KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

# Registratie van ontwikkeling bij jonge kinderen in de huisartsenpraktijk

Karen Tavernier, KULeuven

Promotor: Professor Ann Roex, KULeuven Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Co-promotoren: Dr. Cécile Guérin, KULeuven centrum voor omgeving en gezondheid

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

# INHOUD


1 Abstract ..... 3
2 Inleiding ..... 4
3 Methode ..... 6
3.1 Studiedesign ..... 6
3.2 Onderzoekspopulatie ..... 6
3.3 Methode ..... 6
3.4 Ethische overwegingen ..... 8
4 Resultaten ..... 8
4.1 Luik 1 retrospectief onderzoek ..... 8
4.2 Luik 2 semi-gestructureerd interview ..... 11
4.2.1 Hoe voert de huisarts zijn preventieve onderzoeken uit ..... 11
4.2.1.1 Preventief onderzoek bij de huisarts ..... 11
4.2.2 Rol van de huisarts ..... 12
4.2.3 Barrières ..... 12
4.2.3.1 Niveau van organisatorische context ..... 13
4.2.3.2 Niveau van individuele vak deskundige ..... 13
4.2.3.3 Economische en politieke context ..... 13
4.2.3.4 Niveau van de patiënt ..... 13
4.2.3.5 Sociale context ..... 13
4.2.4 Oplossingen ..... 14
5 Discussie ..... 15
6 Besluit ..... 17
7 Dankwoord ..... 17
8 Referenties ..... 18
9 Appendix ..... 19
9.1 Appendix A ..... 19
9.2 Appendix B ..... 20
9.3 Appendix C ..... 21
9.4 Appendix D ..... 22
9.5 Appendix E ..... 23
9.6 Appendix F ..... 27
9.7 Appendix G ..... 29
9.8 Appendix H ..... 30
9.9 Appendix I ..... 31
9.10 Appendix J ..... 32

# 1 Abstract


**Registratie van ontwikkeling bij jonge kinderen in de huisartsenpraktijk**

Huisarts-in-opleiding: Karen Tavernier, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Professor Ann Roex, KULeuven Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Co-Promotor: Dr. Cécile Guérin, KULeuven centrum voor omgeving en gezondheid
Praktijkopleider: Dr. Fillieux Celine

ICPC: A98 preventie

Context: Zorgverleners hebben de taak om de gezondheid te bevorderen, niet alleen op curatieve wijze, maar ook op preventieve wijze. Het vroegtijdig onderkennen van ontwikkelingsstoornissen valt hieronder. Men past het ontwikkelingstoezicht of surveillance toe om ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen vroeg op te sporen. Dit gebeurt voornamelijk door Kind en Gezin. Sommige ouders verkiezen de opvolging van hun kind bij de pediater of de huisarts.

Onderzoeksvraag: Wat verstaat de huisarts onder het preventief onderzoek bij het jonge kind? Hoe gaat hij te werk bij het uitvoeren van een preventief onderzoek? Hoe maakt hij notities hierover in het elektronisch medisch dossier? Hoe ziet de huisarts zijn rol in het preventief onderzoek van het kind tussen 0 en 3 jaar? Welke barrières ondervindt hij/zij hierbij? Welke oplossingen ziet hij/zij hiervoor?

Methode: Het onderzoek bestond uit twee luiken. Het eerste luik hield een retrospectief onderzoek aan de hand van registraties in het elektronisch medisch dossier in. Deze audit had tot doel een objectieve basis te vormen voor het kwalitatief onderzoek. Het tweede luik bestond uit semigestructureerde interviews.

Resultaten: Drie praktijken namen deel aan de audit, samen hadden deze huisartsen 5458 GMD patiënten en waaruit 265 patiënten jonger dan drie jaar werden geïdentificeerd. Bij vierenveertig van deze 265 patiënten had het laatste consult meer dan zes maanden geleden plaatsgevonden en werden om deze reden uit de studie geëxcludeerd. Eénendertig patiënten hadden minimum één preventief onderzoek. De overgrote meerderheid van de kinderen tussen nul en drie jaar kreeg geen preventief consult bij de huisarts. Vaccinaties worden het best genoteerd in het EMD, opvolging van fijne, grove motoriek en communicatie wordt het minst geregistreerd. Zes artsen namen deel aan het semigestructureerd interview. Deze huisartsen zijn tevreden met hun aandeel in het preventief onderzoek. Wanneer ze een preventief onderzoek uitvoeren, zijn de werkplaatscondities voor de huisarts niet optimaal. De aangehaalde knelpunten zijn: middelen, tijdspanne, werkdruk en software. Er bevinden zich barrières ter hoogte van vijf niveaus. Niveau van organisatorische context werd het meest aangehaald. Mogelijke voorstellen tot verbetering zijn automatische communicatie tussen de verschillende instanties en een gestandaardiseerd van Wiechenformulier in het EMD van de huisarts.

Conclusies: Registraties van het preventief onderzoek in het EMD van de huisarts zou best op grotere schaal onderzocht worden. Mogelijke barrières van huisartsen tot het uitvoeren van een preventief onderzoek zou op grotere schaal onderzocht kunnen worden. Het EMD van de huisarts kan nog geoptimaliseerd worden.



Contact: tavernier.karen@gmail.com

# 2 Inleiding

Kinderen zijn de toekomst, elk kind heeft het potentieel om te worden wat hij/zij wil. Zorgverleners kunnen daarbij helpen. Zij hebben de taak (1) om de gezondheid te bevorderen, niet alleen op curatieve wijze, maar ook op preventieve wijze. Het vroegtijdig onderkennen van ontwikkelingsstoornissen valt hieronder.

Men past het ontwikkelingstoezicht of surveillance toe om ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen vroeg op te sporen. Hieronder verstaat men het opvolgen van de ontwikkeling uitgaande van informatie vanuit medische, sociale en ontwikkelingsanamnese. Bij het ontwikkelingstoezicht besteedt men eerst aandacht aan de bezorgdheid van de ouders, vervolgens aan het onderkennen van risicofactoren en beschermende factoren en tot slot objectiveert men gegevens met het uitvoeren van een klinisch ontwikkelingsonderzoek(2).

In het Slotadvies van de Landelijke Commissie VTO (Nederland, 1988) wordt gesteld dat er zich jaarlijks een ontwikkelingsstoornis manifesteert bij 5-10% van de kinderen die geboren worden. Uit Nederlands longitudinaal onderzoek op de consultatiebureaus blijkt dat 2,4% van de onderzochte kinderen tussen 0 en 15 maand en 3,3% van de vijf jarigen een ontwikkelingsstoornis hebben. Hierbij zijn ernstige stoornissen in opvolging bij specialisten echter niet meegerekend(3).

In het jaarverslag 2012 van Kind en Gezin(4) staat beschreven dat het aantal kinderen die niet meer op consult gaan bij Kind en Gezin stijgt naarmate de kinderen ouder worden. Namelijk 0,6% gaat nooit op consult in het eerste levensjaar. In het tweede levensjaar gaat 17,3% geen enkele maal op consult. Een cijfer dat nog oploopt naar 41,1% in het derde levensjaar. Men kan dus stellen dat een zekere proportie van de kinderpopulatie tussen de laatste vaccinatie bij Kind en Gezin (op de leeftijd van vijftien maanden) en voor het eerste CLB contact (in de eerste kleuterklas rond de leeftijd van drie à vier jaar) aan de surveillance ontsnapt.

Het ontwikkelingstoezicht is één van de services die door Kind en Gezin aan ouders en het kind wordt verleend. Het aanbod van Kind en Gezin is echter vrijblijvend. Enkel poliovaccinatie is verplicht, maar deze kan ook door andere professionals toegediend worden. Kind en Gezin publiceert de percentages van de kinderen die op consult komen. Sommige ouders verkiezen de opvolging van hun kind bij de pediater of de huisarts. Gaan al de kinderen die niet door Kind en Gezin onderzocht worden op consult bij de huisarts of de pediater? Of is er een proportie van de kinderen die niet regelmatig onderzocht wordt? Ook kan de vraag gesteld worden of de huisarts vindt dat hij/zij hier een actieve rol in heeft.

In het rapport van UNICEF (5) worden negenentwintig ontwikkelde landen gerangschikt volgens het algehele welzijn van het kind. Het welzijn wordt in vijf dimensies ingedeeld, namelijk materiële welzijn, gezondheid en veiligheid, educatie, gedrag en risico en huisvesting en milieu. België staat hierbij op de negende plaats, maar als we voor elke dimensie apart kijken, zien we dat we voor elke dimensie - met uitzondering van educatie - in de middelste derde moot van de ranglijst staan. België staat voor materieel welzijn op de dertiende plaats van de negenentwintig. Voor gezondheid en veiligheid staat België ook op de dertiende plaats. Voor gedrag en risico, alsook voor huisvesting en milieu staat België op de veertiende plaats. Op vlak van educatie doet België het uitstekend en staan we tweede in de ranglijst. In vergelijking met Nederland doet België het opmerkelijk minder. Nederland staat op de eerste plaats en staat voor de vijf verschillende dimensies in de bovenste derde moot.

Als we dieper ingaan op de dimensie gezondheid en veiligheid bekijkt UNICEF drie componenten. De gezondheid bij de geboorte met als indicator zuigelingensterfte en laag geboortegewicht. De preventieve gezondheidszorg met als indicator globale immunisatiegraad. De kindersterfte met als indicator kindersterfte van leeftijd van één tot negentien jaar.

België scoort vooral laag bij de indicator kindersterfte voor de leeftijd van één tot negentien jaar. Unicef schrijft dat deze sterftegevallen verder gaan dan ziekte en efficiëntie van de gezondheidszorg én dat deze indicator een weerspiegeling kan zijn van het algemene niveau van de gezondheid en veiligheid gedurende de kinderjaren. Het rapport stelt dat het falen van bescherming en promoten van het algemene welzijn van het kind geassocieerd is met een verhoogd risico over een wijd verspreid gamma van uitkomstmaten op later leven. Daardoor is de toewijding tot het algemeen welzijn van het kind zeer zeker uitdagend. Om tegemoet te komen aan dit engagement is het meten van de vooruitgang én het beschermen en het bevorderen van het welzijn van het kind essentieel voor drie belangrijke pijlers: beleidsvorming, kostenbaten efficiëntie en transparantie. Meetsystemen zijn de sleutel tot betere uitkomstresultaten in opsporing van ontwikkelingsstoornissen(6). Heeft de huisarts een vast stramien tot het registeren van het preventief onderzoek van het kind? Leent zijn elektronisch medisch dossier zich hiervoor?

De Inequality-adjusted Human Development Index (IHDI) meet het niveau van mensen in een samenleving rekening houdend met de ongelijkheid. De index houdt rekening met drie dimensies: gezondheid, onderwijs en inkomen. Deze index bepaalt de ongelijkheid op land-niveau. Er is een overeenkomst tussen het soort regering en het algehele welzijn van het kind. Zweden, het land met de beste IHDI, heeft de beste uitkomstresultaten in aantal preventieve consulten. Landen met de slechtste IHDI doen het algemeen veel slechter(7).

Als er nationaal iets moet veranderen, moet er verandering teweeg gebracht worden bij het individu. Grol en Wensing stellen dat barrières en drijfveren voor verandering zich op zes verschillende niveaus plaatsvinden: de verandering op zich, de individuele vakdeskundige, de patiënt, de sociale context, de organisatorische context en de economische en politieke context(8). Dit is samengevat in appendix A.

Het Zweeds “Salut” programma (9) had als één van de doelen vooropgesteld te onderzoeken welke barrières en facilitators de vroedvrouwen, de gezondheidsverpleegkundigen en hygiënisten en verzorgers hadden ondervonden bij het implementeren van het in gebruik genomen programma. Dit programma had als doel de activiteiten en de interactie tussen de verschillende instanties te verbeteren. Onder het topic ‘child health care’ ondervonden de deelnemers zes barrièrepunten. De werkdruk was te hoog en ze hadden een te kort aan tijd, personeel en middelen. De verschillende deskundigen hadden concurrerende doelen, vragen en werktaken. Ze hadden geen samenwerkende partners. Het management of steun werd als insufficiënt ervaren. De geografische afstand tussen de verschillende medewerkers bleek een hinderpaal en tot slot hadden ze moeilijkheden gehad om multidisciplinaire relaties op te bouwen en te onderhouden. Welke barrières zouden er voor de Vlaamse huisarts bestaan in het implementeren van het preventief onderzoek?

Het doel van deze studie is de huidige functie van de huisarts in het preventief onderzoek van het kind tussen nul en drie jaar in kaart te brengen. Hierbij wordt een antwoord gezocht op volgende vragen.
1. Wat verstaat de huisarts onder het preventief onderzoek bij het jonge kind? Hoe gaat hij te werk bij het uitvoeren van een preventief onderzoek en hoe maakt hij notities hierover in het elektronisch medisch dossier.
2. Hoe ziet de huisarts zijn rol in het preventief onderzoek van het kind tussen 0 en 3jaar.
3. Welke barrières ondervindt hij/zij hierbij?
4. Welke oplossingen ziet hij/zij hiervoor?

# 3 Methode

De opzet van het onderzoek is tweeërlei, aldus werd geopteerd voor een studiedesign in twee delen: een retrospectief kwantitatief onderzoek en een kwalitatief onderzoek a.d.h.v. semigestructureerd interview. Het onderwerp van dit onderzoek valt onder de ICPC code A98 preventie (international classification of primary care).

**ICPC: A98 preventie**

## 3.1 Studiedesign

Het onderzoek bestond uit twee luiken waarvan het eerste luik een retrospectief onderzoek aan de hand van registraties in het elektronisch medisch dossier(EMD) inhield. Deze audit had tot doel een objectieve basis te hebben voor het kwalitatief onderzoek. Het tweede luik bestond uit semigestructureerde interviews.

## 3.2 Onderzoekspopulatie

We richten ons tot huisartsen die gebruik maken van het EMD. Het onderzoek vond plaats in de eerste lijn in de provincies West- en Oost-Vlaanderen van België. Artsen werden via mail aangeschreven (appendix B). Diezelfde mail werd ook aan alle leden van de seminarie groep Tielt II van 2014 meegegeven met de vraag om deze aan hun praktijkopleider voor te leggen. De inclusiecriteria waaraan de artsen dienden te voldoen werden zo breed mogelijk gehouden teneinde een zo groot mogelijk aantal artsen te kunnen interviewen. De inclusiecriteria zijn: huisarts met interesse voor het onderwerp preventief onderzoek bij kinderen tussen nul en drie jaar. Een arts die alsook beschikt over een softwarepakket, dat aanvaard is door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen of in de running is voor de derde testsessie georganiseerd door het eHealth-platform. De gegevens van de arts werden genoteerd aan de hand van appendix C.

## 3.3 Methode

*Luik 1 het retrospectief kwantitatief onderzoek*

Dit luik van het onderzoek heeft als doel om een antwoord te vinden op de eerste onderzoeksvraag. Wat verstaat de huisarts onder het preventief onderzoek bij het jonge kind? Hoe gaat hij te werk bij het uitvoeren van een preventief onderzoek en hoe maakt hij notities hierover in het elektronisch medisch dossier. De EMD's van de kinderen werd onderzocht om in kaart te brengen hoe de huisarts het preventief onderzoek bij jonge kinderen noteert in het EMD. Deze gegevens werden vervolgens in het tweede luik aan de artsen voorgelegd aan de hand van visuele aids.

De gegevens van het retrospectief onderzoek werden verzameld in de periode van 1 november 2014 tot eind december 2014. Dit luik van het onderzoek bestond uit een audit in het EMD van de geselecteerde artsen.

Inclusiecriteria voor het retrospectief kwalitatief onderzoek:
-Patiënten geboren tussen 01/11/2011 en 01/11/2014

De artsen stelden hun EMD ter beschikking. Er werd een zoekstrategie volgens geboortedatum op het EMD uitgevoerd. Vervolgens werd één voor één het dossier van de patiënt geopend. De patiënten werden opgenomen in de studie indien er minimum één registratie in het dossier werd teruggevonden van: hoofdomtrek, lengte, gewicht, vaccinatie, voeding, slaappatroon, algemene indruk van het kind, klinisch onderzoek van dysmorfieën, testen van Ortolani of Barlow, reflexen of ontwikkelingsonderzoek. Het consult werd ook als preventief beschouwd als er woorden instonden als: algemeen, preventie, advies of ontwikkeling. Al deze consulten werden door de onderzoeker gelabeld als 'preventief onderzoek' en in de studie geïncludeerd. Van de groep die ten minste één preventief onderzoek had, werd het dossier aan de hand van het vooropgestelde formulier (appendix D) overlopen op de volledigheid van het preventief onderzoek op de verschillende leeftijden die overeenkomen met de preventieve consulten van Kind en Gezin. Deze gegevens zijn terug te vinden in appendix E.

Deze data werden ingevoerd in een SQL Server database. Er werd bepaald hoeveel van de kinderen tussen nul en drie jaar ten minste één preventief onderzoek kreeg. Het gemiddeld aantal preventieve consulten per kind werd berekend. Er werd een kolomgrafiek gemaakt van verschillende aspecten van het preventief onderzoek. Er werd een tabel opgemaakt van de verschillende aspecten van het preventief onderzoek per leeftijd. Er werd een tabel opgemaakt met het aantal preventieve bezoeken en het aantal patiënten met hetzelfde aantal preventieve consulten.

De data van de drie praktijken werden samengevoegd en werden geanalyseerd en de bevindingen werden aan de hand van visuele aids meegebracht naar het interview.

*Luik 2 kwalitatief onderzoek*

Het kwalitatief onderzoek vond plaats van vijf januari 2015 tot en met elf januari 2015.
Aan de artsen werden de resultaten van het overkoepelende retrospectief onderzoek van de drie praktijken meegedeeld en er werd gepeild naar hun mening hieromtrent. In appendix G bevinden zich de zes vragen die gesteld werden. Deze zes vragen werden aan de hand van visuele aids meegebracht naar het interview. Vraag één en twee werden gesteld analoog aan onderzoek uitgevoerd in Australië door Jeyendra et al (10) om een antwoord te kunnen formuleren op de tweede onderzoeksvraag: hoe de huisarts zijn rol ziet in het preventief onderzoek van het kind tussen nul en drie jaar. De vier volgende vragen werden gesteld om een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag. Welke barrières hij ondervindt bij het registreren van het preventief onderzoek en welke oplossingen hij hiervoor ziet. Vraag drie en vier werden geïnspireerd door Edvardsson et al (9) die de uitkomstmaten van het "Salut" programma in Zweden nagingen. Deze vragen zijn gemodificeerd om relevant te zijn voor dit onderzoek. Voor vraag vijf en zes werd gebruik gemaakt van het schema opgesteld door Grol en Wensing(8). Het schema van Grol en Wensing werd via een visuele aid meegebracht naar het interview. De vragen werden nagelezen en goedgekeurd door de validatiegroep bestaande uit volgende personen*:* promotor professor A. Roex en co-promotor dokter C. Guérin.

Het interview werd digitaal opgenomen en verbatim uitgeschreven. De dataverwerking gebeurde volgens stadia van kwalitatieve analyse aangegeven in de gids (Quagol)(11). De interviews werden verschillende malen gelezen waarin sleutelzinnen werden onderlijnd. Vervolgens werd de essentie

van het verhaal van de deelnemer, dat een antwoord bood aan de onderzoeksvraag herschreven. Aan de hand hiervan werd een conceptueel interview gemaakt. Deze werd getoetst aan het initiële verhaal van de deelnemer. Met behulp van de conceptuele interviews van de verschillende deelnemers werd een concepten lijst samengesteld. Deze concepten werden in software programma Nvivo 10 ingevoerd als preliminaire codes. Vanuit deze codes met hun gelinkte citaten werd gezocht naar een gemeenschappelijke boodschap. Deze interviews werden enkel gelezen door de hoofdredacteur en konden niet getoetst worden aan onafhankelijke lezer met medische kennis wegens geen geschikte kandidatuur.

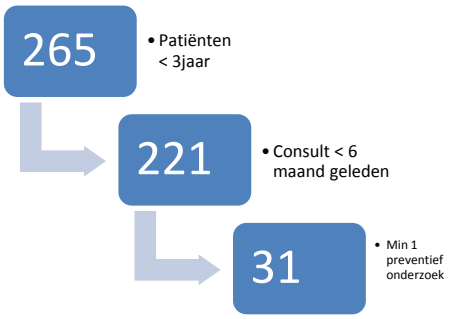
### 3.4 Ethische overwegingen

Voor deze studie werd een gunstig advies bekomen van de ethische commissie op 6 juni 2014 met als kenmerk ML10538. Dit is terug te vinden in appendix F.

## 4 Resultaten

### 4.1 Luik 1 retrospectief onderzoek

De artsen die interesse hadden om deel te nemen aan het retrospectief onderzoek bleken allen te werken met het software programma van Windoc. De gegevens werden verzameld binnen drie praktijken van huisartsen die bereidwillig waren hun EMD ter beschikking te stellen. Het betrof één solopraktijk, één duo praktijk en één groepspraktijk. Samen hadden deze drie praktijken 19992 patiënten waarvan 5458 GMD patiënten en waaruit 265 patiënten jonger dan drie jaar werden geïdentificeerd. Bij vierenveertig van deze 265 patiënten had het laatste consult meer dan zes maanden geleden plaatsgevonden en werden om deze reden uit de studie geëxcludeerd. Eenendertig patiënten hadden minimum één preventief onderzoek. Het stroomdiagram is terug te vinden in Figuur 1.




*Figuur 1: Stroom diagram patiëntenpopulatie.*

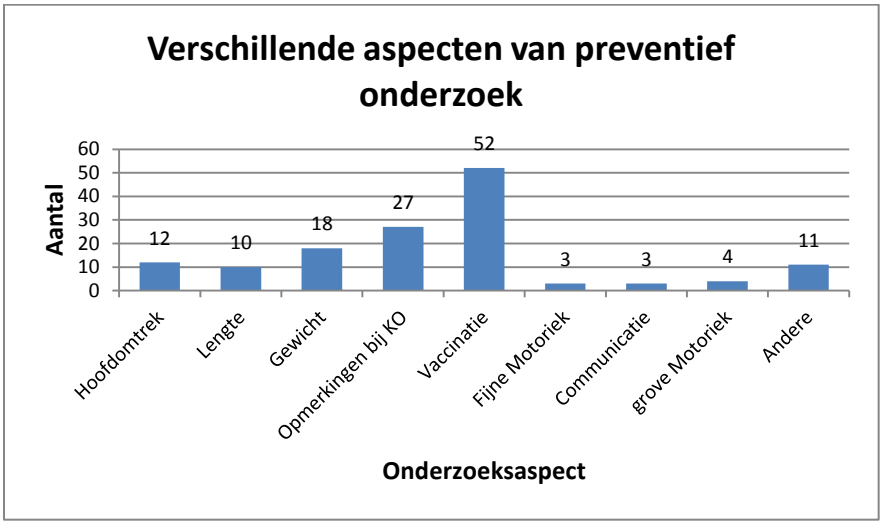
Mits vereenvoudiging komen we dan op ongeveer één op zeven kinderen die langskomen bij de huisarts voor een preventief onderzoek. Gemiddeld kreeg elk kind 2,35 (SD 1,5) preventieve consulten. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg één jaar en acht maand (SD 9,24 maand). Er waren 190 (85,97%) patiënten die geen preventief onderzoek hadden gekregen. Veertien patiënten hadden eenmalig een preventief onderzoek bij de huisarts gekregen. Telkens vier patiënten kregen respectievelijk drie en vier preventieve consulten. Eén patiënt kreeg vijf preventieve consulten en één zes preventieve consulten. Dit is terug te vinden in tabel 1. De overgrote meerderheid heeft dus geen preventief consult gekregen.

| ALGEMEEN | | |
|---|---|---|
| **Aantal preventieve consulten** | **Aantal Patiënten** | **%** |
| 0 | 190 | 85,97 |
| 1 | 14 | 6,33 |
| 2 | 4 | 1,81 |
| 3 | 4 | 1,81 |
| 4 | 7 | 3,17 |
| 5 | 1 | 0,45 |
| 6 | 1 | 0,45 |
| **Totaal** | **221** | **100** |

*Tabel 1: Het aantal patiënten in functie van het aantal uitgevoerde preventieve consulten.*

Een vermelding in het EMD dat er een preventief onderzoek had plaatsgevonden bij Kind en Gezin was terug te vinden bij drie patiënten. Een vermelding dat een preventief onderzoek had plaatsgevonden bij de pediater was terug te vinden bij drie patiënten.

Van deze eenendertig preventieve onderzoeken werd twaalf maal hoofdomtrek genoteerd, tien maal de lengte, achttien maal het gewicht, zevenentwintig maal werden opmerkingen genoteerd bij het klinisch onderzoek en tweeënvijftig maal werden vaccinaties genoteerd. Van het ontwikkelingsonderzoek werd driemaal de fijne motoriek genoteerd, drie maal de evolutie van de communicatie en viermaal de grove motoriek. De rubriek andere bestaat enkel uit voedingsadvies. Deze verdeling is terug te vinden in figuur 2.




*Figuur 2: Frequentieverdeling van de verschillende aspecten van preventief onderzoek geregistreerd door huisartsen bij kinderen van 0 tot 3 jaar. KO: klinisch onderzoek.*

Het aantal deelcontacten op de leeftijd van vier weken, zes maand, negen maand en anderhalf jaar is opmerkelijk minder. Dit zijn ook de onderzoeksmomenten waarop geen vaccinatie is voorzien. Er waren geen data over de deelcontacten op de leeftijd van twee jaar en twee jaar en half. Het ontwikkelingsonderzoek, met name de fijne en grove motoriek en de communicatie werd het minst genoteerd. Vaccinatie werd het best genoteerd. Dit is terug te vinden in tabel 2. In het EMD programma Windoc werden geen groeicurves noch het van Wiechenonderzoek teruggevonden.

| Onderzoeksmoment | 4 we | 8 we | 12 we | 16 we | 6 mnd | 9 mnd | 12 mnd | 15 mnd | 1,5 jaar | 2 jaar | 2,5 jaar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deelcontacten | 7 | 15 | 14 | 10 | 3 | 2 | 13 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| Hoofdomtrek | 2 | 0 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Lengte | 1 | 0 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gewicht | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Opmerkingen bij KO | 6 | 5 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Vaccinatie | 0 | 11 | 14 | 9 | 0 | 0 | 13 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Fijne motoriek | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Communicatie | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Grove motoriek | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Andere | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Tabel 2: Frequentieverdeling van de verschillende aspecten van het preventief onderzoek geregistreerd door huisartsen naargelang de leeftijd van de onderzochte kinderen.

## 4.2 Luik 2 semi-gestructureerd interview

Er namen zes artsen deel aan het semigestructureerd interview. Vijf hiervan hadden ook toegestemd tot het retrospectief onderzoek. De verzamelde gegevens werden gegroepeerd in thema's die een antwoord boden op de onderzoeksvraag. De populatie bestond uit vijf vrouwen en één man. de gemiddelde leeftijd bedroeg tweeënveertig jaar. De helft van de artsen volgde een opleiding Kind en Gezin. Eén arts was bijkomstig ook Kind en Gezin arts en één arts was zowel huisarts als Kind en Gezin arts geweest gedurende elf jaar(Figuur 3).

| demografische gegevens | |
|---|---|
| geslacht | |
| man | 1 |
| vrouw | 5 |
| leeftijdscategorie | |
| 26-35 | 3 |
| 36-45 | 1 |
| 46-55 | 1 |
| 56-65 | 1 |
| opleiding kind en gezin | |
| neen | 3 |
| ja | 3 |
| Totaal aantal artsen | 6 |
| Totaal aantal GMD | 5458 |

*Figuur 3: Demografische gegevens van geïnterviewde artsen.*

### 4.2.1 Hoe voert de huisarts zijn preventieve onderzoeken uit

#### *4.2.1.1 Preventief onderzoek bij de huisarts*

Huisartsen bemerkten dat het EMD niet het totale beeld geeft van hoe de huisarts het preventief onderzoek uitvoert. *Niet alles wordt genoteerd*. "We gaan anamnestisch zaken na, alsook zijn we vooral gewoon van abnormaliteiten neer te schrijven en hoe ouder/ meer ervaren de arts wordt, hoe meer de normale bevindingen achterwege zullen gelaten worden."(KT2)

Aan de hand van kleine vragen wordt anamnestisch gescreend. Het klinisch onderzoek van huisartsen is zo georiënteerd dat ze inherent aan de manier waarop ze de kinderen onderzoeken de mijlpalen gaan bekijken. "Ik doe het vaak niet bewust… Ik laat ze vaak op de buik liggen en zien hoe het reageert om hem te ausculteren. Of dat ze zich opduwen. Ik probeer het wel te integreren om te zien of er bijzonderheden zijn." (KT4)

*Artsen gaan al dan niet actief navragen* hoe het ging bij Kind en Gezin. "Toon eens je boekje, waren er opmerkingen? Met een aantal algemene vragen probeert men een globale inschatting te maken."(KT2) Of men is eerder terughouden en gaat enkel op aanbod een preventief onderzoek uitvoeren, en nooit systematisch (KT3). "Ergens vind ik dat de mensen de keuze moeten hebben om te gaan naar waar ze willen en wil ik niet het gevoel geven van te trekken om naar hier te komen." (KT5)

### 4.2.2 Rol van de huisarts

De huisartsen die deelnamen aan het interview zagen hun rol als bevordering van de globale gezondheid, het totaal pakket. De hoofdbrok bestaat uit curatieve zaken, maar met een deeltje in de preventieve sector. Preventie wordt op maat van de patiënt bepaald. Op basis van kennis zoals familiebanden, sociale risicofactoren enz. wordt er zorg op maat geleverd. Wanneer de arts bepaalde zaken opmerkt, wordt er gericht advies gegeven. Werden hierbij vermeld: voedingsadvies geven, vaccinaties, advies rond hygiënische maatregelen in huis, obesitas bij kinderen, preventie van wiegendood, begeleiding van kleine kwaaltjes, opvolging van lengte gewicht en hoofdomtrek, opvolging van de ontwikkeling, de reflexen en tandhygiëne. Artsen spraken zowel van sporadisch een preventief consult uit te voeren (bij het missen van de afspraak bij Kind en Gezin of wanneer het kindje ziek was bij de afspraak) of op vraag van de patiënt, die wenst voor alle preventieve onderzoeken naar de huisarts te gaan.

Het merendeel van de artsen vond het *vrij veel dat toch ongeveer één op zeven kinderen onder de drie jaar ooit langskwam voor preventief onderzoek*. Dit had vooral met het aanbod te maken. Vaak een tweede aanmeldingsklacht die niet wordt genoteerd of bij specifieke vraag van de ouders.
De artsen merken ook dat *naarmate de kinderen ouder worden ze minder preventieve onderzoeken uitvoeren*. Opmerkingen die hierbij werden gegeven waren onder andere ”niemand van de ouders die weet waarom ze zouden moeten komen op twee jaar en half als alles goed gaat.”(KT1) “Op die leeftijd gaat de nadruk ook meer op curatieve pathologie liggen”(KT2) “Ik denk dat vooral de hele kleintjes komen. Als de ouders zich ongerust maken over iets is het vooral dat eerste jaar. Naar later toe, hoe langer je groeit als ouder hoe zekerder je wordt in die dingen en minder consulteert.” (KT4) “Als het kind geen problemen heeft, vinden ze het niet meer nodig. De ouders weten niet goed wat ze komen doen als er geen vaccinatie is.” (KT6)

Alle artsen zijn tevreden met hun aandeel in preventieve onderzoek van het jonge kind. Gezien de werkdruk zijn ze geen vragende partij om meer preventieve onderzoeken uit te voeren of daar een actievere rol in uit te oefenen.
Wanneer voert een huisarts nu een ontwikkelingsonderzoek uit?
Wanneer de patiënt vraagt om een preventief consult. Of de ouders een specifieke vraag omtrent ontwikkeling hebben, wat zich vaak als tweede aanmeldingsklacht presenteert. “Bijvoorbeeld ze komen met een kind van twee jaar voor een verkoudheid en dat men dan vraagt, hij spreekt nog niet, is dit normaal? Dat men niet specifiek daarvoor komt.” (KT4) de meest aangegeven reden was dat het ontwikkelingsonderzoek werd uitgevoerd wanneer de arts een niet-pluis gevoel heeft.

### 4.2.3 Barrières

De werkplaatscondities voor de huisarts zijn niet optimaal. De punten die aangehaald waren zijn middelen, tijdspanne en werkdruk en software.

Niet iedereen had de materialen in huis die hij zou willen, of had een vaste plaats voor deze materialen (babyweegschaal, meetlint etc.) Tijdspanne en werkdruk bleken factoren die een rol speelden in de uitgebreidheid van het preventief onderzoek en de registratie van dit onderzoek. Bij tijdsdruk worden zaken als wegen, meten enkel nagevraagd in anamnese.

De software waar de huisartsen mee werken is er niet op voorzien om op snelle en efficiënte manier het ontwikkelingsonderzoek te noteren. Het dossier leent zich daar niet voor. Alles moet in vrije tekst genoteerd worden. Vaccinaties moeten op drie verschillende plaatsen genoteerd worden: EMD, boekje van Kind en Gezin en Vaccinnet. Ook groeicurves bleken niet aanwezig te zijn in het EMD van de geïnterviewde artsen.

Bij het bekijken van de figuur van Grol en Welsing(8) bleken er zich barrières te bevinden ter hoogte van vijf niveau's.

#### *4.2.3.1 Niveau van organisatorische context*

Niveau van organisatorische context werd het meest aangehaald. Middelen als geen tool om een ontwikkelingsonderzoek te noteren in het EMD, het zorgmoment en geen personeel. Ook organisatie van het zorgproces, men kan geen preventief onderzoek uitvoeren als men de baby's niet ziet. Het zorgproces is momenteel zo georganiseerd dat de huisarts de pasgeborene niet ziet. Het kind wordt geboren, de pediater komt langs om het kind de allereerste keer te onderzoeken. Ook Kind en Gezin komt langs bij de mama in het moederhuis. "De pediater ziet het kind bij de geboorte en zegt kom over 6 weken nog eens langs, wij als huisarts hebben die band niet. Je moet het kind zien om het preventief onderzoek te doen"(KT4) "Kind en Gezin gaat langs in het moederhuis wij niet". (KT3-KT6)

#### *4.2.3.2 Niveau van individuele vak deskundige*

Ervaring en kennis, op niveau van individuele vak deskundige werden aangehaald. Aangegeven redenen zijn laag aanbod, onvoldoende ervaring en eerder beperkte kennis. De artsen voelen zich wel gekwalificeerd om sporadisch het preventief onderzoek uit te voeren, maar vinden niet dat ze een surplus bieden aan de patiënt om actief te promoten dat de patiënt naar de huisarts zou moeten komen voor een preventief onderzoek. "Ik vind niet dat ik een supplementaire waarde geef of dat ik het beter doe dan iemand van Kind en Gezin en heb er wat minder ervaring mee dan iemand van Kind en Gezin en in dat opzicht vind ik dat het gerust bij Kind en Gezin mag blijven." (KT5)

#### *4.2.3.3 Economische en politieke context*

Mogelijke hinderpalen bevonden zich ook ter hoogte van economische en politieke context. Bij de huisarts moeten de ouders een consult betalen en bij Kind en Gezin is het volledig gratis. Dit werd echter eerder als constatering aangehaald en niet als hinderpaal, de artsen waren ervan overtuigd dat het goed is dat zo iedereen kosteloos geholpen wordt.

#### *4.2.3.4 Niveau van de patiënt*

Ook op niveau van de patiënt werd een hinderpaal opgemerkt. De patiënt heeft de attitude niet om naar de huisarts te gaan als de kinderen nog heel jong zijn. "dat de moeders de eerste weken automatisch naar de pediater lopen en het is zo de algemene opvatting dat als de mama's niet naar de pediater gaan, dat het verwaarloosde kinderen zijn, de huisarts kent er niets van, zij moeten naar de pediater. Dat is een opvatting die heerst bij de mensen. Alsof wij daar niets van kennen. Ik durf dat ten stelligste tegenspreken." (KT1)

#### *4.2.3.5 Sociale context*

Er werd doorheen het hele interview door de verschillende artsen aangehaald dat samenwerking en communicatie een grote barrière is. "Ik vind het wel vervelend dat wij van Kind en Gezin geen verslag krijgen. Dat we daar niet van op de hoogte zijn, dat er geen gemeenschappelijk dossier is , ik vind dat we dat dossier van Kind en Gezin zouden moeten kunnen inkijken." (KT3) "De gebrekkige communicatie tussen de organisaties onderling misschien. We moeten echt langs omwegen zoeken of kinderen gevaccineerd zijn via vaccinnet(KT6). "Maar mijn grootste probleem is dat dat eigenlijk concurrentie of parallelle zaken is met Kind en Gezin waar we eigenlijk niet de minste respons van hebben. Er zou beter een samenwerking moeten zijn in plaats van een concurrerende. Ik weet niet of het elders zo is, maar dit is mijn indruk."(KT1) "De samenwerking met Kind en Gezin gaat heel slecht, je kunt het amper een samenwerking noemen vind ik. We zijn losstaande instanties wat eigenlijk jammer is. De enige link is Vaccinnet voor het ogenblik."(KT2)
Hier staat de volgende opmerking tegenover van een arts die zowel huisarts is en Kind en Gezin raadplegingen doet. "De communicatie met Kind en Gezin is wel goed. Als ik vragen heb: wordt dit wel opgevolgd, of in de situatie waar ze naar Kind en Gezin gaan en ik me af vraag of dit of dat wel normaal is. Dat er wel samenwerking is, dat ik wel durf bellen naar de verpleegster van Kind en Gezin. Het is wel zo, mijn allereerste dag hier was Kind en Gezin en geen huisarts , maar had direct

het gevoel dat de sfeer er was dat je vragen mocht stellen, maar dat voor de collega's inderdaad moeilijker is. Dus het ligt er wel aan dat de band er is als je samengewerkt hebt."(KT4)

### 4.2.4 Oplossingen

Artsen zijn gelukkig met hun aandeel tot preventieve onderzoeken bij het jonge kind. Wanneer ze het toch uitvoeren zou een gestandaardiseerd van Wiechenformulier in het EMD van de huisarts een verbetering zijn. "Bijvoorbeeld dat het van Wiechenonderzoek er automatisch inzit, dat je het kan zien, dat zou veel gemakkelijker zijn."(KT1)
Ook menen ze dat meer automatische communicatie gemakkelijker zou zijn, een mogelijk voorbeeld was online consulteren van groeicurves. "Maar er zou meer communicatie moeten zijn tussen huisarts en Kind en Gezin. Groeicurven en van Wiechenonderzoek online dat huisarts dit ook kan consulteren. Dus analoog met Vaccinnet. Dat zou gemakkelijker zijn.(KT3)"
Een ander voorbeeld was de verwittiging van welke kinderen niet meer komen opdagen op Kind en Gezin en informatieoverdracht van kinderen die extra aandacht nodig hebben. "Ik denk wel dat een kind die, bijvoorbeeld de hartjes, dat zijn kinderen bij Kind en Gezin die speciale zorg nodig hebben, die bijv. in het begin voedingsproblemen hadden, niet bijkwamen de zorgenkindjes dat je dat als huisarts ook weet, want dit zijn ook de kinderen die gevoeliger zijn naar luchtweginfecties, dat als je dit weet je ook rekening mee zal houden naar behandeling toe. Met diezelfde pathologie ga je anders reageren en dat dat ook gewettigd is dat je anders reageert." (KT4) "Wat ook mooi zou zijn is als je weet wie er afvalt. Als ze zeggen dat de coverage van Kind en Gezin 98-99% is. Wij weten niet wie niet meer naar Kind en Gezin gaat, er zijn er die komen voor vaccinaties maar dat zijn er niet zoveel moest Kind en Gezin kunnen of mogen, maar misschien is dat een beroepsgeheim kwestie wie er afvalt. Als Kind en Gezin communiceert: die zien we niet meer, kunnen jullie die opvolgen? Zou dat handig zijn maar ik denk niet dat dit tot nu toe gebeurt."(KT4)

# 5 Discussie

Zes artsen namen deel aan het semigestructureerd interview. Deze huisartsen vonden dat ze een bijdrage leverden in preventieve zorg van het jonge kind. Weliswaar bestaat hun grootste taak in de curatieve sector, een deeltje van hun tijd wordt toch besteed aan preventie. De grootste barrières voor de huisarts bleken de werkplaatscondities te zijn en de samenwerking en communicatie met de andere instanties. Mogelijkse voorstellen tot verbetering zijn automatische communicatie tussen de verschillende instanties en een gestandaardiseerd van Wiechenformulier in het EMD van de huisarts. Deze elementen werden ook reeds aangehaald door Australische huisartsen. Jeyendra et al (10) interviewden drieëntwintig huisartsen in Australië over hun inzichten in hun rol bij de preventieve zorg van het kind. Hieruit kwam onder andere het volgende naar voor: huisartsen in Australië geloven dat er een rol is weggelegd voor hen in de preventieve sector, maar dat er toch barrières zijn zoals tijd, geldgebrek van de ouders, gebrek aan kennis van en tot diensten beschikbaar voor kinderen onder hun hoede. Australische huisartsen waren ook van menig dat volgende punten het management van zorg van het gezonde kind zou bevorderen: de communicatie tussen verschillende diensten en het verhogen van het aantal gezondheidsdiensten in de gemeenschap.

In deze kleine studie bleek 14% een preventief consult gehad te hebben bij de huisarts. Gelijkaardige resultaten op grootschalig niveau zijn niet terug gevonden. Wat wel op grootschalig niveau gekend is, is de vaccinatiegraadstatus bij kinderen en het persoonlijk aandeel van de verschillende vaccineerders. Uit de vaccinatiegraadstudie in Vlaanderen van 2012 bleek dat ouders van jonge kinderen ervoor kiezen om hun kind hoofdzakelijk te laten vaccineren door Kind en Gezin (84%), gevolgd door de kinderarts (12%) en de huisarts (4%)(12).

Deze vaccinatiegraadstudie toont aan dat bij jonge kinderen in een gezin met minder gunstig socio-economisch profiel en/of een groter aantal kinderen en/of een jongere moeder de vaccinatiegraad lager is. Dit geldt ook binnen de groep ouders die kiezen om de vaccinaties buiten Kind en Gezin te laten uitvoeren. Men kwam ook tot conclusie dat het veranderen van vaccineerder geassocieerd was met een hogere kans op onvolledige vaccinatie(12).

Preventie bij de huisarts wordt op maat van de patiënt bepaald. Als huisarts ken je de sociale risicofactoren, hoe de familiebanden ineen zitten. De huisarts is een familiearts. Net deze factoren die de huisarts aanhaalt dat ze op dit vlak een meerwaarde kunnen bieden zijn de kenmerken die de studie van de vaccinatiegraad aanhaalde als factoren die meespelen in een onvolledige vaccinatiestatus.

Vaccinatie werd reeds het best genoteerd door de huisarts. Vermoedelijk is dit een positief feedback systeem. De huisarts heeft een voorraad vaccins ter beschikking. Bij het ingeven van de toegediende vaccins in vaccinnet, gaat de teller omlaag en kan de huisarts nieuwe vaccins bijbestellen. Dit kan, volgens het schema van Grol en Wensing(8), aanzien worden als drijfveer op niveau van de verandering op zich. De arts haalt er voordeel uit wanneer hij het vaccin invoert in Vaccinnet. De huisarts vult deze in op drie kanalen, namelijk zijn persoonlijk EMD, Vaccinnet en het boekje van Kind en Gezin. Dit leidt waarschijnlijk tot een lagere compliance bij het invoeren van de gegevens. Wanneer het systeem op Vaccinnet kan gelinkt worden met het EMD van de huisarts - met uitbreiding in de toekomst naar registratie van het algehele preventief onderzoek - is het mogelijk dat dit een positief effect zou hebben op de vaccinatiegraadstatus van de kinderen die bij de huisarts gevaccineerd worden. Opvolging van fijne, grove motoriek en communicatie wordt het minst geregistreerd. Momenteel kunnen huisartsen het ontwikkelingsonderzoek enkel in het EMD noteren als vrije tekst, wat vrij omslachtig is.

Huisartsen wensen meer communicatie met de andere instanties. Bi-directionele informatiestromen betreffende het preventief onderzoek zouden de rol van de huisarts kunnen faciliteren. Er zou een uniforme en efficiënte link in het EMD kunnen komen waar de huisartsen hun preventief onderzoek invullen, zodanig dat tijdsdruk van de arts minder probleem vormt tot registeren van informatie. Deze link zou uniform moeten zijn aan gegevensregistratie van andere instanties zoals Kind en Gezin en de pediater. Zodanig dat deze gegevens op termijn kunnen gelinkt worden aan Vitalink.

In de gezondheidsdoelstelling van 2012-2020 staat dat het belangrijk is dat een vlotte gegevensuitwisseling van het EMD met Vaccinnet gerealiseerd kan worden(13). Ook stelt men dat de vaccinatiekoepel een advies zal uitbrengen tegen 2014 over het aanduiden van een hoofdverantwoordelijke voor elke vaccinatie en elk vaccinatiemoment. Voor onvolledig gevaccineerden zorgt deze zorgverstrekker ervoor dat de persoon aan wie hij dit gedelegeerd heeft de nodige inhaalvaccinaties aanbiedt.

Momenteel zijn er veel spelers, vroedvrouwen, Kind en Gezin, pediaters en huisartsen. Allemaal doen ze aan preventie van het jonge kind. Helaas werken ze naast elkaar en met weinig tot geen communicatie onderling. Misschien kan er iemand zijn die daar de leiding op zich neemt en coördineert. Wie voor deze werklast in aanmerking komt zou een interessant topic zijn om te onderzoeken.

Als de vaccinatiegraad bij de huisarts opmerkelijk lager ligt(12), zou best geëxploreerd worden wat de mogelijke oorzaken hiervan zijn. De mogelijke barrières bij de huisartsen moeten op grotere schaal onderzocht worden.

Momenteel moeten huisartsen actief navragen of een kind bij Kind en Gezin of bij de pediater wordt opgevolgd. Mocht deze informatie automatisch via de zorgverleners zelf verlopen, zou dit het zorgproces vergemakkelijken. Automatische communicatie lijkt een zegen, maar wat met gerechtelijke implicaties. Informed consent lijkt dit op te lossen, maar weet de patiënt wel wat dit allemaal inhoudt?

Vermoedelijk zijn de resultaten van het onderzoek inconclusief. Door de methode is een selectiebias niet uit te sluiten. Het aantal artsen die deelnamen is zeer minimaal alsook zijn het allen artsen die deelnamen aan het onderzoek uit interesse voor het onderwerp.
De interviews werden nagelezen door één persoon, om meer wetenschappelijke waarde te hebben waren de interviews beter door een onafhankelijke lezer nagelezen en gecodeerd.
Dit onderzoek kan wel een opstap geven aan andere onderzoekers om dit onderwerp verder uit te diepen.

# 6 Besluit

In het retrospectief onderzoek werden 221 patiënten opgenomen. Eenendertig patiënten hadden minimum één preventief onderzoek. De overgrote meerderheid van de kinderen tussen nul en drie jaar krijgt geen preventief consult bij de huisarts. Vaccinaties worden het best genoteerd in het EMD, opvolging van fijne, grove motoriek en communicatie wordt het minst geregistreerd. Zes artsen namen deel aan het semigestructureerd interview. Deze huisartsen zijn tevreden met hun aandeel in het preventief onderzoek. Wanneer ze een preventief onderzoek uitvoeren, zijn de werkplaatscondities voor de huisarts niet optimaal. De aangehaalde knelpunten zijn: middelen, tijdspanne, werkdruk en software. Er bevinden zich barrières ter hoogte van vijf niveaus. Het niveau van organisatorische context werd het meest aangehaald. Mogelijke voorstellen van de artsen tot verbetering zijn automatische communicatie tussen de verschillende instanties en een gestandaardiseerd van Wiechenformulier in het EMD van de huisarts. Registraties van het preventief onderzoek in het EMD zou best op grotere schaal onderzocht worden. Mogelijke barrières van huisartsen tot het uitvoeren van een preventief onderzoek zou op grotere schaal onderzocht kunnen worden. Het EMD van de huisarts kan nog geoptimaliseerd worden.

# 7 Dankwoord

Als eerste wil ik graag mijn promotor professor Ann Roex en co-promotor Dr. Cecile Guérin bedanken voor de begeleiding van deze thesis. De hulp en tips die ik van hun kreeg voor het omvormen van het initiële idee tot een welomlijnd onderzoek zijn een ervaring die ik nooit zal vergeten.
Verder wil ik heel graag de 6 artsen bedanken die deelnamen aan mijn onderzoek en hun EMD ter beschikking stelden.
Tot slot wil ik graag mijn echtgenoot, mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun en geduld.

Karen Tavernier

# 8 Referenties


1. Eed van Hippocrates, aangepaste versie. https://ordomedic.be/nl/orde/artseneed/
2. Literatuurstudie ontwikkelingsproblemen in bijlageII.3
3. Hoppenbrouwers K, Guérin C, Devogelaere N, Van den Branden S, De Cock P. (2010). Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art op het vlak van de preventieve gezondheid voor kinderen onder 3 jaar. Uitgevoerd in opdracht van Kind en Gezin. Leuven. Hoofdstuk IV.3: Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsproblemen.
http://www.kindengezin.be/img/eindrapport-state-of-the-art-aanbevelingen.pdf
4. Jaarverslag Kind en Gezin 2012.
http://www.kindengezin.be/img/Jaarverslag_Kind_en_Gezin_2012.pdf
5. Adamson, P. (2013). *Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview* (No. inreca683). UNICEF Innocenti Research Centre. http://www.unicef-irc.org/publications/683
6. Hertzman, C., & Williams, R. (2009). Making early childhood count. *Canadian Medical Association Journal*, *180*(1), 68-71.
7. van den Heuvel, M., Hopkins, J., Biscaro, A., Srikanthan, C., Feller, A., Bremberg, S., ... & Williams, R. (2013). A comparative analysis of early child health and development services and outcomes in countries with different redistributive policies. *BMC public health, 13(1), 1049*.
8. Grol R, Wensing M.(2004) What drives change? Barrriers to and incentives for achieving evidence-based practice *Med J Aug 2004 page 3*
9. Edvardsson, K., Ivarsson, A., Garvare, R., Eurenius, E., Lindkvist, M., Mogren, I., ... & Nyström, M. E. (2012). Improving child health promotion practices in multiple sectors–outcomes of the Swedish Salut Programme*. BMC public health, 12(1), 920.*
10. Jeyendra, A., Rajadurai, J., Chanmugam, J., Trieu, A., Nair, S., Baskaran, R., & Schmied, V. (2013). Australian general practitioners' perspectives on their role in well-child health care*. BMC family practice, 14(1), 2.*
11. de Casterle, B. D., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International journal of nursing studies*,*49*(3), 360-371.
12. Van Damme, P., Theeten, H., Braeckman, T., Lernout, T., Hens, N., Hoppenbrouwers, K., & Roelants, M. (2013). Studie van de vaccinatiegraad bij jonge kinderen en adolescenten in Vlaanderen in 2012. Studie in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/studie-van-de-vaccinatiegraad-bij-jonge-kinderen-en-adolescenten-in-vlaanderen-in-2012-1
13. Gezondheidsdoelstelling vaccinaties 2012-2020
http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-vaccinaties/

# 9 Appendix

## 9.1 Appendix A

**Figuur van Grol en Wensing**

De verschillende niveaus met elk hun mogelijke drijfveren en barrières opgesteld door Grol en Wensing. Er zijn zes niveaus  met elk enkele barrières en drijfveren.

Barrières en drijfveren voor verandering op verschillende niveaus van zorgsector

| niveau | Barrières/drijfveren |
|---|---|
| De verandering op zich | Voordelen in de praktijk, doenlijkheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid |
| Individuele vak deskundige | Het besef, kennis, attitude, motivatie tot verandering, gedragsmatige routines |
| patiënt | Kennis, attitude, vaardigheden, compliance |
| Sociale context | Opinie van collega's, maatschappelijke cultuur, samenwerking, leiderschap |
| Organisatorische context | Organisatie van het zorgproces, personeel, capaciteiten, middelen, structuren |
| Economische en politieke context | Financiële regelingen, reglementering van overheid, politiek beleid |

## 9.2 Appendix B

**Uitnodigingsbrief tot meewerken aan het onderzoek**

Beste dokter

Mijn naam is Karen Tavernier, laatstejaars HAIO. In het kader van mijn Manama project: “registratie van ontwikkelingsonderzoek bij kinderen bij de huisarts”, contacteer ik U.

Het basis ontwikkelingsonderzoek bij kinderen bestaat uit het onderkennen van risicofactoren, klinisch onderzoek, vaccinaties, en een ontwikkelingsonderzoek.

Dit wordt voornamelijk door Kind en Gezin uitgevoerd, maar sommige patiënten verkiezen de huisarts of pediater. Unicef heeft een ranglijst van 29 ontwikkelde landen gepubliceerd met als onderwerp: “het best vertoeven als kind”. België staat op de 9$^{de}$ plaats. Dit is niet slecht, maar we kunnen toch nog beter?! Als we dit vergelijken met Nederland dat op de 1$^{ste}$ plaats staat.

Kind en Gezin als organisatie publiceert haar cijfers , hoeveel immunisaties, hoeveel preventieve consulten. Als huisarts werkt iedereen op een eigen individuele manier met een eigen EMD. We evolueren hoe langer hoe meer naar een nationale en globale aanpak van werken, waarin de uitspraak ‘wat geteld wordt, telt’ zeer cruciaal wordt.

Daarom wil ik in kaart brengen hoe de huisarts het ontwikkelingsonderzoek registreert en wat zijn mening hierover is.

Hoe gaat het in zijn werk? Ik zal een audit uitvoeren en kijken hoeveel kinderen tussen 0 en 2,5 jaar een ontwikkelingsonderzoek krijgen en wat/hoe genoteerd wordt.

Deze gegevens zal ik verzamelen en bundelen voor U. Hiermee gaan we een gesprek aan over mogelijke barrières om een ontwikkelingsonderzoek uit te voeren, hoe U uw rol ziet in dit proces en wat volgens U factoren kunnen zijn voor een positieve evolutie. Ik schat dat dit 20 minuten in beslag zal nemen.

Het medisch beroepsgeheim zal ten allen tijde gerespecteerd worden. Het betreft een retrospectief onderzoek: we zullen geen rechtstreeks contact hebben met uw patiënten. Alle data zullen geanonimiseerd worden, vooraleer ze verwerkt worden.

Indien U een audit technisch niet haalbaar ziet, is het ook mogelijk te opteren voor enkel een interview.

Onder de deelnemers wordt een bongobon ‘ ontbijt met bubbels’ verloot

Alvast bedankt

Karen Tavernier

Bij interesse: tavernier.karen@gmail.com
GSM: 0473835388
Izegemseaardeweg 221
8800 Roeselare

## 9.3 Appendix C

**Gegevensfiche van de arts**

Eerst worden enkele demografische gegevens verzameld. Vervolgens wordt genoteerd welk EMD de huisarts heeft en of zijn EMD de mogelijkheid heeft tot opslaan gegevens met betrekking tot het preventief onderzoek

## GEGEVENSFICHE ARTS

### Algemene gegevens

| | |
|---|---|
| **Code/Naam:** | |
| **Leeftijd:** | |
| **Geslacht:** | |
| **Opleiding Kind en Gezin:** | |

## 9.4 Appendix D

### Onderzoeksfiche van de patiënt

De huidige leeftijd van de patiënt wordt genoteerd, alsook het aantal preventieve consulten die teruggevonden worden. De neergeschreven volledigheid van het preventieve consult wordt aan de hand van rooster geverifieerd. Indien over de periode 0-3jaar tenminste één verwijzing wordt teruggevonden over informatie van preventief onderzoek uitgevoerd door Kind en Gezin of pediater wordt het multidisciplinair vakje aangekruist.

**ONDERZOEKSFICHE PATIENT**

**Algemene gegevens**

| | |
|---|---|
| **Code/Naam:** | |
| **laatste consult<6 mnd** | |
| **Huidige leeftijd:** | |
| **# Preventieve consulten:** | |

**Inhoud preventieve consulten**

| | 4 wk | 8 wk | 12wk | 16wk | 6 mnd | 9 mnd | 12 mnd | 15 mnd | 1,5 j | 2 j | 2,5 j |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hoofdomtrek** | | | | | | | | | | | |
| **Lengte** | | | | | | | | | | | |
| **Gewicht** | | | | | | | | | | | |
| **Opmerkingen bij KO** | | | | | | | | | | | |
| **Vaccinatie** | | | | | | | | | | | |
| **Ontwikkelingsonderzoek:** | | | | | | | | | | | |
| **- Fijne motoriek** | | | | | | | | | | | |
| **- Communicatie** | | | | | | | | | | | |
| **- Grote motoriek** | | | | | | | | | | | |
| **- Andere** | | | | | | | | | | | |

**Multidisciplinair**

| | |
|---|---|
| **Raadpleging Kind en Gezin** | |
| **Raadpleging Pediater** | |

## 9.5 Appendix E

### Resultaten retrospectief onderzoek

| Totaal aantal patiënten | | |
|---|---|---|
| **Artscode** | **Arts** | **Aantal** |
| BF | BF | 97 |
| VH | VH | 29 |
| VV | VV | 139 |
| | **Totaal** | **265** |

| Totaal aantal patiënten met consult < 6 maanden | | |
|---|---|---|
| **Artscode** | **Arts** | **Aantal** |
| BF | BF | 79 |
| VH | VH | 16 |
| VV | VV | 126 |
| | **Totaal** | **221** |

| Totaal aantal patiënten met minimum 1 preventief consult | | |
|---|---|---|
| **Artscode** | **Arts** | **Aantal** |
| BF | BF | 24 |
| VH | VH | 3 |
| VV | VV | 4 |
| | **Totaal** | **31** |

| Gemiddelde van aantal preventieve consulten dat 1 kind krijgt | | | |
|---|---|---|---|
| **Pcode** | **Artscode** | **Arts** | **Aantal preventieve consulten** |
| BF10 | BF | BF | 1 |
| BF18 | BF | BF | 3 |
| BF20 | BF | BF | 4 |
| BF24 | BF | BF | 2 |
| BF27 | BF | BF | 1 |
| BF28 | BF | BF | 1 |
| BF3 | BF | BF | 1 |
| BF32 | BF | BF | 2 |
| BF36 | BF | BF | 2 |
| BF44 | BF | BF | 1 |
| BF47 | BF | BF | 4 |
| BF5 | BF | BF | 3 |
| BF50 | BF | BF | 5 |
| BF51 | BF | BF | 1 |
| BF66 | BF | BF | 4 |
| BF79 | BF | BF | 4 |
| BF81 | BF | BF | 6 |
| BF86 | BF | BF | 4 |
| BF87 | BF | BF | 2 |
| BF90 | BF | BF | 1 |
| BF91 | BF | BF | 4 |
| BF93 | BF | BF | 3 |
| BF95 | BF | BF | 3 |
| BF96 | BF | BF | 4 |
| VH1 | VH | VH | 1 |
| VH16 | VH | VH | 1 |
| VH26 | VH | VH | 1 |
| VV110 | VV | VV | 1 |
| VV123 | VV | VV | 1 |
| VV135 | VV | VV | 1 |
| VV43 | VV | VV | 1 |
| | | **Totaal** | **73** |
| | | **Gemiddelde** | **2,35483871** |
| | | **Standaarddeviatie** | **1,495513002** |

| Grafiek van verschillende aspecten van preventief onderzoek | | |
|---|---|---|
| OnderzoeksId | Onderzoeksnaam | Aantal |
| 1 | Hoofdomtrek | 12 |
| 2 | Lengte | 10 |
| 3 | Gewicht | 18 |
| 4 | Opmerkingen bij KO | 27 |
| 5 | Vaccinatie | 52 |
| 6 | Fijne Motoriek | 3 |
| 7 | Communicatie | 3 |
| 8 | grove Motoriek | 4 |
| 9 | Andere | 11 |

| Grafiek van aantal deelcontacten per onderzoeksmoment | |
|---|---|
| Onderzoeksmoment | Aantal deelcontacten |
| 4 wk | 7 |
| 8 wk | 15 |
| 12 wk | 14 |
| 16 wk | 10 |
| 6 mnd | 3 |
| 9 mnd | 2 |
| 12 mnd | 13 |
| 15 mnd | 6 |
| 1,5 jr | 2 |

| Voor grafiek van verschillende aspecten van preventief onderzoek per leeftijd | | | |
|---|---|---|---|
| OnderzoeksMomentId | Onderzoeksmoment | OnderzoeksNaam | Aantal |
| 1 | 4 wk | Hoofdomtrek | 2 |
| 1 | 4 wk | Lengte | 1 |
| 1 | 4 wk | Gewicht | 2 |
| 1 | 4 wk | Opmerkingen bij KO | 6 |
| 1 | 4 wk | Vaccinatie | 0 |
| 1 | 4 wk | Fijne motoriek | 1 |
| 1 | 4 wk | Communicatie | 1 |
| 1 | 4 wk | Grove motoriek | 1 |
| 1 | 4 wk | Andere | 2 |
| 2 | 8 wk | Hoofdomtrek | 0 |
| 2 | 8 wk | Lengte | 0 |
| 2 | 8 wk | Gewicht | 2 |
| 2 | 8 wk | Opmerkingen bij KO | 5 |
| 2 | 8 wk | Vaccinatie | 11 |
| 2 | 8 wk | Fijne motoriek | 0 |
| 2 | 8 wk | Communicatie | 0 |
| 2 | 8 wk | Grove motoriek | 0 |
| 2 | 8 wk | Andere | 4 |
| 3 | 12 wk | Hoofdomtrek | 2 |
| 3 | 12 wk | Lengte | 1 |
| 3 | 12 wk | Gewicht | 5 |
| 3 | 12 wk | Opmerkingen bij KO | 3 |
| 3 | 12 wk | Vaccinatie | 14 |
| 3 | 12 wk | Fijne motoriek | 0 |
| 3 | 12 wk | Communicatie | 0 |
| 3 | 12 wk | Grove motoriek | 0 |
| 3 | 12 wk | Andere | 1 |
| 4 | 16 wk | Hoofdomtrek | 3 |
| 4 | 16 wk | Lengte | 4 |
| 4 | 16 wk | Gewicht | 3 |
| 4 | 16 wk | Opmerkingen bij KO | 1 |
| 4 | 16 wk | Vaccinatie | 9 |
| 4 | 16 wk | Fijne motoriek | 0 |
| 4 | 16 wk | Communicatie | 0 |
| 4 | 16 wk | Grove motoriek | 0 |
| 4 | 16 wk | Andere | 1 |
| 5 | 6 mnd | Hoofdomtrek | 1 |
| 5 | 6 mnd | Lengte | 1 |
| 5 | 6 mnd | Gewicht | 1 |
| 5 | 6 mnd | Opmerkingen bij KO | 3 |
| 5 | 6 mnd | Vaccinatie | 0 |
| 5 | 6 mnd | Fijne motoriek | 0 |
| 5 | 6 mnd | Communicatie | 0 |
| 5 | 6 mnd | Grove motoriek | 0 |
| 5 | 6 mnd | Andere | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | 9 mnd | Hoofdomtrek | 1 |
| 6 | 9 mnd | Lengte | 1 |
| 6 | 9 mnd | Gewicht | 1 |
| 6 | 9 mnd | Opmerkingen bij KO | 1 |
| 6 | 9 mnd | Vaccinatie | 0 |
| 6 | 9 mnd | Fijne motoriek | 0 |
| 6 | 9 mnd | Communicatie | 0 |
| 6 | 9 mnd | Grove motoriek | 0 |
| 6 | 9 mnd | Andere | 0 |
| 7 | 12 mnd | Hoofdomtrek | 2 |
| 7 | 12 mnd | Lengte | 2 |
| 7 | 12 mnd | Gewicht | 3 |
| 7 | 12 mnd | Opmerkingen bij KO | 5 |
| 7 | 12 mnd | Vaccinatie | 13 |
| 7 | 12 mnd | Fijne motoriek | 0 |
| 7 | 12 mnd | Communicatie | 0 |
| 7 | 12 mnd | Grove motoriek | 0 |
| 7 | 12 mnd | Andere | 2 |
| 8 | 15 mnd | Hoofdomtrek | 0 |
| 8 | 15 mnd | Lengte | 0 |
| 8 | 15 mnd | Gewicht | 0 |
| 8 | 15 mnd | Opmerkingen bij KO | 2 |
| 8 | 15 mnd | Vaccinatie | 5 |
| 8 | 15 mnd | Fijne motoriek | 1 |
| 8 | 15 mnd | Communicatie | 1 |
| 8 | 15 mnd | Grove motoriek | 1 |
| 8 | 15 mnd | Andere | 1 |
| 9 | 1.5 jr | Hoofdomtrek | 1 |
| 9 | 1.5 jr | Lengte | 0 |
| 9 | 1.5 jr | Gewicht | 1 |
| 9 | 1.5 jr | Opmerkingen bij KO | 1 |
| 9 | 1.5 jr | Vaccinatie | 0 |
| 9 | 1.5 jr | Fijne motoriek | 1 |
| 9 | 1.5 jr | Communicatie | 1 |
| 9 | 1.5 jr | Grove motoriek | 2 |
| 9 | 1.5 jr | Andere | 0 |

| Aantal patiënten per aantal preventieve consulten | |
|---|---|
| **Aantal prev consulten** | **Aantal Patiënten** |
| 0 | 190 |
| 1 | 14 |
| 2 | 4 |
| 3 | 4 |
| 4 | 7 |
| 5 | 1 |
| 6 | 1 |

| Gemiddelde leeftijd van patiënten | |
|---|---|
| Leeftijd (maanden) | 20 |

| Voor grafiek aantal consulten per leeftijd | |
|---|---|
| **Leeftijd (maanden)** | **Aantal preventieve consulten** |
| 0 | 0 |
| 1 | 0 |
| 2 | 0 |
| 3 | 0 |
| 4 | 2 |
| 5 | 7 |
| 6 | 0 |
| 7 | 0 |
| 8 | 6 |
| 9 | 1 |
| 10 | 1 |
| 11 | 0 |
| 12 | 4 |
| 13 | 0 |
| 14 | 0 |
| 15 | 4 |
| 16 | 1 |
| 17 | 0 |
| 18 | 0 |
| 19 | 3 |
| 20 | 6 |
| 21 | 6 |
| 22 | 0 |
| 23 | 2 |
| 24 | 7 |
| 25 | 0 |
| 26 | 0 |
| 27 | 4 |
| 28 | 2 |
| 29 | 4 |
| 30 | 1 |
| 31 | 0 |
| 32 | 4 |
| 33 | 4 |
| 34 | 0 |
| 35 | 4 |
| 36 | 0 |

| Aantal patiënten met raadpleging ped/kg | |
|---|---|
| **Raadpleging kind en gezin** | 3 |
| **Raadpleging pediater** | 3 |

## 9.6 Appendix F

### Goedkeuring ethische commissie

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

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

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

ONS KENMERK ML10538
LEUVEN, 6 juni 2014

**MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE ROL VAN DE HUISARTS IN VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN**

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven/Onderzoek heeft vermeld protocol onderzocht en besproken.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7/5/2004. De Commissie heeft echter geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy

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

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

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

Met collegiale groeten,

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

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

Cc Promotor Dr. A. Roex
Cc Student Tavernier Karen

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.LEUVEN
TOETSINGSCOMMISSIE
UZ GASTHUISBERG E330
HERESTRAAT 49
3000 LEUVEN BELGIUM

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

**Ledenlijst Commissie Medische Ethiek/Toetsingscommissie (OG032)**
**vanaf 1 januari 2014 tot heden**
**List of Members Ethics Committee/IRB (OG032)**
**from January 1st, 2014 until present**

| | | |
|---|---|---|
| Prof. Walter Van den Bogaert, M.D. | Chairman (M) | Radiotherapy-Oncology |
| Prof. Guido Verhoeven, M.D. | Vice-Chairman (M) | Experimental Medicine |
| Dr. Sabine Graux, M.D. | Secretary (F) | Physician |
| Dr. Sonja Haesendonck, M.D. | Secretary (F) | Physician |
| Prof. Xavier Bossuyt, M.D. | Member (M) | Immunology |
| Prof. D. Bullens, M.D. | Member (F) | Paediatrics |
| Prof. Willem Daenen, M.D. | Member (M) | Cardiac Surgery |
| Dr. Lut De Groote, M.D. | External Member (F) | General Practitioner |
| Prof. Jan de Hoon, M.D. | Member (M) | Clinical Pharmacology |
| Prof. Ivo De Wever, M.D. | Member (M) | Surgical Oncology |
| De heer Filip Gybels | Member (M) | Head Nurse |
| Mrs. Christine Mathieu, Law | Member (F) | Medical Legislation |
| Dr. José Thomas, M.D. | Member (M) | Medical Oncology |
| Prof. Josse R. Thomas | External Member (M) | Clinical Pharmacology |
| Prof. Ben Van Calster | Member (M) | Statistics |
| Prof. Jan Van Hemelrijck, M.D. | Member (M) | Anesthesiology |
| Prof. Raymond Verhaeghe, M.D. | Member (M) | Cardiology |

(M) = Male (F) = Female

De Commissie voor Medische Ethiek volgt de voorschriften van ICH Good Clinical Practice en de lokale wettelijke bepalingen terzake (wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en bijbehorende KB's en programmawet)

The Ethics Committee operates according to ICH Good Clinical Practice and local applicable regulations.

## 9.7 Appendix G

**Semigestructureerd interview artsen**

1.Hoe ziet U uw rol als huisarts in het werken met kinderen en gezinnen?(10)
2. Hoe ziet u uw rol in bijdrage van preventieve gezondheid van het jonge kind. (10)
3.welke aspecten zijn voor U belangrijk zijn in het al dan niet uitvoeren van het ontwikkelingsonderzoek. (9)
4.beschrijf de werkplaats condities die het ontwikkelingsonderzoek vergemakkelijken of bemoeilijken. Met werkplaats condities bedoel ik: bepaalde routines in het werk, de organisatorische omgeving ( collega's, aanwezigheid van verpleegkundige) de organisatorische condities( tijdspanne, middelen).(9)
5. bij het bekijken van figuur 1, som 3 punten op van deze figuur die voor jou de belangrijkste zijn waardoor je het ontwikkelingsonderzoek niet kan uitvoeren zoals je het zou willen uitvoeren. (8)
6. wat zijn volgens jou oplossingen ter verbetering van deze 3 punten? (8)

## 9.8 Appendix H

### Informed consent

**Informed consent**
(schriftelijk toestemmingsformulier)

*Onderzoek: registratie van ontwikkeling bij jonge kinderen in de huisartsenpraktijk*

Ik heb de informatie voor de proefpersoon gelezen.
Ik kon aanvullende vragen stellen en mijn vragen zijn genoeg beantwoord.
Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen.
Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Ik weet om welke mensen dit gaat.
Ik weet dat mijn gegevens geanomiseerd zullen zijn.
Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatie(brief) staan.
Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Naam proefpersoon:
Handtekening: Datum: __ / __ / __

## 9.9 Appendix I

**Aanleiding**

Casus:

Een mama komt met haar zes maanden oude zoon op consultatie, waarbij ze vertelt dat haar zoontje af en toe een rochelend geluid maakt. Mama is net verhuisd, haar zoontje heeft nog geen dossier in de praktijk. ICE van de mama: zou er iets met zijn longetjes zijn. Bij klinisch onderzoek vond ik weinig bijzonder, enkel had hij hartgeruis. Bij navragen wist de mama van niets. Haar zoontje was nog niet veel ziek geweest, hij gaat naar Kind en Gezin voor vaccinaties. Op dat moment dacht ik verdorie, kon ik nu maar aan de gegevens van Kind en Gezin. Hadden andere artsen voor mij dit ook gehoord? Is dit nieuw, of is dit gemarkeerd als een op te volgen item? Daar droomde ik even van utopia waar alle informatie van verschillende medische instanties van ene patiënt gelinkt zijn aan elkaar. Want ik ben van mening dat de informatie of andere huisartsen dit hartgeruis al gehoord zouden hebben mee zou spelen in de beslissing of ik dit kind al dan niet zou verwijzen.

Ik werd geprikkeld, ik vroeg me af of er veel communicatie bestond tussen de huisarts en Kind en Gezin. Verschillende mentoren (artsen) spraken van quasi onbestaande communicatie: ”als het niet goed gaat horen we iets.“

Ik dacht bij mezelf, misschien een onderwerp voor mijn manama. Het allereerste dat mijn promotor en co-promotor mij op attent maakten was dat er nu wordt verwezen naar de behandelende arts (huisarts-pediater) bij problemen en dat dit inderdaad toekomstmuziek is om informatie via Vitalink gemeenschappelijk te maken. Als ik droom van informatie van andere instanties te kunnen zien, betekent dit dat ik ook gecodeerd en geregistreerd mijn verworven informatie moet noteren. En zo kwamen we tot een mogelijke onderzoeksvraag: hoe registreert de huisarts z’n preventieve consulten en welke rol ziet hij/zij voor zichzelf bij ontwikkelingstoezicht van jonge kinderen. Met deze algemene opzet ben ik literatuur gaan verkennen.

## 9.10 Appendix J
**Goedgekeurd protocol**

**Retrospectief onderzoek omtrent registratie van vroegopsporing van ontwikkelingsstoornissen in het EMD door de huisarts**

Achtergrond
Om ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen vroeg op te sporen past men het ontwikkelingstoezicht of surveillance toe. Hieronder verstaat men het opvolgen van de ontwikkeling uitgaande van informatie vanuit medische, sociale en ontwikkelingsanamnese. Men besteedt eerst aandacht aan de bezorgdheid van de ouders , vervolgens het onderkennen van risicofactoren en beschermende factoren en tot slot het objectiveren met een klinisch ontwikkelingsonderzoek.

In het Slotadvies van de Landelijke Commissie VTO (Nederland, 1988) wordt gesteld dat bij 5-10% van de kinderen die jaarlijks worden geboren zich een ontwikkelingsstoornis manifesteert. Nederlands longitudinaal onderzoek op de consultatiebureaus (d.w.z. een groot deel van de ernstigste stoornissen zitten hier niet in wegens specialistische opvolging) levert cijfers van 2,4% van de onderzochte kinderen tussen de 0 en de 15 maand en 3,3% op de leeftijd van 5 jaar. (1)

In het jaarverslag 2012 van Kind en Gezin zien we dat het aantal patiënten die niet meer op consult gaat bij Kind en Gezin stijgt naarmate ze ouder worden, namelijk 99,4% gaat minstens éénmaal op consult in 1$^{ste}$ levensjaar. In 2$^{de}$ levensjaar gaat 17,3% geen enkele maal op consult. Een cijfer dat nog oploopt naar 41,1% in 3$^{de}$ levensjaar(2). Men kan dus stellen dat een zekere proportie van de kinderpopulatie tussen de laatste vaccinatie bij Kind en Gezin(op de leeftijd van 15 maanden) en voor het eerste CLB contact ( in de eerste kleuterklas rond de leeftijd van 3 à 4 jaar) aan de surveillance ontsnappen.

Het ontwikkelingstoezicht is één van de services die door Kind en Gezin aan de jonge ouders en het kind wordt verleend. Het aanbod van Kind en Gezin is echter vrijblijvend. Enkel Poliovaccinatie is verplicht, maar deze kan ook door andere professionals toegediend worden. Kind en Gezin publiceert de percentages van de kinderen die op consult komen. Sommige ouders verkiezen de opvolging van hun kind bij de pediater of de huisarts. Gaan al de kinderen die niet naar Kind en gezin gaan op consult bij de huisarts of de pediater? Of is er een proportie van de kinderen die niet regelmatig onderzocht wordt.

De kinderen die nergens onderzocht worden kunnen we niet opsporen, maar kunnen we de groep van kinderen die door de huisarts worden opgevolgd in kaart brengen? Zouden er concrete registraties bestaan in het Elektronisch Medisch Dossier(EMD) van de huisarts over het ontwikkelingstoezicht van de kinderen tussen 0 en tweeënhalf jaar? Is de huisarts op de hoogte of kinderen tussen nul en tweeënhalf jaar regelmatig naar Kind en Gezin gaan?

Doelstelling
De mate waarin de huisarts deel neemt aan de ontwikkelingssurveillance bij kinderen tussen nul en tweeënhalf jaar in kaart brengen alsook de wijze waarop de informatie hieromtrent in het EMD wordt geregistreerd, in kaart brengen.

Onderzoeksvragen
Hoe gebeuren de registraties rond het ontwikkelingstoezicht in het EMD van de huisarts?
Is er in het EMD van de huisarts bij de kinderen tussen 0 en 2,5 jaar met een Globaal Medisch Dossier(GMD) een verwijzing terug te vinden over het feit of ze naar de contactmomenten van Kind en Gezin gaan en wat de frequentie van deze contacten zijn?

Indien de huisarts zelf de ontwikkelingssurveillance uitvoert, op welke manier gebeurt dat? Welke van volgende elementen zijn terug te vinden in het EMD: vaccinatiestatus, groeicurves, klinisch onderzoek, Van Wiechen onderzoek of andere methodiek voor ontwikkelingstoezicht?
Vindt de huisarts dat het huidige proces van surveillance kan verbeterd worden?

Onderzoekspopulatie
We richten ons tot huisartsen die gebruik maken van een EMD en specifiek tot hun registratie bij nul tot tweeënhalf jarigen met een GMD.

Methodiek

Studiedesign
We opteren voor een onderzoek in 2 delen. Het eerste deel is een retrospectief kwantitatief onderzoek. Aan de hand van enkele huisartsen die hun EMD ter beschikking stellen voeren we een data-analyse uit. Met deze bevindingen nemen we een kwalitatief semigestructureerd interview af met de huisarts.

Setting
Ons onderzoek vindt plaats in de eerste lijn in de provincies West- en 0ost-Vlaanderen van België. Een x-tal huisartsen werken mee uit interesse en stellen hun EMD ter beschikking. We contacteren de huisartsen via brief, mail, telefonisch of via aanschrijven van LOK-groepen. De recrutering van de verschillende artsen zal gebeuren aan de hand van convenience sample.

Sampling method
De recrutering van de verschillende artsen zal gebeuren aan de hand van convenience sample. Het betreft een vrijwillige deelname, uit interesse werken enkele artsen mee aan dit onderzoek.

Procedure
We contacteren de huisartsen via brief, mail, telefonisch of via aanschrijven van LOK-groepen. x-aantal huisartsen verlenen hun medewerking en stellen hun EMD ter beschikking. We selecteren de patiënten met een GMD en die jonger of gelijk zijn aan tweeënhalf jaar. Van deze groep bekijken we of informatie gevonden wordt i.v.m. deelname aan de consultaties bij Kind en Gezin, of de vaccinatie status is ingevuld en of de groeicurves zijn aangevuld en of er ontwikkelingstoezicht is gebeurd a.d.h.v. het Van Wiechenonderzoek of andere methodiek. Deze gegevens zullen we kwantitatief beoordelen.

Met analyse van deze gegevens zullen we een semigestructureerd interview aangaan met de huisarts over de surveillance van kinderen tussen nul en tweeënhalf jaar. Een interview waarin gepeild wordt naar de vertrouwdheid van de huisarts met Kind en Gezin. Hoe de huisarts te werk gaat in het verwerven en registreren van informatie over het ontwikkelingstoezicht.

Ethische overwegingen
Het medisch beroepsgeheim zal ten alle tijde gerespecteerd worden.
Deel één van het onderzoek is een retrospectief onderzoek. We zullen geen rechtstreeks contact hebben met patiënten, het betreft een observatie van het Elektronisch Medisch Dossier van de huisarts. Enkel na toestemming van de betreffende huisartsen zullen we de dossiers van de patiënten met een GMD includeren in de audit.
Betreffende deel twee, het semigestructureerd interview zal de privacy van de meewerkende huisartsen gerespecteerd worden. Alle data zullen geanonimiseerd worden vooraleer ze verwerkt worden.

Te verwachten resultaten

Zicht krijgen op hoe de huisarts informatie over het ontwikkelingstoezicht noteert in het EMD en wat zijn mening is over dit proces.