Ondersteuning van ouders van kinderen met koorts in de eerste lijn.

Deborah De Mey, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Departement Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Marieke Lemiengre, Departement Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Dr. Johan Haegeman

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2012

DANKWOORD

Deze thesis is tot stand gekomen met up's en down's, lange dagen en slapeloze nachten. En hoewel ik het schrijven van een thesis vaak als een eenzame bezigheid heb ervaren, toch zou het mij alleen nooit gelukt zijn. Daarom wil ik via deze weg enkele mensen speciaal bedanken.

Eerst en vooral een dankwoordje voor mijn promotor en co-promotor, Prof. Dr. An De Sutter en Dr. Marieke Lemiengre, voor het helpen zoeken naar een boeiend onderwerp, voor het geven van tips en trucs en mij te corrigeren waar nodig.

Daarnaast een welgemeende dankjewel aan Johan, Joris en Caroline, voor hun nuchtere kijk op de zaken, hun medewerking en hun begrip. Hun positiviteit zorgde meer dan eens voor dat kleine lichtje in de duisternis.

Mijn dank gaat ook uit naar Philip, en met hem ook alle haio's van mijn seminariegroep. Hoe heerlijk is het te weten dat je bij hen steeds terecht kunt voor een luisterend oor, een woord van steun, en onbevooroordeeld advies.

Ook mijn ouders en mijn zus verdienen het om even in de bloemetjes te worden gezet, want zonder hun actieve steun was het mij nooit gelukt. Hun vertrouwen in mij is niet in woorden te omschrijven, evenals mijn respect voor hen.

Vriendschap zit soms in kleine dingen; een gezellige babbel, een kaartje, een telefoontje, een berichtje... Karen, Nele, Pieter, en alle anderen die in gedachten mijn thesis hielpen schrijven, dank jullie wel.

En dan mag ik zeker niet vergeten, dank u Valerie, Joke, Els, Deborah, Griet, Marieke, Sofie, Kristof, Peggy, Marie-Paule en An, want zonder hen was deze thesis er nooit gekomen.

Ten slotte nog een dankwoordje voor Alain, Nicole en Jan. Ver weg van hier, maar in gedachten zo dichtbij. Zij zijn verantwoordelijk voor rooskleurige vooruitzichten, zij zijn, zonder het zelf te beseffen, de grote drijfveer van mijn motivatie.

Dankzij al deze mensen kan ik terugkijken op een lange reis, zeer leerrijk, zeer boeiend, vol uitdagingen, soms eens een omweg of een onverwacht obstakel, maar dankzij hen was het meer dan de moeite waard!

ABSTRACT

Context. Als huisarts word je regelmatig geconfronteerd met kindjes die koorts hebben, maar ook met hun bezorgde ouders. Hoewel koorts een natuurlijke en adequate reactie van het lichaam op een ziekteverwekker is, en elk kind vroeg of laat in zijn leven er wel eens mee wordt geconfronteerd, boezemt het toch veel ouders angst in.

Onderzoeksvraag. Aan de hand van wat reeds in de literatuur beschreven staat, en een interview met ouders van kinderen tussen 0 en 12 jaar oud, wil ik uitzoeken waarom ouders zo bezorgd zijn als hun kind koorts heeft, waar die bezorgdheid vandaan komt, en welke consequenties dit heeft op hun gedrag.

Methode. Een semi-gestructureerd interview werd afgenomen bij 10 ouders, nadat ze met hun kind met koorts kwamen consulteren. De bevraging bestond uit vragen volgens 3 grote thema's, namelijk ideeën en handelingen bij koorts, bronnen van informatie en evaluatie van een informatiefolder over koorts, die ontworpen werd in het kader van een doctoraatsproject.

Resultaten. In vergelijking met wat beschreven staat in de literatuur, zijn de geïnterviewde ouders correcter in het benoemen van koorts en hebben ze minder schrik voor irreversibele orgaanschade. Ze zijn accurater in het toedienen van antipyretica, wekken hun kinderen minder om de temperatuur te meten of koortswerende middelen toe te dienen en wachten langer om een arts te contacteren. Maar de angst voor koorts is nog steeds aanwezig, vooral bij temperaturen boven 39°C. Ouders blijven 's nachts alert om hun kind te controleren wanneer het slaapt, en vermelden regelmatig nog het toedienen van lauwe of koude badjes en het alternerend toedienen van paracetamol en ibuprofen.

Conclusie. Anno 2012 blijft Fever Phobia nog steeds een actueel thema. Voor ons, artsen, is een belangrijke taak weggelegd in het proberen begrijpen waarom ouders handelen zoals ze handelen, en hen evidence-based informatie te verstrekken, ten einde hen optimaal te ondersteunen in hun zorg voor een kind met koorts.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 5

2. LITERATUURONDERZOEK 6

2.1. Methodologie 6

2.1.2. Zoekstrategie 6

2.1.3. Selectie van artikels 6

2.2. Resultaten 9

2.2.2. Normale lichaamstemperatuur en koorts 10

2.2.3. Temperatuur meten 11

2.2.4. Bezorgdheid van ouders bij koorts 12

2.2.5. Behandelen van koorts 12

2.2.6. Nut van educatie van ouders over koorts 14

3. ONDERZOEKSMETHODIEK 15

4. RESULTATEN 17

4.1. Thema 1: koorts 17

4.2. Thema 2: koorts meten 18

4.3. Thema 3: behandeling van koorts 20

4.4. Thema 4: angst bij koorts 24

4.5. Thema 5: bronnen van informatie 26

4.6. Thema 6: rol van de arts 28

4.7. Thema 7: folder 31

5. DISCUSSIE 33

5.1. Samenvatting 33

5.2. Mogelijke bias 34

5.3. Vergelijking met de literatuur 35

5.4. Persoonlijk leerproces 39

5.5. Suggesties voor verder onderzoek 41

6. CONCLUSIE 41

7. BIBLIOGRAFIE 42

8. BIJLAGEN 45

8.1. Bijlage 1: Vragenlijst interviews 45

8.2. Bijlage 2: Folder "Koorts bij kinderen" 46

1. INLEIDING

Als huisarts word je regelmatig geconfronteerd met kinderen die koorts hebben, maar ook met hun bezorgde ouders. Vaak is een “banale” virale infectie de oorzaak van de koorts, en volstaat een supportieve behandeling waarbij lichte kleding, voldoende hydratatie, relatieve rust en antipyretica de grote pijlers zijn. Echter, in de praktijk heb ik al gemerkt dat dergelijke consultaties vaak meer vergen dan een grondige anamnese, volledig klinisch onderzoek, bespreking van het onderzoek en geruststelling. Ongeruste ouders hebben vaak nog een aantal vragen, willen toch zeker zijn dat er niks méér aan de hand is dan een virale infectie, en vragen regelmatig zelf naar het opstarten van antibiotica.

Hoewel koorts een natuurlijke en adequate reactie van het lichaam op een ziekteverwekker is, en elk kind vroeg of laat in zijn leven er wel eens mee wordt geconfronteerd, boezemt het toch veel ouders angst in. Aan de hand van interviews met ouders van kinderen tussen 0 en 12 jaar oud, wil ik uitzoeken waarom ouders zo bezorgd zijn als hun kind koorts heeft, waar die bezorgdheid vandaan komt, en welke consequenties dit heeft op hun gedrag.

In de literatuur werd reeds veel onderzoek gedaan naar de bezorgdheden van ouders bij kinderen met koorts. Hun misvattingen en inadequaat gedrag werd door Barton Schmitt in 1980 voor het eerst onder de noemer “Fever Phobia” geplaatst. Met dit kwalitatief onderzoek wil ik achterhalen of die koortsfobie ook bij de ouders in onze praktijk aanwezig is.

In het kader van een doctoraatsproject werd een folder opgesteld, die adviezen wil verstrekken aan ouders die geconfronteerd worden met een kind met koorts. Tijdens de interviews wordt deze folder besproken, waarin we vooral willen nagaan of alles wat in de folder staat wel duidelijk is, welke informatie door de ouders als zinvol wordt ervaren, en welke informatie er volgens hen nog ontbreekt in de folder.

Met dit onderzoek hoop ik een beter zicht te krijgen op wat er leeft bij de ouders wanneer ze komen consulteren met een kind met koorts, wat hun ideeën, bezorgdheden en verwachtingen zijn, en op welke manier ik, als hulpverlener, hen het beste kan ondersteunen en begeleiden in hun zorg voor hun zieke kindje.

2. LITERATUURONDERZOEK

2.1. Methodologie

2.1.1. Zoekstrategie

In maart 2012 werd in PubMed gezocht naar artikels die verband houden met de misverstanden en bezorgdheden die leven bij ouders van kinderen met koorts, en hoe ouders hiermee omgaan. Met combinaties van volgende Mesh-termen werd de literatuur doorzocht: “parents”, “caregivers”, “fever”, “child”, “preschool child”, “infant”, “anxiety”, “attitude”, “pamphlets”, “behavior”, “perception”, “parents/education”, “health education/methods” en “communication”.

Titel en abstract van de verkregen artikels werden gescreend. Enkel artikels die handelen over koorts bij kinderen werden grondiger bestudeerd.

2.1.2. Selectie van artikels

De combinatie van “anxiety”, “fever”, “parents or caregivers” and “child, preschool child or infant” leverde 9 artikels op, waarvan op basis van de abstract 2 artikels werden geëxcludeerd gezien de nadruk bij die artikels ligt op de diagnose en specialistische behandeling van een welomschreven aandoening (malaria en koortsstuipen). Van de 7 overblijvende artikels werden 5 artikels opgenomen in de studie, 1 artikel was niet beschikbaar, noch in de bibliotheek van Leuven, noch in de bibliotheek van Gent, en 1 artikel werd grondig doorgenomen, maar leverde geen relevante informatie voor deze literatuurstudie.

Een zoekopdracht met de mesh-termen “behavior”, “fever”, “parents or caregivers” and “child, preschool child or infant” leverde 24 nieuwe artikels, waarvan op basis van titel reeds 12 artikels werden geëxcludeerd, omdat het artikels betroffen die gaan over de diagnose en behandeling van specifieke aandoeningen (malaria, koortsstuipen, tanddoorbraak, koorts na vaccinatie, diabetes, sepsis, Munchausen by proxy, Duchenne, braken, systolisch geruis, SIDS). Op basis van abstract werden nog eens 7 artikels geëxcludeerd; 1 artikel was een reactie op een artikel (dat overigens wel geïncludeerd werd), maar leverde geen bijkomende relevante gegevens voor dit literatuuronderzoek, 1 artikel handelde over de behandeling van malaria zonder in te gaan op de aanpak of bezorgdheden van de ouders bij koorts, 1 artikel gaat over het zoeken van gezondheidsadviezen in Guatemala, wat niet relevant is voor dit literatuuronderzoek gezien de te grote socio-culturele verschillen met onze Westerse samenleving, 1 artikel focust specifiek op de besliskunde van de behandelende arts, en de 3 overige artikels focussen op het beleid bij bacteriemie aan de hand van een informed consent bij de ouders. De 5 artikels die na deze selectie overbleven, werden alle geïncludeerd in de studie.

De combinatie van mesh-termen “perception”, “fever”, “parents or caregivers” and “child, preschool child or infant” leverde 2 nieuwe artikels op, waarvan 1 werd geëxcludeerd op basis van de abstract, gezien het artikel focust op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Kenya, wat voor dit literatuuronderzoek niet relevant is omwille van de te grote socio-culturele verschillen met onze Westerse samenleving. Na grondig doornemen van het overblijvende artikel, werd deze in de studie geïncludeerd.

De combinatie van “attitude”, “fever”, “parents or caregivers” and “child, preschool child or infant” leverde 79 nieuwe artikels op. 1 artikel werd geëxcludeerd op basis van de taal (Noors). 19 artikels werden geëxcludeerd op basis van titel; 18 omdat de titel aangaf dat het artikel handelde over een specifieke aandoening, die ook gepaard gaat met koorts, maar waarbij de nadruk ligt op de specifieke behandeling van de aandoening (malaria, tanddoorbraak, tonsillectomie, urineweginfectie, pneumonie), 1 artikel dat gaat over protectie tegen passief roken werd eveneens geëxcludeerd. Op basis van abstract werden nog eens 19 artikels geëxcludeerd; 1 artikel beschrijft de opzet van een pilootstudie, 1 artikel was een commentaar op een reeds verschenen artikel (dat overigens wel werd geïncludeerd), maar geen meerwaarde leverde aan dit literatuuronderzoek, 1 artikel gaat

specifiek over antibioticagebruik, 8 artikels handelen over de diagnose en behandeling van een specifieke aandoening die gepaard gaat met koorts (malaria, diarree, bacteriële infectie), zonder te focussen op de aanpak en bezorgdheden bij ouders, 7 artikels gaan over de toegankelijkheid van gezondheidszorg in niet-Westerse landen, waarbij de socio-culturele verschillen te groot zijn met onze Westerse samenleving en 1 artikel gaat specifiek over triage van kinderen met koorts door een verpleegkundige. Van de 40 overblijvende artikels werden, na grondig doornemen van de volledige tekst, 15 artikels geëxcludeerd die mijns insziens geen nieuwe of relevante informatie aanreikten voor het schrijven van het literatuuronderzoek. De overige 25 artikels werden geïncludeerd.

Een zoektocht met de mesh-termen “pamphlets”, “parents or caregivers” and “child, preschool child or infant” leverde slechts 1 nieuw artikel. Echter, dit artikel was louter een kwaliteitsverbeterende uiteenzetting voor de aanpak van koorts in één bepaald ziekenhuis in Philadelphia, en leverde geen bijkomende meerwaarde aan dit literatuuronderzoek.

De combinatie “parents/education” en “fever” leverde 33 nieuwe artikels op. 4 artikels werden geëxcludeerd op basis van taal (Zweeds, Chinees en 2x Hebreeuws). 6 artikels werden geëxcludeerd op basis van de titel omdat die aangaf dat het artikel handelt over de diagnose en behandeling van specifieke aandoeningen (urineweginfectie, abortus, FUO, doofheid, malaria en sickle cell anemie). Daarnaast werden nog eens 4 artikels geëxcludeerd op basis van abstract, 1 artikel die over de behandeling van malaria gaat, 1 artikel die de aanpak van koortsstuipen bespreekt en 2 artikels die het beleid van ernstige ziekte en FUO bespreken op de spoedgevallendienst. Van de 19 resterende artikels werden 6 artikels geëxcludeerd omwille van het niet beschikbaar zijn, noch in de bibliotheek te Leuven, noch in de bibliotheek te Gent. Bijkomend werden, na grondig doorlezen van het volledige artikel, nog 6 artikels niet opgenomen in de studie, omdat ze mijns insziens geen bijkomende meerwaarde leverden aan dit literatuuronderzoek. De overige 7 artikels werden wel geïncludeerd.

6 nieuwe artikels werden verkregen door een zoekopdracht met de termen “health education/methods” en “fever”. Op basis van abstract werden 3 artikels geëxcludeerd; 2 artikels die het beleid van koorts na een internationale reis bespreken, en 1 artikel die handelt over medisch advies via een internet-applicatie. Van de 3 resterende artikels werd

na grondig doornemen nog 1 artikel bijkomend geëxcludeerd, die handelt over het gebruik van een specifieke observatieschaal voor ouders, maar weinig relevant bleek voor dit literatuuronderzoek. De 2 overige artikels werden wel geïncludeerd in de studie.

7 artikels, bekomen via het snowball-effect tijdens mijn zoektocht op PubMed, werden bijkomend geïncludeerd. Dit levert een totaal van 52 artikels op, die als wetenschappelijke basis dienen voor het schrijven van de literatuurstudie.

2.2. Resultaten

Kinderen en koorts, het is een combinatie waar elke ouder wel eens mee wordt geconfronteerd. Koorts is dan ook een natuurlijk proces, een adequate aanpassing van het lichaam om een infectie te bestrijden [1]. En toch wordt koorts vaak door ouders ervaren als iets gevaarlijks, iets wat koste wat het kost bestreden moet worden. In 1980 werd door Schmitt voor het eerst de term “Fever Phobia” geïntroduceerd, waarmee hij de ongegronde angsten en misvattingen van ouders onder één term probeert te brengen [2]. Sindsdien wordt over de hele wereld niet enkel onderzoek gedaan naar de misvattingen, angsten en bezorgdheden die leven bij ouders van kinderen met koorts, maar ook naar hoe we ouders, en vaak ook hulpverleners, kunnen genezen van die koortsfobie. Want de angst voor koorts brengt een aantal nadelen met zich mee: ouders blijven gans de nacht op om de koorts te doen zakken, kinderen worden ’s nachts gewekt om de temperatuur te meten en antipyretica toe te dienen, antipyretica worden te vaak toegediend wat tot overdosering kan leiden, kinderen worden met te koud water gedept en artsen worden overstelpt met telefoontjes en visites van ongeruste ouders [2].

20 jaar na publicatie werd in 2001 door Crocetti et al een artikel gepubliceerd, waarbij de handelingen die ouders verrichten als hun kind koorts heeft, vergeleken werden met die van 20 jaar voordien [3]. De conclusie was frappant: de misvattingen en angsten over koorts waren na 20 jaar nog even uitgesproken aanwezig. Nog steeds waren zowel ouders als hulpverleners ervan overtuigd dat koorts, indien niet behandeld, kan blijven stijgen tot boven 43°C, dat koorts kan leiden tot irreversibele hersenschade, en dat een kind ’s nachts

gewekt moet worden om de temperatuur te meten. 20 jaar na het introduceren van de term “Fever Phobia” werden kinderen nog vaker gedept met lauw of koud water, of soms met alcohol, en dat bij normale lichaamstemperaturen. Ook werd er vaker een antipyreticum toegediend, aan hogere dosissen, ook bij koorts onder 37,8°C, en een kwart van de ouders diende paracetamol en ibuprofen alternerend toe aan hun kind met koorts.

Ook Walsh et al (2006) stelden op basis van een review van de literatuur vast dat, hoewel er veel interventies gebeurd zijn om de kennis van ouders over koorts te bevorderen, de kennis globaal onveranderd bleef, en er ook geen gedragsaanpassingen zijn gebeurd in de periode tussen 1980 en 2004 [4]. Ouders blijven normale temperaturen behandelen, en blijven medicatie over- of onderdoseren.

Enkele veel voorkomende misvattingen en handelingen van ouders bij kinderen met koorts, worden hieronder samengevat.

2.2.1. Normale lichaamstemperatuur en koorts

Algemeen wordt aangenomen dat men van koorts kan spreken bij een lichaamstemperatuur boven 38°C. Echter, veel ouders kennen de normale lichaamstemperatuur niet. Een studie in Minesota, gepubliceerd in 1985, bracht aan het licht dat 96% van de ondervraagde tienermoeders de normale lichaamstemperatuur niet kon benoemen [5]. 30 tot 60% van de ouders spreekt van koorts bij temperaturen onder 38°C [6-10], en 58% van de ouders spreekt van hoge koorts bij een temperatuur boven 38,9°C [2]. In die laatste studie van Schmitt (1980), geloofde 16% van de ouders ook dat koorts kan blijven stijgen tot 43,3°C indien ze niet wordt behandeld, terwijl een temperatuur hoger of gelijk aan 41°C slechts zelden voorkomt bij koorts, en meestal wordt veroorzaakt door een excessieve hittebelasting in combinatie met een interferentie in het warmteverlies, bijvoorbeeld door het kind te warm aan te kleden [2].

2.2.2. Temperatuur meten

Vaak wordt aan ouders geadviseerd om de temperatuur rectaal te meten, omdat deze temperatuur het meest de kerntemperatuur benadert [11]. In een artikel, gepubliceerd in 1984, adviseert Schmitt echter om bij kinderen onder de 5 jaar de temperatuur axillair te meten, en bij kinderen ouder dan 5 jaar oraal. Het rectaal meten van de temperatuur zou voor het kind een eerder onprettige ervaring zijn, waarbij er ook een risico bestaat op rectale perforatie. Het is dan ook niet steeds nodig om nauwkeurig de temperatuur te weten; met het meten van de temperatuur willen we vooral achterhalen of er al dan niet koorts aanwezig is [1]. Ook in de meest recente NICE guideline over koorts bij kinderen (2007) wordt de voorkeur gegeven aan axillaire of infrarood temperatuurmeting met een oorthermometer [12]. Met een sensitiviteit van 93% en een specificiteit van 92% bij correct gebruik bij kinderen tussen 2 en 9 jaar oud, is het meten van de koorts met een oorthermometer waarschijnlijk ook wel te verantwoorden [13]. Het meten van de axillaire temperatuur daarentegen wordt door enkele auteurs in twijfel getrokken. In 1996 werd door Haddock et al een artikel gepubliceerd met als titel “The falling grace of axillary temperatures”, waarbij met een sensitiviteit van 27,8% geconcludeerd werd dat axillaire metingen toch niet zo betrouwbaar zijn als eerder werd gedacht [14]. Hiermee werden de resultaten van Kresch (1984) bevestigd, namelijk dat een axillaire temperatuurmeting met een sensitiviteit van 33,3%, een specificiteit van 97,7% en een PPV van 78%, niet de voorkeur zou mogen genieten voor de detectie van koorts bij kinderen [15]. Ook Kiernan (2001) besluit dat rectale meting de gouden standaard blijft bij baby’s en peuters. Zodra het kind in staat is om een thermometer correct onder te tong te houden, kan overgegaan worden naar orale metingen. Axillaire metingen zouden inconsistent en inaccuraat zijn bij kinderen ouder dan 1 maand, en zouden dus steeds aangevuld moeten worden door een rectale of orale controlemeting [16]. Dat een rectale meting zou leiden tot rectale perforaties, wordt door Morley et all (1992) dan weer in twijfel getrokken. Na grondige analyse van 20 case reports, die in een periode van 30 jaar gepubliceerd werden, bleek dat alle rectale perforaties beschreven werden bij neonati in een ziekenhuissetting, en enkele van die perforaties meest

waarschijnlijk een spontane perforatie betroffen. Naar schatting zou rectale perforatie slechts optreden in minder dan één op twee miljoen rectale metingen [17].

Indien de koorts door de ouders wordt gemeten, dan gebeurt dit hoofdzakelijk axillair, rectaal of oraal, en regelmatig meten ouders de temperatuur ook met een oorthermometer [18-21]. Maar soms wordt ook helemaal geen thermometer gebruikt. 50 tot 90% van de ouders bepalen de temperatuur wel eens door het voelen aan het voorhoofd van het kind. Mogelijks worden op deze manier heel wat kinderen behandeld met antipyretica, terwijl er eigenlijk nog geen sprake is van koorts [22].

2.2.3. Bezorgdheid van ouders bij koorts

Wanneer de bezorgdheid van ouders specifiek bevraagd wordt, geeft slechts 1% van de ondervraagden aan niet bezorgd te zijn bij koorts [2,18]. Tot 82% van de ouders geeft aan zeer bezorgd te zijn [18,21,23]. Erge ongerustheid van ouders is gecorreleerd met een temperatuur boven 39°C, het in het verleden niet gekregen hebben van informatie over koorts, een lager educatieniveau, ouder zijn van een enig kind en de leeftijd van het kind (hoe jonger, hoe meer ongerust) [19,21]. Ouders die in het verleden stuipen hebben meegemaakt, zijn angstiger bij koorts dan ouders die nog nooit stuipen hebben meegemaakt [24].

2.2.4. Behandelen van koorts

Omdat tot 94% van de ouders gelooft dat koorts boven 39°C schadelijk is, of schadelijke nevenwerkingen kan hebben, bijvoorbeeld permanente hersenschade of zelfs overlijden, wordt koorts vaak rigoreus behandeld [2-3,7,9-11,18,20,23,25-26.]. 30 tot 67% van de ouders behandelt koorts bij temperaturen onder 38°C [2,18,23]. Behandelen van de koorts gebeurt vooral met antipyretica, soms ook met het deppen met lauw of koud water, of het kind in

een koud of lauw badje steken. Minder dan de helft van de ouders denkt er ook spontaan aan vocht toe te dienen, het kind lichter te kleden en fysieke activiteit te verminderen [7,27].

2.2.4.1. Antipyretica

75 tot 95% van de ouders gaf ooit een koortswerend middel bij koorts [8,18-19,25,28-29]. Ouders die geloven dat koorts schadelijk is voor het kind, dienen sneller antipyretica toe. Ouders die een hogere opleiding hebben genoten, en ouders die regelmatig zelf paracetamol innemen, dienen ook sneller antipyretica toe aan hun kind. Door paracetamol toe te dienen, zou het kind zich beter voelen, meer alert zijn en gemakkelijker slapen, aldus de ouders [25]. Daarentegen, kinderen die moeilijk medicatie innemen, worden vaker evidence-based behandeld. Aan hen wordt minder snel een koortswerend middel toegediend bij nog normale lichaamstemperaturen of lichte koorts [28].

In bijna alle geraadpleegde studies over antipyretica werd door ouders de voorkeur gegeven aan paracetamol als koortswerend middel, gevolgd door ibuprofen, en bij een minderheid aspirine [18-19,25,27,29-31]. Door 2% tot 75% van de ouders wordt een alternerend schema toegepast, waarbij het toedienen van paracetamol wordt afgewisseld met de toediening van ibuprofen [7,18,25,27,29]. Een literatuurstudie door Carson (2003) besluit echter dat hiervoor geen wetenschappelijke basis bestaat naar veiligheid en superioriteit, in vergelijking met het toedienen van een enkele specialiteit. Een alternerende toediening van 2 specialiteiten leidt tot overdosering, zorgt voor een extra belasting van de nieren en promoot Fever Phobia, en wordt dus beter vermeden [32].

Overdosering van medicatie blijkt trouwens geen zeldzaamheid, en zou gecorreleerd zijn met een laag lichaamsgewicht van het kind volgens leeftijd, en het toedienen van suppo's [33]. Medicatiefouten gebeuren vaker met ibuprofen dan met paracetamol [26,29].

2.2.4.2. Fysieke afkoeling

Naast het toedienen van antipyretica, worden vaak nog andere handelingen toegepast om de temperatuur te doen dalen. Een studie in Frankrijk door Boivin et al (2007) toont aan dat 94% van de ouders hun kind in een bad of douche plaatst, waarbij 55,4% dit doet aan 2°C onder de rectale temperatuur [27]. Ook andere studies besluiten dat fysieke afkoeling nog vaak wordt toegepast [3,8,18-19,21,31], soms in combinatie met de toediening van paracetamol [34]. Echter, in 1984 werd fysieke afkoeling van een kind met koorts eerder afgeraden door Schmitt, omdat het vaak als oncomfortabel wordt ervaren, en gepaard gaat met rillen. De hypothalamus probeert immers de afkoeling van de lichaamstemperatuur tegen te gaan, omdat er een verhoogde set-point werd ingesteld ter bestrijding van de infectie [1].

2.2.5. Nut van educatie van ouders over koorts

Omdat ouders aangeven angst te hebben voor koorts, ze vaak te snel behandelen met te hoge dosissen van antipyretica, en inadequaat reageren bij koorts, werden veel initiatieven ondernomen om de kennis van ouders over koorts bij kinderen te verbeteren. Hiervoor werden folders over koorts ontwikkeld, infosessies werden georganiseerd, video's werden getoond in wachtzalen, tijdens consultaties werden adviezen geformuleerd over wat te doen bij koorts... [35-42].

Een aantal van deze interventies bracht een significante stijging van de kennis over koorts teweeg [37-42], en dit soms tot 6 maanden na de interventie [38,41]. Ook zou, volgens een Nederlandse studie door Van Stuijvenberg et al (1999), het geven van uitleg over koorts en koortsstuipen, de angst voor koorts doen verminderen bij 21% van de ouders [24]. Of ouders ook minder snel een onnodige consultatie bij een arts aanvragen, is minder duidelijk. 2 studies geven aan dat dit effectief zo is [40-41], maar een andere studie kon geen verschil aantonen in het aantal herconsultaties bij koorts na educatie [39].

Ouders zouden vragende partij zijn naar geschreven adviezen, want vaak vergeten zij het merendeel van wat gezegd wordt tijdens de consultatie in een stressvolle periode [36]. Ook is gebleken dat het meegeven van een folder even effectief is als een intensiever programma waarbij ook nog een video wordt getoond, of expliciete informatie wordt gegeven door een hulpverlener. Ouders gaven aan meer te hebben aan een brochure dan aan een video, en voelden zich zelfzekerder en meer comfortabel over de behandeling van koorts met een folder bij de hand [38,42].

Een bijkomend voordeel van het verspreiden van een folder is dat zowel ouders als hulpverleners evidence-based informatie ontvangen over koorts [35]. Bij navraag blijkt immers dat artsen en verpleegkundigen de belangrijkste bron van informatie zijn bij de aanpak van koorts bij kinderen [2-3,6,11,27,31,33,43]. Maar Walsh et al (2009) stelden vast dat artsen aan ouders steeds adviseren de koorts te doen zakken door medicatie toe te dienen aan hun kind, zodat de auteurs concluderen dat er nood is aan bijscholing van artsen over koorts bij kinderen [28]. Ook Karwowska et al (2002) stelden reeds vast dat gezondheidsmedewerkers in Canada tegenstrijdige adviezen formuleren bij koorts, wat Fever Phobia bij ouders in de hand werkt [44]. In 2002 werd door Sarrell et al in Israel een vragenlijst over koorts voorgelegd aan artsen en verpleegkundigen. Ook hier werd geconcludeerd dat scholing van het medisch personeel een stap in de goede richting zou zijn voor het tegengaan van Fever Phobia [45]. Een gelijkaardige conclusie werd geformuleerd door Crocetti et al (2001); zolang we als hulpverlener gefocust blijven op koorts, zolang zal fever phobia in stand worden gehouden [3]. Of om het met de woorden van Schmitt te formuleren: “How sick the child looks, is more important than the level of fever.” [1]

3. ONDERZOEKSMETHODIEK

Aan de hand van interviews werd nagegaan in hoeverre Fever Phobia ook bij de ouders in onze praktijk aanwezig is, wat hun bezorgdheden zijn over koorts, wat zij doen als hun kind koorts heeft, en waar zij hun informatie vandaan halen. Tevens werd in het kader van een doctoraatsproject een folder over koorts geëvalueerd (cfr bijlage 2). Tijdens het interview wordt bij de ouders nagegaan of die folder voor hen duidelijk is, of alles wat er in staat door

hen begrepen wordt, en of er volgens hen nog items ontbreken, teneinde een folder te ontwikkelen die voldoet aan de vragen over koorts die bij de ouders leven.

Het recruteren van de ouders gebeurde tijdens de consultaties van een middelgrote huisartsenpraktijk in een deelgemeente van Zottegem. Aan ouders die kwamen consulteren met een kind tussen 0 en 12 jaar oud met koorts, werd gevraagd indien zij bereid waren deel te nemen aan een interview over koorts bij kinderen. Bij een positief antwoord werd een datum vastgelegd, waarop het interview bij hen thuis zou kunnen plaatsvinden. Tevens werd de informatiefolder over koorts met hen meegegeven, zodat ze die thuis al eens konden bekijken.

Een lijst met vragen voor het interview werd opgesteld aan de hand van 3 grote thema's: ideeën en handelingen bij koorts, bronnen van informatie en evaluatie van de informatiefolder (cfr bijlage 1). Het interview gebeurde semi-gestructureerd, waarbij de vooropgestelde vragen zeker aan bod kwamen, maar waarbij ook van de vragenlijst werd afgeweken op basis van wat de ouders zelf aanbrachten. Hierdoor nam het aantal vragen tijdens het interview na verloop van tijd toe, en werden niet alle vragen door alle ouders beantwoord. Het interview vond plaats bij de ouders thuis, en duurde gemiddeld 30 minuten. Het interview werd opgenomen met een digitale recorder, en nadien met een tekstverwerkingsprogramma volledig uitgetypt.

Bij het herlezen van alle interviews werden 7 subthema's geselecteerd uit de 3 grote thema's die tijdens het interview bevraagd werden. Uit alle interviews werden de stukken tekst die overeenstemden met een bepaald subthema gegroepeerd en samengezet. Elk subthema werd nogmaals onderverdeeld in kleinere topics, en per topic werd gezocht naar de grote lijnen die terug te vinden waren in de interviews. Citaten die een bepaalde stelling van de ouders duidelijk weergaven, werden tevens geselecteerd en verwerkt bij het uitschrijven van de resultaten.

4. RESULTATEN

10 ouders stemden in deel te nemen aan een interview over koorts. Bij 9 interviews werd enkel de moeder geïnterviewd, bij 1 interview werden de vragen zowel door de moeder als de vader tegelijk beantwoord. Het aantal kinderen per gezin was als volgt verdeeld: 1 kind per gezin bij 3 interviews, 2 kinderen per gezin bij 6 interviews en 4 kinderen per gezin bij 1 interview.

De leeftijd van de geïnterviewde ouders varieerde van 26 tot 45 jaar, de leeftijd van de kinderen van 10 maanden tot 16 jaar, waarbij in elk gezin minstens 1 kind jonger dan 12 jaar oud was.

4.1. Thema 1: koorts

Op de vraag "Wanneer spreek je van koorts?" werden veel verschillende antwoorden gegeven. Vier ouders maakten direct een onderscheid tussen "verhoogde temperatuur", wat volgens hen een temperatuur is tussen 37°C en 37,9°C; en "koorts", wat dan een temperatuur is boven 38°C.

> *Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Echt koorts, dan spreken we over 38,5°C, voor mijn part. Maar vanaf dat ze meer dan 37,8°C hebben, spreek ik dan ook wel, tegen hen dan, 'ge hebt al een beetje koorts!'."*

Twee ouders geven aan dat kinderen ook een temperatuur boven 37°C kunnen hebben door bijvoorbeeld in de warmte te zitten, actief te zijn, uit een warm bed te komen, of door tanddoorbraak en vermoeidheid. Twee ouders spraken echter wel van koorts bij een temperatuur van 37°C of 37,5°C.

Twee ouders geven aan dat de temperatuur ook verandert tijdens de dag, dus dat je ook rekening moet houden met het tijdstip van de dag wanneer je over koorts spreekt.

Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Het hangt er ook een beetje van af om welk uur, vind ik. Als je 's morgens vroeg met 38,5°C opstaat, dan mag je wel degelijk spreken dat dat kind koorts heeft. Tegenover 's avonds, 's avonds 37,8°C is geen probleem. Maar 's morgens is dat toch wel een teken dat er iets aan de hand is."

Hoge koorts varieert volgens drie ouders van 39°C tot 40-41°C.

Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Maar dan echt koorts om te zeggen 'oei, ik moet het hier in de gaten houden' en het wordt ernstig, dan is 39°C bij mij het ijkpunt, ja."

Aan drie ouders werd ook gevraagd hoe hoog koorts kan gaan indien ze niet wordt behandeld. Eén ouder denkt niet hoger dan 41°C, één ouder merkt op dat de temperatuur ongeveer gelijk blijft, maar dat ze vooral medicatie geeft voor het comfort van haar kinderen, en een ouder verwacht bij een gewone virale infectie dat de temperatuur niet boven de 40°C gaat.

Ouder 6, (34 jaar, 2 kinderen): "Als ze meer dan 40° hebben, denk ik wel dat je dan je alarmcentrale moet openzetten." Wanneer gezegd wordt dat 41°C soms ook wel nog kan, antwoordt ze vastberaden*: "Dat is dan toch wel de limiet, denk ik."*

4.2. Thema 2: koorts meten

Ouders meten de koorts van hun kind als ze merken dat er iets aan de hand is. Vijf ouders vermelden het warm aanvoelen als indicator om koorts te meten, vijf ouders meten als de kinderen zelf klachten verwoorden zoals buikpijn, hoofdpijn, zich niet goed voelen, het koud hebben, twee ouders meten als het kind hangerig is, twee ouders als het kind er ziek uitziet, of één ouder bij een blos op de wangen. Eén ouder vermeldt ook heel specifiek het verschijnen van witte plekken op de tong, als indicator van koorts.

Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Als ze heel kleintjes waren, dan ging ik sneller meten omdat ik dan meer… Je krijgt minder signalen van uw kind. Nu kunnen ze zeggen 'ik heb hoofdpijn' of 'ik heb daar pijn' of 'ik voel mij niet goed' of 'ik voel mij warm of

koud' of wat dan ook, maar als ze baby zijn, dan kunnen ze dat niet zeggen en dan ga je wel iets sneller meten. Dus als ik dan voelde van 'oei, die is precies warmer dan anders', dan zou ik direct gemeten hebben. Nu zal ik dat doen als ik echt zoiets heb van 'oei, dat is hier… die is niet goed'."

Vijf ouders voelen eerst als het kind koorts heeft, met de lippen of wang tegen hun voorhoofd of tegen hun wangen.

Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "En zo voel ik meestal wel het eerst, hé. Met mijn wang tegen hun voorhoofd. Een keer voelen, en als dat gloeit, dan weet je al... je weet dan natuurlijk niet als het 38 of 38,5°C is, maar dan kan je wel al vrij goed inschatten als het naar de 38°C gaat zijn of niet."

Als de temperatuur gemeten wordt, dan vermelden acht ouders een rectale meting, en drie ouders het gebruik van een oorthermometer. Een minderheid, namelijk telkens twee ouders, meet onder de arm of onder de tong. Vooral bij jonge kindjes wordt de temperatuur rectaal gemeten, eenmaal ze wat groter worden, wordt een andere methode gezocht.

Ouder 10 (39 jaar, 2 kinderen): "Vroeger meette ik ze altijd met de thermometer in de anus. Maar nog niet zo lang laat ik hem toch wel onder de tong meten. Een oorthermometer heb ik nog gehad, en 't was altijd goed, maar ik kan nergens geen dopjes bijbestellen, dus ja."

Hoe vaak de temperatuur wordt gemeten bij koorts, hangt van veel factoren af, maar varieert van elk uur tot om de 4 uur. Eén ouder vermeldt frequentere metingen bij hogere koorts, een andere ouder meet een half uur na het toedienen van medicatie, maar drie ouders zeggen gewoon af te gaan op het gedrag van hun kind en meten pas als hun kind "stil valt". Twee ouders doen zelfs geen nametingen meer, maar voelen enkel nog.

Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Ik ga ook niet altijd nameten. Ik ga pas nameten wanneer hij klinisch niet toont dat hij beter is. Dus als hij daar ellendig ligt, je geeft iets, en hij blijft ellendig, en klagen en zeuren, dan gaat ge terug meten."

Als een kind overdag koorts heeft gehad, dan wordt de temperatuur door twee ouders 's avonds voor het slapengaan ook nog eens gemeten. Bij de twee ouders met een kindje

jonger dan 1,5 jaar meet één ouder consequent elk uur, de andere ouder meet naar eigen zeggen heel weinig.

> *Ouder 5 (27 jaar, 1 kind): "Ik weet uit ervaring dat ik dat niet teveel mag doen, want ik ben nog oppas geweest op zieke kindjes. Ja, bij de pamperwissel, dan, maar niet zo van hem echt op de verzorgingstafel leggen en elk uur controleren, dat zeker niet. Wanneer ik zijn pamper moet verversen en de gelegenheid is er, dan een keer meten, zo."*

Een kind wekken om de koorts te meten, wordt nog slechts door één ouder gedaan. Een andere ouder deed het soms wel eens toen haar kind nog klein was, en nog een andere ouder durft wel eens al slapend een thermometer onder de arm te steken, en zelfs al slapend medicatie toe te dienen met een pipet. Wel controleren drie ouders hun kind als die slaapt, en daarvan voelen twee ouders even aan hun voorhoofd. Eén ouder zegt ook haar kind bij zich in bed te nemen bij koorts, om zelf wat geruster te zijn.

> *Ouder 10 (39 jaar, 2 kinderen): "Maar meestal zijn ze zelf wekker, dat ze je wakker wenen als ze zo'n hoge koorts hebben."*

4.3. Thema 3: behandeling van koorts

Vier ouders dienen antipyretica toe wanneer de koorts een drempel bereikt, ongeacht het gedrag van hun kind. Deze drempel verschilt van ouder tot ouder (37,5°C, 38°C en 38,2°C), maar ook van kind tot kind bij eenzelfde ouder.

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Maar je moet dat ook bekijken kind per kind. Als mijn zoon 38°C koorts heeft, dan ga ik dat niet rap direct doen. Omdat hij makkelijker koorts maakt. Als mijn dochter dat heeft, die maakt dat niet zo makkelijk, dan gaat ze direct naar heel hoge temperaturen, dan zal ik haar wel sneller iets geven. Het hangt wat af van kind tot kind, hoe snel ze koorts maken of hoe sneller dat het naar hogere temperaturen gaat. Ik zal het zo stellen."*

Zes ouders geven enkel antipyretica indien hun kind koorts heeft, en er ook zichtbaar last van heeft.

> *Ouder 7 (vader, 31 jaar, 2 kinderen): "...vooral omdat we zien dat ze ellendig lopen en dat ze zich slecht voelen en dan, als we dat geven, dat ze weer een beetje kunnen spelen of een beetje bijkomen."*

Als ouders iets geven tegen de koorts, dan vernoemen acht ouders perdolan suppo, en negen ouders nurofen siroop. Bij de oudere kinderen wordt soms ook wel dolol instant, perdolan tabletten of mobistix gegeven.

> *Ouder 4 (26 jaar, 1 kind): "Meestal is dat nurofen. In het begin gaf ik zo meer perdolan in 't poepken, maar nurofen vind ik dan toch ietske straffer. Maar ik moet zeggen, ik kan me daar precies iets meer mee behelpen dan met een perdolan op te steken."*

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Als ze slappekes is, dan geef ik junifen, nurofen junior is dat, omdat perdolan, dat heb ik gegeven als baby, en dat pakte niet bij hen."*

> *Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Meestal, voor mijn 2 jongste dan, is dat nurofen. Wat eigenlijk ik wel weet dat dat direct ook een ontstekingsremmer is. En dat dat eigenlijk meteen meer is dan alleen maar de koorts wegnemen. Maar vaak is er toch ook een ontsteking onderliggend aan de koorts, dus werkt dat eigenlijk vaak ook al genezend op het probleem."*

Vier ouders geven afwisselend ibuprofen en paracetamol. Eén ouder vermeldt het toedienen van natuurlijke middelen als Argentin bij koorts, en preventief echinacea, davitamon en symbioflor.

Wanneer aan zes ouders bevraagd werd of antipyretica ook gebruikt werden bij pijn, werd dit door vijf ouders bevestigd, maar hier werd dan direct ook door 3 ouders aan toegevoegd dat ze niet bij de minste pijn direct medicatie toegediend krijgen.

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen):" Ze moeten taai worden hé! 't Is niet de bedoeling dat je bij ieder kumpke daar staat met een siroop."*

Eén ouder zegt dat ze nog nooit medicatie bij pijn heeft moeten geven.

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Neen, eigenlijk sowieso voor de kinderen zowel als voor ons, wij nemen niet zo snel medicijnen. Dus ja, als ze pijn hebben, dan ga ik vooral proberen na te gaan, van waar komt die pijn. Bij een kind kan dat ook soms psychologisch zijn, hé. Ik probeer dat te achterhalen. Zeker als er geen koorts bij is."*

Wanneer gevraagd werd, indien de medicatie wordt toegediend op basis van leeftijd of gewicht, antwoordden acht van de negen ouders dat zij hun medicatie doseren op basis van gewicht. Eén ouder gaf toe dat, nu de kinderen wat ouder zijn, ze de dosis minder nauwkeurig bepaalt.

> *Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Ja, en als je ze maar 1 dosis geeft, en je steekt ze in bed, als dat dan een soeplepel is... dat zal wel zoiets zijn. En is't maar zo een beetje, dan durf ik een koffielepel pakken, dat het dan een beetje minder is. Bij een baby gaat ge dat natuurlijk wel doseren, hé, en kijken op uw briefje, en zien welk gewicht dat die heeft. Een kind van 24 kilo kan wel al iets hebben."*

Bij het afwisselend toedienen van ibuprofen en paracetamol wordt door twee ouders een tijdsinterval van minstens 2 uur gerespecteerd, maar soms ook wel minstens 4 uur door twee andere ouders. Indien maar één product wordt toegediend, wordt een tijdsinterval van 4 uur tot 6 uur gerespecteerd door 4 ouders. Eén ouder geeft aan minstens 3 uur tussen twee opeenvolgende dosissen te laten.

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Euhm, wat er op de doos staat. Meestal 4 of 6 uur zeker, dat er staat, meestal 4 uur zeker, hé? Ja, ik kijk altijd op de doos wat erop staat en dan time ik het, hoor. Als het 4u is en ze hebben het om 8u gehad, dan neem ik om 12u nog eens hun koorts, en is 't stabiel, dan krijgen ze niets, maar gaat die weer omhoog, dan laat ik het soms nog een half uurtje omhoog gaan, maar ja, als het dan meer dan 39° - 39,5° is, dan is het direct om de 4 uur."*

De niet-medicamenteuze aanpak van koorts bestaat vooral uit: extra vocht toedienen door negen ouders, lichter kleden of minder warm toedekken door negen ouders, lauw badje

geven door vier ouders, de verwarming niet te hoog zetten door drie ouders, het kind rustig houden door twee en sokjes aandoen door één ouder.

Vooral het toedienen van extra vocht blijkt zeer belangrijk voor heel wat ouders, en soms worden daarvoor alle trucen uit de kast gehaald.

> *Ouder 5 (27 jaar, 1 kind): "Ik probeer toch wel dat hij genoeg vocht heeft. Wat ik wel deed, is dat ik wat vocht bij zijn patatjes deed zodat hij toch wat water binnen had."*

> *Ouder 2 (43 jaar, 1 kind): "Wat ik dan wel deed, je vindt dan van alles uit hé, en dat doe ik nog als ze niet goed is, een fruitpap maken. En dan extra water bij die fruitpap doen. Dan heeft ze dat ook al binnen, hé!"*

Dat kinderen wat minder eten bij koorts, baart de zeven ouders aan wie dit gevraagd werd, geen zorgen.

> *Ouder 10 (39 jaar, 2 kinderen): "Goh, neen, als ik me niet goed voel, dan eet ik ook sowieso minder. Dat is toch, hé. Ik heb dan liever dat ze voldoende drinken, want dat vind ik wel belangrijk. En als ze dan een beschuitje eten, of wat yoghurt of zo, dan ben ik ook al tevreden. Eenmaal ze beter zijn gaan ze ook wel weer beginnen eten."*

Het geven van een koud of lauw badje is bij drie ouders wel gekend maar, wordt niet toegepast. Eén ouder heeft er zelfs een slechte ervaring mee opgedaan.

> *Ouder 2 (43 jaar, 1 kind): "Eén keer hebben we dat gedaan. Dat vond ik niet… Neen, dat was euh… dat kwam niet goed uit. Ik had het waarschijnlijk te koud gemaakt, het water."*

Om het discomfort van het koudere water tegen te gaan, combineerde ouder 8 soms het geven van een koud badje met de toediening van nurofen, toen haar kinderen nog heel klein waren.

4.4. Thema 4: angst bij koorts

Angst, bezorgdheid, paniek, ongerustheid... het zijn termen die tijdens de interviews geregeld opdoken. Maar wanneer je dan specifiek bevraagt waarom ze ongerust zijn, heeft elke ouder wel zijn eigen reden.

Slechts twee ouders zeggen eigenlijk niet ongerust te zijn bij koorts. Bij de vraag of ze angstig zijn bij koorts, antwoorden ze het volgende:

> *Ouder 3 (36 jaar, 2 kinderen): "Angstig bij koorts... Neen, zolang ze niet naar de 41°C gaan, moet je niet angstig zijn. Het is iets natuurlijks. Het is een weerstand die werkt. Eigenlijk is het beter dat ze koorts maken. Als ze geen koorts maken en ze zijn ziek, is het ook niet goed, hé."*

> *Ouder 10 (39 jaar, 2 kinderen): "Ongerust niet, maar misschien bezorgd. Er is niemand die zijn kind graag ziek ziet liggen in hun bed, hé. Maar 'k ga niet panikeren. Toch niet voor gewoon koorts..."*

Eén ouder geeft aan ongerust te zijn bij koorts, omdat ze niet altijd weet waar de koorts vandaan komt. Zeker als de kinderen nog klein zijn, omdat die het niet kunnen aangeven.

Ook zorgen verhalen aan de schoolpoort voor veel ongerustheid.

> *Ouder 1 (31 jaar, 2 kinderen): "'t Zijn vooral die erge dingen die je blijft onthouden, en als ze dan koorts hebben, dan is dat iets dat direct terug in je herinnering schiet. Zo de dramatische gevallen, maar ja, dat zijn er ook niet zo veel. Maar die gevallen, ofwel ligt dat aan mij, maar ik onthou dat dan, en denk dan altijd eerst het ergste."*

Een andere ouder heeft vooral 's avonds schrik, dat haar kind zou stoppen met ademen, of niet meer wakker zou worden.

> *Ouder 4 (26 jaar, 1 kind): "Overdag is dat iets anders. Als hij speelt of iets anders doet, dan zie je dat hij levendig is. Je kunt dan wel eens ietsje meer op je gemak zijn?"*

Twee ouders die rechtstreeks, en één ouder die onrechtstreeks met koortsstuipen te maken hebben gehad, geven aan hiervoor schrik te hebben.

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Hij heeft ook als baby ooit eens stuipen gekregen, ik denk van te hoge koorts. Dat is niet iets dat je… Dat geeft je toch een slecht gevoel. Daar heb ik eigenlijk schrik van. Hier gaat iets fout lopen."*

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Mijn nichtje, die heeft stuipen gedaan. Allé ja, die angst van die ouders... ik was toen een jaar of 15, dat dat toch wel iets ergs is, dat uw kind dat kan krijgen."*

Ondertussen hebben haar kinderen wel al koorts tot 40°C gehad, zonder te stuipen, waardoor haar grootste schrik nu wat geweken is.

Eén ouder geeft aan schrik te hebben voor stuipen, hoewel ze dit nog nooit heeft meegemaakt.

> *Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Als ze naar 40°C gaan, dan begin ik wel een beetje paniekerig te worden. Omdat ze dan in stuipen kunnen vallen. Of dat ze inderdaad gaan stuipen of bewusteloos gaan vallen. Of ja, ernstigere dingen. Dat hun hersenen, de werking van hun hersenen daar dan onder zou kunnen lijden als het te warm wordt."*

Eén ouder heeft dan weer schrik voor hersenvliesontsteking, maar vooral omdat zij bewust haar kinderen hiervoor niet heeft laten inenten.

Volgens één van de ouders panikeren moeders veel sneller dan vaders.

> *Ouder 1 (31 jaar, 2 kinderen): "Sommige mensen panikeren sneller. Mannen kijken daar ook veel rationeler naar. Vrouwen, dat is altijd puur op emoties en hormonen en zo. Voor een rationeel persoon als ik is dat wel heel moeilijk. Ik ben op alles rationeel, behalve als het de kinderen betreft."*

Dit wordt dan weer tegengesproken door een andere moeder, die aangeeft dat haar echtgenoot sneller panikeert dan zij.

Wanneer ouders angstig worden bij koorts, dan antwoorden zes ouders éénduidig: bij hoge koorts boven 39°C.

> *Ouder 4 (26 jaar, 1 kind): "Een keer dat het 39°C is, dan begin ik toch niet echt te panikeren, want ik panikeer niet rap, maar begin ik schrik te krijgen."*

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Dus bij mij, 40°C is de grens. Ik wil absoluut dat cijfer niet zien staan. Daar ben ik wel duidelijk in. Ja, dan ben ik gealarmeerd, ik zal het zo zeggen."*

> *Ouder 10 (39 jaar, 2 kinderen): "Ik moet zeggen, ik heb één keer wel schrik gehad, en dat was toen de koorts 40,2°C was bij mijn zoon, en toen heb ik direct de kinderarts kunnen contacteren en mogen gaan ook."*

Verder worden twee ouders ook angstig bij koorts die eerst zakt en dan weer terugkomt, twee ouders bij huiduitslag, één ouder bij koorts die te lang aanhoudt en één ouder bij hoge koorts 's morgens als ze opstaan.

Slechts twee ouders hebben schrik voor blijvende schade ten gevolge van koorts: hersenschade, aantasting van het hart of de nieren, vernauwing van de aderen.

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Ik weet eigenlijk ook niet van waar ik dit haal, hoor, want dat is mij nooit gezegd, hé. 't Is een veronderstelling ,hé."*

Een derde ouder heeft enkel schrik voor blijvende schade na koortsstuipen.

4.5. Thema 5: bronnen van informatie

Ouders informeren zich over koorts bij kinderen op allerhande manieren. Internet blijkt de belangrijkste bron van informatie te zijn wanneer ouders geconfronteerd worden met een kind met koorts. Zeven van de tien ouders geven aan minstens een keer iets te hebben opgezocht op internet. Wat zijn symptomen van appendicitis, waar zouden die vlekjes op zijn buik vandaan komen, wat moeten we doen in een acute situatie zoals valse kroep,

waarop kan buikpijn allemaal wijzen... zijn maar enkele voorbeelden van wat ouders zoal opzoeken op het internet. Vele ouders beseffen dat, wat ze op internet terugvinden, niet altijd even correct is, maar... *"Je moet sterk genoeg zijn om te zeggen: neen, ik ga niet kijken,"* aldus ouder 2.

Twee ouders geven ook aan dat hetgeen ze daar lezen, hen vaak nog meer bezorgd maakt.

> *Ouder 5 (27 jaar, 1 kind): "...want ik heb mij zelf gezegd dat ik daar mee moet stoppen, met dat op te zoeken op die forums, dat geeft allemaal een verkeerd beeld. Dat maakt je bezorgd. Ja, de ergste komen erop en de gewone dingen komen daar niet op hé."*

Een tweede belangrijke bron van informatie zijn de eigen ouders, grootouders of andere ouders bij zes van de tien ouders. Twee ouders overleggen vaak met hun eigen ouders over het al dan niet raadplegen van een dokter.

> *Ouder 7 (vader, 31 jaar, 2 kinderen): "'t Is zo een beetje: eerst de mémé en dan de dokter. Om eens te horen van: wat vond gij daar van in die tijd, en ja… Of wat deden jullie? Mijn ma, die heeft ook drie kinderen gehad, dus ze heeft alles meegemaakt. Goh ja, en als we niemand kunnen bereiken, dan bellen we de dokter, hé."*

> *Ouder 3 (36 jaar, 2 kinderen): "Bij uw eerste gaat ge meer gaan raadplegen bij ouders en grootouders. Bijvoorbeeld, ik zie dat of dat… wat denk jij? Wat zou ik het beste doen? Dan doe je er nog mee wat je wilt. Ik heb zoiets van raad kunt ge krijgen, en je doet er nog altijd mee wat je wilt. Ik vind, de beste raad is nog altijd die van de ervaring, en wat een ander heeft meegemaakt."*

Pas in derde instantie vermelden telkens vijf ouders hun informatie over koorts te halen van de pediater of de dokter in het algemeen, van Kind en Gezin, of uit eigen ervaring. Dus ook babysitten, ervaring als au-pair, of ervaring van een eerste kind hebben de ouders geleerd hoe ze met kinderen met koorts moeten omgaan.

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Ja, u vroeg mij ook 'hoe hebt u het geleerd of waar hebt u de informatie gehaald?' Ik zeg het, ze zijn al een paar keer gehospitaliseerd geweest als ze heel klein waren. Ja, daar leer je het meteen, hé, in de pediatrie. Daar*

zijn het de drastische maatregelen, hé. 41°C koorts, dat is volledig blootleggen, hé. En geen compassie. Het moet."

Ten slotte werd door twee ouders ook nog een foldertje vermeld, die in de materniteit werd verspreid, waarop de belangrijkste kinderziektes met hun symptomen werden opgesomd. Ook dit foldertje bleek een zeer belangrijke bron van informatie voor deze ouders.

Zes ouders halen dan weer informatie over medicatie (wanneer, welke dosis, hoe vaak) uit de bijsluiter, vier ouders van de dokter, twee ouders van de apotheker en één ouder van voorgaande ervaringen.

Ouder 1 (31 jaar, 2 kinderen): "En de medicatie, dat vraag je sowieso aan de dokter. Ik denk niet dat er veel ouders zelf gaan experimenteren met koortsmedicatie."

4.6. Thema 6: rol van de arts

De geïnterviewde ouders contacteren niet direct een arts bij de eerste koortsopstoot. Slechts één ouder gaf aan dat, toen haar dochter nog heel klein was, ze bij koorts direct de arts contacteerde. Twee ouders wachten een dag af, maar als hun kinderen de 2de dag nog steeds koorts hebben, dan gaan ze er wel mee naar de dokter. Eén ouder zegt 2 dagen af te wachten, maar als ze zelf thuis is en het gedrag van haar kinderen kan observeren, dan durft ze nog langer wachten om een arts te contacteren. Andere ouders wachten 2-3 dagen, 3 dagen, 3-4 dagen, of twee ouders contacteren de dokter helemaal niet zolang ze het zelf onder controle kunnen houden.

De arts wordt wel sneller gecontacteerd door vier ouders bij atypische klachten of atypisch gedrag van het kind, door twee ouders indien de koorts 's morgens al 39° bedraagt, door één ouder als koortswerende middelen niet werken en door nog een andere ouder bij koorts van 39-40°C.

Daarnaast vermeldt één ouder dat ze soms sneller een dokter contacteert dan ze nodig vindt, omdat ze vaak een ziektebriefje nodig heeft voor school, of omstandigheidsverlof voor haar werk.

Twee ouders bellen soms ook voor telefonisch advies naar de pediater, zonder direct een afspraak te vragen.

> *Ouder 2 (43 jaar, 1 kind): "Wat nu ook wel heel veel gebeurt, en daar ben ik heel dankbaar voor, dat is dat er heel veel telefonisch advies wordt gegeven door de pediater. Dus dat je belt naar de pediater, en hij zegt: probeer dat, dat en dat, en als het binnen de dag of twee dagen nog niet over is, bel dan terug voor een afspraak."*

Twee ouders geven aan eerst zelf hun kind te onderzoeken, voor ze naar de dokter gaan.

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Awel ja, dan kijk ik als ik hun kin op hun borst leg, als ze dan pijn in hun hoofd hebben. Dan trek ik hun benen op, en als ze dan geen pijn hebben in hun hoofd, dan is het ook goed. En dan die plekskes. Als ik plekskes zou zien, om het even wat, dan ben ik er direct hoor."*

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "En als ik vermoeden heb van haar keel, dan ga ik wel op zoek naar witte puntjes, en ondertussen kan ik dat al heel snel zien ook als ze al heel diep zitten. Als ik dat dan zie, dan weet ik dat het best is de juiste medicatie te halen."*

Dat ouders niet van de eerste dag koorts een arts contacteren, ligt zeker niet aan het feit dat ze het moeilijk vinden om een arts te contacteren. Bij de vraag of ze een drempel ervaren om een arts te contacteren bij koorts, antwoorden alle ouders ontkennend.

> *Ouder 2 (43 jaar, 1 kind): "Is mijn stijl niet! Mijn kind ging voor alles, dus… Schaamte of zo, dat heb ik nooit gehad."*

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Ik kan altijd bij mijn dokter terecht, maar ik doe het niet altijd meteen."*

Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Nee, ik heb geen drempel. Maar ik ga met een kind, dat enkel koorts heeft, niet bij een arts, want eigenlijk kan hij ook nog niet veel zien of doen, hé."

Aan de zeven ouders met 2 of meer kinderen, werd gevraagd of zij een verschil zien in de aanpak van koorts bij hun eerste kind, en de andere kinderen. Twee ouders geven toe dat ze bij een eerste veel consequenter waren in het meten van de temperatuur, en het toedienen van medicatie, dan bij hun tweede kind. Ouder 8 stelt andere criteria bij haar kinderen om naar de dokter te gaan: plots hoge koorts bij de oudste, of lichte koorts maar keelpijn bij de jongste, zijn de 2 indicaties om een arts direct te contacteren. Drie ouders gaan contradictorisch genoeg met hun jongste sneller naar de dokter, maar elk heeft daar zo zijn redenen voor.

Ouder 3 (36 jaar, 2 kinderen): "Bij de tweede ga ik eigenlijk iets rapper, omdat toen ik zwanger was, heb ik een trippletest laten doen. Die bloedtest wees uit dat ik 1 op 50 kans had op trisomie 18. Eigenlijk hoeft dat niet, want 't heeft er eigenlijk niks mee te maken, maar dat is iets, dat blijft als moeder in uw lijf zitten, zeker?"

Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Maar bij mijn dochter ga ik misschien wel rapper bij de dokter dan bij mijn zoon, maar ja, ik weet niet hoe dat komt. Omdat hij niet zo hoog gaat waarschijnlijk en dat hij, ja, omdat zij veel wisselvalliger is; bij hem is dat meer een constante. Bij mijn dochter duurt dat veel langer, dus dan zit ik meer te twijfelen van...is het dan toch iets bacterieels, allé ja.."

Ouder 7 (moeder, 27 jaar, 2 kinderen): "Maar bij onze zoon gaan we wel rapper bij de dokter dan bij haar. Omdat hij… wat had hij?... Baby-astma had."

Zeven ouders zeggen niet steeds medicatie te verwachten als ze een arts contacteren.

Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Neen, 'k zou het jammer vinden van iedere keer dat ik naar de dokter zou moeten gaan, dat ik medicatie meekrijg."

Vier ouders willen vooral weten wat er met hun kindje aan de hand is, en één ouder wil weten of er bijkomende medicatie nodig is, of als ze mogen voortdoen met hun "keukenmiddeltjes".

Ouder 1 (31 jaar, 2 kinderen): "De onzekerheid is eigenlijk het vervelendst bij koorts, dat je niet weet van waar het komt."

Vier ouders zeggen meestal wel te weten wat er aan de hand is, maar raadplegen een dokter voor de juiste behandeling, omdat ze er met de medicatie die zij reeds toedienden niet geraken.

Ouder 7 (moeder, 27 jaar, 2 kinderen): "Ja, ik ga bij de dokter voor medicamenten, maar ik krijg niks bij."

Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Ik verwacht een oplossing voor het probleem. Betekent dat medicatie, betekent dat tips, betekent dat doorverwijzen naar een specialist of wat dan ook, of betekent dat verdere onderzoeken doen, het kan van alles zijn. Maar ik wil dat er… Ja, ik ga niet naar een dokter gaan om gerust gesteld te worden, dat niet."

Een arts die luistert, die het kind grondig onderzoekt, een duidelijke uitleg geeft en zegt wat je de komende dagen mag verwachten, wordt door negen ouders verwoord wanneer gevraagd werd wat ze van een arts verwachten.

Ouder 10 (39 jaar, 2 kinderen): "Dat je echt eigenlijk een beetje een handleiding krijgt van wat je verder thuis moet doen."

4.7. Thema 7: folder

Aan elke ouder werd na de consultatie een foldertje meegegeven over wat te doen bij koorts. Tijdens het interview werden hun ideeën hieromtrent bevraagd.

Veel informatie die terug te vinden is in de folder, blijkt reeds gekend te zijn bij de ouders. Enkele topics die als zinvol werden aangeduid, waren: de checklist met alarmtekenen door vier ouders, de informatie over koortswerende middelen door vier ouders, het advies om geen koude of lauwe badjes te geven door vier ouders, wanneer de koorts meten door drie

ouders en het tellen van de natte luiers door twee ouders. Eén ouder vond ook hetgeen bij "opgelet" staat zeer interessant.

> *Ouder 9 (45 jaar, 4 kinderen): "Mja, dat is wat ik ook zei, hé. Zoveel koorts moet ge nog niet doen, maar als ge inderdaad die nekstijfheid en/of plekken begint te zien, dan gaat ge zo rap nog niet denken, hé, daaraan."*

Bij het specifiek bevragen naar wat onduidelijk is in de folder, bleken woorden als "fontanel" of "anus" bij alle ouders gekend. Aan vijf ouders werd gevraagd of ze begrepen wat er beschreven stond op de rechter flap, namelijk: *Mijn kind heeft blauw-rode puntvormige vlekjes op de huid, die niet wegtrekken als ik er met de rand van een glas op duw (zie foto op linkerflap).* Slechts één ouder kon mij vertellen wat die test precies inhield.

Twee ouders verwachtten wat meer informatie over nekstijfheid; wat het precies is en hoe je het kunt testen.

Eén ouder had graag wat meer informatie over koortsstuipen uitgewerkt zien staan in de folder; wat het is en wat de kenmerken zijn.

Ook bleek voor enkele ouders de folder nog niet volledig. Enkele opmerkingen:

> *Ouder 1 (31 jaar, 2 kinderen): "Dat kan je er ook wel inzetten, in de folder. Als het kindje slaapt, dat je het beter laat slapen."*

> *Ouder 2 (43 jaar, 1 kind): "Dat is wel moeilijk, als je ziet dat uw kind daar ligt te beven van de kou en je mag ze niet warm aankleden. Wat ze ons wel altijd gezegd hebben van kousen aan te doen. Dat staat er niet in. Dus ze wel niet warm aankleden, maar wel hun voetjes warm houden."*

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Maar ik zou er inzetten dat het eigenlijk geen kwaad kan dat de koorts ook eens omhoog komt. Want de mensen hebben echt wel de neiging van 'oeh, koorts', en dat moet dan direct naar beneden, hé."*

> *Ouder 8 (40 jaar, 2 kinderen): "Maar misschien zou het niet slecht zijn om in die folder op te nemen dat koorts niet schadelijk is, hé. Het staat er niet specifiek in dat, als je er geen medicijnen voor toedient, dat het niet schadelijk is."*

Drie ouders willen toch ook graag meer informatie in de folder zien staan over de toe te dienen dosis van antipyretica, welk tijdsinterval je moet respecteren, en vooral hoe het precies zit met het afwisselend toedienen van ibuprofen en paracetamol.

Tenslotte zou één ouder de volzinnen zoveel mogelijk beperken en nog meer in puntjes werken, omdat dat sneller leest.

Alle geïnterviewde ouders vonden zo'n folder over koorts wel interessant. Veel informatie die er in staat, is wel gekend, maar als geheugensteuntje zou het volgens hen door veel ouders wel gewaardeerd worden.

> *Ouder 6 (34 jaar, 2 kinderen): "Een foldertje over koorts vind ik eigenlijk wel goed. Iedereen wordt er wel eens mee geconfronteerd, maar eigenlijk vind je er maar weinig informatie over. Bijvoorbeeld bij Kind en Gezin, als je de eerste keer gaat, dan wordt dat zo afgerammeld."*
>
> *Ouder 2 (43 jaar, 1 kind): "Maar gewoon zo de folder geven, ik denk niet dat de mensen dat zo gaan volgen. Na een consultatie waar u het goed hebt uitgelegd, dan heeft dat wel zin."*

Eén ouder zou het wel op de koelkast hangen, een andere ouder zou het zeker ergens bewaren, en nog een andere ouder zou het plastificeren en in haar agenda bewaren.

5. DISCUSSIE

5.1. Samenvatting

Fever Phobia, zoals voor het eerst beschreven door Barton Schmitt in 1980, bestaat anno 2012 nog steeds. 10 ouders van jonge kinderen onder de 12 jaar, in een middelgrote huisartsenpraktijk in een deelgemeente van Zottegem, die bereid waren deel te nemen aan een interview over koorts bij kinderen, bevestigen de misvattingen en inadequate

handelingen bij een kind met koorts, zij het in iets mindere mate dan beschreven in de literatuur.

In vergelijking met de percepties en gedragingen van ouders bij Fever Phobia beschreven door Schmitt in 1980, en 20 jaar later bevestigd door Crocetti et al in 2001, zijn de geïnterviewde ouders correcter in het benoemen van koorts, ze geven 41°C aan als maximale temperatuur bij onbehandelde koorts, en ze hebben minder schrik voor irreversibele orgaanschade. Zij zijn veel accurater in het toedienen van antipyretica, waarbij de bijsluiter nauwkeurig wordt nagelezen, en het tijdsinterval bijna steeds wordt gerespecteerd. Slechts een minderheid dient antipyretica toe bij normale temperaturen. De ouders in dit veldwerk wekken hun kinderen minder vaak om de temperatuur te meten en koortswerende middelen toe te dienen, en er wordt over het algemeen veel langer gewacht om een arts te contacteren bij koorts.

Maar de angst bij koorts is nog steeds aanwezig, soms zeer concreet, maar vaak gaat het om een onduidelijke schrik voor temperaturen boven 39°C. Hoewel de geïnterviewde ouders hun kind niet snel zullen wekken bij koorts, toch blijven veel ouders vaak ’s nachts nog alert, en gaan ze regelmatig hun kind controleren wanneer het slaapt. Het geven van koude of lauwe badjes wordt door hen nog regelmatig vermeld, en het alternerend toedienen van paracetamol en ibuprofen wordt ook nog frequent toegepast.

5.2. Mogelijke bias

De geïnterviewde ouders hebben allemaal hun middelbare school afgemaakt, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor de verschillen tussen de ouders in dit veldonderzoek en de gegevens in de literatuur. Vijf ouders volgden nadien nog een opleiding hoger onderwijs, vier ouders volgden of volgen nog steeds een universitaire opleiding. Een correlatie tussen het opleidingsniveau van de ouders en Fever Phobia kon door Kramer er al (1985) niet worden aangetoond [10], maar twee andere studies, door Erkek et all (2010) en Leiser et al (1996) konden wel een correlatie aantonen tussen het opleidingsniveau van de ouders en hun

begrip en kennis over koorts bij kinderen [20,46]. Dit kan deels een verklaring bieden voor hun adequatere kennis en handelingen bij koorts.

Dat ouders in deze studie minder angstig zijn bij koorts, werd mogelijks ook beïnvloed door het moment waarop de interviews plaatsvonden. Wanneer ouders met een ziek kind kwamen consulteren, werd gevraagd indien zij bereid waren deel te nemen aan een interview over koorts bij kinderen. Echter, het interview zelf vond pas plaats enkele dagen, weken, of zelfs pas een maand na de consultatie, wanneer de acute koortsepisode reeds voorbij was. Zo merkte een ouder na het interview op: *"Nu is het allemaal wel gemakkelijk zeggen dat we niet ongerust zijn bij koorts, nu ze niet ziek zijn, maar ik weet nog de eerste keer dat onze zoon koorts had, we toch ook even in paniek waren, niet goed wisten wat we moesten doen en direct naar mijn ouders hebben gebeld."* , aldus ouder 6. Waarschijnlijk kon een accurater beeld geschetst worden over de bezorgdheid en angst bij koorts, wanneer het interview de dag van de consultatie kon plaatsvinden, maar om praktische en organisatorische redenen was dit niet haalbaar.

De ouders die deelnamen aan het interview, hadden vooral ook oudere kinderen, wat mogelijks een derde bias van deze studie is. Van de geïnterviewde ouders had slechts één ouder een kind jonger dan 12 maanden, zeven ouders hadden enkel kinderen ouder dan 2 jaar.

5.3. Vergelijking met de literatuur

Een studie door Boivin et al (2007) toonde aan dat 41,8% van de ondervraagde moeders de koorts bij haar kind eerst evalueert door met de hand aan het voorhoofd van het kind te voelen, en pas nadien te meten met een thermometer [27]. Dit werd bevestigd tijdens de interviews, waarbij alle ouders aangaven minstens één thermometer in huis te hebben, maar vijf van de tien ouders halen die pas boven nadat ze met hun wang of lippen gevoeld hebben of het kind mogelijks koorts zou hebben. Na het vaststellen van koorts met een thermometer, werd door twee ouders de temperatuur zelfs niet meer nagemeten, maar werd door hen enkel nog afgegaan op het warm aanvoelen van hun kind voor verdere

opvolging van de koorts. Hoewel deze techniek in een studie uitgevoerd in Nigeria door Asekun-Olarinmoye et al (2009) als een adequate handeling werd beschouwd om koorts vast te stellen, moet dit toch met enige reserves worden bekeken. Met een sensitiviteit van 82,3% en een specificiteit van 54,1%, kan deze manier van koorts meten misschien wel een goed alternatief zijn voor moeders in Nigeria, indien er geen thermometer in huis beschikbaar is [47]. Maar in een samenleving als de onze, waar elk huishouden over minstens één thermometer beschikt, lijkt het bepalen van de temperatuur door voelen aan het voorhoofd met een likelihood ratio van 1,8 niet zo'n krachtig argument.

30% tot 60% van de ouders zou al van koorts spreken bij een temperatuur onder 38°C [6-10]. Bij de geïnterviewde ouders waren dat er slechts twee van de tien. Tevens waren zich twee ouders bewust van de diurne variatie van koorts, of van de lichaamstemperatuur in het algemeen, en twee ouders vermeldden ook expliciet dat een temperatuur boven 37°C kan voorkomen zonder dat er een infectie aanwezig is, bijvoorbeeld door lang in de warmte te zitten, verhoogde fysieke activiteit... Twee fenomenen die ook door Schmitt (1984) werden beschreven [1].

Hoewel rectale temperatuurmeting door Schmitt (1984) werd afgeraden omwille van discomfort voor het kind [1], toch blijft het de meest gebruikte methode om koorts te meten bij de geïnterviewde ouders. Rectale meting werd door acht ouders geprefereerd, vooral bij jonge kinderen, maar soms toch ook bij kinderen van 6 of 8 jaar oud. Zij beschreven het meten van de temperatuur via de anus als "gemakkelijk, snel, accuraat en weinig ingrijpend voor het kind". Drie ouders gebruiken, of hebben ook wel eens een oorthermometer gebruikt. Een minderheid meet onder de oksel of onder de tong.

In de literatuur wordt beschreven dat 8 tot meer dan 50% van de ouders elk uur de koorts meet bij hun kind, en dat bij kinderen jonger dan 1 jaar de temperatuur vaker wordt gemeten dan bij oudere kinderen [2-3,26,48]. In dit veldonderzoek was er slechts één ouder die elk uur of anderhalf uur de temperatuur meet bij haar 13 maanden oude kind met koorts. Maar heel wat ouders gaven aan dat ze wel vaker de temperatuur namen toen hun kind nog klein was, omdat ze dan minder signalen ontvingen van hun kind.

48% tot 85% van de ouders zou hun kind wekken om koorts te meten en/of antipyretica toe te dienen [2-3,10,26]. Dit in tegenstelling tot slechts één van de geïnterviewde ouders, en één

ouder die vertelde dit nog te hebben gedaan toen haar kind jonger was. De acht andere ouders vonden de nachtrust van het kind belangrijker, wat drie ouders echter niet tegenhield om het kind 's nachts al slapend nog eens te controleren.

Hoewel er geen wetenschappelijke evidentie naar veiligheid en superioriteit bestaat voor het alternerend toedienen van ibuprofen en paracetamol [32,49-50], toch werd dit door vier ouders vermeld. Carson (2003) stelde vast dat ibuprofen een superieure werking heeft bij koorts boven 39°C en langer koortsdalend werkt dan paracetamol [32]. Dit werd door twee ouders beaamd, die opmerkten dat ibuprofen in hun ogen net iets krachtiger werkt dan paracetamol.

Medicatiefouten zijn uitvoerig beschreven in de literatuur, tot 57% van de ouders zou incorrecte dosissen toedienen [2,20-21,28-29,31,43]. Echter, negen van de tien ouders uit deze studie dienen medicatie toe op basis van gewicht, en zes ouders geven aan de bijsluiter te raadplegen om te controleren welke dosis en hoe vaak ze medicatie mogen toedienen. Slechts één ouder geeft aan koortswerende medicatie "met de natte vinger" toe te dienen, een soeplepel bij hogere koorts, een koffielepel bij minder hoge koorts. Deze vaststelling, dat de geïnterviewde ouders minder medicatiefouten maken in vergelijking met wat beschreven staat in de literatuur, kan verschillende verklaringen hebben. Enerzijds worden ibuprofen siroop en paracetamol siroop in België steeds met een doseerpipet op basis van gewicht afgeleverd, wat ouders bewust maakt dat koortswerende medicatie volgens gewicht moet worden toegediend. Anderzijds werd door de ouders enkel mondeling meegedeeld welke dosis wordt toegediend aan de kinderen, zonder dit te objectiveren. Mogelijks maken ook deze ouders wel nog medicatiefouten, maar kon dit aan de hand van een interview niet worden vastgesteld. Indien zij effectief minder medicatiefouten zouden maken in vergelijking met de literatuur, dan is mogelijks de hogere opleidingsgraad van de geïnterviewde ouders ook een beïnvloedende factor.

Hoewel een studie in Frankrijk uitgevoerd door Boivin et al (2007) uitwees dat slechts 30% van de ouders eraan denkt hun kind te hydrateren bij koorts [27], vinden negen van de tien geïnterviewde ouders het heel belangrijk dat hun kind voldoende vocht opneemt bij koorts. Immers, vocht toedienen verhindert dehydratie, en dehydratie kan temperatuurstijging in de hand werken [11].

10% tot 44% van de ouders gelooft dat koorts leidt tot hersenschade [3,9,20,23], vergelijkbaar met dit veldonderzoek, waarbij twee ouders schrik hebben dat koorts blijvende orgaanschade veroorzaakt.

In heel wat studies geven ouders aan dat artsen en verpleegkundigen hun belangrijkste bron van informatie is [2-3,6,11,27,31,33,43]. Dit werd niet bevestigd met dit veldonderzoek, waar internet naar voor werd geschoven als belangrijkste bron van informatie. Hoewel veel ouders beseffen dat veel informatie op het internet weinig accuraat is, toch kunnen maar weinig geïnterviewde ouders weerstaan aan het snel opzoeken van symptomen wanneer ze geconfronteerd worden met koorts bij hun kind. In tweede instantie wordt beroep gedaan op de eigen ouders, grootouders of bevriende ouders. Slechts vijf van de tien ouders gaven aan dat zij ook hun informatie halen bij hun huisarts of pediater.

Wanneer echter gezocht werd naar studies over de betrouwbaarheid van de informatie op het internet over koorts bij kinderen, kon slechts 1 artikel worden gevonden, namelijk een studie door Pandolfini et al (2002) [51]. In deze studie werd de betrouwbaarheid van de gezondheidsinformatie over de aanpak van koorts bij kinderen op het internet vergeleken tussen 1997 en 2001. De auteurs konden concluderen dat de kwaliteit van die gezondheidsinformatie op 4 jaar tijd was verbeterd, maar dat verder toezicht naar accuraatheid en volledigheid nog steeds fundamenteel is.

Twee studies, één door Maguire et al (2011) in het Verenigd Koninkrijk, en één door Stagnara et al (2005) in Frankrijk, toonden aan dat 39%, respectivelijk 44% van de ondervraagde ouders een arts contacteert binnen de eerste 24u van de koortsepisode [8,36]. Dit in tegenstelling tot de ouders uit dit veldonderzoek, die minstens 1 dag afwachten bij koorts, maar soms ook helemaal geen arts contacteren, zolang ze zelf de controle over de situatie niet dreigen te verliezen.

In 2011 werd een artikel gepubliceerd door Aurel et al, waarin werd vastgesteld dat slechts 7% van de ondervraagde ouders petechiën herkennen, en de Tumbler Test kennen [52]. Bij vijf ouders werd tijdens het interview gepeild naar hun kennis over petechiën en de Tumbler Test, en slechts één ouder kon mij hier een correcte beschrijving van geven.

5.4. Persoonlijk leerproces

Hoewel 10 interviews onvoldoende materiaal oplevert om significante besluiten te formuleren, toch heeft het afnemen, en nadien analyseren, van deze 10 interviews mij veel bijgeleerd. Tijdens een consultatie voor een kind met koorts krijg je slechts een momentopname te zien van wat zich afspeelt binnen een gezin van een ziek kind, je ziet als het ware enkel wat er voor het doek gebeurt. Door bij de ouders thuis een interview af te nemen, en te luisteren naar hun verhaal, kreeg ik de kans om even een glimp op te vangen van wat er allemaal gebeurt achter de schermen. Zij hebben mij doen inzien dat er een heel proces vooraf gaat aan de consultatie bij de arts. Ouders hebben meestal zelf al een behandeling opgestart, zowel door het toedienen van koortswerende middelen, als het lichter kleden van het kind, het toedienen van voldoende vocht, en soms zelfs het geven van een koud of lauw badje. Veel ouders hebben al informatie gezocht op het internet of hebben hun ouders al gecontacteerd om hun mening te horen over wat er verder nog moet gebeuren. Pas wanneer ouders het gevoel hebben de situatie niet langer de baas te kunnen, bijvoorbeeld omdat de koorts te lang blijft duren, naar hun aanvoelen te hoog stijgt, of omdat het kind ook klachten formuleert die niet direct verklaard kunnen worden, dan pas wordt een arts gecontacteerd.

Met dit scenario voor ogen, begrijp ik nu veel beter dat ouders net iets meer verwachten van hun arts dan louter geruststelling. Want heel wat ouders weten maar al te goed dat koorts een natuurlijk fenomeen is, en dat elk kind hier vroeg of laat mee wordt geconfronteerd, maar het moment dat ze een arts consulteren, is het moment dat zij de controle over de situatie aan het verliezen zijn. Vanuit dit oogpunt volstaat het als arts inderdaad niet, om enkel wat gerust te stellen. Ouders willen dat er naar hun verhaal geluisterd wordt, dat hun kind volledig wordt onderzocht, dat ze een duidelijke uitleg krijgen waarom het kind koorts maakt, en willen weten wat ze in de nabije toekomst nog mogen verwachten. Heel wat ouders geven aan dat, indien het niet nodig is, ze liever geen medicatie toedienen, maar op het moment dat ze komen consulteren, is er een probleem, en dat probleem moet opgelost worden!

Ook heb ik geleerd dat ouders op zoek zijn naar een houvast als ondersteuning in hun zorg voor een kind met koorts. De ouders uit de interviews hebben een zeer goede kennis over koorts, hoe die te meten en hoe er mee om te gaan, maar toch wordt nog heel veel informatie opgezocht op het internet tijdens acute momenten. Een duidelijke folder, met evidence-based informatie, in een handig formaat zodat het gemakkelijk in een agenda of de medicatiedoos kan worden opgeborgen, zou aan die vraag naar informatie kunnen beantwoorden. Een belangrijke voorwaarde is wel dat de folder op voorhand met de ouders besproken wordt, zodat het nadien kan dienen als geheugensteuntje van wat gezegd werd tijdens de consultatie. Want, zoals een van de ouders ook aangeeft, bij Kind en Gezin wordt heel veel informatie gegeven, of zoals zij het verwoordt “afgerammeld”, maar op dat moment ben je als ouder met zoveel andere zaken bezig, dat heel wat van die informatie gewoon verloren gaat.

Zelf ben ik vooral dankbaar dat ik een blik achter de schermen heb mogen werpen van ouders die met een kind met koorts worden geconfronteerd, en ik besef heel goed dat de literatuurstudie over koorts bij kinderen, en de interviews met de ouders, mijn aanpak bij koorts enorm hebben bijgesteld. Door te grasduinen in de literatuur, werd mijn persoonlijke Fever Phobia gereduceerd. Ik besef nu maar al te goed dat geruststelling alleen niet voldoende is als een ouder komt consulteren met een kind met koorts, maar ik was ook verrast dat niet alle ouders steeds medicatie verwachten.

Ik wil zeker proberen om in de toekomst mijn consultatievoering af te stemmen op de verwachtingen van de ouders: actief luisteren naar hun verhaal, het kind volledig onderzoeken, duidelijke uitleg geven en indien mogelijk een gerichte leidraad geven over wat ze nog mogen verwachten de komende dagen, eventueel aangevuld met geschreven informatie over koorts, zodat ouders een back-up hebben wanneer ze dreigen de controle te verliezen. Op die manier wil ik proberen mijn kennis optimaal ten dienste te stellen van ouders, om hen op die manier vol overtuigng te ondersteunen in hun zorg voor kinderen met koorts.

5.5. Suggesties voor verder onderzoek

Onderzoek naar Fever Phobia gebeurde reeds wereldwijd, maar Belgische gegevens werden in de literatuur niet teruggevonden. Omdat 10 interviews niet toelaten om significante besluiten te trekken, en de resultaten onderhevig zijn aan bias zoals de hoge opleidingsgraad van de ouders, het afnemen van het interview enige tijd na de acute koortsepisode, en de ondervertegenwoordiging van ouders met jonge kinderen, lijkt verder onderzoek naar de bezorgdheden en verwachtingen van ouders van kinderen met koorts in België mijns insziens zeer relevant. Het kan ons, artsen, alleen maar helpen om onze zorg nog meer af te stemmen op de noden van de ouders.

Verder lijkt het mij ook zeer zinvol om meer in detail na te gaan wat ouders precies opzoeken op internet, welke sites ze hiervoor raadplegen, en hoe evidence-based de informatie is die op internet gevonden wordt. Omdat internet niet meer weg te denken is uit onze samenleving, zullen we er nooit in slagen ouders te overtuigen dit medium niet te raadplegen bij gezondheidsproblemen. Maar net daarom lijkt het mij belangrijk om er op toe te zien dat ouders ook daar correcte, volledige en adequate informatie kunnen terugvinden, wanneer ze daar naar op zoek zijn.

6. CONCLUSIE

Anno 2012 blijft Fever Phobia nog steeds een actueel thema. Ondanks hun goede kennis over koorts en hoe er mee om te gaan, beschrijven de geïnterviewde ouders een angst bij koorts boven 39°C, blijven ze ’s nachts alert om hun slapende kind te controleren, geven ze nog regelmatig koude of lauwe badjes en wordt door vier van de tien ouders het alternerend toedienen van paracetamol en ibuprofen toegepast.

Voor ons, artsen, is een belangrijke taak weggelegd in het proberen begrijpen waarom ouders handelen zoals ze handelen, en hen evidence-based informatie verstrekken, ten einde hen optimaal te ondersteunen in hun zorg voor een kind met koorts.

7. BIBLIOGRAFIE

1. Schmitt BD. *Fever in childhood.* Pediatrics. 1984;74(5 Pt 2):929-36.

2. Schmitt BD. *Fever Phobia: misconceptions of parents about fevers.* Am J Dis Child. 1980;134(2):176-81.

3. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. *Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years?* Pediatrics. 2001;107(6):1241-6.

4. Walsh A, Edwards H. *Management of childhood fever by parents: literature review.* J Adv Nurs. 2006:54(2):217-27.

5. Siebenaler ME. *Taking a baby's temperature: is it common knowledge?* MCN Am J Matern Child Nurs. 1985;10(1):71.

6. Sakai R, Niijima S, Marui E. *Parental knowledge and perceptions of fever in children and fever management practices: differences between parents of children with and without a history of febrile seizures.* Pediatr Emerg Care. 2009;25(4):231-37.

7. Walsh A, Edwards H, Fraser J. *Parents' childhood fever management: community survey and instrument development.* J Adv Nurs. 2008;63(4):376-88.

8. Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, Ferley JP, Kassaï B. *Parents' attitudes towards childhood fever. A cross-sectional survey in the Lyon metropolitan area (202 cases).* Presse Med. 2005;34(16pt1):1129-36.

9. Ipp M, Jaffe D. *Physicians' attitudes toward the diagnosis and management of fever in children 3 months to 2 years of age.* Clin Pediatr (Phila). 1993;32(2):66-70.

10. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. *Parental fever phobia and its correlates.* Pediatrics. 1985;75(6):1110-3.

11. Anderson AR. *Parental perception and management of school-age children's fevers.* Nurse Pract 1988;13(5):8-9,12-8.

12. NICE Clinical Guidelines. *Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years (CG47).* May 2007.

13. Van Staaij BK, Rovers MM, Schilder AG, Hoes AW. *Accuracy and feasibility of daily infrared tympanic membrane temperature measurements in the identification of fever in children.* Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003;67(10):1091-7.

14. Haddock BJ, Merrow DL, Swanson MS. *The falling grace of axillary temperatures.* Pediatr Nurs. 1996;22(2):121-5.

15. Kresch MJ. *Axillary temperature as a screening test for fever in children.* J Pediatr. 1984;104(4):596-9.

16. Kiernan BS. *Taking a temperature: Which way is best?* JSPN. 2001;6(4):192-5.

17. Morley CJ, Hewson PH, Thornton AJ, Cole TJ. *Axillary and rectal temperature measurements in infants.* Arch Dis Child. 1992;67(1):122-5.

18. Betz MG, Grunfeld AF. *"Fever phobia" in the emergency department: a survey of children's caregivers.* Eur J Emerg Med. 2006;13:129-33.

19. Impicciatore P, Nannini S, Pandolfini C, Bonati M. *Mother's knowledge of, attitudes toward, and management of fever in preschool children in Italy.* Prev Med. 1998;27(2):268-73.

20. Erkek N, Senel S, Sahin M, Ozgur O, Karacan C. *Parents' perspectives to childhood fever: comparison of culturally diverse populations.* J Paediatr Child Health. 2010;46(10):583-7.

21. Rupe A, Ahlers-Schmidt CR, Wittler R. *A comparison of perceptions of fever and fever phobia by ethnicity.* Clin Pediatr (Phila). 2010;49(2):172-6.

22. Schmitt BD. *Behavioral aspects of temperature-taking.* Clin Pediatr (Phila). 1991;30(4suppl):8-10; discussion 3-4.

23. Cohee LM, Crocetti MT, Serwint JR, Sabath B, Kapoor S. *Ethnic differences in parental perceptions and management of childhood fever.* Clin Pediatr (Phila). 2010;49(3):221-7.

24. Van Stuijvenberg M, de Vos S, Tjiang GC, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA. *Parents' fear regarding fever and febrile seizures.* Acta Paediatr. 1999;88(6):618-22.

25. Jensen JF, Tønnesen LL, Söderström M, thorsen H, Siersma V. *Paracetamol for feverish children: parental motives and experiences.* Scand J Prim Health Care. 2010;28(2):115-20.

26. Poirier MP, Collins EP, McGuire E. *Fever phobia: a survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department.* Clin Pediatr (Phila). 2010;49(6):530-4.

27. Boivin JM, Weber F, Fay R, Monin P. *Management of paediatric fever: is parents' skill appropriate?* Arch Pediatr 2007;14(4):322-9.

28. Walsh A, Edwards H, Fraser J. *Attitudes and subjective norms: determinants of parents' intentions to reduce childhood fever with medications.* Health Educ Res. 2009;24(3):531-45.

29. Walsh A, Edwards H, Fraser J. *Over-the-counter medication use for childhood fever: a cross-sectional study of Australian parents.* J Paediatr Child Health. 2007;43(9):601-6.

30. Andabaka T, Globocnik T, Dalibor V, Esposito S, Barsic B. *Parental administration of antipyretics to children with upper respiratory tract infections without consultation with a physician.* Croat Med J. 2011;52(1):48-54.

31. Pursell E. *Treatment of fever and over-the-counter medicines.* Arch Dis Child. 2007;92(10):900-1.

32. Carson SM. *Alternating acetaminophen and ibuprofen in the febrile child: examination of the evidence regarding efficacy and safety.* Pediatr Nurs. 2003;29(5):379-82.

33. Bilenko N, Tessler H, Okbe R, Press J, Gorodischer R. *Determinants of antipyretic misuse in children up to 5 years of age: a cross-sectional study.* Clin Ther. 2006;28(5):783-93.

34. Blumenthal I. *What parents think of fever.* Fam Pract 1998;15(6):513-8.

35. Krantz C. *Childhood fevers: developing an evidence-based anticipatory guidance tool for parents.* Pediatr Nurs 2001;27(6):567-71.

36. Maguire S, Ranmal R, Komulainen S, Pearse S, Maconochi I, Lakhanpaul M, Davies F, Kai J, Stephenson T. *Which urgent care services do febrile children use and why?* Arch Dis Child 2011;96(9):810-6.

37. Sarrell M, Kahan E. *Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever.* Patient Educ Couns. 2003;51(1):59-63.

38. Broome ME, Dokken DL, Broome CD, Woodring B, Stegelman MF. *A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach.* J Paediatr Health Care. 2003;17(4):176-83.

39. Baker MD, Monroe KW, King WD, Sorrentino A, Glaeser PW. *Effectiveness of fever education in a pediatric emergency department.* Pediatr Emerg Care. 2009;25(9):565-8.

40. Casey R, McMahon F, McCormick MC, Pasquariello PS Jr, Zavod W, King FH Jr. *Fever therapy: an educational intervention for parents.* Pediatrics. 1984;73(5):600-5.

41. Robinson JS, Schwartz ML, Magwene KS, Krengel SA, Tamburello D. *The impact of fever health education on clinic utilization.* Am J Dis Child. 1989;143(6):698-704.

42. O'Neill-Murphy K, Liebman M, Bamsteiner JH. *Fever education: does it reduce parent fever anxiety?* Pediatr Emerg Care. 2001;17(1):47-51.

43. Linder N, Sirota L, Snapir A, Eisen I, Davidovitch N, Kaplan G, Barzilai A. *Parental knowledge of the treatment of fever in children.* Isr Med Assoc J. 1999;1(3):158-60.

44. Karwowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D, Davies HD. *Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective.* CJEM. 2002;4(6):394-400.

45. Sarrell M, Cohen HA, Kahan E. *Physicians', nurses', and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood.* Patient Educ Couns. 2002;46(1):61-5.

46. Leiser D, Doitsch E, Meyer J. *Mothers' lay models of the causes and treatment of fever.* Soc Sci Med.1996;43(3):379-87.

47. Asekun-Olarinmoye EO, Egbewale BE, Olajide FO. *Subjective assessment of childhood fever by pothers utilizing primary health care facilities in Osogbo, Osun State, Nigeria.* Niger J Clin Pract. 2009;12(4):434-8.

48. Nijman RG, Oostenbrink R, Dons EM, Bouwhuis CB, Moll HA. *Parental fever attitude and management: influence of parental ethnicity and child's age.* Pediatr Emerg Care. 2010;26(5):339-42.

49. Kramer LC, Richards PA, Thompson AM, Harper DP, Fairchok MP. *Alternating antipyreticas: antipyretic efficacy of acetaminophen versus acetaminophen alternated with ibuprofen in children.* Clin Pediatr (Phila). 2008;47(9):907-11.

50. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. *Alternating antipyretics: is this an alternative?* Pediatrics. 2000;105(5):1009-12.

51. Pandolfini C, Bonati M. *Follow up of quality of public oriented health information on the world wide web: systematic re-evaluation.* BMJ. 2002;324(7337):582-3.

52. Aurel M, Dubos F, Motte B, Pruvost I, Leclerc F, Martinot A. *Recognising haemorrhagic rash in children with fever: a survey of parents' knowledge.* Arch Dis Child 2011;96(7):697-8.

8. BIJLAGEN

8.1. Bijlage 1: Vragenlijst interviews

Ideeën en handelingen bij koorts

- Wanneer spreek je van koorts?
- Wanneer spreek je van hoge koorts?
- Hoe meet je de temperatuur bij uw kind?
- Hoe vaak meet je de temperatuur bij koorts?
- Vanaf welke temperatuur geef je koortswerende middelen?
- Welke koortswerende middelen geef je?
- Aan welke dosis geef je koortswerende middelen? Volgens leeftijd, of volgens gewicht?
- Hoe vaak geef je koortswerende middelen per dag? Met wel tijdsinterval?
- Doe je nog andere dingen om de koorts te doen zakken?
- Wanneer kom je met je kind naar de dokter?
- Wat is de belangrijkste reden om naar de dokter te gaan?
- Wat verwacht je van je dokter?
- Waar heb je vooral schirk voor als je kind koorts heeft?
- Vind je de drempel om naar de dokter te gaan hoog?
- Is er een verschil tussen hoe je reageerde bij je eerste kind, en bij de volgende kinderen?

Bronnen van informatie

- Hoe ben je te weten gekomen welke medicatie je mag toedienen aan je kind?
- Hoe ben je de dosis te weten gekomen van koortswerende middelen, en hoe vaak je die mag toedienen?
- Waar haal je je informatie vandaan over koorts bij kinderen, en wat je moet doen bij koorts?

Evaluatie van de informatiefolder

- Wat vind je van de folder?
- Is alles wat in de folder staat duidelijk voor u?
- Welke informatie vind je zinvol?
- Wat ontbreekt er volgens u nog in de folder?
- Denk je dat je de folder ook zou raadplegen als uw kindje opnieuw koorts heeft?

8.2. Bijlage 2: Folder "Koorts bij kinderen"

Wanneer meet ik de koorts?

Bij ongerustheid of wanneer mijn kind warm aanvoelt, zich anders gedraagt dan normaal, minder of juist meer slaapt, minder of geen eetlust heeft, lastig is, minder of niet speelt, meer huilt, bleek ziet of rode wangen heeft.

Meet de koorts het liefst met een digitale thermometer in de *anus* en vóór het geven van een koortswerend middel. Men spreekt van koorts als de lichaamstemperatuur *38°C of hoger* is.

Is koorts gevaarlijk?

Meestal is koorts onschuldig. Koorts is een normale reactie van het lichaam, omdat het virussen en bacteriën zo beter kan bestrijden. Ook na de toediening van een vaccin kan je kind een lichte temperatuursverhoging hebben.
Toch is het altijd belangrijk dat u enkele zaken in de gaten houdt.
Daarom vindt u in deze folder extra richtlijnen.



Wat kan ik doen bij koorts?

- Zorg voor een vertrouwde omgeving.
- Geef koortswerende middelen *indien uw kind zichtbaar last heeft van de koorts*, bij voorkeur *siroop*, met de correcte doseerpipet met aanduiding van het lichaamsgewicht.

Bij braken kunnen suppo's worden gebruikt.

- Liefst paracetamol (vb. Perdolan®, Dafalgan®, Curpol®)
- Indien onvoldoende: ibuprofen (vb Nurofen®, Perdophen®)

Deze medicijnen zijn zonder voorschrift verkrijgbaar bij de apotheek.
Hoe vaak en hoeveel hangt af van het medicijn en het gewicht van uw kindje.
Kijk hiervoor **altijd** de bijsluiter na of vraag raad aan uw apotheker.

- Hou in het oog hoeveel je kind juist eet en drinkt.

Geef je kind regelmatig kleine hoeveelheden vocht.
Is je kind jonger dan 6 maanden, geef dan extra melkvoeding.
Leg bij borstvoeding je kind vaker aan.
Geef grotere kinderen extra water te drinken.

- Tel bij een baby of peuter hoeveel natte luiers je kind heeft.
- Zorg voor voldoende verkoeling door de kamertemperatuur tussen 18 en 20°C te houden en je kind niet te warm aan te kleden of extra toe te dekken. Het volledig uitkleden van je kind, zeer fris leggen, een afkoelend badje geven of integendeel warm toedekken is ***niet*** *aangenaam* voor het kind en *beïnvloedt de temperatuur weinig*.

Wanneer contacteer ik mijn arts?

- Als mijn kind jonger dan 3 maanden is en de temperatuur 38 °C of meer bedraagt.
- Als mijn kind tussen 3 maanden en 6 maanden is en de temperatuur 39 °C of meer.
- Als mijn kind al 3 dagen koorts heeft.
- Als mijn kind van om het even welke leeftijd alarmtekenen vertoont (zie rechterflap).

Wat zijn alarmtekenen?

- Mijn kind ziet er erg ziek uit.
- Mijn kind is anders ziek als anders.
- Mijn kind drinkt of eet niet meer en braakt.
- Mijn kind is uitgedroogd: minder natte luiers, droge lippen, droog mondslijmvlies, ingevallen ogen, ingevallen fontanel, meer dan 3x per dag diarree of braken.
- Mijn kind ziet erg bleek of grauw.
- Mijn kind ademt moeilijk of kreunt.
- Mijn kind weent op een andere wijze (hoge schrei of zwakke schrei).
- Mijn kind is suf of moeilijk wakker te krijgen.
- Mijn kind praat verward.
- Mijn kind heeft pijn bij aanraking.
- Mijn kind vertoont nekstijfheid.
- Mijn kind heeft blauw-rode puntvormige vlekjes op de huid, die niet wegtrekken als ik er met de rand van een glas op duw (zie foto op linkerflap)
- Mijn kind heeft stuipen.

Opgelet! **Zelfs als het kind géén of weinig koorts heeft, raadpleeg toch onmiddellijk een arts bij één of meer van de bovenstaande signalen.**