KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

# DE PRAKTIJKWEBSITE ALS TOOL BIJ HET VERSPREIDEN VAN PATIËNTEN INFORMATIE

Dr Elien Mertens, KULeuven

Promotor: Prof Dr Birgitte Schoenmakers, KULeuven

Praktijkopleider: Dr Dirk Mertens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

# Inhoud

Abstract ..... 2

Inleiding ..... 3

Methode ..... 3

Resultaten ..... 5

Discussie ..... 6

Conclusie ..... 9

Referenties ..... 10

Tabellen ..... 11

Bijlagen ..... 13

# Abstract

## *Achtergrond*

De laatste jaren zijn de woorden patiënten informeren en timemanagement meermaals gevallen in de geneeskunde. Patiënten informeren met als doel het aantal klinisch relevante consulten te verhogen is iets wat past in verbetering van de tijdsindeling van artsen. Met deze interventionele studie wordt onderzocht of er na het lezen van een infobrochure op de praktijkwebsite een verbetering is in de kennis van patiënten en of dit leidt tot veranderingen in consultatiegedrag.

## *Design*

In een opleidingspraktijk van 3 huisartsen en 2 HAIO's worden ouders van kinderen tussen 0 en 5 jaar bevraagd over hun kennis van alarmsymptomen bij kinderen met koorts. Ouders geven in de enquête aan of ze de folder op de website al dan niet gelezen hebben. Aan de hand van deze informatie worden ze ingedeeld in een controle- en studiegroep. Daarnaast wordt gevraagd wat voor hen redenen zijn om een arts te consulteren. Bij iedere ouder wordt ook nagevraagd of dit het eerste kindje is.

## *Uitkomstmaten*

Primaire uitkomstmaat is het in kaart brengen van de kennis van alarmsymptomen bij ouders. Als secundaire uitkomstmaat werd het consultatiegedrag van de ouders onderzocht. De tertiaire uitkomstmaat is het verschil in kennis van alarmsymptomen en consultatiegedrag bij ouders met slechts één kind in vergelijking met ouders met meerdere kinderen.

## *Resultaten*

Er worden positieve veranderingen gezien in de kennis van enkele alarmsymptomen. Zo is zijn er meer ouders die een gedehydrateerd kind, een verward kind of een kind met nekstijfheid als alarmsignaal zien. Daarnaast zien we een positieve evolutie in het aantal consulten voor kinderen die alarmsymptomen vertonen. Al deze veranderingen zijn niet statistisch significant. Verder stellen we vast dat ouders slechts de helft van de 12 alarmsymptomen bij koorts kennen (BI controle 6,56±2,73; BI interventie 6,32±3,47) en dat het aantal medisch onnodige consulten stijgt na het lezen van de brochure. Ouders met reeds meerdere kinderen consulteren minder snel dan ouders met slechts één kind. Verder constateert men dat de folder op de praktijkwebsite 109 keer gelezen werd waaruit besloten kan worden dat er vanuit de patiënten zeker interesse is voor informatieverspreiding via deze weg.

## *Beperkingen*

Gezien de kleine populatie is er een zeer groot betrouwbaarheidsinterval wat betreft de kennis van alarmsymptomen. Om deze resultaten te bevestigen zou er met grotere populaties gewerkt moeten worden. Vermoedelijk zullen de resultaten dan wel statistisch significant zijn.

## *Conclusie*

Patiënten informeren via de praktijkwebsite kan in de toekomst een zeer interessante manier van informatieverspreiding worden. Op voorwaarde dat de informatie betrouwbaar is, regelmatig geüpdatet wordt en in begrijpelijke taal voor de patiënt is opgesteld.

# Inleiding

Patiënten informeren en management zijn twee termen die de laatste jaren in de geneeskunde aan groot belang hebben gewonnen. Ook in de huisartsenpraktijk wordt veel aandacht geschonken aan deze termen. De vele boeken die laatste jaren gepubliceerd worden over praktijkmanagement is hier een overduidelijk bewijs van. (1; 2) Door de zorg beter te organiseren en daarenboven de patiënten te informeren tracht men de kwaliteit van de zorg te verbeteren en uiteraard ook de gezondheid van de patiënten te verbeteren. (3)

De ideaal geïnformeerde patiënt zou perfect kunnen inschatten op welk moment hij zijn arts moet consulteren. Dit betekent dat een goed geïnformeerde patiënt dus een vermindering in de belasting van telefoongesprekken en medisch gezien onnodige consulten kan betekenen. Dit zou logischerwijs een verbetering in het tijdsbeheer van de arts teweegbrengen en de voldoening die gehaald wordt uit het artsenberoep kunnen verhogen. Uit onderzoek van van den Bosch et al. blijkt immers dat de werkdruk sinds de jaren '90 steeds toeneemt omdat het aantal patiënten per arts toeneemt en ook de tijd die per jaar aan de patiënt besteed wordt steeds toeneemt. (4) Patiënten zijn immers terecht niet meer tevreden met een consultatieduur van vijf minuten. Met de resultaten van dit onderzoek uit Nederland in het achterhoofd zou elke oplossing met vermindering in de werkdruk tot gevolg, die de gezondheid van de patiënten niet achterop stelt, geïmplementeerd moeten worden in de praktijk.

In realiteit blijkt vaak dat patiënten veel minder goed geïnformeerd zijn over ziektes en alarmsymptomen dan artsen denken. (5) Daarnaast zoeken patiënten ook steeds vaker zelf informatie via het web en stellen ze zelf diagnoses op basis van klachten met behulp van het internet, zonder te weten of de bronnen die ze gebruiken betrouwbaar zijn. Nurain Z. Sim et al onderzochten het internetgebruik van hun patiënten op de dienst kinderchirurgie. Zij stelden vast dat 66% van de ouders vonden dat de informatie die ze op internet zochten te verwarrend, te technische, onvoldoende of juist te uitgebreid was. (6)

In deze masterproef wordt onderzocht of het selecteren van juiste patiënten informatie én verspreiding ervan via de praktijkwebsite een effect heeft op kennis van alarmsymptomen bij de patiënten. Daarnaast wordt nagekeken of deze interventie ook een gevolg heeft op het consultatiegedrag van de patiënten.

# Methode

## *Onderzoeksvraag en design*

Dit project onderzoekt het effect van verspreiding van patiënten informatie via de praktijkwebsite op kennis van alarmsymptomen bij ouders van zieke kinderen. Er werd gekozen om met de informatiefiche "kind met koorts" te werken. De informatiefiche werd op de praktijkwebsite geplaatst (http://www.huisartsen-stationsstraat.be/). De folder werd opgesteld aan de hand van de folder "kind met koorts" die verdeeld wordt via de federale overheid (zie bijlage). In deze interventiestudie werd aan ouders van kinderen met koorts voorgesteld een korte enquête in te vullen met als doel de kennis van alarmsymptomen bij deze ouders te achterhalen. Er werd in de enquête ook gevraagd of ouders de informatiebrochure op de praktijkwebsite gelezen hadden.

Verder werd er nagevraagd of ouders het verschil kennen tussen koorts[1] en temperatuursverhoging[2], welke de leeftijd is van het kind met wie ze op consult komen, of dit hun 1ste kindje is en wat voor hen een medische reden is om de dokter te consulteren. De studie werd uitgevoerd van november 2014 tot en met februari 2015.

## *Populatie en interventie*

Als inclusiecriteria worden volgende regels gehanteerd. Ouders van kinderen tussen 0 en 5 jaar die op consult komen met hun ziek kind werden gevraagd de enquête in te vullen. Eerst werd de ouders gevraagd of ze de informatiebrochure op de website gelezen hadden. Aan de hand van deze eerste vraag werden de ouders in een controle en interventiegroep ingedeeld. Indien ouders aanduidden op de enquête dat ze de infobrochure nog niet gelezen hadden werden ze ingedeeld bij de controlegroep. De interventiegroep bestaat uit de personen die antwoordden de folder wel doorgenomen te hebben voordat ze de enquête invulde. Bij elke deelnemende ouder werd aan de hand van een enquête gepeild naar de kennis over alarmsymptomen bij kinderen met koorts en naar hun actieplan bij koorts. Grootouders of andere personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij de opvoeding van de kinderen waarmee ze op consult komen werden geëxcludeerd. Na het invullen van de enquête werden de ouders er nogmaals attent op gemaakt dat er zich een infobrochure op onze website bevond. De grootouders en anderen die niet geïncludeerd werden, zijn ook ingelicht over de informatiefiche op de praktijkwebsite. Indien ouders niet over internet beschikten werd de informatiefiche afgedrukt op papier. In bijlage vindt u de patiënten brief die aan de ouders meegeven werd om hun te informeren in verband met het onderzoek dat in hun praktijk werd uitgevoerd evenals de enquête die werd afgenomen.

De studie werd uitgevoerd in een opleidingspraktijk die bestaat uit 3 huisartsen, 2 HAIO's[3] en 2 praktijkassistenten. De studiepraktijk betreft een groepspraktijk met een gedeelde patiëntenpopulatie. De patiëntenpopulatie is zeer gevarieerd zowel wat betreft leeftijd als pathologieën. Dit komt doordat er zowel oudere artsen als een jongere arts werken. De artsenpraktijk bestaat uit 2 mannelijke huisartsen en 1 vrouwelijke, daarnaast zijn er op het moment van de interventiestudie 2 vrouwelijk HAIO's. De praktijk heeft 3226 GMD's[4] in beheer.

De statistische analyse van de data werd uitgevoerd met behulp van Excel 2010 en GraphPad Prism 6. Er werd een univariaat beschrijvende statistiek uitgevoerd op de resultaten van alarmsymptomen. Hiervoor werd de t-toets voor gemiddelde van ongepaarde steekproeven gebruikt. Beide groepen waren voor alle gecontroleerde parameters normaal verdeeld met een gelijke variantie. Voor het opvolgen van de websitestatistieken werd een beroep gedaan op Google Analytics.

## *Uitkomstmaten*

De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is in kaart brengen van de kennis van alarmsymptomen bij ouders van zieke kinderen tussen 0 en 5 jaar oud. Als secundaire uitkomstmaat werd de actie die de ouders ondernemen voor en na het lezen van de informatiefiche (interventie) genomen. Er wordt nagegaan of ouders met hulp van de informatiebrochure minder medisch onnodige consulten planden. Consulten bij kinderen die geen alarmsymptomen vertonen en een lichaamstemperatuur

[1] Koorts: lichaamstemperatuur boven 38°C
[2] Temperatuursverhoging: lichaamstemperatuur boven 37,5°C en beneden 38°C
[3] HAIO: HuisArts In Opleiding
[4] GMD: Globaal Medisch Dossier

hebben van 38°C of minder, worden beschouwd als medisch gezien onnodig. Als tertiaire uitkomstmaat wordt gekeken of er een verschil is in de kennis van alarmsymptomen en/of het actieplan bij ouders met een eerste kindje, ten opzichte van ouders met reeds meerdere kinderen.

# Resultaten

Gedurende de periode van november 2014 tot en met februari 2015 werden er 83 enquêtes afgenomen in de studiepraktijk. 69 enquêtes werden ingevuld door ouders met kinderen tussen de 0 en 5 jaar oud. Er werden 14 enquêtes verworpen gezien de leeftijd van de kinderen ouder dan 5 jaar was. De controlegroep bestaat uit 50 ouders, de interventiegroep uit 19 ouders. Er werd geconstateerd dat 4,3% van de kinderen tussen de 0 en 3 maanden oud is; 50,0% is tussen 4 en 23 maanden oud en 45,7% van de kinderen is tussen de 2 en 5 jaar oud. Bij 39,1% van de ouders betrof het een eerste kindje, de overige 60,9% had reeds meerdere kinderen. 22,0% van de ouders in de controlegroep (11 ouders) kent niet het verschil tussen koorts en temperatuursverhoging. In de interventiegroep kent 10,5% van de ouders het onderscheid niet (NNT 9).

Bij een vergelijking van de kennis van alarmsymptomen tussen de controle- en studiegroep blijkt dat het gemiddeld aantal alarmsymptomen dat de ouders kennen licht verschilt (6,56 SD[5] ±2,73 controlegroep; 6,32 SD ±3,47 interventiegroep). Dit verschil is evenwel niet statistisch significant (p= 0,38). In het totaal zijn er 12 alarmsymptomen bij kinderen met koorts.

Het best gekende alarmsymptoom houdt in dat het kind niet meer wil eten of drinken én braakt. 85,5% van de ouders gaven aan dit als een alarmsymptoom te zien en dus als reden om de arts te consulteren. In de controlegroep geeft 88,0% aan dat niet eten of drinken én braken een alarmsymptoom is ten opzichte van 78,9% in de interventiegroep. Het op een na best gekende alarmsymptoom is een gedehydrateerd kindje. In de controlegroep kende 72,0% dit als alarmsymptoom, in de interventiegroep lag dit op 78,9% (NNT 14). Dat je kind nekstijfheid vertoont wordt door 46% van de ouders in de controlegroep als alarmsignaal aanzien, bij de interventiegroep door 57,9% (NNT 8). Een verward pratend kind vindt 32% van de controleouders een alarmsymptoom en 42,1% van de interventieouders (NNT 10). Verdere verdeling van de resultaten van de alarmsignalen is beschreven in Tabel 1.

Zowel in de controlegroep als de interventiegroep komt de overgrote meerderheid van de ouders naar de dokter indien de koorts niet daalt ondanks correct gedoseerd koortswerend middel. 86,0% van de controleouders stapt in dat geval naar de arts ten opzichte van 78,9% in de interventiegroep. De groep die naar de arts stapt omwille van alarmsymptomen stijgt indien ouders de folder gelezen hebben. 62,0% van de controleouders vinden alarmsymptomen een reden om de arts te consulteren. In de interventiegroep stijgt dit percentage tot 73,7 (NNT 9). In de controlegroep gaat één op vijf (20,0%) naar de dokter indien er een lichaamstemperatuur ≤38°c is zonder alarmsymptomen in de interventiegroep stijgt dit naar één op vier (26,3%) (Tabel 2).

Als de ouders met een eerste kindje vergeleken worden met ouders met meerdere kinderen resulteren de volgende cijfers. Kinderen die niet meer eten of drinken én braken is ook hier het best gekende alarmsymptoom. 88,9% van de ouders met één kindje geven aan dit als een alarmsignaal te zien ten opzichte van 83,3% in de groep met meerdere kinderen. Eveneens staat een gedehydrateerd

[5] SD: standaard afwijking

kindje op de 2de plaats van gekende alarmsymptomen. In de groep met één-kind gezinnen gaf 85,2% dit aan als reden om te consulteren terwijl dat percentage in de groep met meerdere kinderen op 66,7% ligt (Tabel 2). Het gemiddeld aantal alarmsymptomen dat de één-kind ouders kennen ligt op 6,59 (SD ±3,13). Bij gezinnen met meerdere kinderen kennen de ouders gemiddeld 6,43 alarmsymptomen (SD ±2,83). Dit verschil is niet statistisch significant (p=0,41). Er wordt vastgesteld dat 33,3% van de ouders met slechts één kindje consulteert voor een kind dat ≤38°C heeft zonder alarmsymptomen, terwijl slechts 14,3% van de ouders met meerdere kinderen hiervoor een dokter contacteert (NNT 5). In beide groepen ligt het percentage voor consultatie hoog indien de koorts niet daalt bij correct gedoseerde koortswerende middelen. 81,5% van de één-kind gezinnen consulteert op dat moment en 85,7% van de gezinnen met meerdere kinderen doet dit ook. Slechts 22,2% van de één-kind gezinnen en 35,7% van de gezinnen met meerdere kinderen consulteren indien hun kind na een koortsvrije periode terug koorts krijgt (Tabel 1).

Gedurende de periode van het onderzoek werd de praktijkwebsite 1941 keer bezocht. Hiervan zorgden 109 unieke bezoekers voor 124 raadplegingen van de folder over kind met koorts. Gemiddeld lazen deze bezoekers 1 minuut en 17 seconden op de webpagina over koorts bij kinderen. Voor 42 bezoekers was de pagina over kind met koorts het instappunt op onze website.

# Discussie

De resultaten van dit project leren dat er geen significante verschillen aangetoond kunnen worden in de kennis van alarmsymptomen na het lezen van een informatiebrochure op de praktijkwebsite rond kinderen met koorts. Dit betekent niet meteen dat de resultaten geen klinische relevantie hebben. De resultaten zijn voornamelijk in het voordeel van de interventiegroep, wat zou kunnen betekenen dat er wel een significantie bereikt kan worden indien de studiegroepen groter zouden zijn. Uit andere studies rond informatieverspreiding blijkt dat er tot nog toe bijna geen significante resultaten werden gevonden in studies rond verspreiding van patiënten informatie. Toch gaan alle onderzoekers uit van die klinische relevantie en deze houdt in dat er een positief effect is op de kennis van ouders en consultatiegedrag door het informeren. (7)

Zoals net gezegd worden in de studie enkele positieve, niet significante veranderingen gezien na het lezen van de brochure. Een van die veranderingen is het verschil in notie tussen koorts en temperatuursverhoging. Zo halveert het aantal ouders dat het verschil tussen beiden kent na het lezen van de infobrochure. Liefst één op vijf van de ouders uit de controlegroep kende niet het verschil tussen beiden. Indien 9 mensen de brochure lezen zal er 1 ouder meer zijn die het verschil kent. Dit is een duidelijke positieve evolutie. Opmerkelijk is wel dat nog steeds 10,5% van de ouders in de interventiegroep aangeven het verschil tussen temperatuursverhoging en koorts niet te kennen, terwijl dit toch een belangrijk gegeven is in de medische beslissing om een dokter te consulteren.

Daarnaast wordt er een stijging gezien in het aantal consulten bij kinderen met een lichaamstemperatuur van 38°C zonder alarmsymptomen en dit na het lezen van de infobrochure. Het aantal ouders dat hiervoor consulteert stijgt van één op vijf in de controlegroep naar één op vier in de interventiegroep. Ouders lijken angst te hebben voor temperatuursverhoging, zelfs zonder enig alarmsymptoom, terwijl dit een normaal fysiologisch gevolg van elke infectie is. Dat ouders angst voor koorts bij hun kind hebben is al veelvuldig onderzocht. (8) Mogelijks sensibiliseert de informatiebrochure de ouders nog meer, waardoor ze sneller ongerust zijn en een arts consulteren.

Artsen zouden om deze reden steeds duidelijk moeten maken aan ouders dat koorts geen ziekte is die bestreden moet worden, maar eerder een signaal hun kind een infectie doormaakt. Heel vaak zal deze infectie zichzelf oplossen door beroep te doen op het immuunsysteem van het kind. (9)

Dat het percentage ouders dat consulteert voor een lichaamsverhoging zonder alarmsymptomen veel hoger ligt bij ouders met slechts één kindje (33,3%) ten opzichte van ouders met meer kinderen (14,3%) is zeker te verklaren. Dit verschil is vermoedelijk te wijten aan de ongerustheid van de ouders. Ouders met weinig ervaring op gebied van kinderen met koorts zullen sneller ongerust zijn en naar de dokter gaan voor geruststelling. Ongeruste ouders zullen vermoedelijk altijd moeilijk gerust te stellen zijn met een informatiebrochure. Ze zijn soms zelf moeilijk te overtuigen door de arts zijn klinisch vermogen en vaststellingen. Iedere arts adviseert zijn patiënten vanzelfsprekend ook om te consulteren indien ze ongerust zijn, of indien ze niet goed meer weten wat te doen.

Er kan geen duidelijk verschil aangetoond worden in de kennis van alarmsymptomen tussen de controle- en interventiegroep. Het gemiddeld aantal alarmsymptomen dat de ouders kent ligt zelfs net iets hoger in de controlegroep, zonder dat dit significant is. Mogelijks kan dit doordat de folder niet voldoende informeert rond herkenning van alarmsymptomen. De alarmsymptomen worden opgenoemd, maar er wordt niet bij elk symptoom expliciet uitgelegd hoe ouders deze moeten herkennen. Daarnaast is het toch een alarmerend gegeven dat de ouders gemiddeld gezien maar de helft van de 12 alarmsymptomen bij koorts herkennen als alarmsymptoom. In verband hiermee hopen onderzoeker dat ouders meer dan enkel de alarmsymptomen in acht nemen voordat ze consulteren. Mogelijks nemen ouders ook de actuele toestand van hun kind en de ervaring van voorgaande ziekten bij hun kind in acht. (10) Uit onderzoek in de UK bij ouders van kinderen met bovenste luchtweginfecties bleek immers dat ouders hun motieven om te consulteren vooral baseren op hun eigen ervaring, geloof in de behandelende arts en effectiviteit van hun eigen verzorging. Daarnaast schatten ze informatie uit betrouwbare bron ook naar waarde. Infobrochures zouden als betrouwbare bron moeten kunnen optreden. (10) Er rest de medische wereld dus de belangrijke taak om informatiebrochures te ontwikkelen die gemakkelijk toegankelijk, betrouwbaar en in begrijpelijke taal opgesteld zijn. Dit kan eventueel zelfs via interactieve digitale TV zoals Anthea Colledge van het “Department of Primary Care and Social Medicine” uit Londen voorstelde. (11)

De kennis van alarmsymptomen bij ouders met slechts één kind zijn in vergelijking met ouders die reeds meerdere kinderen hebben nagenoeg hetzelfde. Ouders zonder ervaring kennen dus niet noodzakelijk minder alarmsymptomen dan ouders die reeds de ervaring hebben meerdere kinderen opgevoed te hebben.

Er wordt wel een positieve evolutie gezien na het lezen van de infobrochure wat betreft de kennis van het alarmsymptoom nekstijfheid bij kinderen met koorts. Indien 8 ouders de brochure lezen is er weer 1 meer die nekstijfheid als alarmsymptoom herkent. Dit is een belangrijke evolutie, gezien nekstijfheid een klinisch zeer belangrijk symptoom is, dat indien aanwezig zeker klinisch onderzoek vereist voor probabiliteitsbepaling van een mogelijke meningitis. (12)

Naar het consultatiegedrag van ouders toe werden er weinig duidelijke veranderingen in positieve zin genoteerd. Belangrijk om te vermelden is dat de overgrote meerderheid van de ouders de dokter consulteert indien de koorts niet daalt ondanks dat ze de correct gedoseerde middelen gebruikten. Dat dit percentage in de controlegroep (86,0%) duidelijk hoger ligt dan in de interventiegroep (78,9%) kan niet meteen verklaard worden. Door de interventie is er wel een duidelijke positieve

evolutie in de groei van het aantal consulten voor kinderen die alarmsymptomen hebben. Door 9 mensen de informatiebrochure te laten doornemen zou er één ouder meer consulteren indien zijn of haar kind een of meerdere alarmsymptomen vertoont. Dit toont dat mensen na het lezen van de folder mogelijks toch meer aandacht zullen besteden aan alarmsymptomen.

Wat betreft de verschillen tussen ouder met slechts één kind ten opzicht van gezinnen met reeds meerdere kinderen kan er gezegd worden dat blijkt dat ouders die reeds meerdere kinderen hebben vaker consulteren voor medisch gegronde redenen dan ouders die nog weinig ervaring hebben met kinderen.

Uit de statistische gegevens van de website zien we dat de folder druk bezocht werd via het internet gedurende de studieperiode. Er is dus wel degelijk vraag naar informatie van ouders. Vermoedelijk zal het aantal bezoeken aan de praktijkwebsite nog toenemen indien gekend is bij de patiënten dat er relevante informatie via deze weg verspreid wordt.

### *Sterkte-zwakte analyse*

Er blijkt uit beide t-testen voor alarmsymptomen dat het betrouwbaarheidsinterval groot is in vergelijking met het gemiddelde. Dit is te wijten aan de beperkte groep die ondervraagd werd. Grotere studies met grotere populaties zijn nodig om verdere conclusies te trekken. De beperkte omvang van het onderzoek is vermoedelijk ook de reden dat de gevonden resultaten niet significant zijn.

Dat deze informatiebrochure verspreid werd via de praktijkwebsite kan niet aanzien worden als belemmerende factor, gezien de folder ook afgeprint werd indien ouders niet over internet beschikten. Daarnaast blijkt ook uit ander onderzoek dat er geen significante verschillen aangetoond kunnen worden tussen het verspreiden van een folder via de website ten opzichte van een uitgeprinte folder. (13; 11) het onderzoek toont eveneens dat de webpagina over koorts zeer frequent bezocht werd, waaruit besloten kan worden dat ouders informatie via deze bron interessant vinden.

# Conclusie

Met dit interventioneel onderzoek kan er niet meteen significant bewijs gegeven worden voor de effectiviteit van informatiebrochures met betrekking tot verbetering van de kennis van alarmsymptomen bij ouders van kinderen met koorts. Ook het consultatiegedrag van ouders veranderde slechts in geringe mate door het lezen van de informatiebrochure. Er werd wel een duidelijk verschil gezien tussen ouders zonder ervaring met kinderen ten opzichte van ouders met ervaring door reeds meerdere kinderen te hebben opgevoed. Hoewel de verschillen niet statistisch significant zijn kunnen we wel concluderen dat er een zekere betrouwbaarheid van de resultaten is, gezien de veranderingen vooral ten voordele van de interventiegroep zijn.

Met dit onderzoek werd ook het belang van informeren van de patiënt benadrukt. Als artsen willen dat hun patiënten de juiste keuze maken bij medische beslissingen, zal er in de toekomst meer aandacht besteed moeten worden aan het informeren van de patiënten en het aanleren van alarmsymptomen voor het consulteren van de arts. Zolang de patiënt niet goed weet welke tekenen duidelijke alarmsignalen zijn om een arts te consulteren, blijven deze een kink in de kabel van een goede praktijkmanagement. Dit staat uiteraard los van de bezorgde patiënt die niet gerustgesteld zal kunnen worden met een infobrochure. Er is verder onderzoek nodig op deze domeinen om de noden die er zijn verder uit te werken.

Als laatste blijkt dat er wel degelijk vraag is naar meer patiënten informatie die via de praktijkwebsite verspreid wordt. Het is de taak van de artsenpraktijk om de informatie op de website betrouwbaar te houden en voldoende informatiebrochures op deze manier te verspreiden. Op deze manier zullen patiënten minder behoefte hebben om medische info op te zoeken via minder betrouwbare bronnen.

# Referenties


1. **Ammerins, Moss-de Boer.** *Huisarts En Praktijkmanagement.* sl : Bohn Stafleu Van Loghum, 2010.

2. **Brigitte Schoenmakers, Jan de Lepeleire.** *Praktijkmanagement Voor De Huisarts.* sl : Acco, 2014.

3. *Patient information for better health outcomes in primary care.* **Department of General Practice and Primary Care.** 29, 2011, Scandinavian Journal of Primary Health Care, pp. 65–66.

4. *Veranderingen in de huisartsenpraktijk.* **W van den Bosch, M Doveren, A Marks, R van Damme.** 10, sl : Huisarts en wetenschap, 2003, Vol. 46.

5. *Reducing reconsultations for acute lower respiratory tract illness with an information leaflet: a randomized controlled study of patients in primary care.* **J T MacFarlane, W F Holmes, R M MacFarlane.** 47, sl : British Journal of General Practice, 1997.

6. *Information on the World Wide Web—how useful is it for parents?* **Nurain Z. Sim, Lara Kitteringham, Lewis Spitz, Agostino Pierro, Edward Kiely, David Drake, Joe Curry.** 42, sl : Journal of Pediatric Surgery, 2007.

7. *Mass media interventions: effects on health services utilisation (Review).* **Grilli R, Ramsay C, Minozzi S.** 1, sl : The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd., 2002.

8. *Content Analysis of Fever Handouts Online: Could parent education materials perpetuate fever phobia?* **Carolyn R. Ahlers-Schmidt, Deborah Scrafford, Candi Nigh, Andrew Jurgensmeier, Brenda Issa.** 2, sl : Kansas Journal of Medicine , 2011, Vol. 4.

9. *Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children.* **Julie Considine, Denise Brennan.** 16, sl : Journal of Clinical Nursing, 2006.

10. *Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study.* **Jenny Ingram, Christie Cabral, Alastair D Hay, Patricia J Lucas, Jeremy Horwood, TARGET team.** 106, sl : BMC Family Practice, 2013, Vol. 14.

11. *Health information for patients: time to look beyond patient information leaflets.* **Anthea Colledge, Josip Car, Ailsa Donnelly, Azeem Majeed.** 101, sl : Journal of the Royal Society of Medicine, 2008.

12. *Clinical Features Suggestive of Meningitis in Children: A Systematic Review of Prospective Data.* **Sarah Curtis, Kent Stobart, Ben Vandermeer, David L. Simel, Terry Klassen.** 5, sl : Pediatrics, 2010, Vol. 126.

13. *Prospective, randomised, controlled trial comparing delivery of patient information for functional endoscopic sinus surgery via website versus printed leaflet.* **S Henney, R Irving.** 128, sl : The Journal of Laryngology & Otology, 2014.

# Tabellen

Tabel 1: Resultaten van kennis van alarmsymptomen bij de ouders

| Alarmsymptomen | Folder gelezen | | Folder niet gelezen | | 1ste kindje | | Niet 1ste kindje | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage |
| Ziet er erg ziek uit | 6 | 31,6% | 24 | 48,0% | 12 | 44,4% | 18 | 42,9% |
| Eet of drinkt niet meer én het braakt | 15 | 78,9% | 44 | 88,0% | 24 | 88,9% | 35 | 83,3% |
| Is gedehydrateerd | 15 | 78,9% | 36 | 72,0% | 23 | 85,2% | 28 | 66,7% |
| Ziet erg bleek of grauw | 10 | 52,6% | 24 | 48,0% | 16 | 59,3% | 18 | 42,9% |
| Ademt moeilijk of kreunt | 8 | 42,1% | 35 | 70,0% | 16 | 59,3% | 27 | 64,3% |
| Weent op een andere wijze | 7 | 36,8% | 22 | 44,0% | 13 | 48,1% | 16 | 38,1% |
| Is suf en moeilijk wakker te krijgen | 11 | 57,9% | 30 | 60,0% | 15 | 55,6% | 26 | 61,9% |
| Praat verward | 8 | 42,1% | 16 | 32,0% | 9 | 33,3% | 15 | 35,7% |
| Heeft pijn bij aanraking | 8 | 42,1% | 20 | 40,0% | 14 | 51,9% | 14 | 33,3% |
| vertoont nekstijfheid | 11 | 57,9% | 23 | 46,0% | 9 | 33,3% | 25 | 59,5% |
| Heeft petechiën | 9 | 47,4% | 21 | 42,0% | 11 | 40,7% | 19 | 45,2% |
| Heeft koortsstuipen | 12 | 63,2% | 33 | 66,0% | 16 | 59,3% | 29 | 69,0% |

Tabel 2: Resultaten van consultatiegedrag van ouders met zieke kinderen

| Reden voor consultatie | Folder gelezen | | Folder niet gelezen | | 1ste kindje | | niet 1ste kindje | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage |
| Indien hij/zij een lichaamstemperatuur heeft ≤38°C | 5 | 26,3% | 10 | 20,0% | 9 | 33,3% | 6 | 14,3% |
| Indien hij/zij een lichaamstemperatuur heeft >39°C | 9 | 47,4% | 21 | 42,0% | 12 | 44,4% | 18 | 42,9% |
| Indien de koorts niet daalt ondanks correct gedoseerde koortswerende middelen | 15 | 78,9% | 43 | 86,0% | 22 | 81,5% | 36 | 85,7% |
| Indien hij/zij alarmsignalen vertoont | 14 | 73,7% | 31 | 62,0% | 17 | 63,0% | 28 | 66,7% |
| Indien de koorts langer aanhoudt dan 3 dagen | 13 | 68,4% | 34 | 68,0% | 17 | 63,0% | 30 | 71,4% |
| Indien hij/zij terug koorts krijgt na een koortsvrije periode | 3 | 15,8% | 18 | 36,0% | 6 | 22,2% | 15 | 35,7% |

# Bijlagen

## *Brochure "Kind met koorts"*

### ***Wat is koorts?***

**Koorts** is een stijging van de lichaamstemperatuur, **boven de 38°C**. Het is geen ziekte maar een signaal. Koorts is een reactie van het lichaam om infectie te bestrijden.
**Temperatuursverhoging** is elke lichaamstemperatuur boven de **37.5°C**.

### ***Hoe meet ik de koorts?***

Is een kind jonger dan **3 jaar**, meet dan de temperatuur met een digitale (elektronische) thermometer in de **anus**. Leg de baby op zijn rug, til zijn beentjes op, hou hem stevig vast en breng de thermometer voorzichtig 2 cm in de anus.

### ***Je kind heeft koorts, wat te doen?***

Ongeacht de leeftijd pas je de volgende tips toe:

- Laat het kind regelmatig **drinken**
- Dek het kind **niet te warm toe**, wanneer je echter buitenshuis gaat kan je het best wel kleden naar de buitentemperatuur
- Zorg ervoor dat de **kamertemperatuur** niet boven de **20°C** is.

### ***Wanneer onmiddellijk een koortswerend middel toedienen?***

Indien de koorts **meer dan 38.5°C** bedraagt dien je best **onmiddellijk** een koortswerend middel toe.

In het geval van jonge kinderen die al **koortsstuipen gehad** hebben dien je een koortswerend middel toe zodra de lichaamstemperatuur **boven de 38°C** is.

### ***Koorts na vaccinatie?***

Een kind kan na toediening van een vaccin een **lichte plaatselijke reactie** vertonen (pijn, roodheid, zwelling) én een **lichte temperatuursverhoging** hebben gedurende een **2-tal dagen**.

Volg de algemene toestand van een kind met koorts (38.5°C of meer) goed op. **Neem bij alarmtekens of indien de koorts langer dan 2 dagen aanhoudt contact op met je arts**.

### ***Wanneer ga je naar de dokter?***

Kind **jonger dan 3 maanden**:
contacteer je arts indien de lichaamstemperatuur **meer dan 38°C** bedraagt.

Kind **tot 2 jaar**:
contacteer je arts bij **alarmsignalen**, **koorts die niet zakt** ondanks de correct gedoseerde koortswerende middelen **of** koorts die **langer dan 3 dagen** aanhoudt.

Kind **ouder dan 2 jaar**:
contacteer je arts indien je kind klaagt van **felle pijn,** de lichaamstemperatuur **hoger is dan 39°C** ondanks de correcte dosis koortswerende middelen **of** indien de koorts **langer dan 3 dagen** aanhoudt.

Alarmsignalen:

- Het kind ziet er erg ziek uit
- Het kind drinkt of eet niet meer, het kind braakt
- Het kind is uitgedroogd: minder natte luiers, droge lippen, droog mondslijmvlies, ingevallen ogen, ingevallen fontanel
- Het kind ziet erg bleek of grauw
- Het kind ademt moeilijk of kreunt
- Het kind weent op een andere wijze (hoge schrei of zwakke schrei)
- Het kind is suf of moeilijk wakker te krijgen
- Het kind praat verward
- Het kind heeft pijn bij aanraking
- Het kind vertoont nekstijfheid
- Het kind heeft blauw-rode puntvormige vlekjes op de huid
- Het kind heeft stuipen

**Bronnen en interessante links:**

- Folder federale overheid
  (http://www.eengeneesmiddelisgeensnoepje.be/public/assets/Leaflet_NL_koorts.pdf)
- Kind en gezin
  (http://www.kindengezin.be/gezondheid-en-vaccineren/koorts/)
- Website federale overheid
  (http://www.eengeneesmiddelisgeensnoepje.be/)
- **Wanneer naar de dokter met een ziek kind?**
  (http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=12727#1)

Heeft u nog vragen na het lezen van deze informatie, neem dan gerust contact met ons op. We geven u graag meer uitleg en zoeken samen naar de beste oplossing voor uw problemen.

## *Enquête kind met koorts*

1. Heeft u de brochure “kind met koorts” op onze praktijkwebsite gelezen?

   ☐Ja

   ☐Nee

2. Indien nee, waarom?

   ☐Ik wist niet dat er een brochure was rond “kind met koorts”

   ☐Ik weet wat ik moet doen als mijn kind koorts heeft, ik ken de alarmsignalen voldoende

   ☐Ik ben niet geïnteresseerd om een brochure over “kind met koorts” te lezen

3. Heeft u deze enquête al eens eerder ingevuld?

   ☐Ja

   ☐Nee

4. Indien ja, onderneem je sindsdien een andere actie wanneer je kind koorts heeft?

   ☐Ja, in welke zin veranderde je actie: .....

   ☐Nee

5. Kent u het verschil tussen koorts en temperatuursverhoging?
   (temperatuursverhoging: elke lichaamstemperatuur >37.5°C; Koorts: lichaamstemperatuur >38°C)

   ☐Ja

   ☐Nee

6. Hoe oud is het kind waarmee u momenteel op consult komt?

   ☐0-3 maanden

   ☐4-23 maanden

   ☐2-5 jaar

   ☐>5 jaar

7. Is dit uw eerste kind?

   ☐Ja

   ☐Nee

8. Welke van de volgende symptomen ziet u als een alarmsignaal?

☐Kind ziet er erg ziek uit

☐Kind eet of drinkt niet meer én het braakt

☐Kind is uitgedroogd: minder natte luiers, droge lippen, droog mondslijmvlies, ingevallen ogen, ingevallen fontanel

☐Kind ziet erg bleek of grauw

☐Kind ademt moeilijk of kreunt

☐Kind weent op een andere wijze (hoog of zwak)

☐Kind is suf en moeilijk wakker te krijgen

☐Kind praat verward

☐Kind heeft pijn bij aanraking

☐Kind vertoont nekstijfheid

☐Kind heeft blauw-rode puntvormige vlekjes op de huid

☐Kind heeft stuipen

9. Wanneer komt u naar de dokter met uw kind?

☐Indien hij/zij een lichaamstemperatuur heeft ≤38°C

☐Indien hij/zij een lichaamstemperatuur heeft >39°C

☐Indien de koorts niet daalt ondanks correct gedoseerde koortswerende middelen

☐Indien hij/zij alarmsignalen vertoont

☐Indien de koorts langer aanhoudt dan 3 dagen

☐Indien hij/zij terug koorts krijgt na een koortsvrije periode

## *Patiënten brief*

Betreft: Masterthesis huisartsgeneeskunde die uitgevoerd wordt in jullie praktijk

Beste patiënten,

Tijdens de opleiding tot huisarts wordt er van de HAIO (huisarts in opleiding) verwacht dat deze een **thesis** schrijft rond een actueel thema in de huisartsenpraktijk.
Dr. Elien Mertens, HAIO in jullie praktijk zal onderzoek doen naar het **effect van verspreiding van patiënten informatie via de praktijkwebsite**. Patiënten folders kan je terugvinden op de website van onze praktijk (www.huisartsen-stationsstraat.be ).

Op onze website zijn meerdere informatiefolders te vinden. De informatiefiche "**kind met koorts**" zal onderwerp van ons onderzoek zijn. Gedurende de komende maanden zullen we **korte enquêtes** afnemen bij **ouders van jonge zieke kinderen** i.v.m. hun kennis over **alarmsymptomen** en de **acties** die zij ondernemen wanneer hun kinderen koorts hebben. Er worden geen persoonlijke medische gegevens gevraagd in de enquête.

We zullen de komende maanden actief aan de ouders met zieke kinderen vragen om deze enquêtes in te vullen, **indien u niet wenst mee te werken aan dit onderzoek mag u dit gerust aangeven**.

Dr Dirk Mertens
Dr Marleen Piccard
Dr Thomas Mertens
Dr Tine Lamaire
Dr Elien Mertens

***Protocol aanvraag ethische commissie***

## Inleiding

Patiënten informeren en timemanagement zijn twee termen die de laatste jaren in de huisartsenpraktijk van groot belang zijn en steeds groter worden. In de ideale arts-patiënt-timemanagement relatie zou een patiënt perfect kunnen inschatten op welk moment hij zijn arts moet consulteren. In realiteit blijkt vaak dat patiënten veel minder goed geïnformeerd zijn en minder medische kennis hebben dan wat artsen denken, om de correcte beslissing te nemen. Een goed geïnformeerde patiënt kan echter een vermindering in de load van telefoongesprekken en onnodige consulten betekenen. Daarnaast zoeken patiënten ook steeds vaker zelf informatie via het web en stellen ze zelf diagnoses op basis van hun klachten met behulp van het internet. De informatie die ze op het web vinden blijkt echter niet altijd even waardevol. In deze masterproef wordt bekeken of er door het selecteren van juiste patiënten informatie en door deze te verspreiden via de praktijkwebsite een effect op o.a. medische kennis bij de patiënten bekomen kan worden.

## Methode

- Onderzoeksvraag

Wat is het effect van verspreiding van patiënten informatie via de praktijkwebsite?
Er zal gekeken worden naar het effect van verspreiding van patiënten informatie via de praktijkwebsite. We hebben ervoor gekozen om met de informatiefiche “kind met koorts” werken tijdens dit onderzoek. De informatiefiche waarover dit onderzoek gaat is terug te vinden op de praktijkwebsite en opgesteld a.d.h.v. folders van de federale overheid: www.doktershuys.be/informatie/kind-met-koorts.

- Populatie

Een 100-tal ouders van kinderen met koorts die gedurende de komende maanden consulteren zal gevraagd worden een korte enquête in te vullen.
Inclusiecriterium: ouders van kinderen tussen 0 en 5 jaar die op consult komen met hun ziek kind.
Exclusiecriterium: grootouders of andere personen die niet rechtstreeks bezig zijn met de opvoeding van de kinderen waarmee ze op consult komen. Ouders van kinderen die de informatiefiche al gelezen hebben voordat ze de 1$^{ste}$ maal de enquête invullen. We zullen in de enquête navragen of ouders de enquête voor de 1$^{ste}$ of 2$^{de}$ maal invullen en of ze de informatiefiche gelezen hebben.

- Studie-opzet

In deze interventiestudie worden ouders van kinderen met koorts tussen de 0 en 5 jaar verwezen naar de praktijkfiche. Bij elke deelnemende ouder wordt a.d.h.v. een enquête gepeild naar de kennis over koorts bij hun kind en hun actieplan voor en na interventie. Ouders die binnen de inclusiecriteria en buiten de exclusiecriteria vallen zullen gevraagd worden de enquête in te vullen als ze op consult komen met hun ziek kind. Nadien zullen we ze verwijzen naar de informatiefiche op de website. Indien ouders niet over internet beschikken zullen we de fiche afdrukken en meegeven.

De volgende keer dat dezelfde ouders op consult komen zal hun gevraagd worden opnieuw de enquête in te vullen. Ze zullen dan kunnen aangeven of ze de informatiefiche al dan niet doorgenomen hebben.

Ouders die de informatiefiche niet gelezen hebben of die de enquête slechts éénmaal, dus voor het lezen van de informatiefiche, ingevuld hebben zullen als controlegroep gezien worden.

Aan de secretaresse vragen we gedurende heel de periode van meting het aantal telefoons van ouders die onder de inclusiecriteria van het onderzoek vallen bij te houden.

Aan de artsen in de praktijk zullen we vragen om het aantal medisch gezien onnodige consulten bij te houden.

In bijlage vindt u de patiënten brief die we aan de ouders zullen meegeven om hun te informeren ivm het onderzoek.

- Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is de kennis van de ouders van zieke kinderen tussen 0 en 5 jaar oud. Graag zouden we meten of deze uitkomstmaat door de interventiestudie verandert en in welke zin. Als secundaire uitkomstmaat kiezen we de actie die de ouders ondernemen na het lezen van de informatiefiche. We willen peilen of hun actieplan verandert. Hiermee willen we zien of dit actieplan in positieve zin verandert ten aanzien van de gezondheid van het kind en of dit mogelijks effect kan hebben op het aantal consulten dat medisch gezien onnodig is.

## *Goedgekeurd protocol 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 ML10530
LEUVEN, 23 juni 2014

**De praktijkwebsite als tool bij het verspreiden van patiënteninformatie.**

**B322201421392 - S56630**

**DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES**

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 7 mei 2014.

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

De Commissie bevestigt dat ze 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.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

*Aandachtspunten: (indien van toepassing)*

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

*Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.*

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

ONS KENMERK ML10530
UW KENMERK
LEUVEN, 23 juni 2014

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

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

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

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

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

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

Met collegiale groeten,

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

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

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. B. Schoenmakers

Student
Elien Mertens

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

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.