. Spoel de neus van het kind regelmatig met fysiologisch serum. Geef een middel tegen de koorts.
Als u echt ongerust wordt, kunt u wel een arts raadplegen, maar in principe kan valse kroep geen kwaad.

Hoe lang duurt het?

Uw kind geneest vanzelf, meestal binnen de 3 à 7 dagen na het begin van de infectie. Toch kan uw kind soms nog een tijdje blijven hoesten.

Thuisblijven?

Meestal blijft uw kind toch enkele dagen thuis. Besmetting van anderen gebeurt via niezen en hoesten. Zodra uw kind zich goed genoeg voelt, kan het weer naar de kribbe of naar de school.

Wat zegt de kinderarts?

Zelfs al gaat de valse kroep vanzelf over, toch kan de kinderarts soms medicijnen in aërosol voorschrijven om de symptomen milder te maken.
Als uw kind zwaar ziek is, langdurig hoge koorts maakt, te veel slijmen heeft, als het veel inspanning moet leveren om te ademen en/of weigert om te gaan liggen, kan de toestand toch ernstig zijn. In dat geval roept u er beter een arts bij.
Zuigelingen kunnen het sneller benauwd krijgen en verdienen dus extra aandacht.

De overdracht van bijna alle virussen kan worden beperkt door algemene hygiënemaatregelen:

- handen wassen voor en na het verzorgen van uw zieke kind (met eenvoudige zeep kan het virus al onwerkzaam worden gemaakt)
- speelgoed, fopspenen, kopjes, glas of bestek van een ziek kind niet in de mond nemen. Zakdoeken niet laten slingeren.
- verkouden broers en zusjes geven best geen kus aan de baby
- de kamer van het kind dagelijks verluchten en de temperatuur onder de 20°C houden

Mocht u na het lezen van deze informatie nog dringende vragen hebben, dan kunt u deze het best aan uw pediater of huisarts stellen. Indien u geen pediater heeft, dan zijn de pediaters in uw regio te vinden op www.bvksbp.be of op te vragen via Kind en Gezin. Tevens kunt u een afspraak maken op de consultatie van het UZ Brussel (02 477 60 61). Bij zeer urgente situaties kunt u steeds terecht in onze Spoedgevallendienst.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

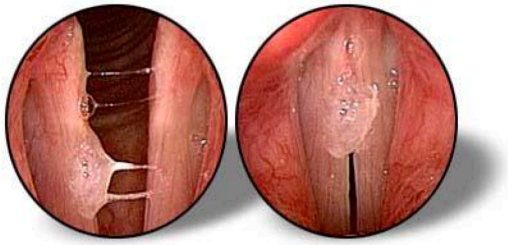
Universitair Ziekenhuis Brussel

LARYNGITE

Cette documentation est destinée à vous informer mais ne remplace en aucun cas la consultation auprès d'un pédiatre. Notez bien pendant la lecture que l'état de santé de votre enfant peut être différent de celui décrit dans le texte.

De quoi s'agit-il?

Cette infection virale, dans laquelle les voies respiratoires supérieures s'enflamment et qui s'accompagne d'une production de mucus, provoque également un gonflement des cordes vocales.



les cordes vocales

Quels sont les symptômes de la laryngite ?

Les symptômes sont comparables avec ceux d'un rhume (état grippal, fièvre, rhinite,…), avec en plus une toux caractéristique (*aboiement* comme un phoque) et une respiration pénible et bruyante. La voix est rauque. Ces bruits provoquent souvent des angoisses chez les enfants et leurs parents. Ces symptômes s'aggravent typiquement pendant la nuit.



Quand est-ce que cette maladie se manifeste le plus?



au printemps



à l'automne



la nuit

La vaccination?

La vaccination est inutile et n'existe pas.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische SpoedgevallenZorg - Urgences Pediatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Que faire?

Rassurez votre enfant afin d'éviter que le stress n'aggrave l'oppression pendant la toux. la position assise est la plus confortable. Faites en sorte que la chambre présente un degré d'humidité suffisante. Rincez le nez de votre enfant régulièrement avec du sérum physiologique. Administrez des antipyrétiques en cas de fièvre. Si vous êtes vraiment inquiet, vous pouvez toujours contacter un médecin, mais en principe une laryngite est inoffensive.

Combien de temps mon enfant va-t-il être malade?

Votre enfant sera guéri de façon spontanée dans un délai de 3 à 7 jours à partir du début de l'infection. La toux peut quand même persister encore quelque temps.

Rester à la maison?

Le plus souvent votre enfant restera quelques jours à la maison. La contagion se fait par la toux et l'éternuement. Dès que votre enfant se sent mieux, il peut retourner à la crèche ou à l'école.

Que dit le pédiatre?

Même si la laryngite passe de façon spontanée, votre médecin peut prescrire des médicaments en aérosol à fin de diminuer les symptômes.
Si votre enfant est gravement malade, si la fièvre virulente dépasse les 3 à 5 jours malgré les antipyrétiques, s'il a une production de mucus élevée, s'il doit faire beaucoup d'efforts pour respirer et/ou refuse de s'aliter, la situation peut être plus grave. Dans ce cas, il est indispensable de contacter un médecin. Les nouveaux-nés sont particulièrement sensibles et demandent des soins très attentifs.

La contagion de presque tous les virus peut être limitée en prenant de simples mesures d'hygiène:

Se laver les mains avant et après avoir administré les soins à votre enfant malade (un simple savon peut déjà rendre le virus inoffensif)

Ne pas mettre les jouets, sucettes, tasses, verres, couverts d'un enfant malade en bouche. Ne pas laisser traîner des mouchoirs usagés.

Les frères et sœurs enrhumés ne feront pas de câlin au bébé.

La chambre de l'enfant doit être aérée quotidiennement et la température devra être maintenu en dessous de 20°c.

Si vous avez des questions urgentes à poser après lecture de ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre pédiatre ou votre médecin généraliste. Au cas où vous n'avez pas de pédiatre, vous pouvez en trouver un dans votre région via www.bvksbp.be, ou vous renseigner auprès de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, l'ONE. Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une consultation à l'UZ Brussel (02 477 60 61). Dans les cas urgents, notre Service des Urgences est toujours à votre disposition.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische SpoedgevallenZorg - Urgences Pediatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

KOORTS

Deze informatie is bedoeld als ondersteuning en niet als vervanging van een raadpleging door de pediater. Raadpleeg steeds een arts als u zich zorgen maakt om de gezondheidstoestand van uw kind.

Wat is koorts?

Koorts is een verhoging van de lichaamstemperatuur hoger dan 38,5°C rectaal (gemeten in de anus).
Koorts is zelf geen ziekte! Het is een verdedigingssysteem van ons lichaam, nuttig om infecties te bestrijden. Bij infecties wordt het afweersysteem geactiveerd en zorgt de hypothalamus (een soort thermostaat in de hersenen) voor een hogere lichaamstemperatuur. Bepaalde microben krijgen het dan moeilijk.
Door koorts krijg je het gevoel kou te hebben en kan je gaan rillen. Vingers, tenen en oren voelen dan vaak koud aan. Dat is normaal.
De hoogte van de koorts heeft geen enkele relatie met de ernst van de ziekte, en weet dat jonge kinderen heel gemakkelijk 40°C maken.
Zodra het lichaam de ziekte de baas is, daalt de temperatuur weer vanzelf. De meeste kinderziekten gaan gepaard met een kleine week koorts. Toch raden we aan uw kind door een arts te laten onderzoeken als de koorts langer dan 3 dagen aanhoudt.

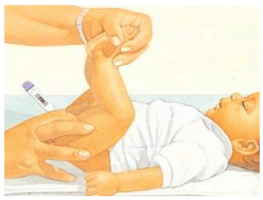
Koorts meten?



Wanneer uw kind warm aanvoelt of zich anders gedraagt dan gewoonlijk:

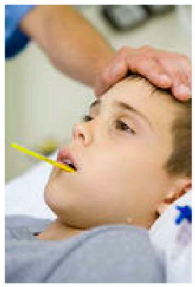
- minder of juist meer slaapt
- minder of helemaal niet eet
- lastig is, meer huilt
- minder of niet meer speelt
- bleek ziet of ongewoon bloost
- veel te snel, te traag of te luidruchtig ademhaalt

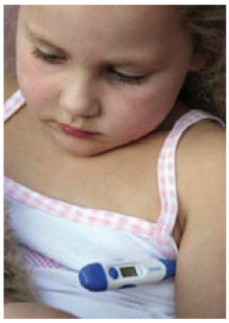
Meet de lichaamstemperatuur liefst twee keer per dag: 's morgens en 's avonds.
Best meet je de temperatuur in de anus (poep) maar weet dat die gemakkelijk 1 graad hoger ligt dan onder de oksel of onder de tong.



Bij zuigelingen meet u de lichaamstemperatuur best rectaal (aars/poep). Eventueel kan u een beetje vaseline aan de punt van de thermometer smeren. De thermometer moet zacht naar binnen kunnen schuiven. U mag hem niet dieper duwen wanneer u weerstand ondervindt.

Bij grotere kinderen kan u de temperatuur meten via de mond (opletten voor 'bijten'), onder de oksel, met een oorthermometer of via het voorhoofd (infrarood technologie). Maar al deze methodes zijn minder betrouwbaar dan in de anus.









Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

Moet je koorts behandelen?

Eigenlijk moet dat niet, maar een kind kan zich met een behandeling wel stukken beter voelen.

Stap 1: *Zorgen voor afkoeling*

- lichte kledij: hoe minder kledij, hoe vlugger de koorts kan zakken.
- het kind niet warm toedekken, ook niet als het gaat rillen.
- hou de kamer koel (18-20 °C) en zorg voor voldoende verluchting zonder tocht.
- geef het kind voldoende frisse drank. Een kind met koorts drinkt best wat méér.
- *Een afkoelingsbad heeft enkel zin wanneer al een koortswerend middel werd toegediend*! De temperatuur van het badje bedraagt 3°C lager dan de gemeten lichaamstemperatuur.
- Zorg dat uw kind voldoende rust krijgt. Het hoeft echter niet in bed te blijven en mag zelfs buiten.

Stap 2: *Een koortswerend middel*

Dit kan onder de vorm van een suppo of siroop. Een suppo breng je best met de vlakke kant eerst (zo gaat de suppo gemakkelijker in de aars, en blijft er beter in).



PARACETAMOL (Perdolan®, Dafalgan®, Tempra®, Curpol®, …)
maximaal elke 4 uur (6x/24u)

IBUPROFEN (Nurofen®, Perdofen®, Malafen®, …) maximaal elke 8 uur (3x/24u)

Wanneer na 4 uur de temperatuur nog steeds of terug 38,5°C overschrijdt, uw kind zich erg ziek voelt, pijn heeft of slecht drinkt, mag u opnieuw een koortswerend middel geven. Best geeft u afwisselend paracetamol en ibuprofen. De juiste dosering hangt af van de leeftijd en het gewicht van uw kind, en staat vermeld op de verpakking van het medicijn. Kinderen hoeven niet gewekt te worden om een koortswerend middel te krijgen.

Wanneer een arts contacteren?

Best *onmiddellijk* advies van een arts als uw kind met koorts
- jonger is dan vier maanden
- suf is of niet gemakkelijk wakker te krijgen
- kreunt of huilt en niet te troosten is of snel steeds zieker wordt
- benauwd is of moeite heeft met ademen
- bleek, blauw of grauw wordt
- rode of paarse vlekjes krijgt die je niet kan wegdrukken door de huid op te spannen of door druk met een glas
- forse hoofdpijn heeft met braken en last van het licht, en daarbij de kin niet op de borst kan brengen
- koortsstuipen had
- bekend is met verminderde weerstand of met een ziekte waarbij infectie extra risico geeft
- andere verschijnselen vertoont waarover u zich ernstige zorgen maakt

Rustig een afspraak maken met uw huisarts of kinderarts als uw kind met koorts:
- langer dan drie dagen koorts aanhoudt en daarbij zieker wordt
- als uw kind koorts heeft *en* andere verschijnselen (hoest, neusloop, keelpijn, diarree, braken).
- minder drinkt dan normaal (minder dan de helft van wat het normaal drinkt)
- na een aantal koortsvrije dagen opnieuw hoge koorts krijgt
- andere verschijnselen vertoont waarover u zich zorgen maakt

Mocht u na het lezen van deze informatie nog dringende vragen hebben, dan kunt u deze het best aan uw pediater of huisarts stellen. U kan de pediaters in uw regio vinden op www.bvksbp.be of opvragen via kind en gezin. Tevens kunt u een afspraak maken op de consultatie van het UZ Brussel (02 477 6061). Bij zeer dringende situaties kunt u terecht in onze spoedgevallendienst.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

LA FIEVRE

Cette information est une aide mais ne remplace en aucun cas la consultation auprès d'un pédiatre.
Consultez un médecin si vous avez des soucis au sujet de l'état de santé de votre enfant.

Qu'est ce que la fièvre?

La fièvre est une hausse de la température du corps au delà de 38,5°C (idéalement rectale). La fièvre elle-même n'est pas une maladie ! C'est un système de défense de notre corps, utile pour combattre les infections. En cas d'infection la température augmente. C'est un mécanisme de défense du corps qui met les microbes en difficulté. Vôtre enfant a l'impression d'avoir froid et peut éventuellement frissonner. Les extrémités sont froides (doigts, orteils et oreilles).
La quantité de fièvre n'a aucun rapport avec la gravité de la maladie. Il faut savoir que les enfants font facilement de la température jusqu'à 40°C.
La température baissera automatiquement dès que le corps aura maîtrisé la maladie. La plupart des maladies infantiles s'accompagnent d'une petite semaine de fièvre. Néanmoins, nous vous conseillons de consulter un médecin au cas où la fièvre dure plus de 3 jours.

Prendre la fièvre?

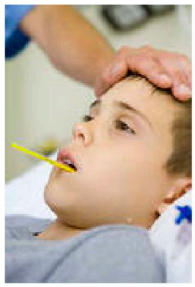


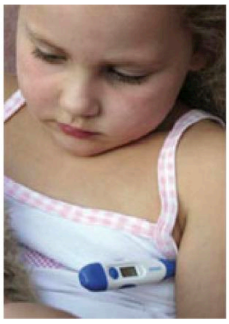
Si votre enfant est chaud au toucher ou ne se comporte pas comme d'habitude:
- Dort moins ou plus que d'habitude
- Mange moins ou ne mange plus du tout
- Est difficile, pleure plus
- Joue moins ou plus du tout
- Est pâle ou rougi inhabituellement
- Respire trop vite, trop lentement ou trop bruyamment

Prenez la température de préférence 2 fois par jour : 1 fois le matin et 1 fois le soir.
Prenez la température de préférence dans l'anus (le derrière) mais sachez que la température prise de cette façon peut facilement avoir 1 degré de plus que sous l'aisselle ou la langue.

La température des nourrissons doit de préférence être prise dans l'anus (le derrière). Lubrifiez éventuellement la pointe du thermomètre avec un peu de vaseline. Le thermomètre doit pouvoir glisser tout doucement à l'intérieur. Vous ne pouvez pas le pousser plus au cas où vous sentez de la résistance.

Vous pouvez prendre la température des enfants déjà plus grands par la bouche (faites attention qu'ils ne mordent pas), sous l'aisselle, avec un thermomètre auriculaire ou par le front (technologie infrarouge). Mais ces méthodes sont moins sûres que la prise de température rectale.









Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders Pediatrische Spoedgevallenzorg – Urgences Pédiatriques

Faut-il soigner la fièvre?

A vrai dire, non, mais votre enfant peut se sentir beaucoup mieux avec un traitement. Les démarches à prendre:

1) Prendre soin d'un refroidissement

- Des vêtements légers: au moins l'enfant porte de vêtements, au plus vite la fièvre baissera.
- Ne pas border l'enfant chaudement, même au cas où il frissonne.
- Garder la chambre fraiche (18-20°C) et aérez suffisamment, sans courant d'air.
- Donnez suffisamment de boissons fraiches. Un enfant fiévreux boit de préférence un peu plus.
- Un bain de refroidissement est uniquement utile au cas où un médicament contre la fièvre a déjà été administré. La température de l'eau du bain sera 3°C de moins que celle de l'enfant.
- Votre enfant a besoin de repos. Il ne doit pas pour autant rester au lit et peut même sortir.

2) Un médicament contre la fièvre

Il peut être administré sous forme de suppositoire ou de sirop. Un suppositoire doit être introduit, la surface plate d'abord (de cette façon le suppo pénétrera plus facilement l'anus et restera mieux en place).



PARACETAMOL (Perdolan®, Dafalgan®, Tempra®, Curpol®, ...) toutes les 4h (6x/24h max)

IBUPROFEN (Nurofen®, Perdofen®, Malafen®, ...) toutes les 8h (3x/24h max)

Si, après 4 heures, la fièvre reste supérieur à 38,5°C, ou si votre enfant se sent très malade, s'il a mal ou ne boit pas beaucoup, vous pouvez administrer a nouveau un médicament contre la fièvre. Il est préférable d'employer alternativement le paracétamol et l'ibuprofène. La posologie dépend de l'âge et du poids de l'enfant. Elle est marquée sur l'emballage. Les enfants ne doivent pas être réveillés pour administrer ces médicaments.

Quand contacter un médecin?

Il faut *immédiatement* consulter un médecin au cas où votre enfant est fiévreux et:
- a moins de 4 mois.
- a l'air abruti ou est difficile à réveiller.
- s'il gémit ou pleure et est inconsolable ou si son état s'aggrave.
- s'il est oppressé.
- s'il devient pâle, bleuâtre ou grisâtre.
- si vous constater une apparition de points ou de taches rouges ou violets qui ne disparaissent pas en tendant la peau ou sous la pression d'un verre.
- s'il a des maux de têtes accompagnés de vomissements, qu'il ne supporte pas la lumière et qu'en plus il n'arrive pas a mettre son menton sur sa poitrine.
- s'il a des convulsions fébriles.
- si son immunité est diminuée suite à une autre maladie.
- s'il présente d'autres symptômes qui vous inquiètent.

Prenez *tranquillement* rendez-vous auprès de votre médecin ou pédiatre au cas où votre enfant fiévreux:
- devient de plus en plus malade au delà de 3 jours et si la fièvre persiste plus de 3 jours
- si votre enfant fait de la fièvre *et* présente d'autres symptômes (toux, le nez qui coule, maux de gorge, diarrhées, vomissements)
- s'il boit moins que d'habitude (moins que la moitié de ce qu'il boit normalement)
- si la fièvre réapparaît après quelques jours sans fièvre
- s'il présente d'autres symptômes qui vous inquiètent.

Si vous avez des questions urgentes à poser après lecture de ce texte, n'hésitez pas à prendre contact avec votre pédiatre ou votre médecin généraliste. Au cas ou vous n'avez pas de pédiatre, vous pouvez en trouver un dans votre région par www.bvksbp.be ou vous pouvez vous renseigner auprès de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, l'ONE. Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une consultation à l'UZ Bruxelles (02 477 60 61). Dans les cas très urgents notre service des urgences est toujours à votre disposition.

Dr. Gerlant van Berlaer, Vanessa Mommens, Erik Van de Gucht, Philippe Bytebier, Vera Van Mulders
Pediatrische Spoedgevallenzorg - Urgences Pédiatriques

UZ Brussel LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL

Bijlage 2.

ONDERZOEK PATIENT RECALL

Noteer:

- Geboortedatum kind
- Datum consult
    - ! Kolom opnieuw verbergen !
- Geslacht kind:
    - Jongen = 0
    - Meisje = 1
- Taal consent:
    - Nederlands = 0
    - Frans = 1
- Arts (afkorting)
- Diagnose
- Groep:
    - Geen fiche meegegeven = 0
    - Fiche meegegeven = 1
    - ! Kolom opnieuw verbergen !

Kennisvragen:

- Quotering:
    - Geen notie = 0
    - Weinig correct/foutief = 1
    - Partieel correct = 2
    - Volledig correct = 3

- Vraag 1: Welke diagnose werd er op de spoedgevallendienst door de dokter gesteld? Weet u wat dit betekent?
- Vraag 2: Weet u hoe lang de aandoening ongeveer kan duren?
- Vraag 3: Wat is de behandeling?
- Vraag 4: Weet u wanneer u uw kind opnieuw moet laten onderzoeken?

Meningsvragen:

- Vond u de uitleg van de dokter duidelijk?
    - Geen mening = 0
    - Nee = 1
        - Wat was daar de reden voor?
    - Een beetje = 2
        - Wat was daar de reden voor?
    - Ja = 3

- Wie hebt u nadien geraadpleegd voor de opvolging van uw kind?

    - Eigen huisarts, pediater, spoed, K&G, apotheek, internet, familie en vrienden, …

Voor de testgroep:

- Heeft u de infofiche gelezen?
    - Nee = 0
    - Deels = 1
        - Welk deel heeft u specifiek gelezen?
    - Ja = 2
- Vond u de geschreven informatie duidelijk?
    - Geen mening = 0
    - Nee = 1
        - Wat was daar de reden voor?
    - Een beetje = 2
        - Wat was door de reden voor?
    - Ja = 3
- Vond u de brochure nuttig?
    - Geen mening = 0
    - Nee = 1
    - Ja = 2

Demografische vragen:

- Welke taal heeft u gesproken met de arts?
    - Nederlands = 0
    - Frans = 1
- Welke is uw moedertaal?
    - Nederlands = 0
    - Frans = 1
    - Andere = 2
- Wat is uw geslacht? En uw verwantschap?
    - Man / papa = 0
    - Vrouw / mama = 1
- Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?
    - Kleuter / basis / lager secundair onderwijs = Laag = 0
    - Hoger secundair/ postsecundair onderwijs = Gemiddeld = 1
    - Hoger niet-universitair / Hoger universitair onderwijs = Hoog = 2