Ongerustheid bij ouders van een acuut ziek kind in de eerste lijn

Lise De Paepe, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Marieke Lemiengre, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Ongerustheid bij ouders van een acuut ziek kind in de eerste lijn

HAIO: Lise De Paepe
Promotor: Prof. Dr. Ann De Sutter, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Marieke Lemiengre, Universiteit Gent
Praktijkopleider: Dr. Bart Merckx

Context: Acute infectieuze pathologie is de meest frequente reden waarom ouders met hun ziek kind de huisarts consulteren. Onderzoek heeft aangetoond dat slechts 1% van die kinderen een ernstige pathologie heeft. Het is elke dag opnieuw een uitdaging voor de huisarts om een zeldzaam ziektebeeld te onderscheiden van een banale veelvoorkomende pathologie. In de grote meerderheid van de gevallen zal de arts oordelen dat het om een zelflimiterende pathologie gaat en zal hij trachten de ouders gerust te stellen. Deze scriptie bouwt verder op de ERNIE2-studie, een grootschalige RCT die de aanpak van een acuut ziek kind in de eerste evalueert.

Onderzoeksvraag: Enerzijds werd gepoogd om door middel van een literatuurstudie inzicht te krijgen in de ongerustheid bij ouders met een acuut ziek kind in de eerste lijn. Daarnaast werd door middel van een praktijkonderzoek geëvalueerd of huisartsen erin slagen om ouders met een gerust gevoel huiswaarts te sturen.

Methodologie: Het praktijkonderzoek betreft een prospectief observationeel onderzoek in een landelijke praktijk met 3 artsen en 1 HAIO. Gedurende 7 maanden werden 100 ouders met een acuut ziek kind tussen 6 maanden en 12 jaar bevraagd. Er werd de ouders verzocht om hun ongerustheid aan te duiden op een schaal van 0 tot 10. Daarnaast werd gevraagd of ze reeds voorafgaand aan de consultatie informatie hadden geconsulteerd, naar de exacte redenen van ongerustheid en met het hoeveelste kind binnen het gezin ze die dag op consultatie kwamen. Na de consultatie dienden de ouders opnieuw een ongerustheidsschaal in te vullen. Ook de behandelende arts vulde eenzelfde schaal in met betrekking tot diens eigen ongerustheid. Nadien werd er in het EMD gecheckt of er antibiotica werd voorgeschreven.

Resultaten: Er werden 100 dagboeken ingevuld. In 69 gevallen kwamen ouders op consultatie met het eerste of enige kind binnen het gezin. Er hebben 8 ouders externe bronnen geraadpleegd alvorens ze op consultatie kwamen. De voornaamste redenen voor ongerustheid waren 'hoest' (57 kinderen) en 'koorts' (44 kinderen). De gemiddelde ongerustheid vóór de consultatie was 3,4 op 10 (SD 1,9), na de consultatie 1,0 op 10 (SD 1,8). Het verschil in ongerustheid vóór en na de consultatie was gemiddeld 1,9 op 10 (SD 2,0).

Discussie en besluit: Artsen slagen er daadwerkelijk in om ouders met een acuut ziek kind met een geruster gevoel naar huis te laten gaan. In het algemeen is de bezorgdheid bij de artsen zeer laag. Wanneer de bezorgdheid bij de arts toch is toegenomen, verlaten ouders de consultatie met een ongeruster gevoel en is de kans groter dat er antibiotica werd voorgeschreven. Het voorschrijven van antibiotica had evenwel geen grotere afname van ongerustheid bij de ouders tot gevolg in vergelijking met de groep waar geen antibiotica werd voorgeschreven. Wanneer ouders voorafgaand aan de consultatie externe informatiebronnen raadpleegden, scoorden ze hun ongerustheid vóór de consultatie hoger. Ouders consulteerden omwille van diverse redenen, waarvan 'koorts' en 'hoest' de voornaamste zijn. Ouders en artsen beschouwen elks verschillende factoren als verontrustend, wat mogelijks aanleiding kan geven tot miscommunicaties. Gezien de beperkte grootte van de onderzoekspopulatie, dienen bovenstaande vaststellingen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Er zal nog verder grootschaliger onderzoek nodig zijn om deze bevindingen al dan niet te bekrachtigen.

Contact: Depaepe.lise@gmail.com

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 1
INHOUDSTAFEL 2
INLEIDING 3
LITERATUURONDERZOEK 4
Achtergrond en onderzoeksvraag 4
Methodologie 5
Resultaten 7
Ideeën 7
Bezorgdheden 7
Verwachtingen 8
Systematische reviews 9
Discussie en besluit 12
OBSERVATIONELE STUDIE 15
Inleiding 15
Methodologie 16
Onderzoeksopzet 16
Gegevensverzameling 16
Gegevensverwerking 16
Resultaten 17
Uitlezen boekjes ERNIE2-studie 17
Praktijkonderzoek 18
Discussie en besluit 26
Samenvatting resultaten en terugkoppeling literatuur 26
Sterktes en zwaktes van de studie 28
Conclusie 29
Zelfreflectie 29
Dankwoord 30
Referentielijst 31
BIJLAGEN 33
Bijlage 1 Goedgekeurd protocol 33
Bijlage 2 Goedkeuring ethische commissie 36
Bijlage 3 Vragenlijsten voor en na de consultatie 38
Bijlage 4 Toestemmingsformulier ouders 41
Bijlage 5 Informatie voor de ouders 42

INLEIDING

Acute infectieuze pathologie is de meest frequente reden waarom ouders met kinderen de huisarts consulteren. Onderzoek heeft aangetoond dat slechts 1% van die kinderen een ernstige pathologie heeft (1). De overgrote meerderheid van ziektebeelden zijn onschuldig en zelflimiterend. Toch dient de huisarts goed op zijn hoede te zijn om de zeldzame ernstige pathologie niet te miskennen. Hiervoor doet hij beroep op een goede anamnese, een uitgebreid klinisch onderzoek en een beperkte set aan technische onderzoeken. Op basis van die objectieve gegevens tracht hij een correcte diagnose te stellen. Meestal zal hij de ouders met een gerust gevoel naar huis laten gaan en 'watchfull waiting' adviseren. Dagdagelijks moet de huisarts anticiperen op ongerustheid bij ouders en moet hij trachten ze met een gerust gemoed weer huiswaarts te sturen .

Deze masterproef zal voornamelijk handelen over de ongerustheid die ouders ervaren bij een acuut ziek kind in de eerste lijn. Het eerste deel bestaat uit een literatuurstudie waarin deze ouderlijke ongerustheid onder de loep wordt genomen. Aan de hand van een literatuurstudie zal getracht worden meer inzicht te krijgen in de angsten en bekommernissen van ouders. Dit stelt de arts in staat om beter te anticiperen tijdens de consultatie. Het tweede deel betreft een prospectief onderzoek waarbij door middel van vragenlijsten werd gepeild naar de ongerustheid bij ouders in een landelijke huisartsenpraktijk. De analyse van deze data zal enerzijds inzicht brengen in de redenen en de mate van ongerustheid bij ouders, anderzijds zal er al dan niet bevestigd worden of de huisarts er daadwerkelijk in slaagt om ouders met een acuut ziek kind gerust te stellen. Dit onderzoeksopzet sluit aan bij de ERNIE 2 studie, een RCT die de aanpak van een acuut ziek kind in de eerste lijn evalueert (1,2).

LITERATUURONDERZOEK

Achtergrond en onderzoeksvraag

Deze literatuurstudie zal voornamelijk handelen over de ongerustheid van ouders met een acuut ziek kind. Er zijn een aantal vaststellingen die aantonen dat het geruststellen van ouders bij banale zelflimiterende pathologieën niet zo vanzelfsprekend is voor de huisarts:

- In België werd de voorbije jaren een afname vastgesteld van antibioticagebruik in de ambulante praktijk. Desondanks stond België in 2011 nog op de 6de plaats in Europa wat betreft het antibioticagebruik. Met 2,3 verpakkingen per 1000 inwoners per dag overtreft België elk naburig land. Officiële gegevens omtrent antibioticagebruik bij kinderen in de eerste lijn zijn in België niet beschikbaar. Desalniettemin staan deze cijfers in contrast met de 1% ernstige ziektebeelden bij kinderen in de ambulante praktijk. Soms kan de huisarts moeilijkheden ervaren om de familie ervan te overtuigen dat antibiotica overbodig zijn. Daarbij is het soms niet evident om een bacteriële infectie te onderscheiden van een virale etiologie. Het voorschrijven van antibiotica geeft een vals gevoel van veiligheid. Ook wanneer de arts zich onder druk gezet voelt door de ouders of wanneer hij aanvoelt dat de ouders een antibioticumvoorschrift verwachten, is hij sneller geneigd om dit voor te schrijven (1,3).
- Er bestaat een belangrijke miscommunicatie tussen de ouders en de arts. Vaak voelen ouders zich niet begrepen wanneer de huisarts het ziektebeeld minimaliseert ter geruststelling. Ouders hebben moeite om hun angsten en bezorgdheden te uiten naar de arts. Uit recent onderzoek is gebleken dat huisartsen, zonder dat ze er zich van bewust zijn, bijna automatisch vangnetadvies meegeven tijdens de consultatie. Ze geven alarmsymptomen mee, bespreken het normaal verloop. Ondanks deze 'reflexmatige' adviezen, hebben veel ouders het gevoel niet erkend te worden in hun ongerustheid. Artsen daarentegen, geven aan dat ze geen verdere scholingen of richtlijnen omtrent dit onderwerp nodig hebben (1,4).

Op basis van bovenstaande vaststellingen kan besloten worden dat de kwaliteit van consulteren nog kan verbeteren. Deze literatuurstudie zal inzicht proberen verschaffen in het gevoel van ongerustheid bij ouders met een ziek kind. Concreet zal de onderzoeksvraag worden uitgewerkt door de literatuur te analyseren volgens de ICE (ideas, concerns, expectations) van de ouders. Ook de 'reason for encouter' zal bestudeerd worden. Indien de literatuur dit toelaat, zal dit ook vanuit het standpunt van de arts geëvalueerd worden.

- Ideeën: Welke ideeën hebben ouders omtrent de ziekte van hun kind? Hoe beoordelen zij de gezondheidstoestand van het kind? Wanneer wordt beslist om een arts te consulteren?
- Bezorgdheden: Waarom zijn ouders bezorgd als hun kind ziek is? Zijn er bepaalde factoren die deze ongerustheid aanwakkeren? Heeft een consultatie invloed op de ongerustheid?
- Verwachtingen: Wat verwachten ouders van de consultatie bij de arts?

Tot slot wordt de vraag gesteld of er interventies zijn die een al dan niet aangetoond effect hebben op de ongerustheid van ouders.

Methodologie

Er zijn 2 basisartikels die de fundering van deze masterproef vormen. In deze artikels wordt de ERNIE2-studie toegelicht (1,2), waarbij uitvoerig de achtergrond van een acuut ziek kind in de eerste lijn wordt besproken. Een eerste reeks artikels werd opgezocht via de PubMed-centrale. De termen “parents” “ill child” “anxiety” leverden 160 artikels op, waarvan er 5 actuele studies weerhouden werden (5–9). De termen “anxiety” en “ill” werden vervangen door de termen “fear” en “sick”, maar dit leverde nagenoeg geen extra artikelen op. Wanneer hieraan de term “general practice” werd toegevoegd, bleven er nog 6 artikels over, waarvan geen enkel weerhouden werd. In combinatie met de term “acutely” werd het artikel van Kai et al. weerhouden (10). Pubmed had op basis van dit artikel een aantal suggesties. Hiervan werden 3 artikels weerhouden (11–13). De combinatie van de termen “ill child” “primary care” en “parents” leverden 182 artikels op. Hieruit werden nog eens 3 artikels weerhouden (14–16). Uit de referentielijsten van bovenstaande artikels werden nog eens 3 artikels geselecteerd (17–19). Via www.researchgate.com werden door de zoektermen “fear” “partens” “acutely ill child” nog 3 artikels geselecteerd (4,20,21). De online archieven van de Belgische medische tijdschriften ‘Minerva’, ‘Tijdschrift voor Geneeskunde’ en ‘Huisarts en Nu’ werden geconsulteerd zonder enig artikel te weerhouden. Twee studies werden aangereikt door Dr. Marieke LEMIENGRE, co-promotor (22,23).

De belangrijkste exclusiecriteria waren:

- Artikels die zowel online als in de bibliotheek van de Universiteit Gent niet te raadplegen waren
- Artikels die over chronische ziekten handelen. Wanneer de artikels handelden over ouders van een acuut ziek kind die consulteren met symptomen die langer dan twee weken aanhielden of bij recurente infecties werden ze wel weerhouden, aangezien dit nog steeds kan gaan over een eerste consultatie betreft een langer durend probleem.

- Studies die plaatsvonden op de spoedgevallendienst. De studies die plaatsvonden in een wachtdienstsetting werden daarentegen wel weerhouden. Op wachtdiensten worden artsen regelmatig geconfronteerd met een acuut ziek kind. Soms includeerden studies naast de wachtdienstservices ook spoedgevallendiensten. Deze studies werden toch weerhouden, daar ze nuttige informatie kunnen bevatten voor de eerste lijn.

Op basis van bovenstaande criteria werden naast de 2 basisartikels nog 20 andere artikels weerhouden. Het betroffen 13 kwalitatieve onderzoeken die voornamelijk gebruik maakten van interviews. Daarnaast werden nog 1 literatuurstudie, 1 cohorte studie, 1 cross-studie analyse en 3 systematic reviews geselecteerd.

Onderwerp studies	**Studies**
Koorts	Enarson et al.
	De Bont et al.
	Elshout et al.
	Kallestrup et al.
Ziek kind	Kai et al.
	Hay et al.
	Sharma et al.
	Ertman et al.
	Uijen et al.
	Cabral et al. 2015
Bovenste luchtweginfectie	Ingram et al.
	Vodica et al.
Gezonde kinderen	Hay et al.
	Ertman et al.
	Wyke et al.
	Osman et al.
	Gabral et al 2014

Tabel 1: Overzicht van de geselecteerde literatuuronderzoeken per geselecteerde doelpopulatie

Resultaten

Ideeën

Enarson et al. interviewde ouders met een kind met koorts die zich aanmeldden op de wachtdienst of de spoedgevallendienst. Vaak vreesden de ouders voor ernstige problemen zoals dehydratie, epileptisch insult en andere ernstige ziekten. Een kleine groep had voornamelijk schrik voor meningitis, hersenschade, coma en dood. Vierenzeventig procent van de ouders dacht dat koorts op zich schade kon toebrengen aan het kind (7). De kennis van ouders omtrent het begrip “koorts” was vaak ontreikend. Zo interpreteerden veel ouders een matige temperatuursverhoging vaak als een ernstige verhoging. Daarbij hadden ze vaak de verkeerde verwachtingen van antipyretische middelen (13).

Bij de ouders was er een discrepantie tussen rationaliteit en emoties. Ondanks het feit dat ouders aangaven dat ze zorgvuldig evalueerden vooraleer een dokter te consulteren, waren hun angsten en bezorgdheden soms minder rationeel. Zo werden ouders meer ongerust naarmate de koorts toeneemt. Dit zou implementeren dat de hoogte van de temperatuur in rechtstreeks verband staat met de ernst van de ziekte. Ouders waren zich evenwel bewust van dit fenomeen, zonder dat ze zich daar daadwerkelijk tegen konden verzetten (9,20).

Ouders baseerden zich meestal op vroegere ervaringen om de ernst van de ziektein te schatten. Eens een kind een bepaalde ziekte had doorgemaakt, herkenden ouders veel sneller de symptomen. Bijvoorbeeld: “Toen mijn kind vorige keer hoestte en koorts had, werd er een longontsteking vastgesteld, zal dit nu ook het geval zijn?” (5,9,11,14)

Bezorgdheden

Ouders vreesden vaak dat ze een ernstige ziekte zouden miskennen of dat hun kind blijvende schade zou oplopen. In de jaren tachtig is het begrip “koortsfobie” ontstaan. Hoge koorts maakt ouders ongerust omwille van de mogelijke consequenties die koorts met zich kan meebrengen. Daarom ligt de focus van ouders, soms onterecht, op de lichaamstemperatuur en trachten ze de koorts te laten afnemen zonder naar het comfort van het kind te kijken (7). Er wordt ook vastgesteld dat de koortsfobie afneemt naarmate het kind ouder wordt en naarmate de ouders meer ervaring krijgen. Ouders met ervaring en meer kinderen waren minder geneigd om een arts te consulteren (5–7,14,20).

De belangrijkste factoren die bijdroegen aan de bezorgdheid waren de mogelijke bedreigingen voor het kind en de persoonlijke controle van de ouders. Als het kind oncomfortabel was of wanneer het kind leed als gevolg van de ziekte, werd de situatie snel als bedreigend beschouwd. Ouders trachtten het ziekteproces te controleren. Ze volgden op, maten parameters, consulteerden externe bronnen

en probeerden hun eigen medicamenteus beleid. Dit kwam voornamelijk voort uit het verantwoordelijkheidsgevoel naar het kind toe. Artsen stimuleerden vaak onbewust dit gedrag. Meestal was het ook niet één symptoom, maar een combinatie van symptomen die de ouders zorgen baarden (7,9,10,14,18).

Ouders consulteerden de arts meestal op een bedachtzame manier. Ze trachtten zorgvuldig af te wachten en hun ziek kind goed op te volgen vooraleer te consulteren. Bepaalde factoren droegen bij tot een toename van angst bij ouders. Bijvoorbeeld wanneer er bij de koorts een extra symptoom optrad. Als daarbij hun eigen beleid ontoereikend leek, omdat de symptomen persisteerden, bereikten ze een psychologische drempel. Eens deze drempel werd bereikt, wilden de ouders zo snel mogelijk professioneel advies, ongeacht welke inspanningen dit vergde (11,20). Er was slechts een kleine groep ouders die zich enkel liet leiden door emoties en die bijgevolg onmiddellijk de huisarts consulteerden. Ze voelden zich machteloos en hun angsten namen de bovenhand. Ze stonden voor een emotioneel blok. Een consultatie hielp hen om deze emoties een plaats te geven en hun gevoel van machteloosheid weg te nemen (11).

Voordat ouders de arts consulteerden, hadden ze dikwijls al beroep gedaan op externe bronnen (familie, vrienden, internet, apotheker, …). Vaak zorgde deze informatie voor een toename in ongerustheid, in plaats van een geruststellend effect (5,20). Veel ouders voelden sociale druk om het goed te doen, wat zorgde voor een versterking van het verantwoordelijkheidsgevoel. Bijgevolg werd de angst om iets te missen groter. Een voorbeeld van sociale druk is de kinderverzorgster of de leerkracht die de ouders adviseert om op raadpleging te gaan bij een arts (5,11,14).

Verwachtingen

In de eerste plaats zochten ouders een verklaring voor de koorts en verwachtten ze een professionele inschatting van de ernst van de ziekte. Daarnaast verlangden ze een concreet beleidsvoorstel of een geruststelling. Opvallend is dat slechts 13-17% van de ouders verwachtte dat er antibiotica werd voorgeschreven (7,14,18).

Tijdens de wachtdienst wilden ouders vooral gerustgesteld worden. Ze hoopten te vernemen dat het door hen toegepaste beleid ook daadwerkelijk het correcte beleid was (5,20). Daarnaast verwachtten ze een diagnose. Het klinisch onderzoek kwam naar voor als de belangrijkste meerwaarde van de consultatie. Tot slot zagen ze de arts ook als een bron van eenduidige, correcte informatie en verwachtten ze een concreet therapievoorstel van hem. Een extra ondersteuning van de arts door middel van een uitgeschreven medicamenteus beleid of het oplijsten van alarmsymptomen werd door veel ouders als nuttig beschouwd. Het was belangrijk dat de arts deze informatie meedeelde op een manier die ook begrijpbaar is voor ouders. Ook hier verwachtten ze niet standaard een

behandeling met antibiotica. De meeste ouders vertrouwden op de expertise van de arts. Daarentegen verwachtten ouders wel een soort van partnerschap van de arts, waarin ruimte werd gelaten om te overleggen omtrent de beste therapeutische opties voor hun kind (8,18,20). Ook buiten de wachtdienst hechtten ouders veel belang hoe de arts met hen omging. Ze vonden het belangrijk dat de arts hen en hun visie respecteerde (9,14,17).

In enkele studies werd naar negatieve ervaringen bij ouders gevraagd. Zo ervoeren ouders de informatie van de arts vaak als minimaliserend. Bijvoorbeeld: “Het is gewoon een virus” “Het gaat vanzelf over” Bij een acute ziekte-episode konden ouders zich beter met deze boodschap verzoenen dan wanneer hun kind recidiverend ziek was. op zo’n moment wekte deze boodschap snel gevoelens van frustratie op. Ze voelden zich niet erkend als bezorgde ouders en hadden het gevoel dat de arts niet voldoende rekening hield met hun kennis en ideeën. Hierdoor ontstond er een discrepantie tussen de beleving van de ouders en het oordeel van de arts Eén studie toonde aan dat ouders de voorkeur gaven aan een arts die als empatisch werd ervaren en die de ziekte van het kind niet banaliseerde. Dit vonden ouders belangrijker dan de duur van de arts-patiënt relatie (11,12).

De graad van consulteren is gelinkt aan sociodemografische factoren. Hoe lager geschoold de ouders zijn, hoe meer ze geneigd zijn een arts te consulteren wanneer hun kind ziek is. Deze discrepantie vervalt naar mate het kind zieker is volgens de perceptie van de ouders. (14)

Systematische reviews

Neill et al. onderzocht het effect van het meedelen van medische informatie aan ouders via folders, posters, lijsten met alarmsymptomen, educatief filmmateriaal en het persoonlijk aanspreken van ouders. Er waren 7 RCT die specifiek keken naar het effect op de bezorgdheid van bovenstaande interventies. Slechts één studie toonde een verminderde bezorgdheid aan ten opzichte van de controlegroep. Door het gebruik van een lijst met alarmsymptomen konden zij de bezorgdheid reduceren met een derde (zie tabel 3).

Andere uitkomsten die geëvalueerd werden, waren consultatiefrequentie, kennis, tevredenheid en zelfvertrouwen. Het verstrekken van informatie gaf voornamelijk een toename in kennis bij ouders, al nam deze kennis ook terug af in de loop van de tijd. Verder toonden 6 van de 15 studies een reductie in consultatiefrequentie aan. Er waren 4 studies die focusten op tevredenheid. In alle 4 de studies was er een toename van tevredenheid, maar slechts in 2 studies was deze toename significant. Van de 4 studies omtrent zelfvertrouwen was er slechts 1 studie die toename van het zelfvertrouwen kon aantonen over een langere periode. Deze studie maakte gebruik van lijsten met alarmsymptomen (21).

Table 4 Effectiveness of interventions on parents' anxiety of reassurance

Author (date)	Anxiety/reassurance (significant results in bold)	Quality
Francis *et al* 2009[25]	No significant difference in level of reassurance	****
Hansen 1990[26]	Significant reduction in worry reported as the main reason for consulting the GP (19% vs 31% **p=0.0075**)	**
Herman and Jackson 2010[29]	Parents reporting being 'very worried' when their child is sick reduced by a third (no further statistics available)	***
Kai 1994[32]	11 parents consulted despite low acuity scores to avoid consulting later 'out of hours', or because they wanted reassurance Baby Check did not answer their questions or tell them how to manage minor illness	**
Krantz 2001[38]	Parents felt that the fever guide was reassuring and that the decision guide on what to do when was important to include	*
O'Neill Murphy *et al* 2001[30]	At 2 weeks both groups were less anxious. Control 86% Intervention 50%	*
Thornton *et al* 1991[24]	In the first part of the study 46% found using Baby Check reassuring and 4% said it caused anxiety. 6% of mothers reported that Baby Check helped them to decide whether or not to seek advice, 4% were reassured by a low score. Two with high scores were prompted to seek help	****
Summary	1/7 significant reduction in worry. 3 reduced anxiety but descriptive statistics only. 2 qualitative papers	

GP, general practitioner.

Tabel 2: Overzicht van geselecteerde RCT's met ongerustheid als outcome uit de systematic review van Neill et al. Bron: Neill SJ, Roland D, Jones CHD, Thompson M. Information resources to aid parental decision- making on when to seek medical care for their acutely sick child : a narrative systematic review Information resources to aid parental decision-making on when to seek medical care for their acutely sick chil. Br Med J. 2015

In de systematic review van Andrews et al. werd bestudeerd welke interventies zorgden voor verminderd voorschrijven van antibiotica bij bovenste luchtweginfecties. Twee studies evalueerden de tevredenheid bij ouders wanneer er al dan niet antibiotica werd voorgeschreven. Eén studie toonde geen verschil in tevredenheid tussen het afwachtend beleid en de groep die antibiotica voorgeschreven kreeg. Een andere studie, die werd uitgevoerd bij kinderen met otitis media, stelde een mindere tevredenheid vast in de antibioticagroep door de bijwerkingen van het antibioticum. Het niet voorschrijven van antibioticum heeft dus geen nadelige gevolgen voor de tevredenheid (15). Ook de systematic review van Vodicka et al. trachtte te analyseren hoe het voorschrijven van antibiotica in de eerste lijn kan worden teruggeschroefd bij kinderen met een acute bovenste luchtweginfectie. Hun conclusie is dat interventies die enkel focussen op het bewustmaken van ouders niet voldoende zijn om het voorschrijven van antibiotica te verminderen. De beste resultaten werden gezien wanneer zowel gewerkt werd op bewustmaking van de artsen, als de ouders. Het is dus een kwestie van op verschillende niveaus te werken (16).

Cabral et al. onderzochten of mogelijke miscommunicaties tussen ouders en artsen het voorschrijfgedrag van de arts beïnvloedde. Er werden kwalitatieve gegevens verzameld uit zowel studies die enkel over bovenste luchtweginfecties handelden, als studies die een algemeen ziek kind includeerden. Een eerste vaststelling was dat er een belangrijk verschil is tussen de doelstellingen van de arts en die van de ouders tijdens de consultatie. Ouders stonden voornamelijk stil bij hun eigen bezorgdheden en hadden nood aan betrouwbare en professionele informatie. De arts daarentegen, focuste voornamelijk op diagnose en behandeling. Een tweede conclusie was dat

ouders vaak bevestiging zochten dat ze met gegronde reden op consultatie kwamen. Vaak ging de arts het probleem minimaliseren, als poging om ouders gerust te stellen. Hierdoor kregen ouders vaak het gevoel dat ze niet begrepen werden en dat de arts het probleem -minimaliseerde. Ze voelden zich niet erkend in hun ouderlijke bezorgdheid. Tot slot werd er in de groep met bovenste luchtweginfecties vastgesteld dat artsen bepaalde signalen van ouders interpreteerden als een vraag voor een antibioticavoorschrift. Vaak stelden ouders geen expliciete vraag naar antibiotica, maar ging het eerder om een uiting van een concrete bezorgdheid of een vraag naar verdere informatie. Er kan dus geconcludeerd worden dat de communicatie tussen de arts en de ouders niet steeds optimaal verliep. Daardoor verlieten ouders vaak de consultatieruimte met een gevoel van onzekerheid en onvoldoende informatie over de diagnose en therapeutische opties. Artsen gaven aan dat druk van ouders één van de redenen was om overmatig antibioticum voor te schrijven (22).

Cabral et al. heeft ook een cross-studie analyse uitgevoerd, met als doel te achterhalen wat voor ouders de drijfveren zijn om op consultatie te komen. De onderzoekspopulatie waren kinderen jonger dan 12 jaar, met een bovenste luchtweginfectie. Kwalitatieve data uit deze 4 studies werden geherevalueerd. De drijfveren konden worden ingedeeld in 4 grote groepen: de kwetsbaarheid van het kind, de ongerustheid bij ouders door onzekerheid, de ongerustheid bij ouders door sociale druk en de manier waarop ouders ongerustheid ervaren (23).

Zowel ouders als de arts gaven aan dat ze kinderen als extreem kwetsbaar beschouwen en dat dit invloed heeft op hun beslissing. Zowel het feit dat het om een kind ging, als de specifieke voorgeschiedenis van het kind, speelden hierin een belangrijke rol. Op die manier rechtvaardigden ouders het frequenter consulteren en artsen hun voorschrijfgedrag betreffende antibiotica (23).

Daarnaast consulteerden ouders vaak uit onzekerheid. Ze vonden het professioneel oordeel van een arts nodig om ernstige ziektes en bedreigingen uit te sluiten, zelfs als ze zelf de kans op ernstige pathologie laag inschatten. Dit komt vaak voort uit een gebrek aan zelfvertrouwen om het onderscheid te maken tussen een ernstige pathologie en een banale zelflimiterende infectie. Ook bij de arts heerste er onzekerheid wanneer het ging om klachten zoals hoesten. Ondanks dat hoest zelden een symptoom is van een ernstige pathologie, had de arts angst om hoog risico gevallen foutief in te schatten. Wanneer ouders herhaaldelijk consulteerden voor dezelfde ziekte-episode nam deze angst bij de arts nog verder toe (23).

Artsen trachtten ook in te schatten hoe ouders omgaan met hun acuut ziek kind. Wanneer de arts vermoedde dat het inschattingsvermogen van ouders ondermaats was, was de arts sneller geneigd om antibiotica voor te schrijven. Ze voelden een belangrijke medische eindverantwoordelijkheid voor het kind. (23).

Ouders consulteerden vaak omdat het in de maatschappij een opgelegde norm is om met een ziek kind naar de dokter te gaan. Artsen hadden schrik iets ernstig te missen en zo professioneel aanzien te verliezen. Opvallend is dat artsen daarentegen een overbodig antibioticavoorschrift niet beschouwden als een bedreiging voor hun professioneel beoordeling. Het is moeilijk achteraf aan te tonen dat een antibioticumvoorschrift al dan niet nodig was. Verder geloofden artsen dat een individueel voorschrift amper een bijdrage leverde aan de grotere resistentieproblematiek (23).

Ouders met oudere kinderen beschrijven dat ze door ervaring meer zelfredzaamheid krijgen bij het inschatten en behandelen van een zelflimiterend pathologie. Maar ouders die als ervaring hadden dat een bovenste luchtweginfectie behandeld dient te worden met antibiotica, of waarbij een hoest een uiting was van een ernstige ziektebeeld, gingen hoest veel sneller ervaren als een zware bedreiging. Een vroeger beleid met antibiotica kan ouders het gevoel geven dat antibiotica bij een nieuwe episode sneller nodig is om het lijden van het kind sneller te verminderen (23).

Discussie en besluit

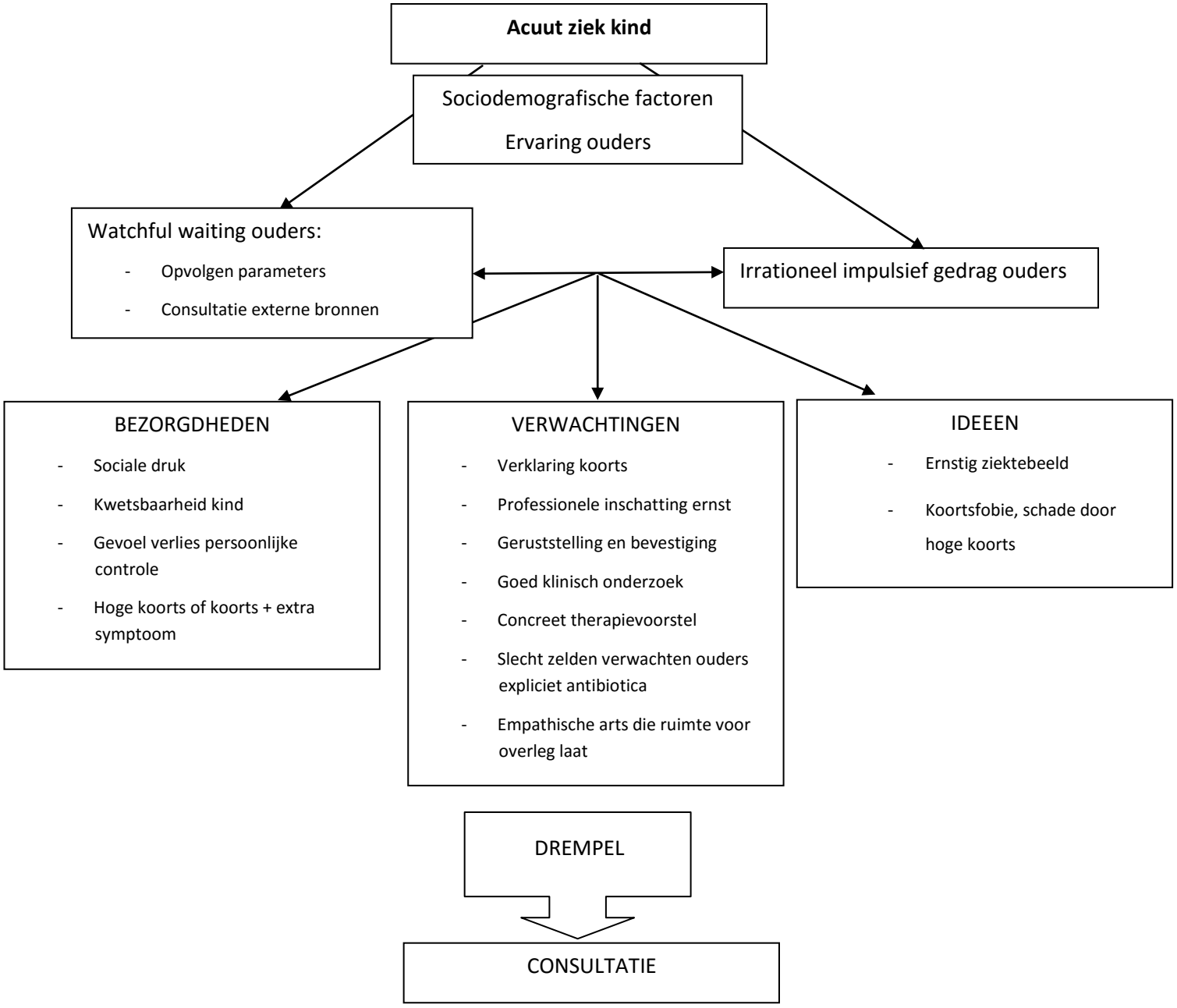
De gebruikte studies voor dit literatuuronderzoek waren voornamelijk kwalitatieve studies. Veel studies trachtten inzicht te krijgen in de ongerustheid bij ouders met voornamelijk 2 doelstellingen. Enerzijds om te achterhalen waarom artsen zo frequent antibiotica voorschrijven en anderzijds om te kijken hoe de eerste lijn beter kan ontlast worden. deze laatste waren voornamelijk Engelse studies, waar de eerste lijn momenteel onder enorme druk staat. Eén van de enige systematic reviews die gebruik maakte van kwantitatieve gegevens, was de studie van Neill et al., al werden daar de verschillende opgenomen studies niet gepoold.

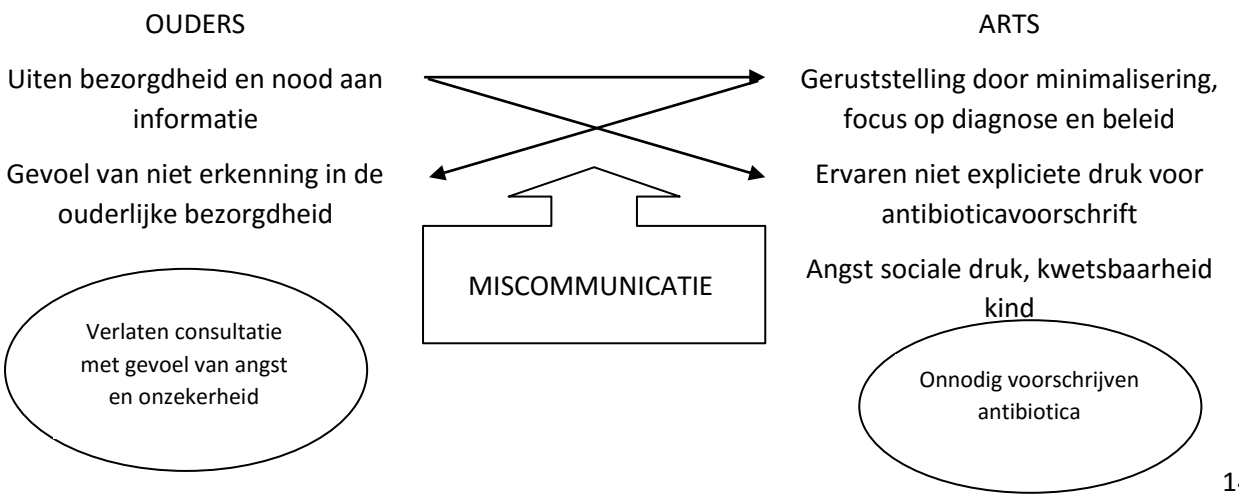
Wat het exacte onderzoeksopzet ook was, in de meeste studies kwamen dezelfde vaststellingen en inzichten betreffende ongerustheid bij ouders naar voor.

Zo bleek uit verschillende studies dat sociodemografische factoren een rol speelden. Hoe hoger de ouders opgeleid waren, hoe minder de neiging ze hadden te consulteren. Dit verviel naarmate dat het kind ernstiger ziek was. Ook ervaring kwam naar voor als een belangrijke factor. Naarmate ouders meer ervaring hadden, nam ook hun zelfredzaamheid toe en konden ze een zelflimiterende pathologie beter te baas.

Opvallend was dat slechts 1 onderzoeksgroep (Cabral et al.) 2 artikels heeft geschreven waarin ook aandacht gaat naar de perceptie van de arts. Nochtans kwamen Vodicka et al. in hun systematic review tot de conclusie dat voor het terugschroeven van het antibioticabeleid zowel moet gemikt worden op interventies bij de ouders, als bij de arts. De studies van Cabral vormden dus een bijzonder leerrijke aanvulling, waarbij ook aandacht werd besteed aan de perceptie en beleving van de arts.

In plaats van een opsomming te geven van de overeenkomstige vaststellingen in de literatuur, is er voor geopteerd om alles in een overzichtelijk schema te plaatsen. Sommige artikels brachten hun vaststelling reeds op een mooie en overzichtelijke, schematische manier. Toch werd geopteerd om een eigen schema naar voor te brengen, waar ook expliciet wordt stilgestaan bij de beleving van de arts.


Acuut ziek kind
Sociodemografische factoren
Ervaring ouders
Watchful waiting ouders:
- Opvolgen parameters
- Consultatie externe bronnen
Irrationeel impulsief gedrag ouders
BEZORGDHEDEN
- Sociale druk
- Kwetsbaarheid kind
- Gevoel verlies persoonlijke controle
- Hoge koorts of koorts + extra symptoom
VERWACHTINGEN
- Verklaring koorts
- Professionele inschatting ernst
- Geruststelling en bevestiging
- Goed klinisch onderzoek
- Concreet therapievoorstel
- Slecht zelden verwachten ouders expliciet antibiotica
- Empathische arts die ruimte voor overleg laat
IDEEEN
- Ernstig ziektebeeld
- Koortsfobie, schade door hoge koorts
DREMPEL
CONSULTATIE


OUDERS
Uiten bezorgdheid en nood aan informatie
Gevoel van niet erkenning in de ouderlijke bezorgdheid
Verlaten consultatie met gevoel van angst en onzekerheid
MISCOMMUNICATIE
ARTS
Geruststelling door minimalisering, focus op diagnose en beleid
Ervaren niet expliciete druk voor antibioticavoorschrift
Angst sociale druk, kwetsbaarheid kind
Onnodig voorschrijven antibiotica

OBSERVATIONELE STUDIE

Inleiding

Het tweede deel van deze scriptie bouwt voort op een specifiek onderdeel van de ERNIE-2 studie. Enerzijds werden de data van de dagboekjes van de ERNIE-2 studie opnieuw uitgemeten, maar op een andere manier dan voorheen. Bij de eerste uitlezing werden de scores afgerond naar een vast getal tussen nul en tien. Thans werden de scores uitgemeten tot op de millimeter. Deze meer nauwkeurige resultaten zullen ter beschikking gesteld worden aan de ERNIE2-studie, zodat zij kunnen nagaan of dit een globaal verschil in de -resultaten geeft.

Anderzijds hebben de ouders in de ERNIE2-studie op een lijn van nul tot tien aangeduid hoe ongerust ze zijn. Ze vulden na de consultatie zowel de scorelijn 'vóór' als 'na' de consultatie in. In één praktijk werd een observationeel prospectief onderzoek gestart, waarbij ouders dezelfde scorelijn als bij de ERNIE2-studie moesten invullen. De ongerustheid 'vóór' de consultatie hebben ze daadwerkelijk vóór de consultatie gescoord . Na de consultatie, hebben ze dan de ongerustheid 'na' de consultatie gescoord. Dit praktijkonderzoek kan dus gebruikt worden als validatie voor de ERNIE2-studie. Zo kan worden nagekeken of het tijdstip van invullen al dan niet effect heeft op de mate van ongerustheid. Anderzijds levert dit praktijkonderzoek een bron van informatie omtrent de beleving en gevoelens van ongerustheid bij ouders met een acuut ziek kind.

Naast het bevragen van de ongerustheid, werd er ook gepeild naar de redenen van ongerustheid, het hoeveelste kind binnen het gezin waarvoor wordt geconsulteerd en of er al voorafgaand informatie werd geraadpleegd. Daarnaast werd ook de ongerustheid bij de arts bevraagd en er werd gepeild wanneer er antibiotica werd voorgeschreven. Op basis van deze informatie zal getracht worden een antwoord te formuleren op onderstaande onderzoeksvragen:

- Wat zijn de voornaamste redenen van ongerustheid bij ouders?
- Welke informatiebronnen consulteren ouders vooraleer zij op consultatie komen?
- Slaagt de huisarts erin de ongerustheid bij ouders te doen afnemen tijdens zijn consultatie?
- Heeft het voorschrijven van antibiotica effect op de ongerustheid

Methodologie

Onderzoeksopzet

Het betreft een prospectief, observationeel onderzoek in een landelijke praktijk met 3 artsen en 1 HAIO. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent.

Gegevensverzameling

Tussen september 2015 en april 2016 werden 100 ouders met een acuut ziek kind tussen 6 maanden en 12 jaar bevraagd. Met behulp van affiches, informatiebrochures en de praktijkassistent werden ouders op de hoogte gesteld van het onderzoek en werd vrijblijvend gepolst of zij wensten deel te nemen. Eens ouders hun toestemming hadden gegeven, werd verzocht een vragenlijst voorafgaand aan de consultatie in te vullen. Ouders dienden hun ongerustheid aan te duiden op een schaal van 0 tot 10. Dit is een éénduidige manier om de ongerustheid te objectiveren. Daarnaast werd er ook gevraagd naar welke informatie voorafgaand aan de consultatie werd gearaadpleegd, de exacte reden van ongerustheid en met het hoeveelste kind binnen het gezin ze die dag op consultatie kwamen. Na de consultatie, overhandigde de behandelende arts een tweede vragenlijst, waarbij ouders opnieuw hun ongerustheid moesten scoren op een schaal van 0 tot 10. Ook de behandelende arts vulde diezelfde schaal in met betrekking tot diens eigen ongerustheid. Achteraf werd er in de EMD opgezocht of er tijdens de desbetreffende consultatie al dan niet antibiotica werd voorgeschreven. Exclusiecriteria voor deelname waren: een tweede consultatie binnen éénzelfde ziekte-episode, een consultatie omwille van niet-infectieuze problematiek, een kind jonger dan 6 maanden of ouder dan 12 jaar en een consultatie omwille van een gekende chronische pathologie.

Voor het uitmeten van de ongerustheidsschalen van de ERNIE2-studie werden alle dagboekjes beschikbaar gesteld door de Universiteiten van Gent en Leuven. Het betroffen 1.341 boekjes die werden uitgemeten tot op 1 decimale na de komma.

Gegevensverwerking

Alle gegevens werden op een anonieme manier verwerkt. De verschillende vragenlijsten (vóór en na de consultatie en de ongerustheid van de arts) werden aan elkaar gelinkt via nummering. De ongerustheidsschalen werden uitgemeten tot op 1 decimale na de komma. De eventueel geraadpleegde informatie voorafgaand aan de consultatie en de redenen van ongerustheid werden op gecodeerde wijze ingevoerd in Excel, samen met de andere gegevens. Ook de dagboekjes van de ERNIE2-studie werden ingevoerd in Excel. Vervolgens werden deze databanken verwerkt met behulp van het statische programma SPSS, dat ter beschikking wordt gesteld door de Universiteit Gent. Via SPSS werd het verschil in ongerustheid vóór en na de consultatie berekend. Door middel van de 'Wilcoxon matched-paired signed-ranks test' werd er onderzocht of de afname in bezorgdheid al dan

niet significant was. De andere variabelen werden door middel van beschrijvende parameters geanalyseerd.

Resultaten

Uitlezen boekjes ERNIE2-studie

De resultaten van het uitmeten van de dagboekjes van de ERNIE2-studie zijn weergegeven in onderstaande tabellen. Ouders scoorden de ongerustheid vóór de consultatie gemiddeld 4.5 op 10. Na de consultatie zakte deze ongerustheid gemiddeld naar 2.0 op 10. De gemiddelde afname in ongerustheid bedroeg aldus 2.5 op 10. In 1.104 gevallen nam de ongerustheid af na de consultatie, bij 162 ouders had de consultatie geen invloed op de ongerustheid en bij 47 ouders nam de ongerustheid na de consultatie toe.

ouders hun ongerustheid na de consultatie is op significante wijze afgenomen in vergelijking met de ongerustheid vóór de consultatie ($P < 0{,}001$). In de meeste gevallen kan de huisarts de ouders aldus geruststellen en slaagt hij in diens opzet.

Ongerustheid vóór en na de consultatie ERNIE2-studie (N=1.341)			
	Ongerustheid vóór de consultatie	Ongerustheid na de consultatie	Verschil ongerustheid ouders vóór en na de consultatie
Gemiddelde	4,5	2,0	2,5
Mediaan	4,6	1.5	2,0
Standaard deviatie	2,4	2,0	2,0
Minimum	0,0	0,0	-5,0
Maximum	10,0	9,0	10,0

Tabel 3: Overzicht ongerustheid vóór en na de consultatie ERNIE2-studie

Ongerustheid na de consultatie – ongerustheid vóór de consultatie	**N**
Negatieve rangen	1104
Positieve rangen	47
Geen verschil	162
Resultaten Wilcoxon matched-paired signed ranks test: Z -28,041 P < 0,001	

Tabel 4: Resultaten Wilcoxon matched-paired signed ranks test ERNIE2-studie

Praktijkonderzoek

Onderzoekspopulatie

In de praktijk werden in totaal 100 dagboekjes ingevuld door ouders met een acuut ziek kind. Het betroffen 41 meisjes en 59 jongens. De leeftijd van het zieke kind schommelde tussen 0 en 11 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 4 jaar en 5 maanden en met een standaarddeviatie van 2,9.

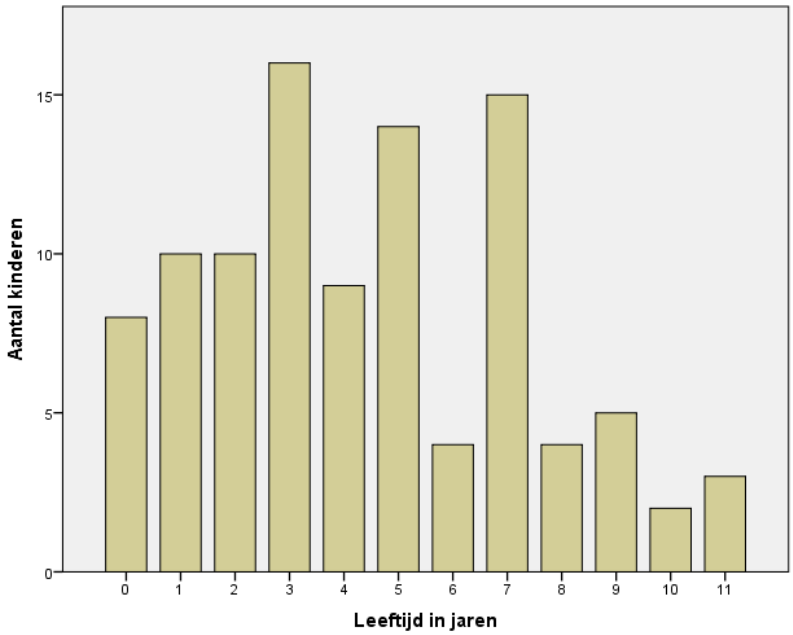


Diagram 1: Verdeling van de onderzoekspopulatie volgens leeftijd

Het raadplegen van informatiebronnen voorafgaand aan de consultatie

Er hebben slechts 8 ouders een externe bron geraadpleegd voorafgaand aan de consultatie. Hierbij waren de apotheker en het internet de meest gebruikte bronnen, telkens geraadpleegd door 3 ouders. Twee ouders vroegen advies aan familie. Geen enkele ouder heeft informatie gevraagd bij vrienden of Kind&Gezin.

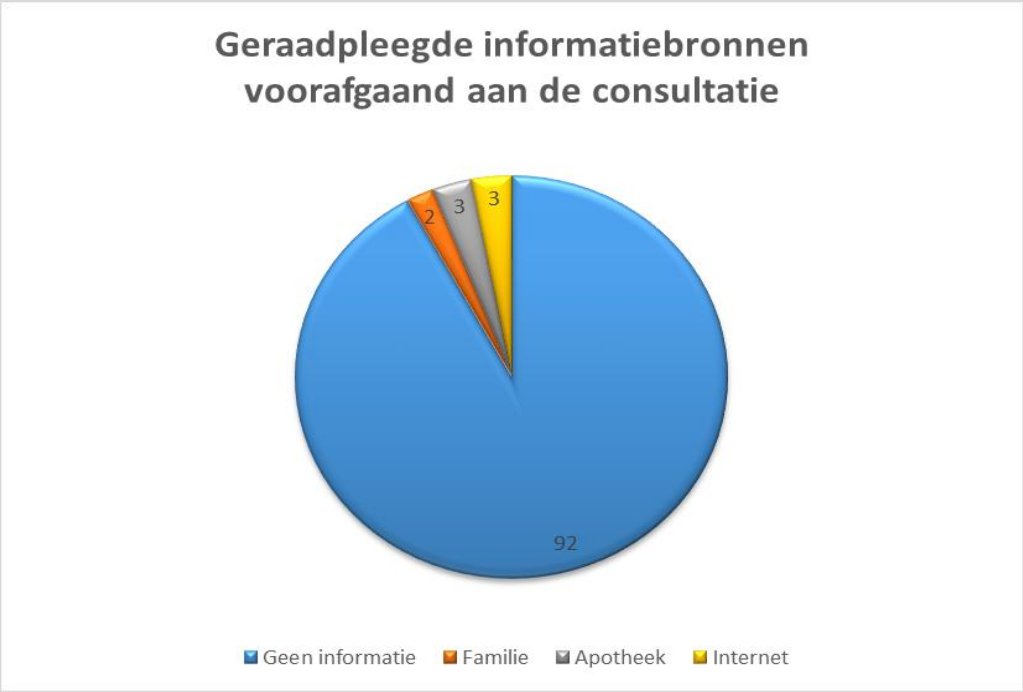


Diagram 2: verdeling van de extern geraadpleegde informatiebronnen

Onderstaande tabel geeft weer met het hoeveelste kind binnen het gezin bezorgde ouders op consultatie kwamen. Met het eerste kind binnen het gezin, en misschien ook wel het enigste, werd 69 keer geconsulteerd. Met het tweede kind binnen het gezin werd 24 keer geconsulteerd. Slechts in 7 gevallen werd met een acuut ziek kind dat het 3de of 4de binnen het gezin is geconsulteerd.

Hoeveelste kind binnen het gezin	Absolute aantallen
1	69
2	24
3	4
4	3

Tabel 5: Overzicht verdeling met hoeveelste kind binnen het gezin men op consultatie kwam

Reden van consulteren

Voor de ouders waren ‘hoest’ (57 kinderen) en ‘koorts’ (44 kinderen)de belangrijkste redenen om op consultatie te komen met hun acuut ziek kind. Daarna volgden ‘hangerig’, ‘slecht eten of drinken’, ‘slecht slapen’, ‘weinig spelen’ en ‘de eigen gestarte behandeling die niet voldoende werkte’ als redenen van bezorgdheid. Alle bovengenoemde redenen werden aangehaald door 21 ouders. Een groot aandeel van de ouders, ongeveer één vijfde, startte dus op eigen initiatief een behandeling en wachtte af voordat ze een arts consulteerden.

Achttien ouders gaven aan andere redenen te hebben om op consultatie te komen (zie diagram 3). Een belangrijke reden is vaak een specifieke pijnklacht die het ziek kind zelf aangeeft (zie diagram 4). Zo hadden 12 van 18 ouders zorgen omtrent 'oorpijn', 'buikpijn' en 'keelpijn'. enkele ouders consulteerden voor zeer specifieke klachten zoals 'rash' (2 ouders) en 'bloedneus' (2 ouders). Eén ouder maakte zich zorgen omwille 'bleekheid', 'pijn in de benen', 'bloedend tandvlees' en 'bloedneuzen'. Eén ouder gaf tot slot aan dat ze voornamelijk bekommerd was over het besmettingsgevaar naar het ander kind binnen het gezin.

Zeventien ouders maakten zich zorgen omdat hun kind suf was en/of langer ziek dan verwacht. Een kind dat veel weende vonden 16 ouders verontrustend. Vijftien ouders vreesden een specifiek ziektebeeld (zie diagram 5). Concreet werd er gedacht aan otitis media (7 ouders), influenza (4 ouders), pneumonie (2 ouders), zona en cystitis (beiden 1 ouder). Braken, diarree en langer ziek dan verwacht, werd door 10 ouders aangegeven als een belangrijke reden om op consultatie te komen. Tot slot gaven 2 ouders aan een arts consulteerden omdat ze dachten dat er nood was aan een concrete behandeling. Eén ouder heeft niet gespecificeerd welke behandeling hij of zij voor ogen hadden. De andere ouder gaf aan dat hij of zij bang was dat hun kind antibiotica nodig had.

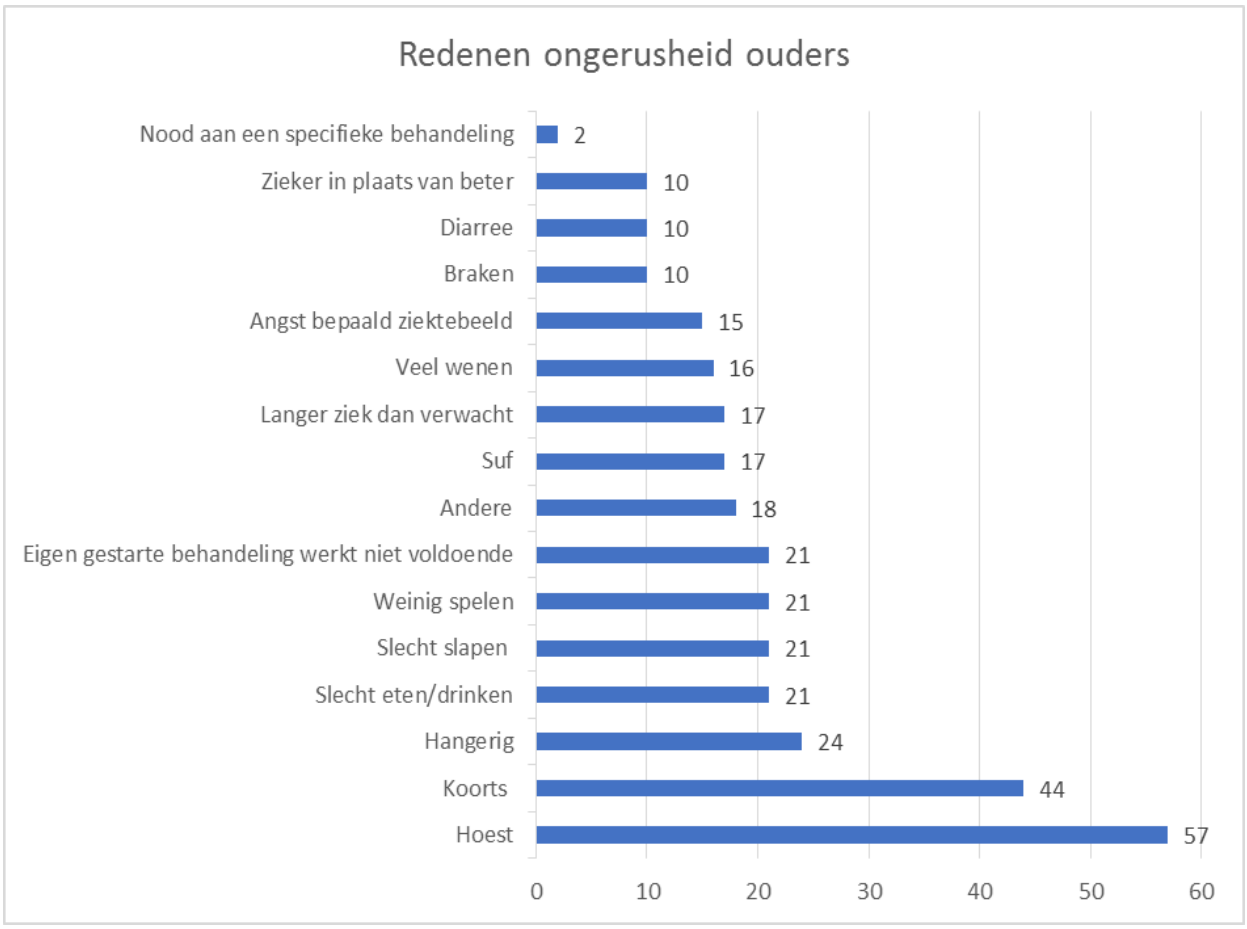


Diagram 3: Overzicht redenen ongerustheid

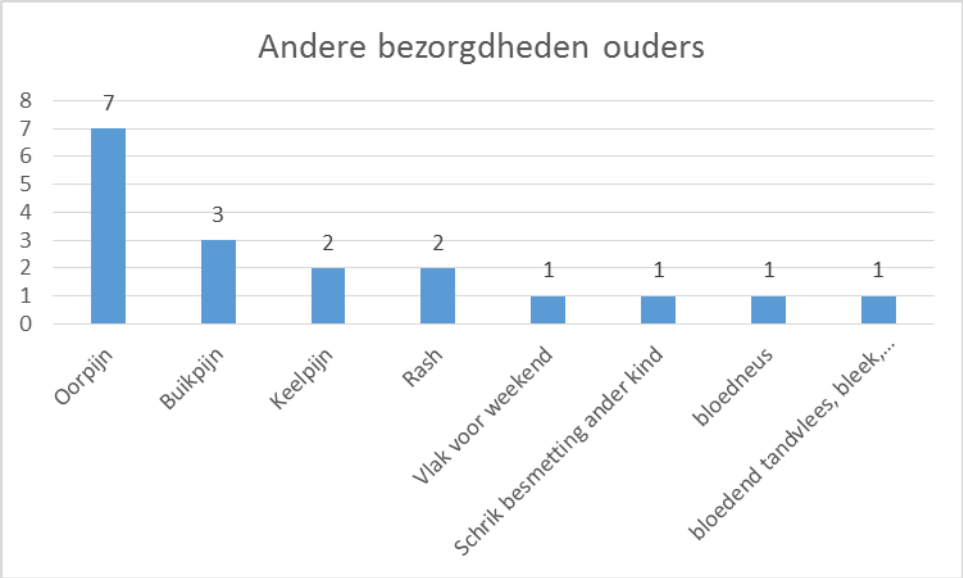


Diagram 4: Overzicht andere redenen bezorgdheid ouders

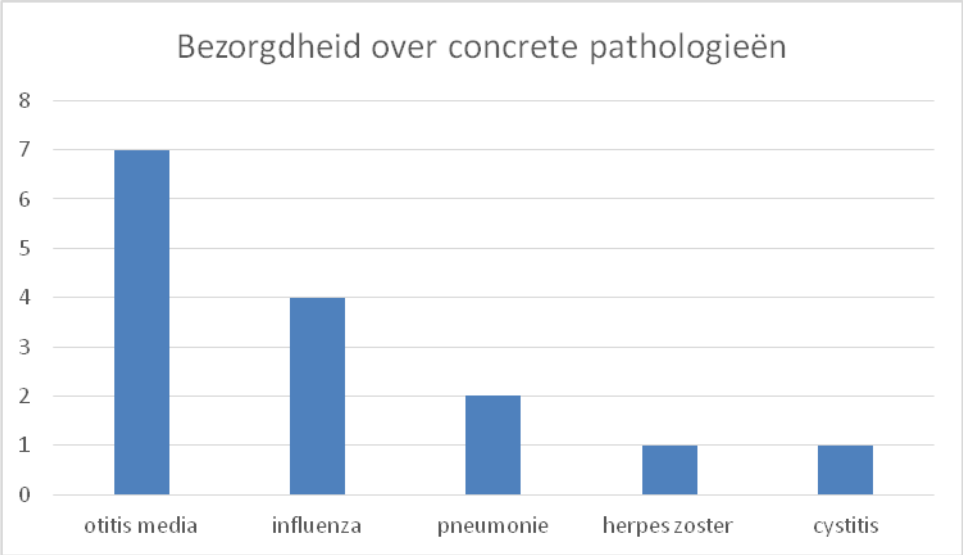


Diagram 5: Overzicht bezorgdheid concrete pathologieën

Voorschrijven van antibiotica

Dertien ouders hebben de consultatieruimte verlaten met een voorschrift voor antibiotica. Bij 2 ouders ging het om voorschrift met uitstel.

Antibioticavoorschrift	
Nee	87
Ja	11
Uitstel	2

Tabel 6: Verdeling consultaties waarbij al dan niet antibioticum werd voorgeschreven

Ongerustheid vóór en na de consultatie

De gemiddelde ongerustheid bij ouders voorafgaand aan de consultatie was 3.4 op 10. Na de consultatie zakte deze ongerustheid tot gemiddeld 1.5 op 10. De gemiddelde afname in ongerustheid bedroeg aldus 1,9 op 10. De ongerustheid bij de arts lag gemiddeld op 0.8 op 10.

De hoogst aangeduide waarde van ongerustheid vóór de consultatie was 7,6 op 10 Na de consultatie bedroeg de hoogste waarde 8 op 10. Een consultatie bij de arts was dus niet steeds geruststellend, daarvan getuigt ook het minimale verschil tussen de consultaties van -4.

De afname van ongerustheid vóór en na de consultatie was net zoals bij de ERNIE2-studie significant (P< 0.001). De arts slaagt er aldus in om de ouders tijdens de consultatie gerust te stellen.

Ongerustheid voor en na de consultatie (N = 100)				
	Ongerustheid vóór de consultatie	Ongerustheid na de consultatie	Ongerustheid arts na de consultatie	Verschil ongerustheid ouders vóór en na de consultatie
Gemiddelde	3,4	1,5	0,8	1,9
Mediaan	3,0	1,0	0,6	2,0
Standaard deviatie	1,9	1,8	1,0	2,0
Minimum	0,0	0,0	0,0	-4,0
Maximum	7,6	8,0	5,0	6,3

Tabel 7: Overzicht van de ongerustheid vóór en na de consultatie

Ongerustheid na de consultatie – ongerustheid vóór de consultatie	**N**
Negatieve rangen	75
Positieve rangen	8
Geen verschil	17
Resultaten Wilcoxon matched-paired signed ranks test: **Z -6,540** **P < 0,001**	

Tabel 8: Resultaten Wilcoxon matched-paired signed ranks test

Vervolgens zal de ongerustheid worden geanalyseerd in het kader van een aantal variabelen die ook naar voor kwamen tijdens de literatuurstudie. Zo zal bestudeerd worden wat het effect is op de bezorgdheid bij de ouders wanneer er al dan niet een antibioticum werd voorgeschreven. De ongerustheid zal ook geanalyseerd worden per hoeveelste kind binnen het gezin dat werd geconsulteerd. Verder wordt er ook onderzocht of het raadplegen van externe bronnen voorafgaand de consultatie de ongerustheid heeft beïnvloed. Gezien het hier om een kleine onderzoekspopulatie

gaat, werd gebruikt gemaakt van observationele paramaters zoals gemiddelde en mediaan. De resultaten dienen dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden en er zullen hoogstens richtinggevend zijn.

De eerste analyse betreft de ongerustheid in kader van het al dan niet voorschrijven van antibiotica. Zowel de mediaan als het gemiddelde voor en na de consultatie liggen hoger bij de groep waarbij antibiotica werd voorgeschreven. Op basis van het gemiddelde is er een verschil in afname van de ongerustheid tussen beide groepen. De groep die antibiotica kreeg voorgeschreven kende gemiddeld een mindere afname in ongerustheid dan de groep zonder waarvoor geen antibiotica werd voorgeschreven. De mediaan van het verschil in ongerustheid bleef gelijk De artsen scoorden hun ongerustheid hoger wanneer ze antibiotica voorschreven. Zowel de mediaan als het gemiddelde waren hoger bij de artsen, dan wanneer er geen antibioticum werd voorgeschreven. De onderzoekspopulatie is echter te klein om hier verdere conclusies uit te trekken. Er zal verder grootschaliger onderzoek nodig zijn om te achterhalen wat het exacte effect is van het voorschrijven van antibiotica op ongerustheid.

Consultaties waarbij geen antibiotica werd voorgeschreven (N=87)				
	Ongerustheid vóór de consultatie	Ongerustheid na de consultatie	Verschil in ongerustheid	Ongerustheid arts
Gemiddelde	3,4	1,4	1,9	0,7
Mediaan	3,0	1,0	2,0	0,4
Standaarddeviatie	1,9	1,8	2,0	0,8229

Tabel 9: Overzicht van de ongerustheid in de groep waar geen antibiotica werd voorgeschreven

Consultaties waarbij antibiotica werd voorgeschreven (N=13)				
	Ongerustheid vóór de consultatie	Ongerustheid na de consultatie	Verschil in ongerustheid	Ongerustheid arts
Gemiddelde	3,7	2,1	1,6	1,7
Mediaan	4,0	2,0	2,0	1,0
Standaarddeviatie	2,2	2,0	2,7	1,4

Tabel 10: Overzicht van de ongerustheid in de groep waar antibiotica werd voorgeschreven

In 8 gevallen waren ouders na de consultatie meer ongerust dan vóór de consultatie. Deze toename in ongerustheid werd vergeleken met de ongerustheid van de arts. Wanneer de arts zelf niet gerust is, is het immers voor hem moeilijker om ouders gerust te stellen. De gemiddelde ongerustheid van de arts lag ook in deze gevallen hoger, zijnde 2,3 op 10 in vergelijking met een gemiddelde van 0,8 op 10 in de algemene groep. Ook de mediaan lag een heel pak hoger in de artsengroep. Zo lag de mediaan op 2,7 in vergelijking met 0,6 in de algemene groep.

Ongerustheid die toeneemt na de consultatie (N=8)				
	Ongerustheid vóór de consultatie	Ongerustheid na de consultatie	Verschil in ongerustheid	Ongerustheid arts
Gemiddelde	2,7	5,1	-2,4	2,3
Mediaan	2,5	5,0	-2,0	2,7
Standaard deviatie	1,7	2,1	0,8	1,6

Tabel 11: Overzicht van de ongerustheid in de groep waarbij de ongerustheid toeneemt na de consultatie

De ongerustheid bij ouders werd ook geëvalueerd per hoeveelste kind binnen het gezin dat werd geconsulteerd. Voor het eerste kind binnen het gezin, was de ongerustheid vóór de consultatie lager dan het algemeen gemiddelde, ook de afname in ongerustheid was lager dan het algemeen gemiddelde. Voor het tweede kind binnen het gezin, lag de ongerustheid vóór de consultatie gemiddeld hoger dan in de algemene groep. Ook de mediaan was hoger voor zowel de ongerustheid vóór de consultatie, als de gemiddelde afname. Voor het derde kind binnen het gezin, lag de gemiddelde ongerustheid vóór de consultatie net onder het gemiddelde van de algemene groep, al was de totale afname in ongerustheid gemiddeld hoger dan binnen de algemene groep. De mediaan van de ongerustheid vóór de consultatie was gelijk aan de mediaan van de algemene groep. De mediaan van het verschil in ongerustheid na de consultatie was hoger dan in de algemene onderzoekspopulatie. Bij het vierde kind in rij, was de gemiddelde ongerustheid vóór de consultatie opmerkelijk lager. Opvallend is dat de ongerustheid na de consultatie gemiddeld is toegenomen. Ook de mediaan vóór de consultatie was opmerkelijk lager, maar de mediaan voor het verschil was opmerkelijk lager. De studieaantallen zijn te beperkt om op basis van deze resultaten verdere conclusies te trekken.

Ongerustheid volgens hoeveelste kind binnen het gezin						
	Gemiddelde			Mediaan		
Hoeveelste kind binnen het gezin	Vóór consultatie	Na consultatie	Verschil vóór en na de consultatie	Vóór consultatie	Na consultatie	Verschil vóór en na consultatie
1 (N = 69)	3,3	1,6	1,7	3,0	1,0	2,0
2 (N = 24)	3.9	1,3	2,6	3.7	1,0	2,5
3 (N = 3)	3,3	1,0	2,3	3,0	0,0	3,0
4 (N = 3)	1,7	2,0	-0,3	1,0	3,0	0,2

Tabel 12: Overzicht van de ongerustheid volgens het hoeveelste kind binnen het gezin

Tot slot werd de ongerustheid geëvalueerd rekening houdende met ouders die al niet externe bronnen hebben geraadpleegd voordat ze op consultatie kwamen. In dit praktijkonderzoek waren er slechts 8 ouders die externe bronnen hebben geraadpleegd. De ouders die geen externe bronnen geraadpleegd hebben, scoorden hun ongerustheid nagenoeg hetzelfde als de algemene onderzoeksgroep. De groep die informatie heeft opgezocht, scoort gemiddeld hoger vóór en na de consultatie. Ook de gemiddelde afname van ongerustheid is minder in de groep die informatie opzocht ten opzichte van de groep die geen externe informatiebronnen consulteerden. Op basis van de mediaan kan hetzelfde worden vastgesteld. De mediaan van het verschil in ongerustheid vóór en na de consultatie bij de groep die informatie opzocht is lager dan de mediaan van het verschil in de groep die geen informatie heeft opgezocht.

Ongerustheid volgens raadplegen externe bronnen						
	Geen externe bronnen geconsulteerd (N=92)			Externe bronnen geconsulteerd (N=8)		
	vóór consultatie	Na consultatie	Verschil vóór en na de consultatie	Vóór consultatie	Na consulatie	Verschil vóór en na consultatie
Gemiddelde	3,3	1,5	1,9	3,8	2,2	1,5
Mediaan	3,0	1,0	2,0	4,0	2,0	1,7
Standaard dev	1,9	1,8	2,1	1,6	1,9	1,9

Tabel 13: Een overzicht van de ongerustheid volgens raadplegen externe bronnen

Discussie en besluit

Samenvatting resultaten en terugkoppeling literatuur

Deze masterproef handelt over ongerustheid bij ouders met een acuut ziek kind in de huisartsenpraktijk. Enerzijds bestaat deze scriptie uit een literatuurstudie waarin deze ongerustheid bij ouders werd geanalyseerd. Anderzijds werd een praktijkonderzoek uitgevoerd. Door middel van een observationeel prospectief onderzoek werd er gekeken of de huisarts erin slaagt om ouders met een acuut ziek kind gerust te stellen.

De belangrijkste vaststelling is dat huisartsen er daadwerkelijk in slagen om ouders met een acuut ziek kind gerust te stellen. De gemiddelde afname in ongerustheid (1,9 SD=2) is te vergelijken met de gemiddelde afname in ongerustheid in de ERNIE2-studie (2,5 SD=2). Voor de mediaan gelden zelfs exact dezelfde resultaten tussen beiden onderzoekspopulaties. Er dient evenwel rekening gehouden te worden met de beperkte grote van de onderzoekspopulatie (N=100) ten opzichte van de ERNIE2-studie (N=1.313). Desalniettemin, kan er voorzichtig geconcludeerd worden dat het na de consultatie bevragen van de ongerustheid vóór de consultatie geen invloed heeft op het verschil in ongerustheid.

De ouders haalden ‘hoest’ en ‘koorts’ aan als voornaamste reden om op consultatie te komen. Zelden gaat de arts dit beschouwen als zorgwekkende symptomatologie. Medisch gezien zijn symptomen zoals ‘hangerig’, ‘slecht eten of drinken’, ‘suf’ en ‘zieker in plaats van beter’ meer alarmerend. Deze redenen staan lager in de ranking bij ouders met een acuut ziek kind. Enerzijds doordat ze vermoedelijk minder vaak voorkomen. Anderzijds zou er sprake kunnen zijn van een verschil in perceptie van zorgwekkende symptomen tussen de arts en de ouders. In de literatuur werd reeds beschreven dat ouders hun angsten en bezorgheden niet altijd rationeel en medisch onderbouwd zijn. Het verschil in perceptie tussen arts en ouders kan aan de basis liggen van de miscommunicaties. De arts tracht de ouders gerust te stellen, doch ouders krijgen het gevoel dat de arts hun bezorgheden minimaliseert. De onderzoekspopulatie is te kleinschalig om deze bedenking hard te maken. Verder interventioneel onderzoek, of onderzoek met objectieve data omtrent de ongerustheid en de redenen van consultatie, zou hierin duidelijkheid kunnen verschaffen.

Daar waar er in de literatuur werd aangehaald dat veel ouders externe bronnen raadpleegden alvorens ze op consultatie kwamen, bleef dit in deze studie beperkt tot 8 cases. In de literatuur werd beschreven dat het opzoeken van extra informatie zorgde voor een toename in ongerustheid. Op basis van deze beperkte onderzoekspopulatie kan dezelfde trend worden vastgesteld. Zowel het gemiddelde, als de mediaan, waren hoger bij de ongerustheid voorafgaand aan de consultatie. Het verschil in ongerustheid vóór en na de consultatie is subtieler en het studieaantal is te laag om hier

verdere conclusies uit te trekken. Een bijkomende bedenking die kan worden meegenomen in verder onderzoek is de vraag of ouders sneller informatie gaan opzoeken omdat ze meer ongerust zijn, dan wel ouders eerst externe bronnen gaan consulteren en bijgevolg ongeruster worden.

Slechts 13 ouders hebben de consultatie verlaten met een antibioticavoorschrift voor hun ziek kind. In 2 gevallen ging het om een voorschrift met uitstel. De uitgestelde voorschriften werden voornamelijk door mijzelf, de HAIO voorgeschreven. De overige collega's opteerden veelal voor het meegeven van alarmsymptomen en indien nodig op (her)controle te komen. Er werd ook gekeken naar het effect van het voorschrijven van antibiotica op de ongerustheid. Zowel de ongerustheid vóór als na de consultatie scoorden gemiddeld hoger wanneer er antibiotica werd voorgeschreven. Voor het verschil in ongerustheid was er geen verschil in mediaan tussen beide groepen, wel voor het gemiddelde. Er was gemiddeld een mindere afname van ongerustheid in de groep waar antibiotica werd voorgeschreven. Op basis van deze gegevens, kan geconcludeerd worden dat wanneer een arts een antibioticum voorschrijft, dit de ouders zeker niet met een geruster gevoel naar huis stuurt. Deze vaststelling komt overeen met het besluit van Andrew et al. Die constateerden dat er geen verminderde tevredenheid was in de groep die geen antibiotica kreeg voorgeschreven. In de praktijk maakte het de ouders zelfs ongeruster. Dit kan misschien kaderen binnen een restrictief antibioticumbeleid binnen de praktijk. Wanneer ouders het niet gewoon zijn dat er antibiotica wordt voorgeschreven, zijn ze misschien ongeruster op het moment dat de arts oordeelt dat een antibioticakuur nodig is. Al zijn er niet genoeg praktijkgegevens voorhanden om deze denkpiste daadwerkelijk hard te maken. Van de 100 ouders, was er 1 ouder die via de vragenlijsten zijn expliciete bezorgdheid uitte of geen antibiotica nodig waren. Aan deze ouder werd een antibioticumvoorschrift met uitstel meegegeven.

In 8 cases was de ongerustheid na de consultatie toegenomen ten opzichte van de ongerustheid vóór de consultatie. In de algemene onderzoekspopulatie is de ongerustheid bij de arts zeer laag (0,8 SD=1). Wanneer we de casussen waarbij de ongerustheid na de consultatie is toegenomen onder de loep nemen, ligt de gemiddelde ongerustheid bij de arts hoger (2,3 SD=1,6) in vergelijking met de algemene onderzoekspopulatie. Deze vaststelling toont aan dat de taak van de huisarts er niet alleen in bestaat de ouders gerust te stellen, doch ook dat deze tracht een objectieve inschatting van de klinische toestand van het kind te maken. Wanneer hij oordeelt dat er alarmsymptomen zijn, is hij genoodzaakt deze te communiceren aan de ouders. Het lijkt dan ook logisch dat diezelfde ouders op dat moment de consultatieruimte met een ongeruster gevoel dan voordien verlaten.

Uit de literatuurstudie kwam naar voor dat ervaring van de ouders een invloed had op het consultatiegedrag. Naarmate ouders meer ervaring hadden, nam hun zelfredzaamheid toe en

konden zij een zelflimiterende pathologie beter herkennen en inschatten. Daarom werd in dit praktijkonderzoek specifiek nagevraagd met het hoeveelste kind in rij de ouders op consultatie kwamen. Enerzijds door de beperkte grote van de onderzoekspopulatie, en anderzijds door dat er niet concreet werd nagevraagd hoe groot het gezin juist was, wordt het zeer moeilijk hier verdere conclusies uit te trekken. Er is bijvoorbeeld niet geweten in hoeveel gevallen het om een gezin met maar 1 kind ging. Verder werd de ongerustheid vóór en na de consultatie onderzocht per hoeveelste kind binnen het gezin, met als redenering dat de bezorgdheid zou afnemen naarmate de ouders meer ervaring hebben en de zelfredzaamheid toeneemt. Dit werd niet bevestigd wanneer er gekeken werd naar de verschillende gemiddelden in ongerustheid per hoeveelste kind binnen het gezin. In de literatuur kwam dan ook duidelijk naar voor dat ouders zorgvuldig hun ziek kind opvolgen en het probleem doordacht proberen aan te pakken. Eens ze in dit proces een bepaalde psychologische drempel van ongerustheid bereikt hebben, komen ze kost wat kost op consultatie. Vermoedelijk heeft de toegenomen zelfredzaamheid slechts een invloed op het proces voorafgaand het bereiken van deze bewuste drempel.

Sterktes en zwaktes van de studie

Het opzet van het praktijkonderzoek was deels dat het een validatiestudie zou zijn voor de ERNIE2-studie. Doordat er enkel kinderen vanaf de leeftijd van 6 maanden mochten worden opgenomen in dit praktijkonderzoek, is er een discrepantie met de onderzoekspopulatie van de ERNIE2-studie. Daar mochten kinderen vanaf 0 maanden deelnemen aan de studie.

Als we kijken naar capaciteit van de praktijk, was het theoretisch gezien nog mogelijk geweest om meer patiënten te includeren. Er waren soms praktische beperkingen. Zo was het enkel mogelijk om patiënten te rekruteren wanneer de praktijkassistente aanwezig was in de praktijk. Tijdens de avondconsultatie was zij meestal niet aanwezig, waardoor het invullen van de vragenlijsten zo goed als onmogelijk werd. Op de meest drukke momenten, zoals tijdens de griepepidemie, werd de werkdruk hoger, waardoor het niet steeds mogelijk was aan elke ouder het concept van de studie uit te leggen en een dagboekje te overhandigen.

Achteraf bekeken was het interessant geweest om aan de deelnemende artsen te vragen om een werkdiagnose in te vullen. Op die manier kan er nagekeken worden voor welke pathologie er antibiotica werd voorgeschreven. Ook bij het navragen ‘hoeveelste kind binnen het gezin’ zou het interessanter geweest zijn moesten we daadwerkelijk weten over het hoeveelste kind binnen het gezin het ging ten opzichte van het totaal aantal kinderen. (Bijvoorbeeld dit is het eerste kind binnen een gezin van 3 kinderen) Hierdoor zouden we mogelijk meer informatie verkrijgen over al dan niet een toename in zelfredzaamheid naarmate dat de ervaring toeneemt bij ouders.

Conclusie

Artsen slagen er daadwerkelijk in om ouders met een acuut ziek kind met een geruster gevoel naar huiswaarts te sturen. Opvallend daarbij is dat, hoewel de ongerustheid voorafgaand aan de consultatie niet zeer hoog ligt bij de ouders, de daling in ongerustheid significant is. Verder wordt vastgesteld dat de bezorgdheid bij de arts zelden verhoogd is. Wanneer de bezorgdheid bij de arts toch is toegenomen, verlaten ouders de consultatie met een ongeruster gevoel en is de kans groter dat er antibiotica wordt voorgeschreven. Het voorschrijven van antibiotica heeft geen afname van ongerustheid tot gevolg. Wanneer ouders externe informatiebronnen hadden geconsulteerd voorafgaand aan de consultatie, scoorden ze hun ongerustheid voor de consultatie hoger. Ouders consulteerden omwille van diverse redenen waarvan 'koorts' en 'hoest' op de eerste plaats staan. Ouders en artsen zijn ongerust over andere factoren, wat mogelijks aanleiding geeft tot miscommunicaties. Er kan geen duidelijke trend worden weerhouden wanneer de ongerustheid geanalyseerd wordt in kader van het hoeveelste kind binnen het gezin. Gezien de beperkte grootte van de onderzoekspopulatie dienen bovenstaande vaststellingen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Er zal nog verder grootschaliger onderzoek nodig zijn om deze bevinden al dan niet te bekrachtigen.

Zelfreflectie

Deze masterproef heeft me toch enkele zaken bijgebracht die ik naar de dagdagelijkse praktijk meeneem. Toen ik vaststelde dat ik de arts was die de 2 antibioticavoorschriften met uitstel had voorgeschreven, ben ik dit gaan bespreken met de andere artsen uit de praktijk. Zij gebruiken dit voorschrift met uitstel zeer zelden en opteren ervoor om het ziek kind te laten terugkomen voor een herevaluatie, indien de klinische toestand niet zou zijn verbeterd. Hun argumenten waren dat anders een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid naar de ouders wordt doorgeschoven en dat een kind toch steeds opnieuw geëvalueerd dient te worden om geen ernstige ziektebeelden te missen. thans kan ik me wel vinden in die optiek. Sowieso is het voor de praktijk belangrijk om op dezelfde golflengte te zitten wat betreft het antibioticabeleid.

Daarnaast is mijn omgang met de ouders van een ziek kind veranderd. Ik tracht meer aandacht te besteden aan de bezorgdheden van de ouders, nu die toch vaak verschillen van de bezorgdheden van de arts. Vroeger trapte ik vaak in de val om de klachten te minimaliseren, om op die manier ouders gerust te stellen. Nu probeer ik meer begrip te tonen voor de bezorgdheden en redenen waarom zij op consultatie komen. Na een goed en uitgebreid klinisch onderzoek tracht ik zo goed als mogelijk de daadwerkelijk medische conclusie te schetsen, doch daarbij terug te koppelen naar de initiële bezorgdheden van de ouders.

Dankwoord

In de eerste plaats wil ik mijn co-promotor Marieke Lemiengre bedanken. De goede opvolging, het vele naleeswerk en de constructieve feedback hebben deze masterproef naar een hoger niveau gebracht.

Daarnaast wil ik de artsen uit mijn praktijk bedanken, in het bijzonder mijn praktijkopleider dr. Bart Merckx. Zonder hun bereidwilligheid en inzet was dit praktijkproject onmogelijk geweest. Ook wil ik praktijkassistente Linda bedanken, omdat ze het uitdelen van de dagboekjes bovenop haar takenpakket heeft genomen.

Tot slot nog een woord van dank aan mijn ouders en Manuel, voor het vele naleeswerk.

Referentielijst

1. Lemiengre MB, Verbakel JY, De Burghgraeve T, Aertgeerts B, De Baets F, Buntinx F, et al. Optimizing antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care (ERNIE2 study protocol, part B): a cluster randomized, factorial controlled trial evaluating the effect of a point-of-care C-reactive protein test and a brief intervention combined. BMC Pediatr [Internet]. 2014;14(1):246. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/246
2. Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Bullens DM a, Aertgeerts B, et al. Diagnosing serious infections in acutely ill children in ambulatory care (ERNIE 2 study protocol, part A): diagnostic accuracy of a clinical decision tree and added value of a point-of-care C-reactive protein test and oxygen saturation. BMC Pediatr [Internet]. 2014;14(1):207. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/207
3. BAPC C. Beleidsnota legislatuur 2014-2019. 2014;1–46. Available from: http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19100224.pdf
4. Bertheloot K, Deraeve P, Vermandere M, Aertgeerts B, Lemiengre M, De Sutter A, et al. How do general practitioners use “safety netting” in acutely ill children? Eur J Gen Pract [Internet]. 2015;4788(December):1–6. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814788.2015.1092516
5. Sharma M, Usherwood T. Up close - reasons why parents attend their general practitioner when their child is sick. Aust Fam Physician [Internet]. 2014;43(4):223–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24701628
6. Hay A, Heron J, Ness A. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study Alastair D Hay a , Jon Heron b , Andy Ness b and the. Oxford Univ Press. 2005;(May):367–74.
7. Enarson MC, Ali S, Vandermeer B, Wright RB, Klassen TP, Spiers J a. Beliefs and Expectations of Canadian Parents Who Bring Febrile Children for Medical Care. Pediatrics. 2012;130(4):e905–12.
8. Ertmann RK, Reventlow S, Söderstörm M. Is my child sick ? Parents ’ management of signs of illness and experiences of the medical encounter : Parents of recurrently sick children urge for more cooperation. 2011;(November 2009):23–7.
9. Wyke S, Hewison J, Russell I. Respiratory illness in children : what makes parents decide to consult ? Br J Gen Pract. 1990;40(June):226–9.
10. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. BMJ. 1996;313:983.
11. Ertmann RK, Söderström M, Reventlow S, Kirk R, Söderström M, Reventlow S, et al. Parents ’ motivation for seeing a physician. 2016;3432(January).
12. Osman LM, Dunt D. Factors influencing morthers’ descision to consult1. Osman LM, Dunt D. Factors influencing morthers' descision to consult a general practitioner about their children's ilness. 1995;(June 1994):310–2. a general practitioner about their children 's ilness. 1995;(June 1994):310–2.
13. Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: Literature review. J Adv Nurs. 2006;54(2):217–27.
14. Ingram J, Cabral C, Hay AD, Lucas PJ, Horwood J. Parents’ information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study. BMC Fam Pract [Internet]. BMC Family Practice; 2013;14(1):106. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/106
15. Andrews T, Thompson M, Buckley DI, Heneghan C, Deyo R, Redmond N, et al. Interventions to Influence Consulting and Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infections in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One [Internet]. 2012;7(1):e30334. Available from: http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0030334
16. Vodicka TA, Thompson M, Lucas P, Heneghan C, Blair PS, Buckley DI, et al. Reducing antibiotic prescribing for children with respiratory tract infections in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract [Internet]. 2013;63(612):445–54. Available from: http://bjgp.org/cgi/doi/10.3399/bjgp13X669167
17. Uijen JHJM, Duijn HJ Van, Kuyvenhoven MM. Characteristics of children consulting for cough , sore throat , or earache. 2008;(April):248–54.
18. Kallestrup P, Bro F. Parents’ beliefs and expectations when presenting with a febrile child at an out-of-hours general practice clinic. Br J Gen Pract [Internet]. 2003;53(486):43–4. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1314491&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

19. Elshout G, Kool M, Van der Wouden J, Moll HA, Koes BW, Berger MY. Antibiotic Prescription in Febrile Children : A Cohort Study during Out-of-Hours Primary Care. J Am Board Fam Med. 2012;25(6):810–8.

20. de Bont E, Loonen N, Hendrix D, Lepot J, Dinant G-J, Cals J. Childhood fever : a qualitative study on parents ' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations Childhood fever : a qualitative study on parents ' expectations and experiences during general practice out-of-hours ca. BMC Fam Pract. 2015;16(131).

21. Neill SJ, Roland D, Jones CHD, Thompson M. Information resources to aid parental decision- making on when to seek medical care for their acutely sick child : a narrative systematic review Information resources to aid parental decision-making on when to seek medical care for their acutely sick chil. Br Med J. 2015;

22. Cabral C, Horwood J, Hay AD, Lucas PJ. How communication affects prescription decisions in consultations for acute illness in children : a systematic review and meta-ethnography. BMC Fam Pract [Internet]. BMC Family Practice; 2014;15(1):1–13. Available from: BMC Family Practice

23. Cabral C, Lucas PJ, Ingram J, Hay AD, Horwood J. Social Science & Medicine " It ' s safer to … " parent consulting and clinician antibiotic prescribing decisions for children with respiratory tract infections : An analysis across four qualitative studies. Soc Sci Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;136-137:156–64. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.027

BIJLAGEN

Bijlage 1 Goedgekeurd protocol

Protocol: Ongerustheid bij ouders met een acuut ziek kind in de eerste lijn.

Context

Acute infectieuze pathologie is de meest frequente reden waarom ouders met kinderen de huisarts consulteren. Meestal is deze pathologie onschuldig en zelflimiterend, al kan het onderschatten van zeldzame maligne pathologie ernstige gevolgen hebben. Het geruststellen van ouders met een acuut ziek kind is bijgevolg een belangrijke uitdaging voor de eerste lijn. Er dient op basis van anamnese en klinisch onderzoek een correcte inschatting van de situatie te gebeuren. Indien de pathologie als zelflimiterend wordt beschouwd, dient de arts de ouders gerust te stellen zonder onnodige therapeutische interventies zoals het voorschrijven van antibiotica. Het objectiveren van ongerustheid voor en na een consultatie bij zowel de ouders als de huisarts kan iets vertellen over de waarde van consultvoering in de eerste lijn.

Dit onderzoeksopzet bouwt verder op de ERNIE2 studie (1-2), een RCT die de aanpak van een acuut ziek kind in de huisartsenpraktijk evalueert. Bij de ERNIE2-studie werd de ongerustheid van ouders voor en na de consultatie bevraagd en dit na de consultatie. Ter controle zal tijdens dit onderzoeksopzet de ongerustheid voorafgaand aan de consultatie worden bevraagd, losstaand van de ongerustheid na de consultatie. Zo kan gekeken worden of het moment van bevragen mogelijks een invloed heeft op aangeven van ongerustheid tijdens of na het consult.

Doelstelling

Door middel van observationeel onderzoek in een groepspraktijk zal worden nagegaan wat het effect is van een consultatie op de ongerustheid van ouders met een acuut ziek kind. Concreet zal er gewerkt worden met vragenlijsten die worden ingevuld door de ouders. Zo zal gepoogd worden de ongerustheid te objectiveren zowel voor als na de consultatie. Het betreft hier een kritische evaluatie van de hedendaagse consultvoering in de huisartsenpraktijk. Slagen huisartsen erin om hun mate van ongerustheid op een correcte manier over te brengen naar de ouders? Daarnaast zal ook gekeken worden of de rangorde binnen het gezin (eerste kind, tweede kind,…) al dan niet invloed heeft op de ongerustheid bij de ouders voorafgaand aan de consultatie. Indien dit het geval is, zou dit betekenen de ervaring van ouders een invloed heeft op de graad van ongerustheid voorafgaand aan het consult.

Onderzoeksvragen

1. Wat is het effect van de consultatie op de ongerustheid van de ouders?
2. Is er discrepantie tussen de ongerustheid bij de arts en de ongerustheid bij ouders na de consultatie? Indien ja, in welke mate is deze discrepantie aanwezig?
3. Heeft de factor rangorde binnen het gezin (het eerste kind, het tweede kind, …) al dan niet invloed op de ongerustheid voorafgaand aan het consult?

4. Heeft het uitvoeren van een korte interventie (het systematisch navragen van ICE en het meegeven van alarmsymptomen) een invloed op de ongerustheid na de consultatie zowel bij de arts als de ouders?
5. Wat kunnen deze resultaten betekenen voor de consultvoering in de eerste lijn?
6. Wat kunnen deze resultaten betekenen voor de opleidingspraktijk?

Methode

1. Literatuuronderzoek: Het inventariseren van literatuurgegevens met betrekking tot ongerustheid bij ouders en artsen met een acuut ziek kind in de eerste lijn.
2. Het verzamelen van data: In de groepspraktijk van de praktijkopleider zullen 4 artsen de nodige data trachten te verzamelen. Er zal gebruik gemaakt worden van de ongerustheidschaal die in de ERNIE2-studie werd gebruikt werd. De ongerustheid noteren op een as van nul tot tien wordt beschouwd als een eenvoudige en eenduidige manier om ongerustheid te objectiveren. Ouders zullen voorafgaand aan het consult op een dergelijke as hun mate van ongerustheid aanduiden. Overigens wordt er nog gevraagd naar de rangorde binnen het gezin (het hoeveelste kind is dit binnen dit gezin?). Vervolgens worden deze gegevens in een doos gedeponeerd. Na de consultatie zullen zij opnieuw op een as de mate van ongerustheid noteren. Ook de arts noteert na het consult zijn of haar mate van ongerustheid op dezelfde wijze. Deze gegevens worden anoniem gecollecteerd en verwerkt, door middel van een code worden de gegevens aan elkaar gekoppeld. Het collecteren van de gegevens zal nauwlettend opgevolgd worden.
   Indien het verzamelen van data goed verloopt, zal gepoogd worden om een interventioneel vervolg te koppelen aan dit onderzoek. De artsen zullen dan op gesystematiseerde wijze de ICE bevragen bij de ouders en er zal een brochure met alarmsymptomen worden meegeven. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de vragenlijst en brochures van de ERNIE2 studie. De nadruk hierbij zal ook liggen op het bevragen van de ongerustheid, zowel voor als na de consultatie.
3. Gegevensverwerking: De ongerustheidsschalen zullen worden uitgemeten. Op basis van deze objectieve gegevens zal een statische analyse gebeuren met behulp van SPSS. Overigens zal ook gekeken worden naar een verband tussen ongerustheid en de rangorde van het kind binnen het gezin. Er zal rekening worden gehouden met het risico op confounding. Bij het verwerken van de gegevens van de interventionele studie zal gekeken worden wat het effect is van het systematische bevragen van ICE en het meegeven van een brochure van alarmsymptomen op de ongerustheid ten opzichte van de standaard consultatie van de artsen.
4. De verwerkte gegevens zullen een stuk teruggekoppeld worden naar de ERNIE2-studie. Scoren de ouders hun ongerustheid anders wanneer zij daadwerkelijk scoren voor en na de consultatie in plaats van de ongerustheid voor en na de consultatie allemaal na de consultatie scoren?
5. Resultaatanalyse: Het interpreteren van deze resultaten door op een kritische manier te evalueren wat de betekenis is voor de dagdagelijkse consultvoering in de eerste lijn.

Referentielijst:

1. Lemiengre M, Verbakel J, De Burghgraeve T, Aertgeerts B, De Baets F, Buntinx F, et al. Optimizing antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care (ERNIE2 study protocol part B): a cluster randomized, factorial controlled trial evaluating the effect of a point-of-care C-reactive protein test and a brief intervention combined with written safety net advice. . BMC pediatrics. 2014;14(246).
2. Verbakel J, Lemiengre M, De Burghgraeve T, De Sutter A, Bullens D, Aertgeerts B, et al. Diagnosing serious infections in acutely ill children in ambulatory care (ERNIE2 study protocol, part A): diagnostic accuracy of a clinical decision tree and added value of a point-of-care C-reactive protein test and oxygen saturation. . BMC pediatrics. 2014;14(207).

Bijlage 2 Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0422	20-aug-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Ongerustheid bij ouders met een acuut ziek kind in de eerste lijn.
(Manama Lise De Paepe)

Belgisch Registratienummer: B670201524546

* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier voor ouders
* Protocol
* Vragenlijst ouders en artsen
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 15/08/2015 (ontv. 17/08/2015) op opmerkingen EC dd. 13/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 15/08/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 17/08/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/08/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 17/08/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/08/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/08/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/08/2015

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. 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.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0422	20-aug-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0422

- *The Ethics Committee is organised and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Bijlage 3 Vragenlijsten voor en na de consultatie

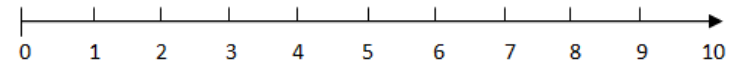
DEEL 1: In te vullen VOOR de consultatie door de ouders

1. Hebt u voor het bezoek aan de dokter ergens informatie gevraagd of gezocht over de ziekte van uw kind?

- ☐ Neen
- ☐ Ja, namelijk
  - ☐ aan familie
  - ☐ aan vrienden
  - ☐ bij de apotheek
  - ☐ bij Kind & Gezin
  - ☐ op Internet
  - ☐ andere bronnen, namelijk……

2. Hoe ongerust was u VOOR het bezoek aan de dokter?

Plaats een X op de lijn.



niet ongerust *ontzettend ongerust*

3. Wat maakte u vandaag ongerust?
(*verschillende antwoorden zijn mogelijk, plaats een kruisje en vul aan indien nodig*)

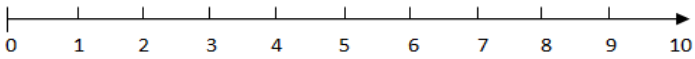
- ☐ Koorts
- ☐ Hoest
- ☐ Braken
- ☐ Diarree
- ☐ Slecht eten of drinken
- ☐ Slecht slapen
- ☐ Weinig spelen
- ☐ Veel wenen
- ☐ Suf
- ☐ Hangerig
- ☐ Mijn kind is langer ziek dan ik verwachtte.
- ☐ Mijn kind wordt zieker in plaats van beter.
- ☐ Ik ben bang dat mijn kind …… (ziekte) heeft.
- ☐ Ik ben bang dat mijn kind een specifieke behandeling nodig heeft, die de dokter moet voorschrijven, namelijk…… ……
- ☐ De behandeling die ik zelf opstartte (vb. koortswerende middelen, pijnstillers, hoestsiroop,…) werkt niet voldoende.
- ☐ ……

4. **Met het hoeveelste kind binnen het gezin komt u vandaag op consultatie?** ……..

DEEL 2: In te vullen na de consultatie door de ouders

1. **Hoe ongerust was u NA het doktersbezoek?**

   Plaats een X op de lijn.



niet ongerust *ontzettend ongerust*

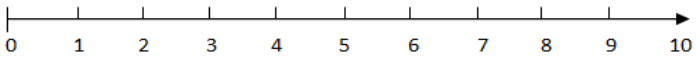
2. **Indien u nog steeds ongerust bent: wat zou uw dokter in de toekomst beter kunnen doen om u en uw kind te helpen?**

   - ☐ Meer uitleg geven
   - ☐ Meer lichamelijk onderzoek doen (vb. naar de longen luisteren, in de oren kijken, etc.)
   - ☐ Meer technische testen doen (vb. bloedonderzoek, foto,…)
   - ☐ Andere medicatie geven, namelijk……
     ……
   - ☐ ……

DEEL 3: In te vullen NA de consultatie door de arts

1. **Hoe ongerust was u NA de consultatie?**

   Plaats een X op de lijn.



niet ongerust *ontzettend ongerust*

2. **Korte motivatie:** ……

TOESTEMMINGSFORMULIER OUDERS

Titel onderzoek: Ongerustheid bij ouders van een acuut ziek kind in de eerste lijn

1. Ik bevestig dat Dr. …… (naam informerende arts in blokletters) mij geïnformeerd heeft over de aard en het doel van de studie.
2. Ik bevestig dat ik die informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk heb verkregen.
3. Ik begrijp mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik op elk moment kan afzien van verdere deelname aan het onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat de persoonlijke en klinische gegevens van mij tijdens deze studie worden verzameld en dat persoonsgegevens worden gecodeerd.
5. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
6. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor medische ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
7. Ik verleen de bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties desgewenst toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
8. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004, een verzekering afgesloten. De wet schrijft immers voor dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet worden afgesloten, ook al houdt deze studie geen risico in voor de deelnemer.
9. Ik verklaar hierbij dat ik instem met mijn deelname aan dit onderzoek.

In te vullen door de ouders, te ondertekenen en persoonlijk te dateren:

Naam : …… Geboortedatum: ……..

Naam kind: ……

Geslacht: M / V

Datum: …….. Handtekening ouders: ……

Verklaring van de arts betreffende de geïnformeerde toestemming van de ouder.

Ondertekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals beschreven in het informatieformulier voor de ouders, volledig uitgelegd aan bovengenoemde ouder.

Datum: …….. Stempel + handtekening: ……

Bijlage 5 Informatie voor de ouders

INFORMATIE VOOR DE OUDERS

Titel onderzoek: Ongerustheid bij ouders van een acuut ziek kind in de eerste lijn

Geachte heer, mevrouw,

Wat is het doel van dit onderzoek?
Dr. Lise DE PAEPE doet een praktijkonderzoek naar ongerustheid bij ouders van een acuut ziek kind bij de huisarts. Een infectie is de meest voorkomende reden waarom ouders met hun kind consulteren bij de huisarts. De meeste kinderen met een acute ziekte genezen vlot. In de studie wordt nagegaan in welke mate de huisarts de ouders kan geruststellen tijdens de consultatie. Door middel van een vragenlijst voor en na de consultatie wordt getracht hier meer inzicht in te krijgen. Daarnaast wordt onderzocht of de rangorde van het zieke kind (het eerste kind, het tweede kind, …) effect heeft op de mate van ongerustheid bij de ouders. Daarom wordt voorafgaand aan de consultatie gevraagd aan te duiden het hoeveelste kind het zieke kind is binnen het gezin.

Wie organiseert en beoordeelt dit onderzoek?
Dit onderzoek kadert in de master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde van Dr. Lise DE PAEPE. Zij volgt deze opleiding aan de Universiteit Gent.

Waarom ben ik uitgekozen?
U komt op consultatie met een ziek kind. De ziektetekens doen vermoeden dat het om een ontsteking gaat.

Wie kan niet deelnemen?
U kan niet deelnemen wanneer uw kind jonger is dan 6 maanden of ouder dan 12 jaar, wanneer het lijdt aan een hersen- of zenuwaandoening, een vergiftiging heeft, een psychiatrische stoornis of gedragsstoornis zonder lichamelijke oorzaak heeft, recent een ongeval heeft gehad, of een verergering heeft van een bestaande aandoening (zoals vb. een gestoord afweersysteem, suikerziekte, mucoviscidose, etc).

Moet ik deelnemen, en heeft deze studie invloed op mijn rechten als patiënt?
U bent volledig vrij om al dan niet aan het onderzoek deel te nemen. Indien u deelneemt, kan u ten allen tijde afzien van verdere deelname, zonder een reden op te geven en zonder dat dit de kwaliteit van de zorg die u krijgt zal beïnvloeden.

Wat zal er met mij en mijn kind gebeuren als ik deelneem en wat wordt er verwacht?
U wordt door de arts gevraagd om een formulier te ondertekenen ter bevestiging dat u de studie begrijpt, toestemt dat u hieraan deelneemt en uw gegevens gebruikt worden bij het oplossen van de onderzoeksvraag – zie *supra*. Voorafgaand aan de consulstatie zal u een vragenlijst met betrekking tot ongerustheid dienen in te vullen. Vervolgens zal de arts u ondervragen, uw kind onderzoeken en behandelen zoals gewoonlijk. Na de consultatie zal u opnieuw een korte vragenlijsten dienen in te vullen. Nadien mag u alle vragenlijsten en toestemmingsformulieren deponeren in de daarvoor voorziene box in de praktijk.

Wat zijn de voor- en nadelen van deze studie voor mij en voor mijn kind?
Er zijn geen nadelen verbonden aan dit onderzoek, aangezien uw arts zijn normale onderzoeks- en behandelingswijze volgt. Er zijn aan dit onderzoek uiteraard geen kosten verbonden. Er is geen financiële vergoeding.

Wat zal er met de resultaten gebeuren?
Gegevens verzameld gedurende dit onderzoek worden geregistreerd in een gegevensbank. Via deze gegevensbank zullen de hierboven vermelde onderzoeksvragen zo goed mogelijk beantwoord worden.

Zal deze deelname vertrouwelijk blijven?
Alle informatie, inclusief persoonlijke informatie, zal vertrouwelijk worden behandeld. Alle gegevens die in de gegevensbank terecht komen, zullen gecodeerd verwerkt worden waardoor de gegevens van uw kind anoniem blijven.

Wat als er iets misgaat?
Het is zeer onwaarschijnlijk dat er iets misgaat door deelname aan deze studie. De arts volgt immers zijn gewone onderzoeks- en behandelingswijze. Voor alle toevalligheden zijn wij verplicht een verzekering af te sluiten ter dekking van alle mogelijke lichamelijke en materiële schade conform de Belgische wet van 7 mei 2004.

Hartelijk dank dat u de tijd nam om deze informatie door te nemen en om deelname aan onze studie te overwegen.

Contactinformatie

Als u nog vragen heeft in verband met de studie, neem dan gerust rechtstreeks contact met Dr. Lise DE PAEPE op het onderstaande mail adres. Heeft uw kind een urgent medisch probleem, kan u steeds via de praktijk (03 775 87 74 of www.medi-c.be) spoedig contact opnemen.

Dr. Lise De Paepe
Huisarts in opleiding Universiteit Gent.
email: Lise.DePaepe@ugent.be

(Co-)Promotoren: Dr. Marieke Lemiengre, AAP,
Prof. Dr. An De Sutter

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent
De Pintelaan 185 6K3, 9000 Gent

Praktijkopleider: Dr. Bart Merckx
Vrasenestraat 27, 9100 Nieuwkerken-Waas
03 775 87 74