De zorg voor het kind door de huisarts en de pediater

Dr. Hannelore De Sadeleer

Universiteit Gent

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

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

‘It always seems impossible until it’s done’

Nelson Mandela

“De auteur(s) en de promotor geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie.”

22 april 2016

Dr. Hannelore De Sadeleer

Prof. Dr. An De Sutter

Voorwoord

Eerst en vooral zou ik graag Prof. Dr. An De Sutter bedanken voor haar bereidwilligheid om mij te begeleiden bij deze thesis.

Ik wil mijn ouders, Bart en Gerlind, en mijn zussen Evelien en Anneleen, bedanken voor de jarenlange steun, de liefde en hun geduld. Zij hebben samen met mij de mooie momenten gedeeld, maar ook tijdens de moeilijke momenten kon ik steeds bij hen terecht voor wijze raad en een troostende schouder. Mijn tweede HAIO-jaar mocht ik tevens vervolmaken in de praktijk van mijn ouders. Ik wil hen dan ook bedanken voor de leerrijke momenten en de mogelijkheid die ze me geven om na mijn opleiding een vaste arts binnen hun praktijk te worden.

Ik zou ook graag Dr. Rolf Steenwegen willen bedanken om mij de kans te geven om mijn eerste jaar opleiding in zijn praktijk te mogen doorbrengen, voor alle wijze raad en adviezen, en voor de vriendschap en warmte van hem en zijn gezin.

Bedankt aan al mijn familie en vrienden voor hun liefde, vriendschap en steun. Ook wil ik hen bedanken voor het begrip dat ze opbrachten wanneer ik vaak (te) weinig tijd had voor hen, omdat ik het te druk had met mijn opleiding.

Een welgemeend woord van dank mag niet ontbreken aan iedereen die mij geholpen heeft bij het verspreiden van mijn vragenlijsten, diegene die me geholpen hebben bij extra (statistische) informatie en aan alle ouders die mijn vragenlijst hebben ingevuld. Ook nog een extra woord van dank aan Johan om mijn thesis op een zeer nauwkeurige manier taalkundig te verbeteren.

Abstract

Huisarts in opleiding: Dr. Hannelore De Sadeleer
Academiejaar: 2015- 2016
Promotor: Prof. Dr. An De Sutter
Praktijkopleider: Dr. Bart De Sadeleer

Context: Ouders kunnen zowel de huisarts als de pediater contacteren voor de zorg voor hun kinderen. Huisartsen vinden echter vaak dat ze te weinig kinderen zien tijdens hun consultatie, terwijl zij ook voor de pediatrische zorg in de eerste lijn opgeleid zijn. Daarom werd besloten om hierrond een onderzoeksproject op te stellen.

Onderzoeksvraag: In de literatuur is zeer weinig terug te vinden over de redenen waarom ouders voor een bepaalde arts kiezen voor hun kind. Daarom was het de bedoeling om in dit onderzoek de redenen in kaart te brengen waarom ouders voor een bepaalde arts al dan niet kiezen, en welke persoonskenmerken van de ouders deze keuze kunnen beïnvloeden.

Methode: Voor de literatuur werd gezocht in de databanken PubMed, Google Scholar, de ICHO-databank, de UGent-databank en Mediargus. Volgende kernwoorden werden gebruikt: General practitioner, family doctor, pediatrician, children en primary care. Een vragenlijst voor de ouders werd opgesteld waarin gepeild werd naar de behandelende artsen voor hun kind, de redenen waarom zij voor een bepaalde arts k en persoonlijke kenmerken van de ouders. Deze vragenlijsten werden zowel digitaal als op papier verspreid naar zoveel mogelijk ouders m enige voorwaarde dat ze minimum één kind hadden dat jonger dan 12 jaar was. Vervolgens werd de data verwerkt via SPSS.

Resultaten: 406 ouders vulden de vragenlijst in, waarvan 400 vragenlijsten werden geïncludeerd in dit onderzoek. Binnen dit onderzoek hadden 35 kinderen een ernstig gezondheidsprobleem, en kozen 264 ouders voor de huisarts en 128 ouders voor de pediater. De drie belangrijkste redenen waarom ouders voor de huisarts kozen waren het vertrouwen dat ze in hem hebben (N=98; 37,1%), dat hij hen zal doorverwijzen indien hij dit nodig acht (N=171; 64.8%), en dat hij de arts is van het volledige gezin (N=121; 45.8%). De ouders die voor de pediater kiezen doen dit eveneens omdat ze hem het meeste vertrouwen (N=61; 47.7%), omdat ze van mening zijn dat hij de beste diagnose en behandeling kan starten (N=83; 63.4%), en omdat ze bij de geboorte met hem in contact gekomen zijn (N=45; 35.2%). Eveneens spelen verschillende persoonsfactoren van de ouders en kinderen een belangrijke rol bij de keuze voor een arts in een bepaalde situatie. Via de logistische regressie werden de factoren bekomen die een onafhankelijke rol spelen in de keuze voor een bepaalde arts in een bepaalde setting.

Beïnvloedende factoren bij de keuze tussen de huisarts en de pediater als centrale arts binnen de zorg voor het kind zijn het diploma van de ouders (P=0.035), de gezondheidstoestand van het kind (P=0.002) en de leeftijd van het jongste kind (P=0.019). Ouders met een universitair diploma zullen eerder de huisarts verkiezen als behandelende arts, ouders met een diploma hoger onderwijs zullen eerder de pediater verkiezen (P=0.010; OR=0.511; 95%BI [0.307-0.850]). Wanneer kinderen een ernstig gezondheidsprobleem hebben, zullen de ouders 3.5 keer meer voorkeur geven aan de pediater als behandelende arts (P=0.002; OR=3.544; 95%BI [1.602-7.839]). Er werd ook genoteerd dat naarmate de leeftijd van het jongste kind toeneemt met een jaar, de odds om naar de pediater te gaan zal afnemen met 20% (P=0.019; OR=0.799; 95%BI [0.663-0.964]).

Wat betreft de keuze voor een arts tijdens de nacht of in het weekend werd gezien dat ouders die de huisarts als vaste behandelende arts verkiezen, in het weekend of 's nachts minder snel de spoedopname zullen contacteren in vergelijking met de ouders die de pediater als vaste behandelende arts verkiezen (P=0.030; OR=0.16; 95%BI [0.032-0.798]). Bij de persoonlijke kenmerken werd gezien dat enkel de leeftijd van het jongste kind en de gezondheidstoestand van het kind een rol speelt bij de keuze van de ouders voor een bepaalde arts 's nachts of tijdens het weekend. Naarmate het jongste kind ouder wordt, zullen de ouders eerder de huisarts contacteren dan de pediater (P=0.010; OR=0.745; 95%BI [0.595-0.933]). Indien het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft, is de odds om de pediater boven de huisarts te verkiezen 2.5 keer hoger (P=0.038; OR=2.527; 95%BI [1.051-6.077]).

In acute situaties speelt de gezondheidstoestand van het kind (P=0.020), het opleidingsniveau van de ouders (P=0.009) en de leeftijd van het jongste kind (P=0.003 en P=0.041) een belangrijke rol bij de keuze voor een arts. Indien het kind ernstige gezondheidsproblemen heeft, zullen de ouders eerder de pediater dan de huisarts contacteren in een acute situatie(OR=2.866; 95%BI [1.181-6.954]). Als de leeftijd van het jongste kind toeneemt zal eerder de huisarts of de spoedopname gecontacteerd worden in plaats van de pediater (P=0.003; OR=0.752; 95%BI [0.623-0.907] en P=0.041; OR=1.488; 95%BI [1.017-2.179]). Tenslotte werd ook genoteerd dat ouders met een diploma hoger onderwijs een twee keer hogere odds hebben om de pediater boven de huisarts te verkiezen in een acute situatie, in vergelijking met de universitairen (OR=1.948; 95%BI [1.177-3.223]).

Ook bij de keuze voor een preventie-arts wordt gezien dat vooral ouders met een universitair diploma gebruik zullen maken van de georganiseerde preventiezorg in plaats van de pediater te consulteren (P=0.015; OR 0.437; 95%BI [0.225-0.849] en P=0.040; OR=0.381; 95%BI [0.152-0.956]), ouders met een niet-universitair diploma verkiezen de pediater boven de georganiseerde preventiezorg. Alleenstaande ouders kiezen er opvallend minder voor om gebruik te maken van de georganiseerde preventieve gezondheidszorg en zullen eerder de huisarts consulteren (P=0.016; OR=0.252; 95%BI [0.082-0.772]).

Conclusie: Verschillende factoren spelen een belangrijke rol bij de keuze van de ouders voor een arts. Ervaring van de ouders met een bepaalde arts spelen samen met de persoonlijke kenmerken van de ouders en het gezin (het diploma, de gezondheidstoestand van het kind en de leeftijd van het jongste kind) een belangrijke rol bij de keuze van een arts. Dit zijn elementen waar op verschillende niveaus aan gewerkt kan worden. Overheidsinstanties kunnen de rol van de huisarts binnen de pediatrische zorg wat accentueren, lokale huisartsenkringen kunnen de ouders sensibiliseren om tijdens het weekend en 's nachts zoveel mogelijk gebruik te maken van de huisartsenwachtpost in plaats van de spoedopname, en de huisartsen kunnen individueel aan hun patiënten zeggen dat zij even goed kunnen instaan voor de pediatrische eerstelijnszorg vanaf de geboorte van het kind.

ICPC-code: A algemeen en niet-gespecifieerd

Contactgevens onderzoeker: hannelore.desadeleer@ugent.be

Inhoudstafel

Voorwoord .....
Abstract .....
Inhoudstafel 1
Lijst van figuren 3
Lijst van tabellen 4
Inleiding 5
1. Keuze van het thema en onderzoeksvraag 5
2. Belgische context 5
3. Doelstelling van dit project 6
4. Te onderzoeken hypotheses 7
Oriënterend literatuuronderzoek 8
1. Zoekstrategieën 8
2. Resultaten van het literatuuronderzoek 9
2.1. Algemeen 9
2.2. De plaats van de huisarts en pediater in de zorg voor kinderen 10
2.3. Wachtsystemen 18
Belgische statistieken 19
1. Verdeling contacten bij de huisarts en pediater 20
2. Evolutie van het aandeel contacten voor kinderen per arts tijdens de voorbije 10 jaar 21
3. Aantal contacten per kind per arts 21
4. Reden van contact met de pediater 21
5. Doorverwijzing naar een arts 22
6. Huisartsenwachtpost 23
7. Kinderen op de spoeddienst 24
7.1. Gerechtvaardigde bezoeken aan een spoeddienst 25
7.2. Tijdstip van bezoek op de spoedafdeling 26
8. Kind & Gezin 27
Onderzoeksmethodiek 28
1. Ethische commissie 28
2. Materiaal en methodes 28
2.1. Opstellen vragenlijsten 28

2.2. Verspreiden van de vragenlijsten 28
2.3. Methodologie 28
Resultaten 31
1. Exclusie- en inclusiecriteria 31
2. Resultaten 31
2.1 Onderzoekspopulatie 31
2.2 Redenen om voor een bepaalde arts te kiezen 35
2.3 Keuze voor de behandelende arts 38
2.4. Keuze voor een specifieke arts in een bepaalde situatie 43
2.5 Besluit 55
Discussie 59
1. Samenvatting van de resultaten 59
2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 60
3. Literatuur 61
4. Interpretatie van de resultaten 62
5. In de praktijk 68
6. Verder onderzoek 70
Besluit 71
Referenties 73
Bijlagen 76
1. Protocol 77
2. Ethische commissie 78
3. Begeleidende brief en informed consent 80
4. Vragenlijst 82
5. Andere redenen waarom ouders liever niet bij de huisarts gaan met hun kind 84

Lijst van figuren

Figuur 1: beïnvloeding van het gebruik van de gezondheidszorg door verschillende determinanten (6) 9
Figuur 2: individuele determinanten die mede-bepalend zijn bij het gebruik van de gezondheidszorg (6) 10
Figuur 3: organisatie van de pediatrische zorg in Europa (7) 11
Figuur 4: Geschat gebruik van de kinderarts (links) ten opzicht van algemeen geneeskundige(rechts) in de laatste 12 maanden, gedifferentieerd volgens sociale status (17) 15
Figuur 5: verdeling consulten door huisarts en pediater volgens leeftijd voor het jaar 2014 (27) 20
Figuur 6: gemiddeld aantal contacten per kind per jaar per arts 2014 (27) 21
Figuur 7: contacten met de pediater op basis van doorverwijzing door de huisarts (29) 22
Figuur 8: leeftijdsverdeling van de contacten met een huisartsenwachtpost (30) 23
Figuur 9: % kinderen met minimum 1 contact met een spoeddienst (27) 24
Figuur 10: gerechtvaardigde bezoeken spoedgevallen per leeftijd (31) 25
Figuur 11: Verdeling van de contacten met spoedopname volgens moment van aanmelding (31) 26
Figuur 12: geografische verdeling van de respondenten 32
Figuur 13: aantal kinderen per respondent 33
Figuur 14: logistische regressie beïnvloedende factoren voor een behandelende arts 38
Figuur 15: Keuze voor een arts op basis van het diploma van de ouders 40
Figuur 16: aantal kinderen en de keuze voor een behandelende arts 41
Figuur 17: gezondheidstoestand van het kind en de keuze voor een arts 42
Figuur 18: welke arts proberen ouders in het weekend of 's nachts als eerste te contacteren 43
Figuur 19: multinomiale logistische regressie weekendarts (in vergelijking met *huisarts en huisarts van wacht*) 45
Figuur 20: multinomiale logistische regressie weekendarts (in vergelijking met pediater) 46
Figuur 21: keuze voor een arts in een acute setting onderverdeeld op basis van de voorkeur voor een vaste behandelende arts 47
Figuur 22: multinomiale logistische regressie acute arts (in vergelijking met huisarts) 49
Figuur 23: multinomiale logistische regressie acute arts (in vergelijking met pediater) 50
Figuur 24: voorkeur voor een preventiearts 51
Figuur 25: multinomiale logistische regressie preventiearts (in vergelijking met huisarts) 52
Figuur 26: multinomiale logistische regressie preventiearts (in vergelijking met pediater) 53

Lijst van tabellen

Tabel 1: verdeling populatie op basis van geslacht 31
Tabel 2: verdeling populatie op basis van diploma 32
Tabel 3: verdeling van de respondenten op basis van burgerlijke stand 32
Tabel 4: arts vanaf de geboorte van het eerste kind 34
Tabel 5: overzicht van de onderzoekspopulatie 34
Tabel 6: gemiddelde leeftijd waarop ouders hun eerste kind kregen 39
Tabel 7: verdeling man/vrouw binnen de onderzoekspopulatie 39
Tabel 8: keuze voor spoedopname in het weekend onderverdeeld naar de huidige behandelende .. 44
Tabel 9: keuze voor spoedopname in acute situatie onderverdeeld naar de huidige behandelende arts 48

Inleiding

1. Keuze van het thema en onderzoeksvraag

Kinderen vormen een belangrijk onderdeel van de bevolkingspiramide. De huisarts staat bekend als zorgverlener voor de volledig bevolkingspiramide, maar toch ziet hij/zij vaak weinig kinderen in de praktijk. Vele ouders gaan met hun kind op consultatie bij de kinderarts, een minderheid gaat bij de huisarts. Maar waarom kiezen ouders dan wel voor de huisarts, dan wel voor de kinderarts? Is deze keuze eerder gebaseerd op praktische overwegingen? Of toch eerder uit medische overwegingen? En speelt de ongerustheid van de ouders een rol?

Om opnieuw wat meer kinderen naar de huisartsenpraktijk te laten komen, is het belangrijk om een antwoord te krijgen op deze vragen. Op deze manier kunnen huisartsen een beter inzicht krijgen waarom ouders al dan niet liever bij een kinderarts gaan. Bovendien kan deze masterproef aan huisartsen die graag pediatrie beoefenen wat tips geven om hun praktijk nog meer te kunnen afstemmen op ouders met kleine kinderen. Welke interventies kun je als huisarts doen om de praktijk kindvriendelijk te maken? Hoe kan je aan ouders duidelijk maken dat pediatrie één van de subspecialisaties van een huisarts is? Om al deze redenen is een onderzoek hieromtrent wel relevant voor de huisarts.

Aangezien de literatuur rond dit onderwerp zeer beperkt is, werd gekozen om een kwantitatief onderzoek d.m.v. vragenlijsten uit te voeren. Op basis van de antwoorden van de respondenten werd een beschrijvend onderzoek verricht en een aanbeveling geformuleerd voor huisartsen die graag wat meer pediatrie willen in hun huisartsenpraktijk.

2. Belgische context

In België hebben patiënten de vrije keuze om een specialist te contacteren zonder dat hiervoor een verwijzing van de huisarts noodzakelijk is. Ouders hebben hierdoor de vrije keuze om met hun kinderen naar een huisarts of rechtstreeks naar een pediater te gaan.

In België heeft iedere patiënt de vrije keuze bij welke **huisarts** hij langsgaat. De huisarts kan voor iedere patiënt een GMD (globaal medische dossier) afsluiten waardoor de patiënt aangeeft dat hij die bepaalde huisarts als centrale persoon wenst voor zijn medische zorg. Hierdoor krijgen de patiënten meer terugbetaald wanneer zij de huisarts consulteren. Bij een geconventioneerde en geaccrediteerde huisarts betaalt de patiënt € 24,48 voor een consultatie, waarvan €6 remgeld zonder verhoogde tegemoetkoming en zonder GMD. Voor een huisbezoek betaalt de patiënt €36,76 waarvan €8 remgeld zonder verhoogde tegemoetkoming en zonder GMD (1).

De keuze naar welke **pediater** ouders willen gaan is eveneens volledig vrij. Voor een consultatie bij een geconventioneerde en geaccrediteerde kinderarts betaalt de patiënt € 36,75 waarvan €12 remgeld voor personen zonder een verhoogde tegemoetkoming (gegevens geldig vanaf 01/01/2015) (2).

Vanaf januari 2016 zijn een aantal Belgische mutualiteiten overeengekomen dat ze de consultaties voor kinderen tot een afgesproken leeftijd volledig zullen terugbetalen aan de ouders. Op deze manier worden de consultaties voor kinderen gratis voor de ouders.

Naast de huisarts en de pediater zijn er ook nog twee andere Vlaamse instanties die instaan voor de zorg voor kinderen: Kind & Gezin en het Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB).

Voor vaccinaties, preventieve consultaties zoals het meten van de lengte en het gewicht en ook voor sociale problemen kunnen ouders met hun kind terecht bij **Kind & Gezin** tot de leeftijd van 3 jaar. Deze consultaties zijn volledig gratis voor de ouders (3).

Het **Centrum voor Leerlingenbegeleiding** (**CLB**) neemt de preventieve zorg van Kind & Gezin over zodra de kinderen naar school gaan. Het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) is een instantie waar schoolgaande kinderen (kleuteronderwijs, lager onderwijs en secundair onderwijs) en hun ouders, leerkrachten en schooldirectie beroep op kunnen doen voor informatie, begeleiding en preventieve gezondheidszorg. In het team van de centrum voor leerlingenbegeleiding zitten o.a. verpleegkundigen en artsen. Zij staan voornamelijk in voor de preventieve gezondheidszorg van de kinderen zoals het meten van de lengte en het gewicht, een preventief klinisch onderzoek en het toedienen van vaccinaties. Wanneer zij het nodig achten, kunnen zij de kinderen (en hun ouders) doorverwijzen naar de huisarts, pediater of een andere specialist voor verdere oppuntstelling van het probleem. Vaccinaties en consulten door het CLB-team zijn eveneens gratis. De minister van onderwijs is bevoegd voor de organisatie (inspectie, subsidiëring,…) van het CLB (4).

Binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem kunnen patiënten een specialist contacteren zonder dat zij hiervoor moeten doorverwezen zijn door de huisarts. Deze vrije keuze van de patiënt wordt volgens bepaalde auteurs belangrijk geacht om een optimale kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. De keerzijde van dit systeem is uiteraard het kostenplaatje. Een contact met een specialist is steeds duurder voor de patiënt en voor de maatschappij. Wanneer patiënten een specialist contacteren zonder dat dit contact echt nodig is, maakt dit de financiële kost onnodig hoger. Anderzijds is de pediater opgeleid om specialistische zorg te bieden aan de kinderen (en hun ouders) en kan hij zijn expertise verliezen voor de ernstige (2^e lijns) pathologie als hij zich vooral bezig houdt met eerstelijns pathologie. De huisarts moet uiteraard ook zijn expertise in de pediatrie kunnen behouden, maar dit kan enkel wanneer hij voldoende kinderen ziet om zijn deskundigheid in deze tak van de huisartsgeneeskunde te kunnen onderhouden. Om deze problematiek aan te pakken, maar toch rekening te blijven houden met de keuzevrijheid van de patiënt, werden enkele initiatieven genomen om ervoor te zorgen dat de patiënten eerst contact gaan opnemen met de huisarts, vooraleer ze de specialist gaan raadplegen. Zo werden o.a. het globaal medisch dossier, de zorgtrajecten en de verhoogde terugbetaling van een gespecialiseerd consult na doorverwijzing door een huisarts in het leven geroepen (5).

3. Doelstelling van dit project

Op basis van dit onderzoek wordt geprobeerd om een antwoord te vinden op de vraag waarom de ouders al dan niet kiezen voor de huisarts of de pediater voor de zorg voor hun kinderen, en welke redenen er zijn om voor deze arts te kiezen. Ook wil dit onderzoek de persoonlijke kenmerken van de ouders die voor een welbepaalde arts kiezen, in kaart brengen. Op deze manier kunnen zowel de huisarts als de kinderarts te weten komen waarom ouders dan wel voor de huisarts, dan wel voor de kinderarts kiezen voor de zorg voor hun kind, en kunnen artsen die graag wat meer kinderen willen zien in hun praktijk wat tips krijgen om het aandeel pediatrie in hun praktijk te doen stijgen.

4. Te onderzoeken hypotheses

1. Wat zijn de belangrijkste redenen voor de ouders om te kiezen voor de huisarts dan wel de pediater voor hun kind?
2. Waarom gaan ouders liever naar de pediater dan naar de huisarts?
3. Welke persoonlijke kenmerken van de ouders beïnvloeden hun keuze om voor de huisarts dan wel de pediater te kiezen?
4. Is er een verband tussen het aantal kinderen en de keuze voor een arts?
5. Wanneer het kind ernstige gezondheidsproblemen heeft (chronische probleem dat gespecialiseerde hulp vereist zoals een handicap, langdurige problemen met de organen, ernstige psychische problemen,…), gaan ouders dan eerder de pediater verkiezen als behandelende arts?
6. Gaan ouders die de huisarts als behandelende arts kiezen in het weekend, tijdens feestdagen of ’s nachts minder snel naar een spoeddienst gaan in vergelijking met ouders die de pediater als behandelende arts hebben?
7. Is er een verband tussen de persoonlijke kenmerken van de ouders en de keuze van een arts tijdens het weekend?
8. Is er een verband tussen de persoonlijke kenmerken van de ouders en de keuze van een arts bij acute situaties?
9. Gaan ouders die de pediater als behandelende arts verkiezen, in acute situaties sneller naar spoedopname dan ouders die de huisarts als behandelende arts hebben?
10. Is er een verband tussen de persoonlijke kenmerken van de ouders en de keuze van een arts voor preventieve gezondheidszorg?
11. Is er een verband tussen de keuze voor de behandelende arts en het al dan niet gebruik maken van georganiseerde preventieve gezondheidszorg (Kind & Gezin/CLB)?

Oriënterend literatuuronderzoek

1. Zoekstrategieën

De **hoofdvraag** waarop dit onderzoek gebaseerd is, is als volgt geformuleerd: wat zijn de redenen waarom ouders de huisarts dan wel bij de kinderarts consulteren voor de zorg voor hun kind, en spelen persoonlijke kenmerken van de ouders een rol in deze keuze?

Een **PICO-vraag** werd als volgt geformuleerd:

P: kinderen jonger dan 12 jaar

I: consultatie bij de kinderarts

C: consultatie bij de huisarts

O: is er een verschil in redenen om bij de huisarts/kinderarts te gaan?

General practitioner, family doctor, pediatrician, children en primary care waren de belangrijkste **zoektermen** die gebruikt werden. PubMed, Google Scholar, de ICHO-databank, de UGent-databank en Mediargus werden geraadpleegd als **bronnen**.

Door middel van een combinatie van deze zoektermen in te geven in de verschillende databanken werden enkele interessante artikels gevonden. Ook door het waterval-effect (bij een bepaald artikel staat een link/referentie naar een ander artikel) werden ook nieuwe artikels gevonden.

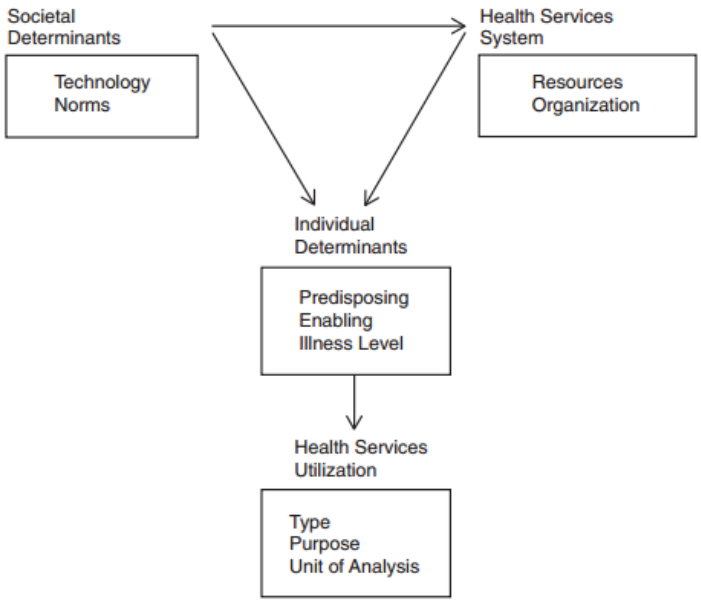
Gezien de beperkte hoeveelheid aan literatuur rond dit onderwerp werden er zeer weinig exclusiecriteria gehanteerd.

Zoals verderop vermeld zal worden, heeft ieder land zijn eigen vorm van gezondheidszorgsystemen. Door deze verschillende systemen is het vaak niet evident om literatuur uit verschillende landen - en dus met een verschillende organisatie van de gezondheidszorg - te gaan vergelijken. Toch werd gepoogd om een zo goed mogelijk overzicht te maken van de verschillende organisatie van de gezondheidszorgsystemen.

2. Resultaten van het literatuuronderzoek

2.1. Algemeen

Het gebruik van de gezondheidszorg kan gezien worden als een vorm van individueel gedrag. Sociale determinanten lijken de individuele determinanten rechtstreeks en eveneens onrechtstreeks (via het gezondheidssysteem) te beïnvloeden. Op hun beurt beïnvloeden deze individuele determinanten dan weer het gebruik van de gezondheidszorg (Figuur 1) (6).

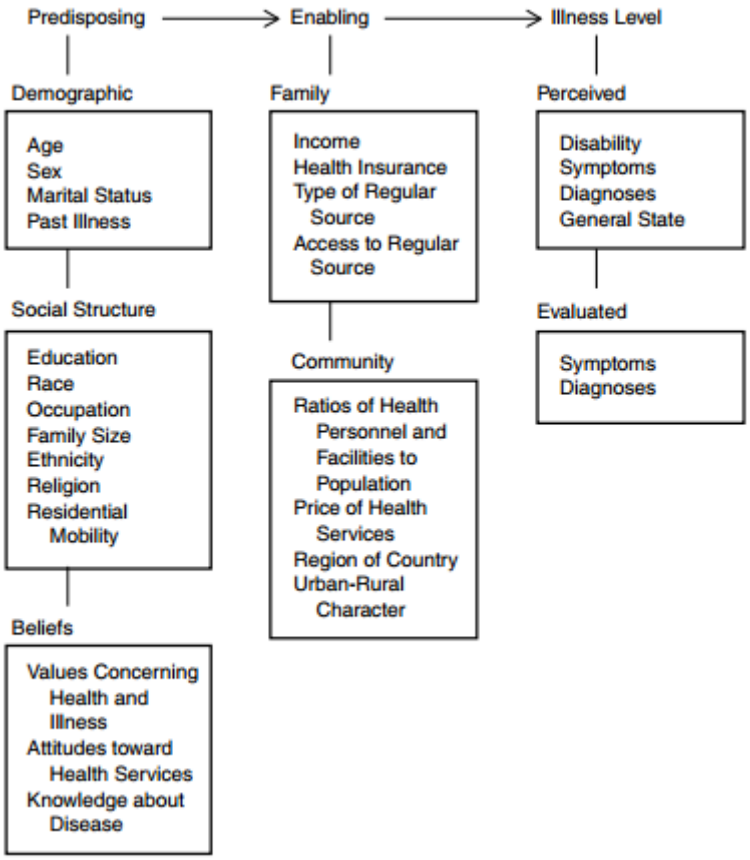


Figuur 1: beïnvloeding van het gebruik van de gezondheidszorg door verschillende determinanten (6)

Individuele determinanten (Figuur 2) spelen een belangrijke en cruciale rol bij de keuze van een patiënt om gebruik te maken van de gezondheidszorg. Sommige individuen zullen sneller gebruik maken van de gezondheidszorg dan anderen. De individuele determinanten die een rol spelen in de keuze van de patiënt voor het gebruik van het gezondheidssyteem zijn in eerste instantie te catalogeren onder de term '**predispositie**' of voorbeschiktheid. Hieronder wordt o.a. sociale status (opleiding/levensstijl), attitude t.o.v. gezondheidszorg, ziekte en woonplaats verstaan. Maar ook al hebben sommige individuen een predispositie voor het gebruik van het gezondheidszorgsysteem door bovengenoemde determinanten, toch zijn er nog andere factoren noodzakelijk die er gaan toe leiden dat er ook effectief gebruik wordt gemaakt van het systeem (6).

Familiale determinanten en maatschappelijke determinanten vormen hierin een belangrijk deel van de toegang tot de gezondheidszorg. Onder familiale determinanten wordt vooral het inkomen van de patiënt (en zijn gezin) en de ziekteverzekering verstaan. Anderzijds zijn ook de **maatschappelijke determinanten** zoals de hoeveelheid zorgverleners (indien er genoeg zorgverstrekkers beschikbaar zijn zullen de wachtlijsten veel korter zijn, en zal er sneller gebruik gemaakt worden van de gezondheidszorg), de kostprijs voor een consult en de lokalisatie van de dienstverlening door de gezondheidsmedewerkers mede bepalend vooraleer een individu beroep zal doen op een zorgverstrekker. Tenslotte is ook het **type en de ernst van de ziekte** - ervaren door de patiënt (en/of zijn familie) - bepalend bij een contact met een hulpverlener (6).

Deze determinanten zullen mee de basis vormen van dit onderzoek.

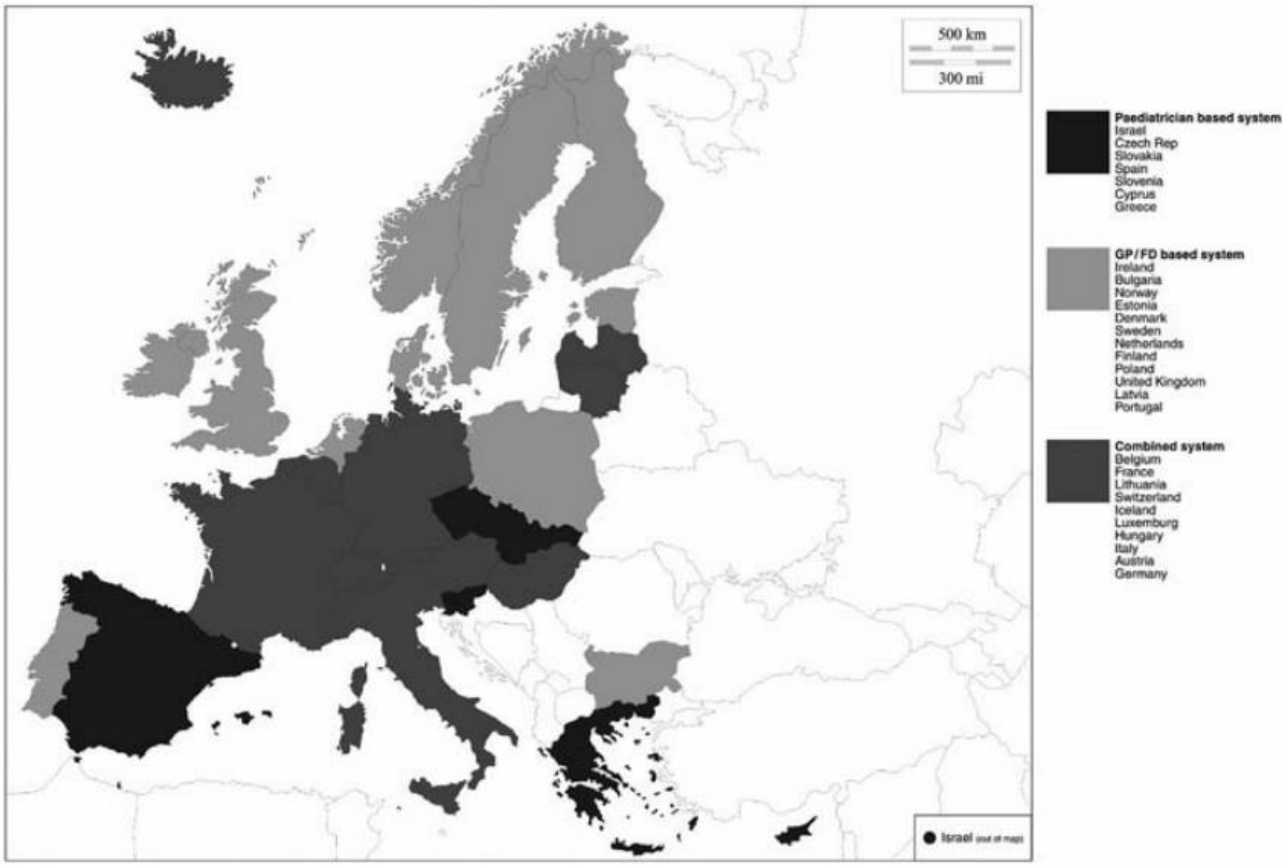


Figuur 2: individuele determinanten die mede-bepalend zijn bij het gebruik van de gezondheidszorg (6)

2.2. De plaats van de huisarts en pediater in de zorg voor kinderen

Een huisarts wordt gezien als een eerstelijnsarts, met andere woorden, een arts die men rechtstreeks kan consulteren, en die de patiënt –indien nodig- zal doorverwijzen naar een tweedelijnsarts. Artsen uit de tweede lijn zijn gespecialiseerd in een bepaalde subdiscipline van de geneeskunde. Pediaters zijn in oorsprong tweedelijnsartsen, maar toch wordt een pediater vaak beschouwd als een eerstelijnsarts, en consulteren ouders de pediater zonder dat er eerst contact is geweest met een huisarts (zie 2.4) . In België is de definitie van een tweedelijnsarts vaag, zeker wanneer het om pediaters gaat. Sommige pediaters profileren zichzelf als eerstelijnsarts, waardoor de drempel tot een consult bij hen zeer laag is en vergelijkbaar wordt met een consult bij de huisarts. Deze pediaters houden zich dan ook vaak bezig met o.a. preventieve gezondheidszorg. Andere pediaters profileren zich daarentegen eerder als tweedelijnsartsen, en wensen enkel gespecialiseerdere hulp te bieden wanneer de huisarts de patiënt niet meer verder kan helpen. Uiteraard is dit afhankelijk van de organisatie van de gezondheidszorg en de persoonlijke keuze van de pediater.

De organisatie van de pediatrische zorg varieert sterk binnen Europa. Er zijn 3 verschillende systemen mogelijk (Figuur 3) (7):



Figuur 3: organisatie van de pediatrische zorg in Europa (7)

In o.a. Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Noord-Europa , is het volledige eerstelijnssysteem zo opgebouwd dat er steeds een doorverwijzing naar een specialist (tweedelijn) noodzakelijk is. Dit systeem zorgt er voor dat de pediater enkel de kinderen zal zien die de huisarts (of een andere arts) heeft doorverwezen naar hen. Op deze manier zien de huisartsen in deze landen veel kinderen op hun consultatie, en zien de pediaters enkel die kinderen op consultatie die de huisarts naar hen heeft doorverwezen. Zo behoudt de huisarts zijn expertise in de kindergeneeskunde, en kan de pediater zich enkel met gespecialiseerde (tweedelijns)zorg voor de kinderen bezig houden.

België, Frankrijk, Litouwen, Zwitserland, Ijsland, Luxemburg, Hongarije, Italië, Oostenrijk en Duitsland hebben een systeem waarbij ouders de vrije keuze hebben welke arts ze raadplegen voor hun kind. Hiervoor hebben zij geen doorverwijzing nodig, en kunnen zij de huisarts dan wel de pediater vrij consulteren.

Binnen het derde systeem worden kinderen uitsluitend gezien door pediaters en gaan zij niet op consultatie bij de huisarts. Het gaat hier om landen zoals Spanje, Griekenland ,Cyprus, Israël, Tsjechië en Slovenië.

2.1.1. Vrije keuze van de arts

Wanneer patiënten hun eigen arts kunnen kiezen zorgt dit voor een betere interpersoonlijke relatie met deze zorgverlener, een groter vertrouwen in de arts, een betere opvolging van de adviezen die de arts geeft en een grotere tevredenheid over de eerstelijnszorg in vergelijking met de patiënten die een zorgverlener toegewezen kregen. Sommige ouders hebben echter weinig keuze wanneer ze een arts moeten kiezen voor hun kind, óf ze maken een foutieve keuze. Redenen hiervoor zijn onwetendheid van de ouders m.b.t. het gezondheidssysteem, te weinig zorgverleners beschikbaar in hun woongebied of er is een culturele of taalbarrière in het contact met de arts (8).

2.1.2. Continuïteit binnen de zorg

In het belang van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en de educatie en communicatie met de ouders, is het noodzakelijk dat de arts het kind en de familie goed kent. De meeste volwassenen verkiezen dan ook de continuïteit bij één bepaalde arts boven het sneller krijgen van een afspraak bij een andere arts en het moment van de afspraak.

Continuïteit is niet enkel relevant binnen de zorg voor volwassenen, maar ook binnen de kindergeneeskunde . Artsen kunnen op deze manier de ontwikkeling van het kind opvolgen en een gerichte begeleiding en advies bieden aan de noden van de familie. Ouders vermelden dan ook een grotere tevredenheid wanneer er continuïteit is met één bepaalde arts. Anderzijds is voor volwassenen een persoonlijke relatie met een bepaalde arts belangrijker bij preventieve zorg en bij psychosociale problemen dan bij acute ziekte (8).

2.1.3. Oorzaken van de verschuiving van de zorg voor de kinderen

Volgens verschillende auteurs liggen er meerdere oorzaken aan de verschuiving van de zorg voor kinderen. Vooreerst is er de vergrijzing van de bevolking, waardoor de basis van de bevolkingspiramide smaller wordt en er eigenlijk een soort van omgekeerde bevolkingspiramide ontstaat. Huisartsen hebben het dan vaak druk met de toenemende zorg voor de oudere populatie. Anderzijds is er een groeiend aantal pediaters die afstuderen, die uiteraard hun praktijk bloeiend willen houden en de zorg voor de kinderen naar zich willen toetrekken (9) (10).

Anderzijds zorgen pediaters maar tot een bepaalde leeftijd voor deze kinderen en zal de verdere opvolging door de huisarts gebeuren. Daarom is het belangrijk dat zowel de huisarts als de kinderarts op de hoogte zijn van de ziekte-episodes van hun gemeenschappelijke patiënt. Hier knelt vaak het schoentje bij de beide partijen. Uit een Vlaams onderzoek blijkt dat de communicatie tussen de kinderartsen en de huisartsen ontoereikend is in beide richtingen. Voor een betere communicatie zou er aandacht moeten besteed worden aan o.a. een duidelijke verwijsbrief van de huisarts naar de kinderarts, duidelijke verslaggeving van de kinderarts naar de huisarts, een grotere telefonische bereikbaarheid tussen beide partijen en duidelijke afspraken rond de zorg voor chronisch zieke kinderen (11).

Bovendien is samenwerken niet steeds evident. In de opleiding tot basisarts wordt er een sterke nadruk gelegd op efficiënte samenwerking met iedere hulpverlener uit het zorglandschap, maar iedere arts heeft een andere visie en attitude rond het begrip ‘samenwerken’. De samenwerking wordt dan ook grotendeels bepaald door de lokale situatie en de persoonlijkheid van de arts. Het is dan ook zeer belangrijk om de nadruk te leggen op onderling persoonlijk contact tussen de huisarts en de kinderarts, dit om de kwaliteit van de samenwerking en de zorg voor het kind optimaal te kunnen benutten (11).

2.1.4. Beïnvloedende factoren bij de keuze voor een arts

2.1.4.1. De huisarts en de pediater

De belangrijkste gemeenschappelijke bezorgdheid van huisartsen en kinderartsen zijn de kinderen en adolescenten met speciale/chronische medische problemen die op een bepaald moment de overgang moeten maken van de kinderarts naar de huisarts. Er is geen duidelijke grens wanneer de zorg vanuit de pediater getransfereerd wordt naar de huisarts. Zowel de pathologie als de deskundigheid van de huisarts en pediater variëren te sterk om een duidelijke leeftijdsgrens te stellen waarop de transfer van de kinderarts naar de huisarts dient te gebeuren (12).

Om de zorg voor de jonge patiëntenpopulatie dan ook te kunnen verbeteren, zijn er verschillende mogelijkheden beschreven in de literatuur. Philips et.al. stellen voor om de zorg voor de jongste kinderen enkel te laten verlopen via de pediater, en de huisartsen meer te laten focussen op de verouderende bevolking (9). Sowden daarentegen stelt voor om een specifieke cursus te voorzien binnen de opleiding tot huisarts om op deze manier deze huisartsen beter op te leiden in de zorg voor kinderen. Op deze manier zou hij zowel in theorie als in praktijk hen willen aan te zetten tot een bijzondere interesse voor kindergeneeskunde, kunnen de huisartsen een schakel vormen tussen de eerste lijn en de tweede lijn, en kunnen de pediaters zich meer gaan focussen op de specialistische pediatrische zorg (13).

2.1.4.2. De ouders

Door verscheidene auteurs is de waarde van duidelijke informatieverstrekking aan de ouders reeds meerdere malen aangehaald. Om de bezorgdheid van de ouders te reduceren is het belangrijk om als arts voldoende informatie te geven aan de ouders wanneer zij op consultatie komen met hun ziek kind, en hen duidelijke instructies te geven wanneer zij zich terug dienen aan te melden. Op deze manier gaan zij minder snel opnieuw een arts raadplegen en kunnen zij de ziekte van hun kind beter inschatten. Ouders willen vooral weten op welke symptomen zij moeten letten bij hun ziek kind, wanneer zij zich terug dienen aan te melden, welke antipyretica zij hun kind mogen toedienen en hoe frequent zij deze mogen toedienen. De meeste ouders hebben deze informatie dan ook het liefst geschreven zodat zij deze informatie steeds opnieuw kunnen consulteren (14).

Huisartsen kunnen extra inspanningen leveren om aan de ouders duidelijk te maken dat zij ook deel willen én kunnen uitmaken van de zorg voor kinderen. Ze kunnen dit op verschillende manieren doen. Enerzijds kunnen de huisartsen dit mondeling meedelen aan de ouders tijdens het consult, maar ook via visuele middelen kan de plaats van de huisarts binnen de kindergeneeskunde duidelijk gemaakt worden. Dit kan o.a. door middel van folders voor de ouders waarin de plaats van de huisarts binnen de kindergeneeskunde duidelijk omschreven staat, informatie op de website van de praktijk, het creëren van een kindvriendelijke omgeving (speelgoed, kinderboekjes, …), etc. Anderzijds is het ook belangrijk om beschikbaar te zijn voor deze jonge gezinnen. Wanneer ouders een afspraak kunnen maken om met hun (ziek) kind langs te komen, is het logisch dat ze liever een afspraak zullen maken dan op vrije consultatie te komen waarbij ze niet weten hoe lang ze zullen moeten wachten in de wachtzaal. Ook de tijd tussen het moment van het vastleggen van de afspraak en het moment van een afspraak speelt eveneens een belangrijke rol voor de ouders. (10)

2.1.4.3. De media

Naast de ouders hebben ook de media vaak een beperkte visie op de huisartsgeneeskunde. Bij wijze van voorbeeld wordt een artikel aangehaald waarbij de vrouwenmagazines werden geanalyseerd. In elke column die geschreven wordt over kinderen in dergelijke magazines, wordt steeds verwezen of advies gevraagd aan een pediater en zal er zelden een huisarts om advies gevraagd worden. Niet alleen vrouwenmagazines lopen in deze val, ook medische tijdschriften zoals de JAMA (Journal of American Medical Association) verglijden in deze vorm van stereotypie. Zij publiceerden bijvoorbeeld enkele jaren geleden een patiëntenbrochure rond bevallen, en vermeldden er enkel de vroedvrouw en de gynaecoloog in maar vergaten de huisarts er ook in te betrekken (10).

Ouders weten vaak niet dat de huisarts ook deel uitmaakt of zou kunnen uitmaken van de zorg voor hun kind(eren). Daarom is het belangrijk om aan de ouders duidelijk te maken dat de huisarts –indien de huisarts hiervoor openstaat- deel kan uitmaken van de keten van zorg binnen de kindergeneeskunde.

2.1.4.4. Interne factoren van de ouders, het kind en de ziekte-episode

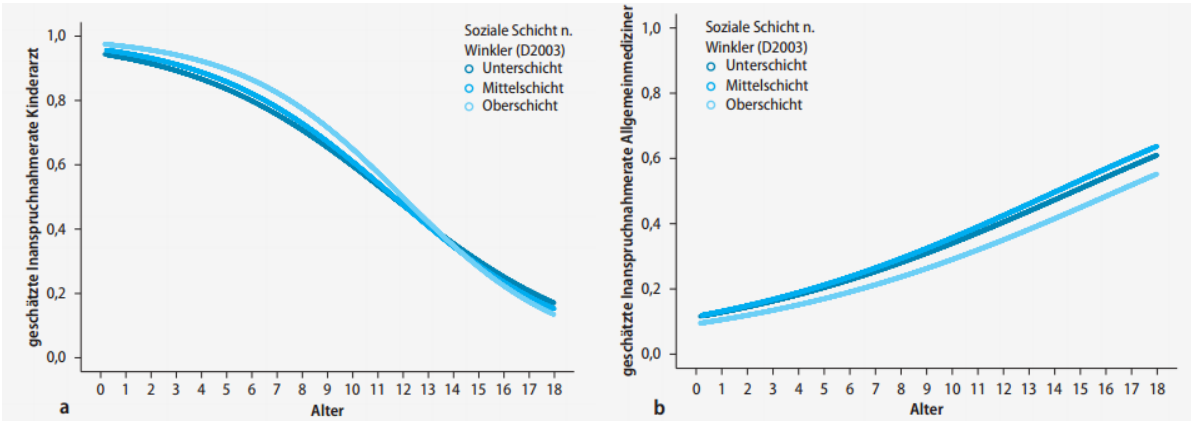
In 2011 schreven Dr. Van Conkelberge en Dr. Segers een Master na Master thesis met als titel 'toegankelijkheid van de huisarts voor zuigelingen', waarin het onderwerp rond zuigelingen bij de huisarts en bij de pediater uitgebreid aan bod kwam. Zij deden acht diepte-interviews bij ouders van zuigelingen (0-1 jaar) om hun beweegredenen te weten te komen waarom zij eerder de huisarts dan wel de pediater kiezen voor de zorg voor hun kind. Uit deze diepte-interviews konden zij determinanten halen die mee bepaalden of ouders voor de huisarts dan wel de kinderarts kozen als arts voor hun kind. Deze determinanten konden zij onderverdelen in externe en interne factoren (15). De factoren die rechtstreeks in verband staan met de ouders, de zuigeling of de huidige ziekte-episode worden geklasseerd onder de interne factoren.

Deze **interne factoren** omvatten (15):

- opleiding en beroep van de ouder
- visie van de ouder op functie en functioneren van de huisarts en pediater
    - de visie van de ouder op de plaats van de huisarts en pediater in het zorglandschap
    - de visie op de invloed van de leeftijd van het kind op een rol voor huisarts/pediater
    - de visie op de specifieke taken voor de huisarts en/of de pediater
    - de visie op kennis en opleiding van de arts
- voorgeschiedenis van het kind, de ouder, het gezin
    - arts kent gezin/familie
    - eigen ervaringen met de arts
    - ziektegeschiedenis van de ouders/kinderen
- beleving van de ouder
    - beleving van het gezondheidszorgsysteem
    - beleving van de artsen als persoon/sociaal
    - beleving van de artsen als medicus: professioneel handelen/zorg
    - beleving van de doorverwijsfunctie van de huisarts
- inschatting van de ziekte-episode van de zuigeling door de ouder

Uit een gezondheidsonderzoek in België (16) blijkt dat de keuze om een specialist in een bepaald domein van de geneeskunde te contacteren sneller gemaakt wordt door hoogopgeleiden. Hoogopgeleiden hebben doorgaans meer kennis betreffende gezondheidsproblemen en daardoor menen sommigen dat het efficiënter is om meteen een specialist ter zake te contacteren in plaats van eerst de huisarts te consulteren. Hogervermeld onderzoek suggereert ook dat hoogopgeleiden er misschien sneller vanuit gaan dat 'specialistische zorg' gelijk staat aan 'betere zorg', en willen zij daar dan ook de meerprijs voor betalen. In de Belgische gezondheidszorg zijn specialisten en huisartsen echter complementair. De huisarts staat in voor een integrale en globale zorg, daar waar een specialist expert is op een specifiek domein. Voor de actoren binnen de gezondheidszorg (huisarts, specialist, patiënt, de maatschappij en de overheid) is het dan ook niet efficiënt om voor bepaalde problemen meteen een specialist te raadplegen als de huisarts eveneens gekwalificeerd is om dit probleem aan te pakken (5) .

Ook uit een Duits onderzoek komen dezelfde besluiten naar voor. Wanneer Duitse ouders een hoge sociale status hebben, zullen zij met hun kind meer een kinderarts contacteren (63,2%) in vergelijking met ouders die een gemiddelde (58,5%) of lage sociale status (59,2%) hebben (17) (Figuur 4).



Figuur 4: Geschat gebruik van de kinderarts (links) ten opzicht van algemeen geneeskundige(rechts) in de laatste 12 maanden, gedifferentieerd volgens sociale status (17)

Uit een Amerikaanse studie (18) blijkt tenslotte dat gezinnen uit een lagere socio-economische klasse minder frequent een eerstelijnsarts gaan raadplegen, maar frequenter de spoedafdeling zullen contacteren. Dezelfde tendens blijkt tevens uit een Belgische onderzoek. Uit het onderzoek van Bakelandt et.al. bleek dat patiënten uit een achtergestelde buurt tot vier keer meer de spoeddienst zullen contacteren in vergelijking met patiënten uit een niet-achtergestelde buurt (19).

Uit het gezondheidsonderzoek van 2013 in België, blijkt eveneens dat patiënten met een diploma lager onderwijs en patiënten zonder diploma frequenter een spoeddienst zullen contacteren dan hoger opgeleide patiënten. Tevens is het gemiddeld aantal contacten met een spoedgevallendienst hoger bij patiënten die lager opgeleid zijn (41 contacten per 100 personen per jaar) in vergelijking met patiënten die een hogere opleiding hebben genoten (19 contacten per jaar per 100 personen bij de patiënten met een diploma hoger secundair onderwijs en 16 contacten per jaar per 100 personen bij patiënten met een diploma hoger onderwijs) (20).

2.1.4.5. Externe factoren

De factoren die een invloed kunnen hebben op de keuze van de ouders, maar waarop de ouders nauwelijks of geen invloed hebben, worden geklasseerd onder de externe factoren.

Het gaat hier om de volgende **externe factoren** (15):

- Derden
    - Partner, familie, kennissen, collega's, buren, vrienden, de onthaalmoeder, de crèche en de maatschappij
- Praktische factoren
    - Beschikbaarheid
    - Afstand
    - Ziekenhuis vs. privé praktijk
    - Wachttijd
    - Ouder kent wachtsysteem niet
    - Ouder kent geen pediater
    - Financieel
- Omstandigheden
    - Opvolging door/vanuit de materniteit
    - Horizontale verwijzing
    - Behandeling niet beschikbaar
    - Reeds afspraak bij de zorgverlener
    - Agenda van de ouders
    - Mee met broer/zus

a. Advies van naasten

Moeders nemen sneller contact op met een arts - onafhankelijk van de ernst van de symptomen - wanneer het om hun eigen arts gaat of ze deze arts gekozen hebben op basis van een advies van een naaste. Onderzoek lijkt te suggereren dat de keuze voor een bepaalde arts op aanraden van een vriend(in) ervoor zorgt dat de arts beoordeeld werd als sympathiek en competent, dat hij/zij luistert naar de bezorgdheden van de moeders en het bezoek van de moeders met hun kind niet als onterecht beschouwde. Met andere woorden, de keuze voor een arts wordt niet enkel bepaald door de duur van de arts-patiënt relatie, maar ook door de aanbeveling van de arts door vrienden (21).

b. Kinderwens

Het besluit van een koppel om aan kinderen te beginnen, blijkt een keerpunt te zijn in de keuze voor een bepaalde arts. Op dat moment zijn ouders sneller geneigd om van (huis)arts te veranderen. Het niet veranderen van arts na de geboorte van hun kind, toont dat de ouders veel vertrouwen hebben in deze arts (21).

c. Invloed van de geografische regio

Een Amerikaanse studie toont aan dat er een duidelijke afname is van het aantal consulten voor kinderen bij de huisarts (family physicians). Data van het NAMCS (National Ambulatory Medical Care Survey) toont dat het aandeel consulten voor kinderen bij de huisarts gedaald is van 25% naar een kleine 20% tussen 1992 en 2002. Op basis van deze cijfers wordt bovendien gesuggereerd dat de afname van het aandeel consultaties voor kinderen zich vooral heeft gemanifesteerd in stedelijke en voorstedelijke gebieden. Een verklaring voor deze theorie kan zijn dat pediaters zich eerder in (ver)stedelijkte gebieden gaan vestigen omdat het voor hen niet zinvol om zich te vestigen in een gebied met minder dan 25 000 inwoners. Huisartsen zijn daarentegen onafhankelijk van het relatieve deel kinderen binnen de populatie van het gebied waarin ze gevestigd zijn (9). Bovendien blijkt dat ouders sneller en frequenter de tweede lijn zullen contacteren wanneer er in hun buurt een kinderziekenhuis is met een goede reputatie in de zorg voor kinderen (22).

d. Gezondheidszorgverzekering

Een studie uitgevoerd in Amerika - waar een volledig ander soort verzekeringssysteem binnen de gezondheidszorg geldt dan in België - toont aan dat de kinderen die steevast bij een kinderarts gaan, meestal privé verzekerd zijn. Kinderen die niet verzekerd zijn of een publieke ziekteverzekering hebben, gaan eerder geneigd zijn om de huisarts te consulteren (9) (10).

e. Frequentie gebruik van de gezondheidszorg

De frequentie van het gebruik van de gezondheidszorg in de voorgeschiedenis van het kind blijkt de best voorspellende factor te zijn voor toekomstig gebruik van de gezondheidszorg. Andere voorspellende factoren voor een frequenter consult met een zorgverlener zijn conflicten binnen het gezin/familie, jongere leeftijd van de kinderen en kleine gezinnen met weinig kinderen. Ook een hogere inschatting van pijn bij het kind door de moeders en recidiverende acute ziekte-episodes zijn voorspellende factoren voor een hoger gebruik van de gezondheidszorg: hoe meer de moeders zich zorgen maken over hun kind, hoe meer zij gebruik zullen maken van de gezondheidszorg (18).

Wanneer een moeder frequent een arts raadpleegt voor zichzelf zal dit ook gepaard gaan met een hoger gebruik van de gezondheidszorg voor haar kind. Wanneer moeders zichzelf daarentegen als psychologisch stabiel beschouwen en hun emoties naar eigen zeggen goed onder controle kunnen houden, zal dit er voor zorgen dat ze minder frequent een arts zullen raadplegen met hun kind. Ook zal een hoger sociaal vangnet voor de moeder ertoe leiden dat er minder snel gebruik zal gemaakt worden van de gezondheidszorg voor haar kind. Dit kan verklaard worden doordat een grotere sociale omkadering (vrienden en familie) de bezorgdheid van de moeder rond de gezondheid van haar kind zal doen verminderen omdat ze sneller gesteund en gerustgesteld zal worden door haar directe omgeving.

Anderzijds is ook het aantal kinderen binnen een gezin een belangrijke factor voor het gebruik van de gezondheidszorg. In een groter gezin zal er minder gebruik gemaakt worden van de gezondheidszorg dan in een klein gezin. Dit kan enerzijds te verklaren zijn door de kostprijs van de gezondheidszorg die het contact met een arts zal beperken. Anderzijds hebben ouders meer ervaring wanneer ze meer kinderen hebben, waardoor ze minder snel een hulpverlener zullen raadplegen (18).

2.3. Wachtsystemen

In het weekend, op feestdagen, ’s avonds en ’s nachts kunnen patiënten beroep doen op de huisarts van wacht en op de spoedopname. Er bestaat geen wachtsysteem van pediaters buiten het ziekenhuis. Wanneer ouders een pediater tijdens het weekend willen contacteren, kan dit enkel via de spoedopname van het ziekenhuis.

2.3.1 De huisartsenwachtpost en de huisarts van wacht

Tijdens de nacht, in het weekend en op feestdagen is er steeds een dokter van wacht bereikbaar. Deze artsen consulteren ofwel in hun privé praktijk ofwel in een huisartsenwachtpost. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat de opstart van een huisartsenwachtpost zorgt voor een daling in contacten met de spoeddienst van om en bij de 9%, en een stijging van ongeveer 10% in de contacten met de huisarts van wacht (23).

2.3.2 De spoeddiensten

Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat kinderen die een slechtere medische opvolging hebben genoten, frequenter de spoedopname consulteren dan de kinderen die regelmatig bij een arts op consultatie gaan. Wanneer ouders een vaste en gekende arts hebben voor hun kind(eren) gaan ze eerder deze arts contacteren dan dat ze naar de spoedopname zullen gaan. Anderzijds zullen kinderen die zich aanmelden op spoedopname sneller gehospitaliseerd worden door de spoedarts, omdat de follow-up voor deze kinderen thuis onzeker is gezien de lage continuity of care (24).

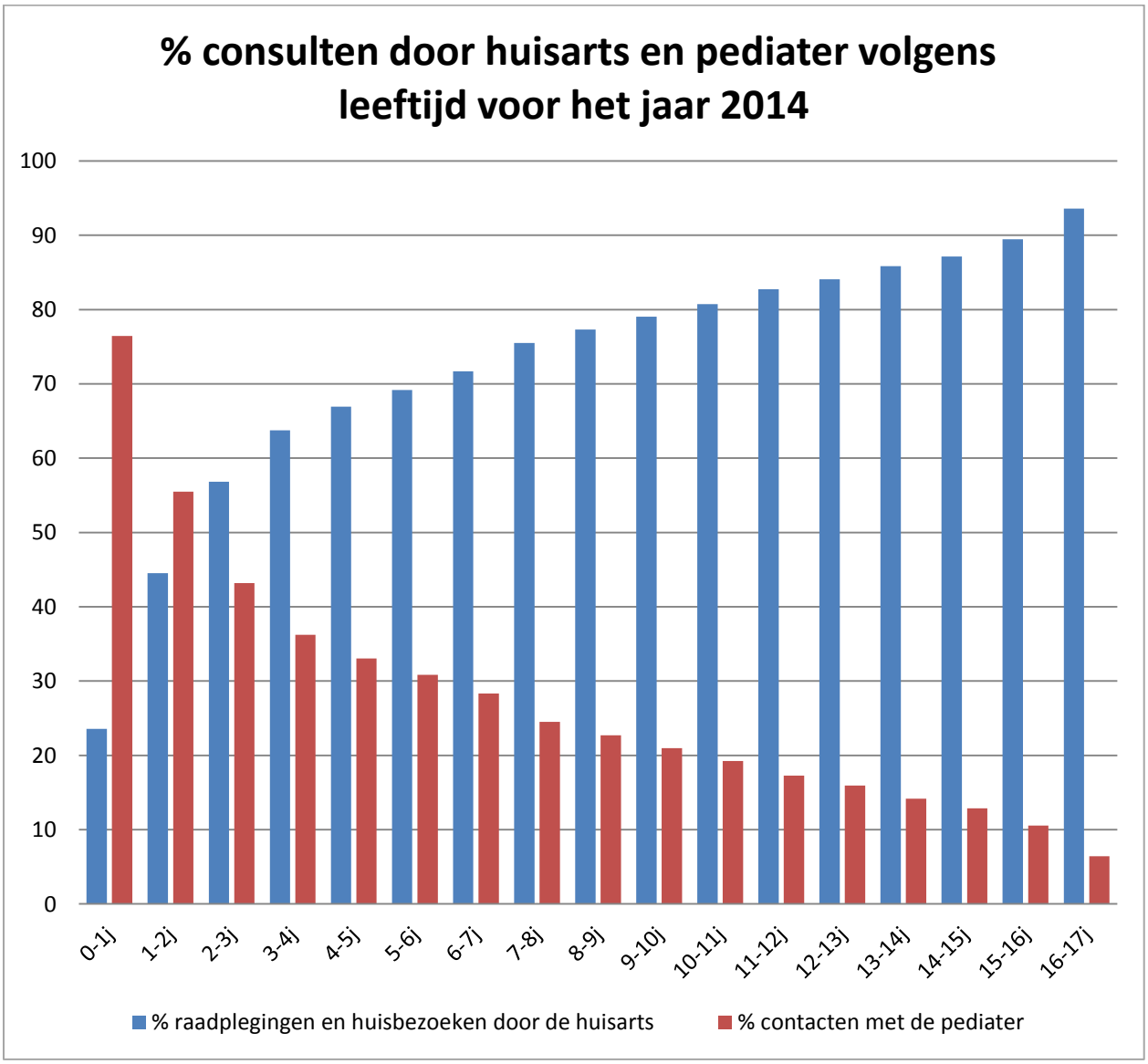
Consulteren van een spoedafdeling voor ‘routine sick care’ is vooral sterk geassocieerd met demografische en sociale karakteristieken van het kind en diens familie, het type en het soort zorg voor kinderen en het aanbod van eerstelijnsartsen (25).

Belgische statistieken

Huisartsen, pediaters, de spoedopname, Kind & Gezin en het CLB zijn de belangrijkste actoren in de medische zorg voor kinderen in België. Al deze artsen en instanties zijn vrij te consulteren zonder dat er een doorverwijzing noodzakelijk is. Ouders hebben dan ook de vrije keuze om een arts te kiezen. Met andere woorden, de zorg voor het kind is verdeeld.

Vooraleer kan worden nagegaan om welke redenen ouders kiezen voor een bepaalde arts, moet er uiteraard eerst een overzicht gecreëerd worden in de keuze voor een arts (huisarts en kinderarts) die de ouders maken. Vooral de huisarts en de kinderarts zijn de meest geconsulteerde artsen voor de zorg voor kinderen. Met andere woorden: hoeveel ouders kiezen ervoor een kinderarts te consulteren en hoeveel ouders kiezen ervoor een huisarts te consulteren? Voor deze gegevens werd de Christelijke Mutualiteit gecontacteerd omdat zij de grootste mutualiteit van België is (ca. 4.500.000 leden), en meer dan 700.000 kinderen tussen 0 en 14 jaar verzekert. Hierdoor kunnen de volgende gegevens toch wel als representatief beschouwd worden voor de Belgische/Vlaamse bevolking (26).

1. Verdeling contacten bij de huisarts en pediater



Figuur 5: verdeling consulten door huisarts en pediater volgens leeftijd voor het jaar 2014 (27)

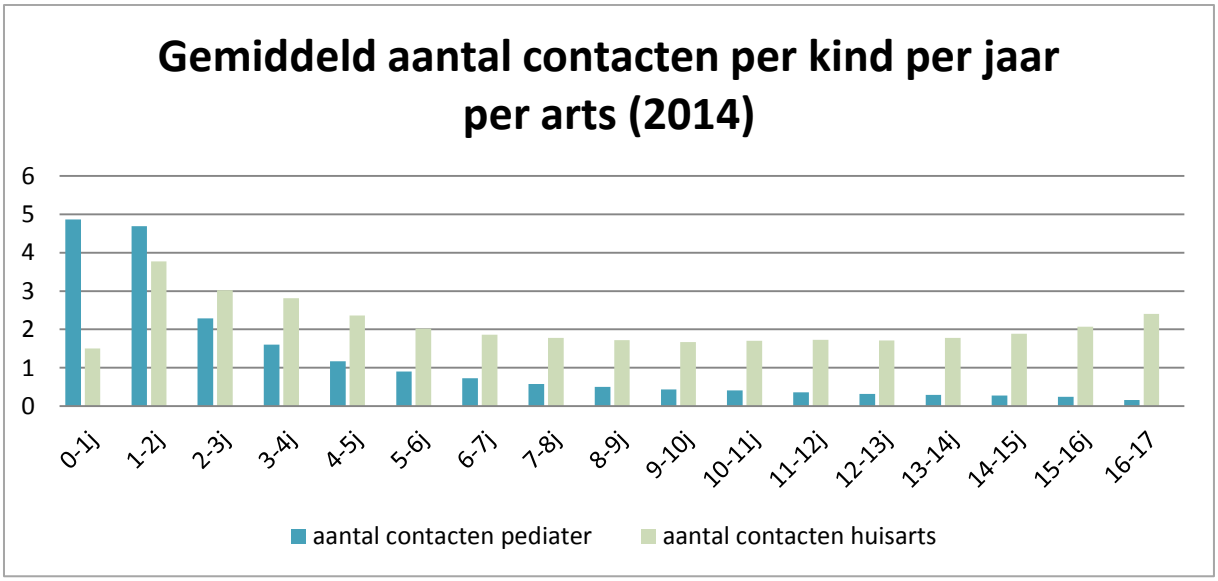
Voor het jaar 2014 bleek dat 76% van alle consultaties voor kinderen jonger dan 1 jaar gebeurden door de pediater. Slechts 24 % van de contacten voor baby's jonger dan 1 jaar gebeurde door de huisarts. Er is echter wel een duidelijke verschuiving zichtbaar naarmate de kinderen ouder worden. Van de kinderen tussen 3 en 4 jaar ging 64 % op consultatie bij de huisarts, terwijl nog slechts 36 % op consultatie is gegaan bij de pediater (27) (Figuur 5).

2. Evolutie van het aandeel contacten voor kinderen per arts tijdens de voorbije 10 jaar

Uit de gegevens van 2005 tot en met 2014 bleek dat het aandeel contacten door de huisarts en de pediater per leeftijdscategorie stabiel bleef de voorbije 10 jaar. M.a.w. de voorbije 10 jaar is er geen duidelijke verschuiving geweest van de verdeling van het aantal consulten door de huisarts en door de kinderarts voor de kinderen (27).

3. Aantal contacten per kind per arts

Betreffende het aantal contacten met de huisarts en kinderarts konden ook enkele interessante en relevante gegevens ingekeken worden. Het gemiddeld aantal contacten per kind per jaar per arts varieerden sterk naarmate de leeftijd steeg (27).



Figuur 6: gemiddeld aantal contacten per kind per jaar per arts 2014 (27)

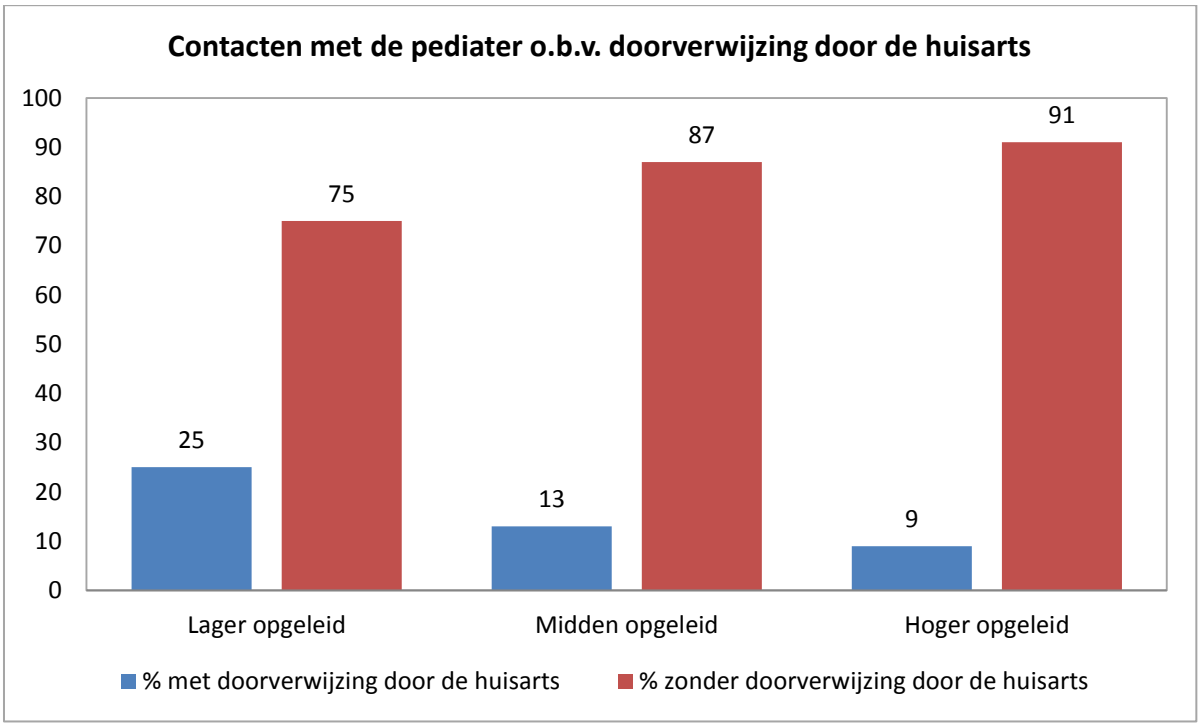
Bij de kinderen jonger dan 1 jaar waren er gemiddeld 6 contacten met de kinderarts en slechts gemiddeld 2 contacten met de huisarts. Een duidelijke toename in het aantal contacten van de kinderen met de huisarts zien we naarmate ze ouder worden. Vanaf de leeftijd van 1 jaar is er een verdubbeling in het aantal contacten met de huisarts. Voor de kinderartsen daalt het aantal contacten duidelijk naarmate de leeftijd van de kinderen stijgt (Figuur 6). Het hoger aandeel van contacten tijdens het eerste levensjaar van de kinderen kan uiteraard ook toe te schrijven zijn aan de vaccinaties die de baby's moeten krijgen tijdens hun eerste levensjaar. Volgens het huidige vaccinatieschema moeten kinderen tijdens hun eerste levensjaar op 4 verschillende momenten een vaccinatie krijgen (28).

4. Reden van contact met de pediater

Uit het Belgisch gezondheidsonderzoek van 2013 bleek dat 1 op 10 consultaties bij een pediater plaats vindt zonder dat er een klacht of gezondheidsprobleem is. Met andere woorden, 1 op 10 consultaties bij de kinderarts vindt plaats voor preventieve gezondheidszorg zoals vaccinaties en het meten van lengte en gewicht. 29% van de consulten kadert in een nieuw gezondheidsprobleem en de overige 61.5% kaderden in een gekend gezondheidsprobleem (16).

5. Doorverwijzing naar een arts

Uit gegevens van de Christelijke Mutualiteit van 21.900 volwassen leden, blijkt dat van alle patiënten die terecht kwamen bij een kinderarts, ongeveer 89% dit deed op eigen initiatief zonder doorverwijzing door de huisarts. Deze cijfers variëren echter afhankelijk van het opleidingsniveau van de ouders. Bij de hoger opgeleiden (hoger onderwijs) werd amper 9% doorverwezen, van de lager opgeleiden (lager onderwijs en lager secundair onderwijs) werd daarentegen ongeveer 25% doorverwezen door de huisarts naar de pediater (Figuur 7). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een de drempel om op consultatie te gaan bij de huisarts vaak veel lager ligt (goedkopere consultatie, makkelijker bereikbaar, gezinsarts,…), waardoor lager opgeleiden sneller zullen kiezen voor een consultatie bij de huisarts (29).

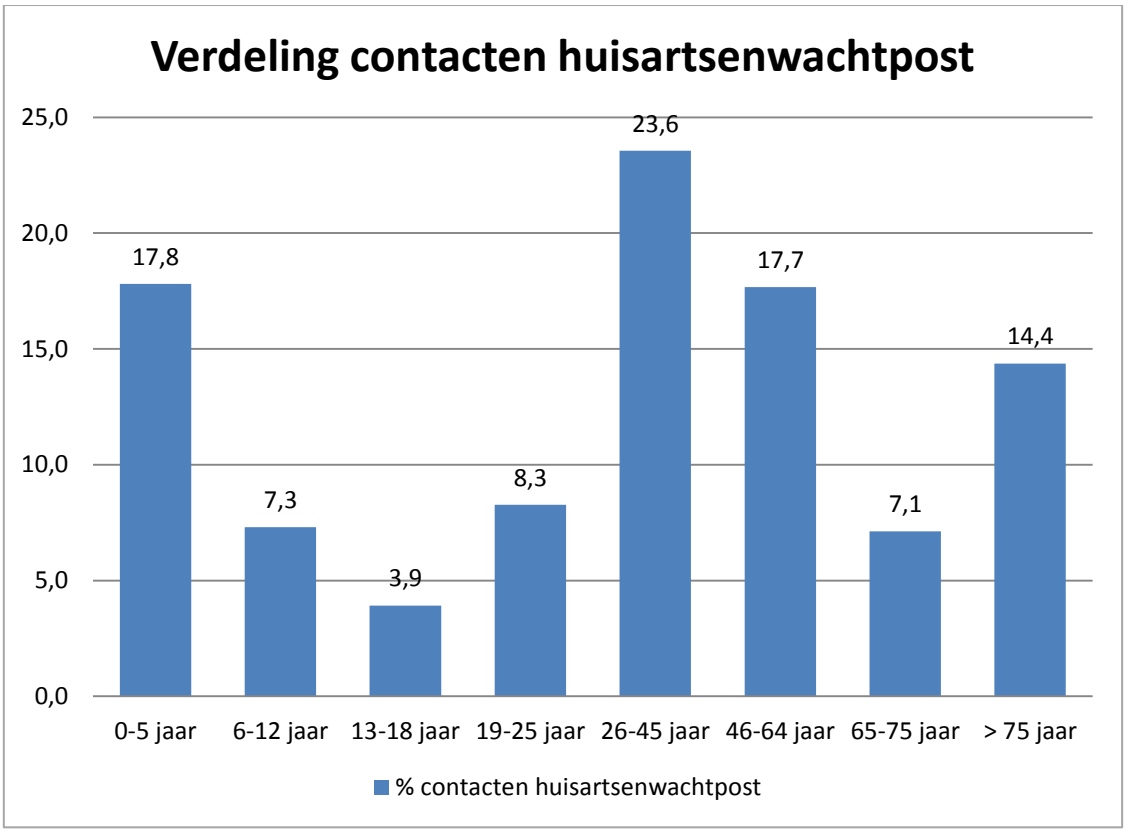


Figuur 7: contacten met de pediater op basis van doorverwijzing door de huisarts (29)

Deze resultaten werden eveneens onderzocht in de gezondheidsenquête. Daaruit bleek eveneens dat meer dan driekwart van de consultaties bij een kinderarts gebeurt op initiatief van de ouders zonder dat er een doorverwijzing is geweest door bijvoorbeeld de huisarts. Het zijn vooral de hoger opgeleiden die de grootste groep vormen die de kinderarts gaan consulteren. Lager opgeleiden gaan zich eerder wenden tot de huisarts bij een gezondheidsprobleem dan dat ze een kinderarts zullen raadplegen (16). Er zijn bovendien ook regionale verschillen merkbaar in de contacten met een specialist in het algemeen. In het Brusselse gewest komt een raadpleging bij een kinderarts significant frequenter voor dan in het Vlaamse en Waalse gewest.

6. Huisartsenwachtpost

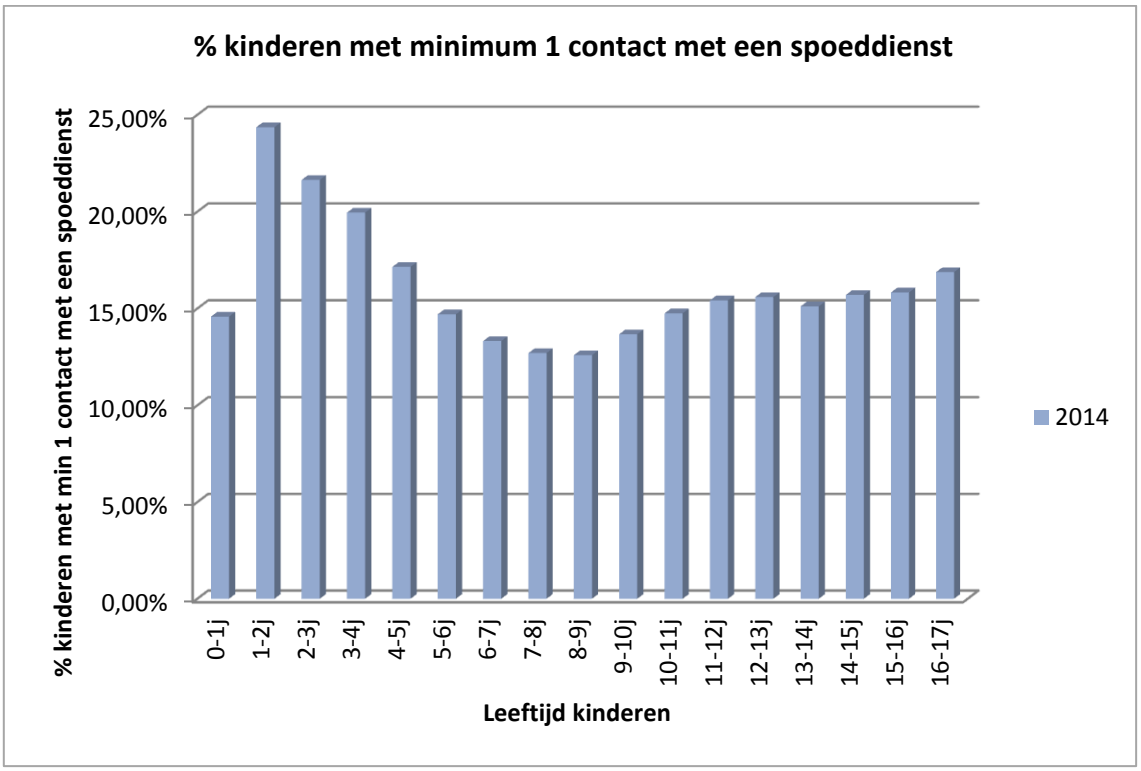
Uit gegevens opgevraagd bij de huisartsenwachtpost regio Aalst blijkt dat bij ongeveer 25% van alle contacten met de huisartsenwachtpost het ging om kinderen jonger dan 12 jaar (10 213 contacten tussen januari 2014 en december 2014) (Figuur 8) (30).



Figuur 8: leeftijdsverdeling van de contacten met een huisartsenwachtpost (30)

7. Kinderen op de spoeddienst

Via de Christelijke Mutualiteit (27) konden gegevens opgevraagd en ingekeken worden rond het aantal contacten van een minderjarige met een spoeddienst.



Figuur 9: % kinderen met minimum 1 contact met een spoeddienst (27)

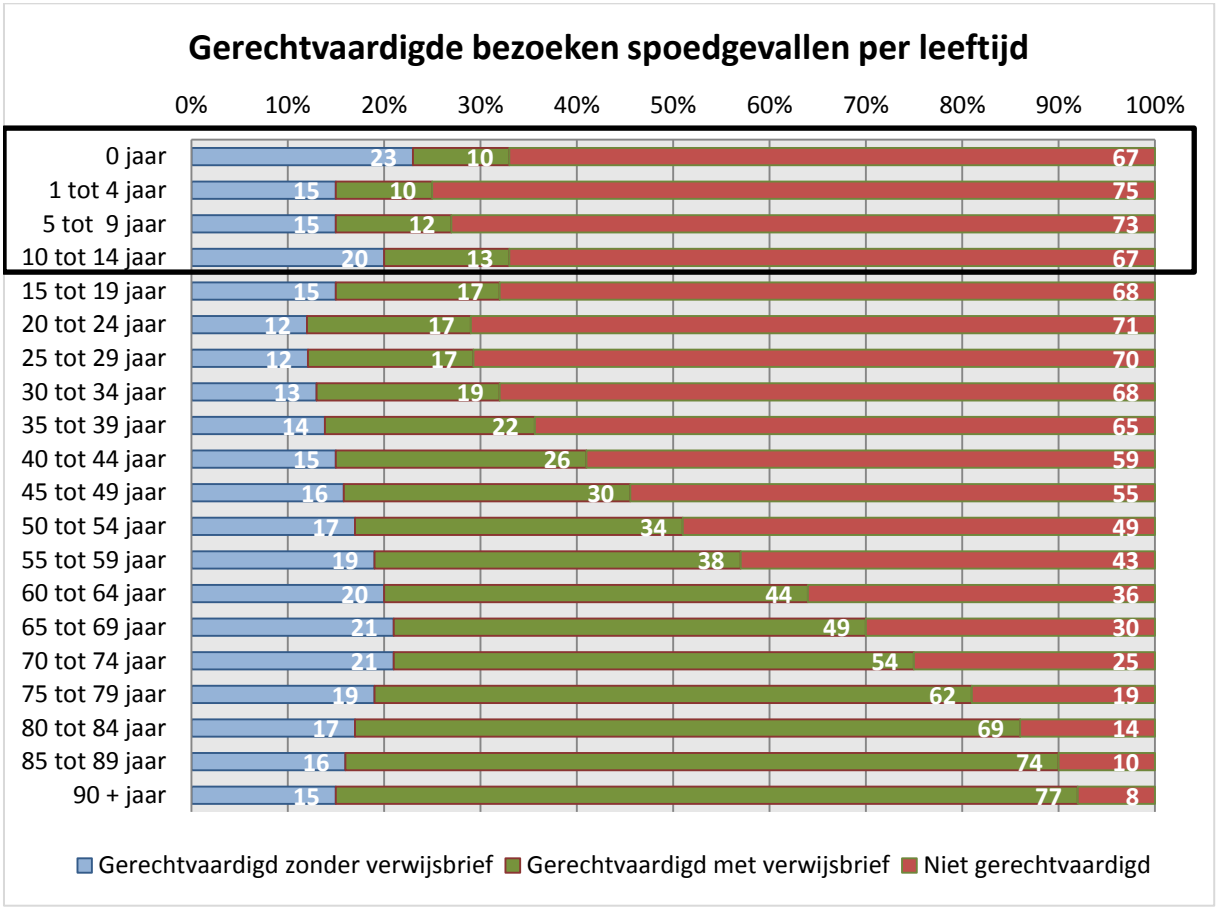
Van de kinderen jonger dan 1 jaar heeft ongeveer 15% minimum één keer de spoedopname gecontacteerd. Een duidelijke toename is zichtbaar voor kinderen tussen 1 en 2 jaar. Binnen deze leeftijdscategorie heeft bijna 1 kind op 4 minimum één contact gehad met de spoeddienst. Na de leeftijd van 2 jaar is er een dalende trend zichtbaar in de contacten met spoedopname (Figuur 9).

Bovendien is er de voorbije jaren een duidelijk stijgende trend zichtbaar rond het aantal kinderen die minimum één keer op de spoedopname zijn geweest. Een verklaring voor deze stijgende trend kan enerzijds zijn dat de drempel voor het contact met de spoeddienst steeds kleiner wordt. De verlaging van deze drempel kan door verschillende factoren te verklaren zijn. Ten eerst is er vaak een misperceptie rond het al dan niet contacteren van de spoedopname en het al dan niet contacteren van een huisarts. Soms denken patiënten dat de huisarts niet het nodige materiaal of de nodige kennis heeft om een bepaalde acute situatie aan te pakken. Een tweede verklaring voor de stijgende trend kan de financiële toestand van de patiënt zijn. Ondanks de invoering van de derde betalersregeling in de huisartsenpraktijk, blijft het aantal consulten op spoedopname stijgen. Op een spoedgevallendienst moeten patiënten –onafhankelijk van het feit dat ze recht hebben op de derde betalersregeling of niet- sowieso niets betalen op het moment van het contact, de rekening wordt pas later opgestuurd.

7.1. Gerechtvaardigde bezoeken aan een spoeddienst

De socialistische mutualiteiten maakten in 2008 een studie rond het aantal 'gerechtvaardigde bezoeken' op een spoeddienst (gegevens van 713.836 bezoeken aan een spoeddienst in 2008 binnen de leden van de socialistische mutualiteiten, 37.1% van alle bezoeken aan een spoeddienst in 2008) (31).
Om een bezoek aan de spoeddienst onder 'gerechtvaardigde bezoeken' te kunnen onderbrengen, werden volgende criteria vastgelegd:
-opnames op de spoedafdeling die gevolgd werden door een opname of een voorlopige opname
-patiënt die door een huisarts werd verwezen (de patiënten die door de MUG of de 100 gebracht zijn, worden hieraan gelijkgesteld)
-spoedopname met het plaatsen van een gips
-patiënt die de dag zelf overlijdt
-raadpleging door een psychiater op de afdeling spoedgevallen (psychiatrische spoedbehandeling)
- een bevalling binnen de 3 maanden.

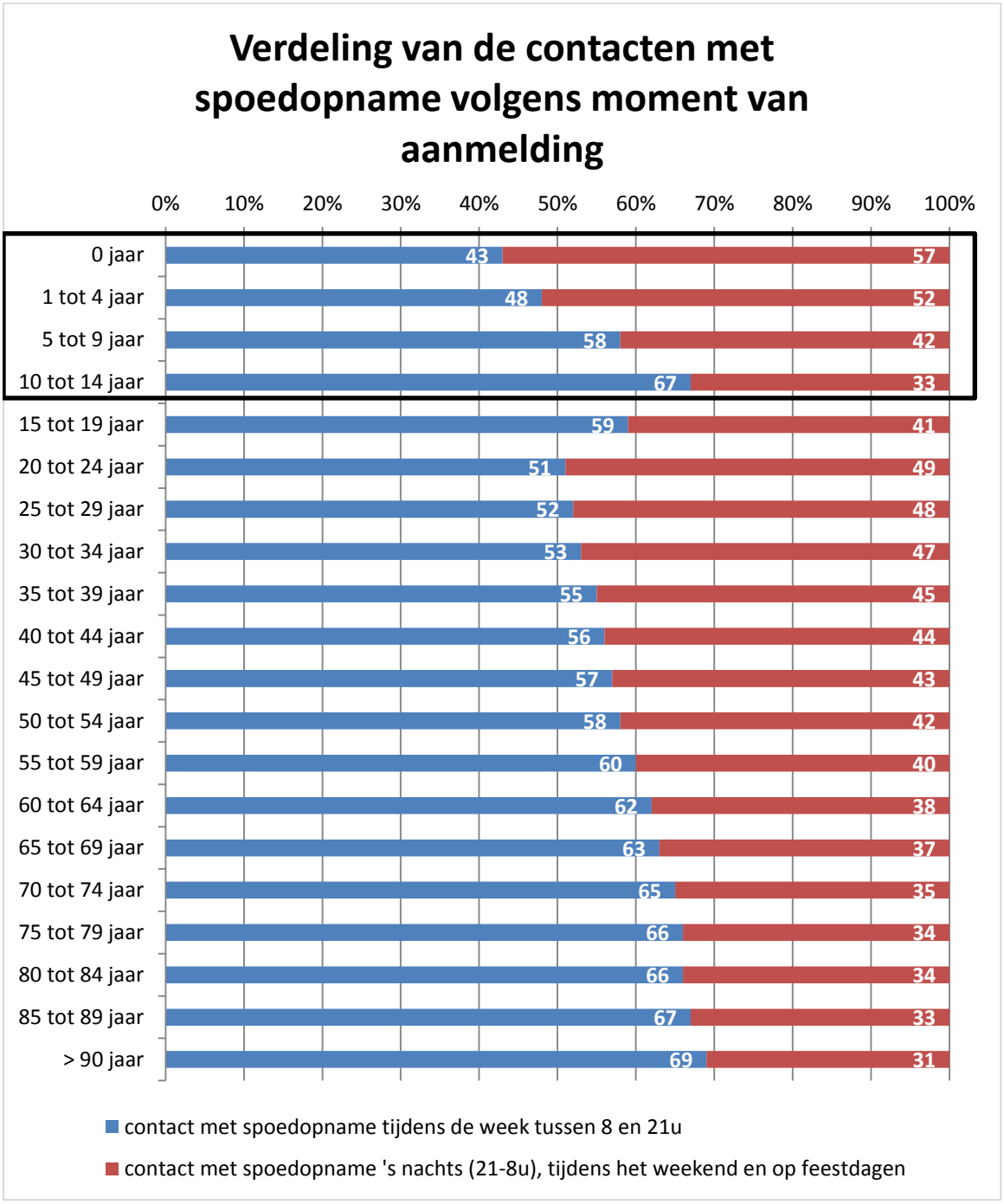
Uit deze gegevens bleek dat 67% van de bezoeken aan een spoeddienst voor kinderen jonger dan 1 jaar als 'niet-gerechtvaardigd' beschouwd werden. Van de kinderen tussen 1 en 9 jaar waren slechts 1/4 van de contacten met de spoeddienst geklasseerd als 'gerechtvaardigd'. Bovendien wordt slechts 1 op 10 kinderen die de spoeddienst consulteerden doorverwezen door de huisarts, 9 op 10 ouders gingen naar de spoedopname op eigen initiatief (Figuur 10) (31).



Figuur 10: gerechtvaardigde bezoeken spoedgevallen per leeftijd (31)

7.2. Tijdstip van bezoek op de spoedafdeling

Uit hogervermelde studie van de socialistische mutualiteiten (31) bleek dat 46% van de consulten voor kinderen jonger tot 14 jaar op spoedopname plaats vond tussen 21u 's avonds en 8u 's ochtends, of tijdens het weekend of feestdagen. Bij de jongste kinderen (tussen 0 en 4 jaar) consulteerden meer dan de helft vooral 's nachts en in het weekend of tijdens feestdagen de spoedopname. De oudere kinderen consulteerden daarentegen meestal overdag de spoeddienst (Figuur 11).



Figuur 11: Verdeling van de contacten met spoedopname volgens moment van aanmelding (31)

8. Kind & Gezin

Uit gegevens van Kind & Gezin voor het Vlaams Gewest uit 2007 blijkt dat 90% van de kinderen minimum 1 keer in hun eerste levensjaar op consultatie geweest zijn in een consultatiebureau van Kind & Gezin. Meer dan de helft ging zelfs 6 keer of meer op consultatie bij Kind & Gezin. Waarom 10% van de ouders nooit op consultatie zijn gegaan bij Kind & Gezin met hun baby kan verscheidene redenen hebben. Sommige ouders verkozen de huisarts of de kinderarts voor deze preventieve consultaties, andere ouders zijn tijdens het eerste levensjaar van hun baby verhuist, nog andere ouders wensen geen contact of preventieve opvolging (door Kind & Gezin) (32).

Onderzoeksmethodiek

1. Ethische commissie

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis te Gent op 09 februari 2015 met als registratienummer B670201523574. Het protocol (bijlage 1) en de goedkeuring van commissie voor medische ethiek (bijlage 2) zijn toegevoegd op het einde van deze masterproef.

2. Materiaal en methodes

2.1. Opstellen vragenlijsten

Aan de hand van de literatuur en de interviews uit de manama thesis van Van Conkelberghe et.al. (15) werd een vragenlijst opgesteld voor de ouders. Er werd bewust gekozen om verder te gaan op de interviews uitgevoerd door bovengenoemde auteurs, omdat hun interviews werden afgenomen binnen de Belgisch gezondheidszorg, in tegenstelling tot de andere soorten gezondheidszorg die in de buitenlands artikels automatisch verwerkt zaten.

Deze vragenlijst omvat 8 vragen voor de ouders die met hun kind naar de huisarts gaan en 6 vragen voor de ouders die met hun kind(eren) naar de pediater gaan. Bovendien werden er ook 10 socio-demografische vragen gesteld aan beide groepen. (bijlage 4)

De enige **voorwaarde** tot deelname aan dit onderzoek was om minimum één zoon of dochter te hebben die jonger dan 12 jaar was op het moment van het invullen van de vragenlijst.

Er werd bij de vragenlijst ook steeds een begeleidende brief toegevoegd waarin de opzet van het onderzoek uitgebreid werd uitgelegd, en een informed consent die de ouders moesten handtekenen indien ze wilden deelnemen aan de studie (bijlage 3).

2.2. Verspreiden van de vragenlijsten

De vragenlijsten werden zowel op papier als digitaal verspreid.

De **papieren vragenlijsten** werden vooral verspreid via de twee opleidingspraktijken in regio Dilbeek en regio Aalst. Patiënten namen regelmatig ook vragenlijsten mee voor andere ouders die ze kenden.

De **online vragenlijsten** werden verspreid via verscheidene digitale kanalen zoals fora voor ouders, e-mail en sociale media.

Door deze twee verschillende verspreidingsvormen te combineren kon een gevarieerd, uitgebreid publiek bereikt worden wat voor een grotere representativiteit zorgt.

2.3. Methodologie

De data werden anoniem verwerkt. Het informed consent-formulier waar de naam van de deelnemer op geschreven staat, werd onafhankelijk van de vragenlijst bijgehouden.

De data werden verwerkt via het statistisch programma SPSS.

- **Datacleaning** gebeurde op verschillende parameters
    - *Welke arts verkiest U als behandelende arts*
        - De vragenlijsten waarbij er 2 antwoorden gegeven werden op deze vraag werden geëxcludeerd omdat dit de vraag is waarop de hele analyse gebaseerd is
            - Het ging hier om 6 vragenlijsten die om deze reden geëxcludeerd werden
    - *Wat zijn de drie belangrijkste redenen om in eerste instantie voor de huisarts te kiezen?*
        - Wanneer ouders meer dan 3 antwoorden gaven op deze vraag, werd deze vraag geëxcludeerd
            - Het ging hier om 10 personen die meer dan 3 antwoorden gaven, deze vraag werd dan ook ingegeven als missing bij deze 10 personen
    - *Wat zijn de 2 belangrijkste redenen om in eerste instantie voor de pediater te kiezen?*
        - Wanneer ouders meer dan 2 antwoorden gaven op deze vraag, werd deze vraag geëxcludeerd
            - Het ging hier om 2 personen die meer dan 2 antwoorden gaven, deze vraag werd dan ook ingegeven als missing bij deze 2 personen
    - *Wat zijn de 2 belangrijkste redenen om niet voor de huisarts te kiezen?*
        - Wanneer ouders meer dan 2 antwoorden gaven op deze vraag, werd deze vraag geëxcludeerd
            - Het ging hier om 6 personen die meer dan 2 antwoorden gaven, deze vraag werd dan ook ingegeven als missing bij deze 6 personen
    - Meerdere antwoorden op bepaalde vragen
        - Op de vragen welke arts de ouders verkiezen in bepaalde situaties (preventie/acute situaties/weekend) hebben sommige ouders meerdere artsen aangeduid, ondanks dat er in de vraag stond dat ze slechts 1 arts mochten aanduiden. Deze vragen werden niet geëxcludeerd maar werden ge-hercodeerd naar een groep ‘meerdere’
- Berekeningen/hercoderingen
    - Arts bij de geboorte
        - Deze vraag werd niet expliciet gesteld binnen de vragenlijst, maar was wel afleidbaar uit de andere vragen binnen de lijst dmv de huidige arts (Huisarts/pediater); de leeftijd waarop ouders geswitched zijn naar de HA, en de vraag of ze reeds vanaf de geboorte bij de huisarts zijn gegaan met hun kind.
    - Leeftijd eerste kind
        - Dit kon berekend worden uit leeftijd van de ouder min de leeftijd van het oudste kind
    - Leeftijden
        - Sommige ouders gaven voor de leeftijd van hun kind vaak het aantal maanden aan. Dit werd omgezet naar de leeftijd in jaren.
    - Diploma’s
        - Deze groepen werden gehercodeerd naar niet-universitair vs. universitair

- Analyses
    - Enkelvoudige analyses
        - Om de P-waardes te berekenen werd de chi-kwadraat test gebruikt
            - Bij elke significante P-waarde werd vervolgens de odds-ratio berekend, ofwel via de 2 X 2 tabel, ofwel –bij grotere tabellen- via de multinomiale logistische regressie
    - Een binomiale/multinomiale logistische regressie werd gebruikt als model voor de sociale determinanten
        - Om een verband te kunnen aantonen tussen een categorische variabele en een continue variabele (keuze arts vs. Leeftijden) werd de kruskall-Wallis test, de Mann-Whitney-U test en de One Way Anova gebruikt.

Resultaten

1. Exclusie- en inclusiecriteria

6 vragenlijsten waarbij de respondenten geen of meerdere antwoorden gaven op de vraag '*wie verkiest U als behandelende arts voor uw kind*' werden geëxcludeerd.

Indien de respondent méér antwoorden heeft gegeven dan het gevraagde aantal antwoorden Bijvoorbeeld vraag 2: *Duid de 3 belangrijkste redenen aan om in eerste instantie voor de huisarts te kiezen wanneer U met uw kind naar een arts gaat*; vraag 3: *Duid de 2 belangrijkste redenen aan om in eerste instantie voor de kinderarts te kiezen wanneer U met uw kind naar een arts gaat*; vraag 3b: *Ik verkies de kinderarts boven de huisarts voor de zorg voor mijn kind omdat (duid de 2 belangrijkste redenen aan)*) werd de desbetreffende vraag als 'missing' gecodeerd. De vragenlijst bleef wel geïncludeerd, maar de vraag die foutief werd beantwoord, werd niet opgenomen in de resultaten.

2. Resultaten

2.1 Onderzoekspopulatie

a. Aantal respondenten

406 ouders namen deel aan dit onderzoek. 265 antwoorden werden online ontvangen, 141 antwoorden werden op papier geregistreerd. 400 vragenlijsten konden geïncludeerd worden, 6 werden geëxcludeerd omwille van geen of meerdere antwoorden op de hoofdvraag wie zij als behandelend arts kozen voor hun kind. Op deze laatste vraag zal het volledige onderzoek en bijhorende analyse gebaseerd worden, waardoor elke vragenlijst met meerdere antwoorden of blanco antwoord op deze vraag, geëxcludeerd werd. Deze 6 geëxcludeerde vragenlijsten waren op papier ingevuld, want digitaal waren meerdere antwoorden of blanco antwoorden op deze vraag niet mogelijk.

b. Leeftijdsverdeling

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 34,5 jaar. De jongste respondent was 22 jaar, de oudste 50 jaar.

c. Geslacht

Vooral de moeders vulden de vragenlijst in. Zij waren goed voor 91% van de respondenten (N = 356), terwijl slechts 9% van respondenten (N=36) vertegenwoordigd werden door de vaders. De overige 8 personen vulden hun geslacht niet in.

Tabel 1: verdeling populatie op basis van geslacht

Geslacht	Aantal	Percentage
Vrouw	356	91%
Man	36	9%
Missing	8	

d. Diploma

14.8% (N=59) van de ouders die de vragenlijst invulden hadden een diploma van **secundair onderwijs**, 47% (N=188) had een diploma van **hoger onderwijs**, en 38.2% (N=153) van de ouders had een **universitaire opleiding**. Binnen dit onderzoek was er geen enkele ouder die enkel het diploma van **lager onderwijs** behaald had.

Tabel 2: verdeling populatie op basis van diploma

Hoogst behaalde diploma	Aantal	Percentage
Lager onderwijs	0	0%
Secundair onderwijs	59	14.8%
Hoger onderwijs	188	47%
Universitair onderwijs	153	38.2

e. Woonplaats

De woonplaats van de respondenten was zeer variabel. Vooral in regio Aalst en regio Dilbeek was de grootste groep van respondenten gelokaliseerd gezien de onderzoeker in deze regio's voornamelijk werkzaam was. Maar door de online verspreiding van de vragenlijsten kon echter een grotere geografische spreiding bekomen worden (Figuur 12).



Figuur 12: geografische verdeling van de respondenten

f. Burgerlijke stand

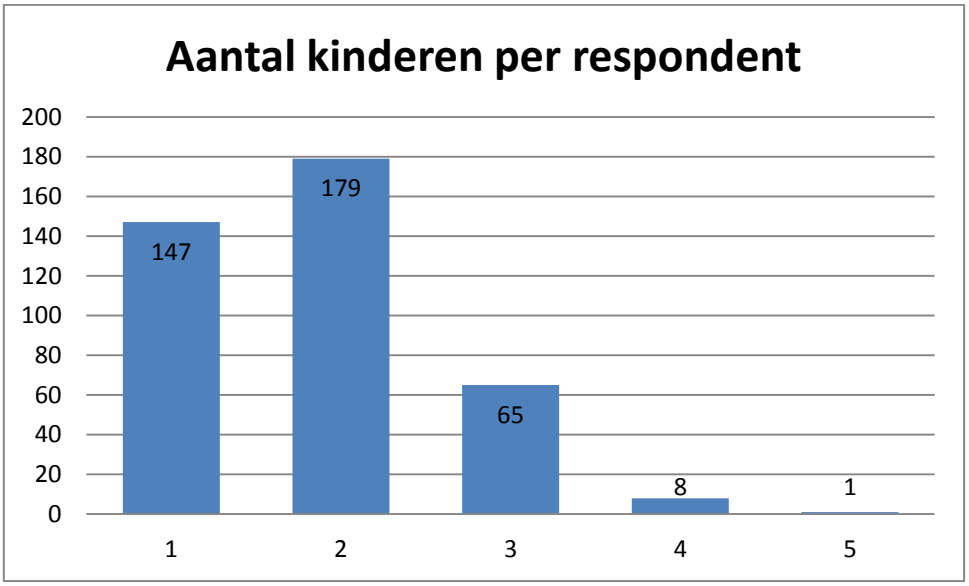
94.7% van de ouders (N=375) was gehuwd of samenwonend, en slechts 5.3% van de ouders (N=21) was alleenstaand. 4 ouders lieten deze vraag onbeantwoord.

Tabel 3: verdeling van de respondenten op basis van burgerlijke stand

Burgerlijke stand	Aantal	Percentage
Alleenstaand	21	5.3%
Gehuwd/samenwonend	375	94.7%
Missing	4	

g. Aantal kinderen

47% van de ouders heeft 1 kind, 45% van de ouders heeft 2 kinderen, 16% heeft 3 kinderen, 2% heeft 4 kinderen en slechts 0.3% heeft 5 kinderen. De ouders uit dit onderzoek hebben gemiddeld 1,8 aantal kinderen (Figuur 13).



Figuur 13: aantal kinderen per respondent

h. Ernstige gezondheidsproblemen

35 ouders vermeldden dat hun kind ernstige gezondheidsproblemen heeft. Dit aantal komt overeen met 8.8% van de onderzoekspopulatie. Er werden geen blanco antwoorden op deze vraag geregistreerd.

i. Verdeling huisarts/pediater

66% van de ouders (N=264) verkozen de huisarts als centrale arts voor de zorg voor hun kind. 32 % van de ouders (N=128) verkoos eerder de pediater en 2% koos voor nog een andere arts. Ouders die **'andere'** aangeduid hebben als behandelende arts gaven de volgende artsen/redenen op: *Pediater onder 2 jaar, dan huisarts; leeftijd onder 1 jaar kinderarts, boven 1 jaar huisarts; Ik maak een afspraak bij wie het eerst plaats vrij heeft; Homeopaat; Combinatie van de twee; ben zelf arts; beide; als baby de KA van Kind & Gezin, daarna huisarts.*

j. arts bij de geboorte

Één derde van de ouders zijn vanaf de geboorte van hun kind bij de huisarts langs gegaan voor medische opvolging. Bijna 2/3 ging bij de pediater voor medische zorg in de periode na de geboorte van het kind.

Tabel 4: arts vanaf de geboorte van het eerste kind

Arts vanaf de geboorte	Aantal (N)	Percentage (%)
Huisarts	150	38.3%
Pediater	242	61.7%

De **gemiddelde leeftijd** waarop ouders overschakelen van de pediater naar de huisarts voor de zorg voor hun kind is 2,4 jaar.

k. Overzicht

Tabel 5: overzicht van de onderzoekspopulatie

Huidige arts:	Huisarts	Pediater	TOTAAL
Gem. leeftijd bij geboorte van het eerste kind	28,4 jaar	27,9 jaar	
Gem. aantal kinderen	1,86 kinderen	1,77 kinderen	
Geslacht			
-Aantal mannen	25	11	36 (9,1%)
-Aantal vrouwen	239	117	356 (91,9%)
Diploma			
-Secundair onderwijs	38	19	57 (14,6%)
-Hoger onderwijs	114	70	184 (46,9%)
-Universitair onderwijs	112	39	151 (38,5%)
Burgerlijke stand			
-Alleenstaand	16	5	21 (5,4%)
-Gehuwd/samenwonend	245	122	367 (94,6%)
Ernstige gezondheidsproblemen			
-Ja	16	19	35 (8,9%)
-Neen	248	109	1,1%)

2.2 Redenen om voor een bepaalde arts te kiezen

2.2.1 Waarom kiezen ouders voor de huisarts?

1. De huisarts zal mij doorverwijzen als hij het nodig vindt (N=171; 64.8%)
2. Mijn huisarts kent mijn volledige gezin (N=121; 45.8%)
3. Ik heb veel vertrouwen in mijn huisarts (N=98; 37.1%)
4. Ik kan het snelst een afspraak krijgen bij mijn huisarts (N=87; 33.0%)
5. Ik heb uit het verleden goede ervaringen met mijn huisarts (N=83; 31.4%)
6. Mijn huisarts woont dichtbij (N=52; 19.7%)
7. Mijn huisarts is steeds bereikbaar (N=30; 11.4%)
8. Mijn huisarts is kindvriendelijk (N=28; 10.6%)
9. De huisarts is goed opgeleid voor de zorg voor kinderen (N=25; 9.5%)
10. Ik kan 's avonds ook langsgaan bij mijn huisarts (N=17; 6.4%)
11. Mijn huisarts heeft zelf (jonge) kinderen (N=17; 6.4%)
12. Andere (N=11; 4.2%)
    a. mijn kinderen zijn geen baby's meer! Voor baby/peuter ga ik liever langs huisarts
    b. Hij is mijn echtgenoot
    c. Kinderarts is enkel voor specifieke/ernstigere problemen
    d. huisarts gespecialiseerd in homeopathie
    e. mijn huisarts heeft een bijkomende antroposofische opleiding gedaan
    f. er was geen pediater in de omgeving
    g. Huisarts is familie
    h. Bij kleine klachten (verkoudheid,…) huisarts
    i. Huisarts van mijn kinderen is familie
    j. Groepspraktijk waarbij alle dokters het dossier kennen van mijn kind
    k. Huisarts komt aan huis, makkelijk bij kinderen < 2j (anders lange wachttijd in de wachtzaal)
13. Een consultatie bij mijn huisarts is goedkoper (N=9; 3.4%)
14. Andere ouders gaan met hun kinderen ook bij de huisarts (N=3; 1.1%)
15. Advies van familie/vrienden (N=1; 0.4%)

De belangrijkste reden voor de ouders om de huisarts te kiezen als behandelende arts is omdat ouders er van overtuigd zijn dat de huisarts weet wanneer hij de behandeling in eigen beheer kan houden en anderzijds wanneer hij het kind al dan niet moet doorsturen naar een andere arts. De tweede belangrijkste reden die de ouders naar voorschuiven bij hun keuze voor de huisarts is het feit dat de huisarts toch nog steeds als 'gezinsarts' wordt gezien. De huisarts kent het volledige gezin en de sociale situatie , en dat is voor ouders ook een sterke doorslaggevende factor bij hun keuze voor de huisarts. De top 3 van belangrijkste redenen om voor de huisarts te kiezen wordt afgesloten door het vertrouwen dat ouders hebben in hun huisarts.

2.2.2 Waarom kiezen ouders voor de pediater?

1. De kinderarts kan de beste diagnose stellen en de beste behandeling starten bij mijn kind omdat hij de meeste ervaring heeft met (zieke) kinderen (*N=83, 63.4%)*
2. Ik heb het meeste vertrouwen in de kinderarts voor de zorg voor mijn kind *(N=61; 47.7%)*
3. Ik kwam bij de geboorte reeds in contact met de kinderarts en sindsdien ben ik voor de zorg van mijn kind bij hem/haar blijven gaan *(N=45; 35.2%)*
4. Ik kan het snelst bij de kinderarts terecht wanneer mijn kind ziek is (N=12; 9.4%)
5. Ik ga met al mijn kinderen op consultatie bij de kinderarts (N=10; 7.8%)
6. Andere (N=9; 7.0%)
    a. Aanvankelijk werd mij niet verteld dat ik met mijn zoontje van enkele maanden oud ook bij de huisarts terecht kon. De kinderarts gaf bij de geboorte in het ziekenhuis aan altijd daar terecht te kunnen
    b. kinderarts is goede kennis
    c. Ik ben verpleegster op pediatrie
    d. Vooral voor mijn dochter: zij heeft een sociaal probleem en het "klikt" heel goed met de kinderarts
    e. Ik ben zelf werkzaam als verpleegkundige op kinderafdeling in ziekenhuis
    f. een pediater heeft specifiek gekozen voor deze doelgroep
    g. Kinderarts kent de voorgeschiedenis van mijn kinderen
    h. kinderarts is beter in staat in mond en oren te kijken dan de huisarts. Duidelijk meer ervaring met "lastige" peuters.
    i. Letterlijk iedere keer dat ik bij de huisarts ben geweest met mijn kids, werd ik doorverwezen werd ik doorverwezen naar de kinderarts. Nu ga ik gewoon rechtstreeks…
7. Mijn kind heeft speciale zorgen nodig waarvoor ik enkel bij de kinderarts terecht kan (bv. chronische problemen met de organen, aangeboren afwijkingen,…) (N=8; 6.3%)
8. Advies van familie/vrienden/andere ouders: zij gaan ook bij de kinderarts langs voor de zorg voor hun kind(eren) (N=5; 3.9%)
9. De huisarts heeft mij naar de kinderarts doorverwezen voor de zorg voor mijn kind (N=1; 0.8%)

De belangrijkste redenen waarom ouders voor de pediater kiezen is omdat ze van mening zijn dat deze de beste diagnose kan stellen bij hun kind en meteen ook de beste behandeling kan starten. Dit hangt nauw samen met de tweede belangrijkste reden waarom ouders voor een pediater kiezen: het vertrouwen dat zij hebben in hun kinderarts. De derde reden waarom ouders voor de pediater kiezen is omdat zij van bij de geboorte reeds in contact zijn gekomen met de pediater, en voor opvolging dan ook bij hem zijn blijven verder gaan.

De minst belangrijke redenen voor de ouders om voor de pediater te kiezen, is advies van andere ouders, familie en/of vrienden.

Van alle ouders uit deze vragenlijst is er maar één enkele ouder die aanduidt dat zij effectief werd doorverwezen door de huisarts naar de pediater.

2.2.3 De belangrijkste redenen om niet voor de huisarts te kiezen als behandelende arts te kiezen

1. Ik denk dat mijn huisarts minder goed de diagnose kan stellen en de behandeling kan starten bij mijn ziek kind (N=77; 60.2%)
2. Andere (N=43; 33.6%)
3. Ik ga liever naar een ziekenhuis-setting met mijn kind zodat eventuele aanvullende onderzoeken of een ziekenhuisopname meteen kunnen plaats vinden (N=38; 29.7%)
4. Ik denk dat de huisarts niet beschikt over al het materiaal om mijn kind te onderzoeken/behandelen (N=25; 19.5%)
5. Ik zie weinig kinderen in de wachtzaal bij de huisarts waardoor ik vermoed dat hij weinig ervaring heeft met (zieke) kinderen (N=11; 8.6%)
6. Ik vind mijn huisarts niet kindvriendelijk (N=7; 5.5%)
7. Ik heb zelf geen huisarts (N=2; 1.6%)

Ouders die liever bij de pediater gaan, gaven als belangrijkste reden dat ze van mening zijn dat de huisarts minder goed de diagnose kan stellen en een behandeling kan starten bij kinderen. Één derde van de ouders gaf zelf een andere reden (bijlage 5) aan waarom ze liever bij de pediater gaan. Deze redenen zijn wat uiteenlopend, maar de rode draad is uiteraard persoonlijke ervaring met de huisarts/pediater. De derde reden die de ouders als belangrijk beschouwden was het feit dat eventuele aanvullende onderzoeken of een opname meteen konden plaatsvinden in het ziekenhuis.

2.2.4 Besluit

De rode draad in bovenstaande redenen om al dan niet voor een bepaalde arts te kiezen is vertrouwen. Dit is dé belangrijkste factor binnen iedere arts-patiënt relatie. Zonder vertrouwen van de ouders in de arts (en omgekeerd), zal de zorgrelatie veel moeilijker verlopen. Uiteraard zijn al deze redenen vrijwel steeds gebaseerd op een persoonlijke visie en persoonlijke ervaringen van de ouders. Anderzijds geven deze antwoorden ook wat duidelijkheid en inzicht in de redenen waarom ouders voor een bepaalde arts kiezen. Op deze redenen kunnen (huis)artsen dan ook inspelen wanneer ouders twijfelen tussen de pediater of de huisarts voor hun kind.

2.3 Keuze voor de behandelende arts

2.3.1 Persoonlijke kenmerken van de ouders

***Vraagstelling/hypothese**: Welke persoonlijke kenmerken van de ouders beïnvloeden hun keuze om voor de huisarts dan wel de pediater te kiezen als behandelende arts?*

Wanneer alle persoonlijke factoren van de ouders en kinderen in één model gegoten worden (Figuur 14), krijgen we onderstaande tabel. Hieruit blijkt dat enkel het diploma van de ouders, de gezondheidstoestand van het kind en de leeftijd van het jongste kind op onafhankelijke wijze invloed hebben op de keuze tussen de huisarts en de pediater als behandelende arts.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1[a]	geslacht_recode(1)	-,074	,421	,031	1	,861	,929	,407	2,122
	leeftijd	,878	,647	1,841	1	,175	2,405	,677	8,545
	lft_ouders_eerste_kind	-,913	,647	1,990	1	,158	,401	,113	1,427
	Diploma			6,698	2	,035			
	Diploma(1)	-,218	,353	,383	1	,536	,804	,403	1,605
	Diploma(2)	-,672	,260	6,685	1	,010	,511	,307	,850
	burgerlijkestandNIEUW (1)	,217	,558	,151	1	,697	1,243	,416	3,710
	Hoeveelkinderen	-,356	,298	1,428	1	,232	,700	,390	1,256
	leeftijdoudstekind	-,841	,642	1,717	1	,190	,431	,123	1,517
	leeftijdjongstekind	-,224	,096	5,509	1	,019	,799	,663	,964
	ernstiggezondheidsprobleem(1)	-1,265	,405	9,754	1	,002	,282	,128	,624
	Constant	2,803	1,477	3,600	1	,058	16,491		

a. Variable(s) entered on step 1: geslacht_recode, leeftijd, lft_ouders_eerste_kind, Diploma, burgerlijkestandNIEUW, Hoeveelkinderen, leeftijdoudstekind, leeftijdjongstekind, ernstiggezondheidsprobleem.

Figuur 14: logistische regressie beïnvloedende factoren voor een behandelende arts[12345]

[1] Diploma (1) = Middelbaar onderwijs vs. Hoger onderwijs
[2] Diploma (2) = Universiteit vs. Hoger onderwijs
[3] Geslacht (1) = Vrouw vs. Man
[4] Burgerlijke stand (1) = Gehuwd/samenwonend vs. alleenstaand
[5] Ernstiggezondheidsprobleem (1) = Neen vs. ja

- **Huidige leeftijd ouders**

De huidige leeftijd van de ouders speelt geen rol in de keuze voor een behandelende arts (P=0.175)

- **Leeftijd ouders bij de geboorte**

De gemiddelde leeftijd van de ouders bij de geboorte van het eerste kind was zeer sterk gelijklopend in beide onderzoeksgroepen. Er kon dan ook geen significant statistisch verschil (P=0.158) aangetoond worden tussen de leeftijd waarop ouders hun eerste kind kregen en de keuze voor de huidige behandelend arts van hun kind.

Tabel 6: gemiddelde leeftijd waarop ouders hun eerste kind kregen

	Huidige arts	
	Huisarts	**Pediater**
Gemiddelde leeftijd eerste kind	28.5 jaar	28.2 jaar

- **Geslacht van de ouders**

Er waren slechts 35 mannen die de vragenlijst invulden, ten opzichte van 356 vrouwen. Er kon dan ook geen significant statistisch verschil (P=0.861) aangetoond worden tussen de mannen en de vrouwen die de vragenlijst invulden wanneer het ging over de keuze voor een behandelende arts.

Tabel 7: verdeling man/vrouw binnen de onderzoekspopulatie

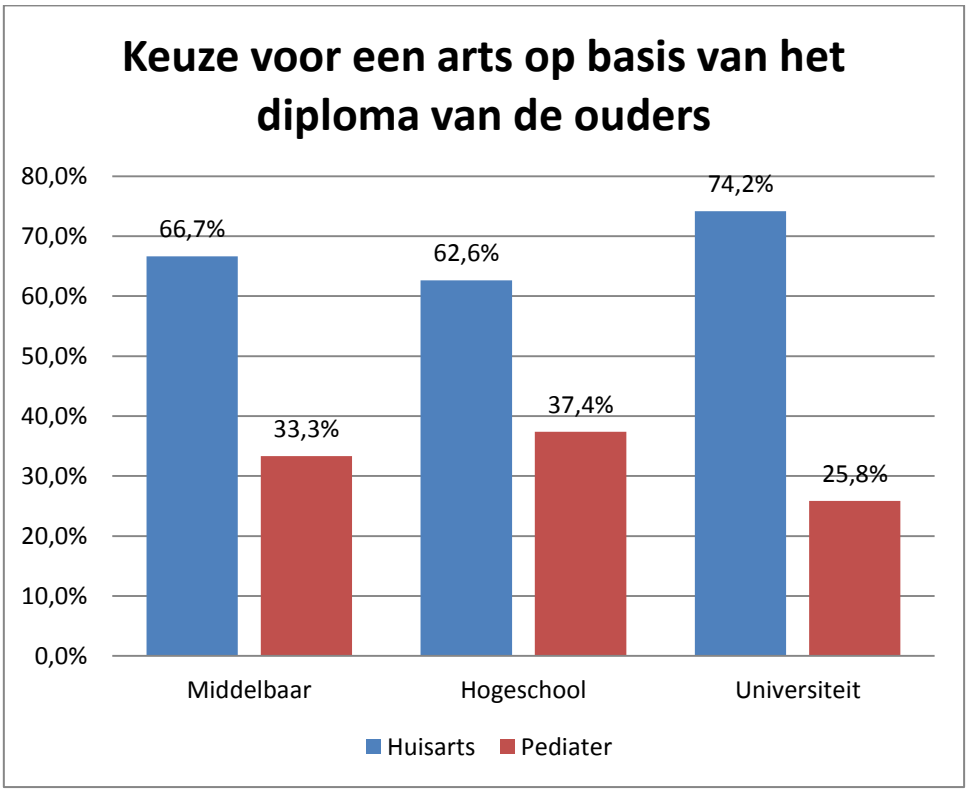
	Huidige arts	
	Huisarts	**Pediater**
Mannen	25	11
Vrouwen	239	117

- **Diploma ouders**

Het **opleidingsniveau van de ouders** is - na correctie voor de andere variabelen in het model - een beïnvloedende factor voor de keuze van de ouders om naar een huisarts dan wel naar de pediater te gaan (P=0.035).

Wanneer de ouders een universitaire opleiding genoten hebben, is de odds om naar de pediater te gaan, bijna de helft kleiner in vergelijking met de ouders die een diploma hoger onderwijs (hogeschool) hebben (P=0.010; OR=0.511: 95%BI [0.307-0.850]). Met andere woorden, de odds om naar de huisarts te gaan, verdubbelt wanneer de ouders een universitair diploma hebben in vergelijking met de ouders met een diploma hoger onderwijs (OR=1.958; 95%BI [1.177-3.258]).

Ouders met een universitair diploma kiezen dus eerder voor de huisarts, ouders met en diploma hoger onderwijs kiezen eerder voor de pediater.



Figuur 15: Keuze voor een arts op basis van het diploma van de ouders

Bij de ouders met een universitair diploma verkiest bijna 75% de huisarts als behandelende arts voor hun kind, en slechts één vierde van deze ouders zal voor de pediater kiezen (Figuur 15).

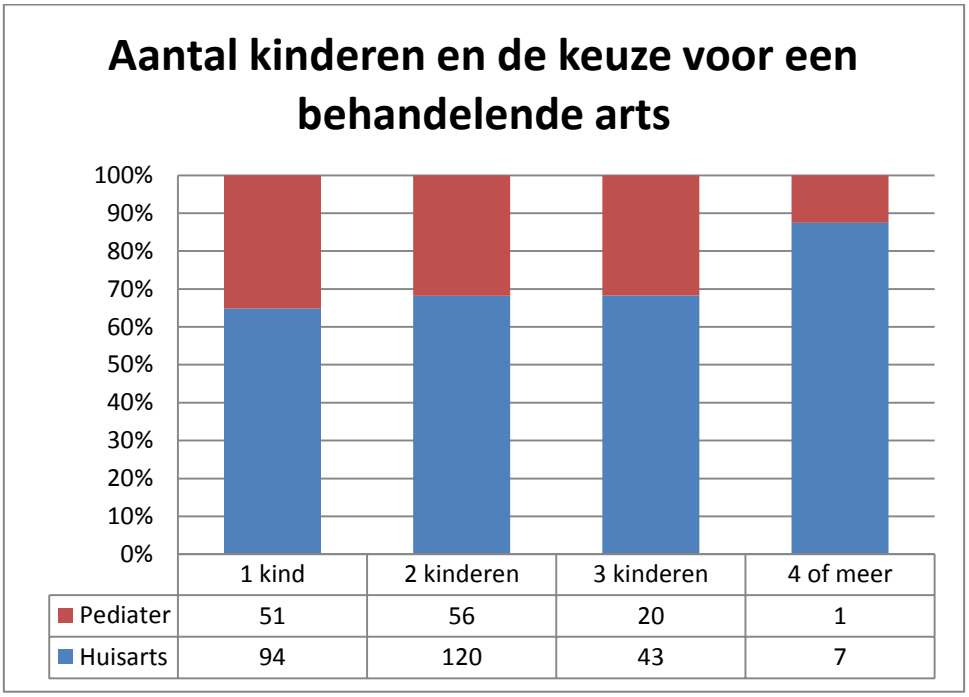
- **Burgerlijke stand**

Er is **geen** significant verschil (P=0.697) aangetoond voor de keuze van de behandelende arts wanneer de ouders gehuwd/samenwonend dan wel alleenstaand zijn.

- **Aantal kinderen en de keuze voor een arts**

Vraagstelling/hypothese: *Is er een verband tussen het aantal kinderen en de keuze voor een arts?*

Er kan geen statistisch significant (P= 0.232) verband aangetoond worden tussen het aantal kinderen en de keuze voor een behandelende arts.

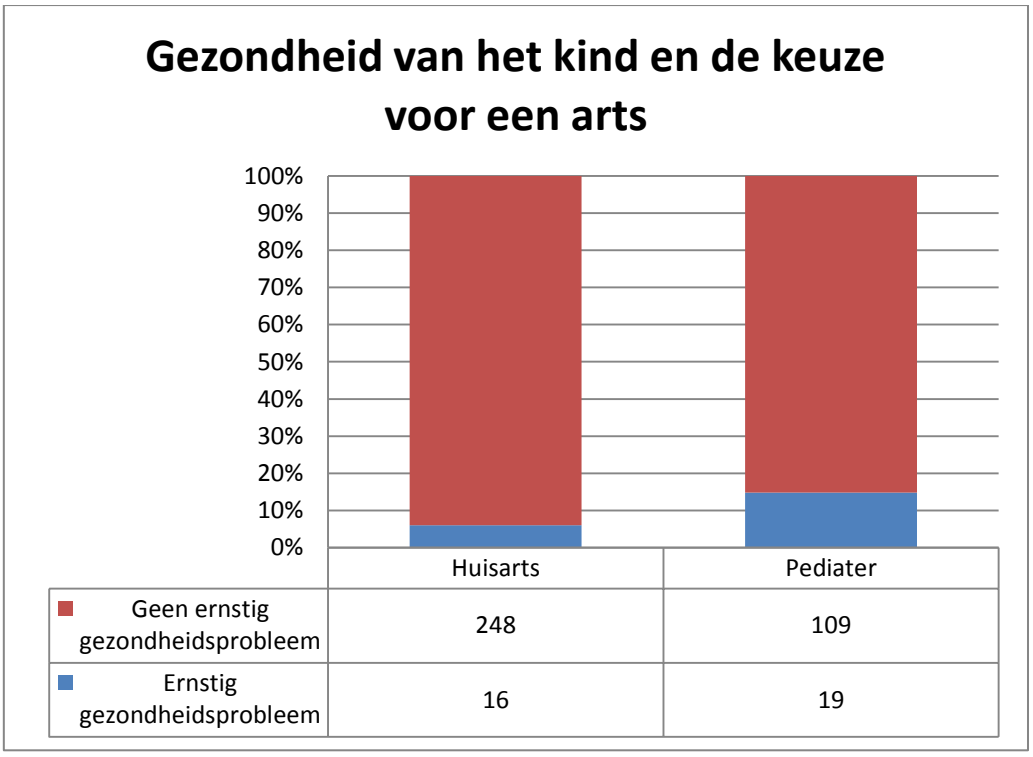


Figuur 16: aantal kinderen en de keuze voor een behandelende arts

- **Gezondheidstoestand kind**

Vraagstelling/hypothese: *Wanneer het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft (chronische probleem dat gespecialiseerde hulp vereist zoals een handicap, langdurige problemen met de organen, ernstige psychische problemen,…), gaan ouders dan eerder de pediater verkiezen als behandelende arts?*

Uit bovenstaande tabel komt eveneens naar voor dat - na correctie voor de andere factoren binnen het model - eveneens **de gezondheidstoestand van het kind** een significante rol speelt bij de keuze voor een behandelende arts (P=0.002). De odds om naar pediater te gaan is 3.5 keer hoger wanneer het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft (OR=3.544; 95%BI [1.602-7.839]). Wanneer het kind géén ernstig gezondheidsprobleem heeft, is de odds om naar de pediater te gaan bijna 72 % lager dan wanneer het kind wel een ernstig gezondheidsprobleem zou hebben (OR=0.282; 95% BI [0.128-0.624]).



Figuur 17: gezondheidstoestand van het kind en de keuze voor een arts

- **Leeftijd jongste kind**

Tenslotte laat deze analyse ook zien dat -na correctie voor alle andere factoren binnen het model- de **leeftijd van het jongste kind** ook invloed heeft op de keuze van de ouders voor een behandelende arts. Ieder jaar dat het jongste kind een jaar ouder wordt, daalt de odds om naar de pediater te gaan met 20% (P=0.019; OR=0.799; 95%BI [0.663-0.964]).

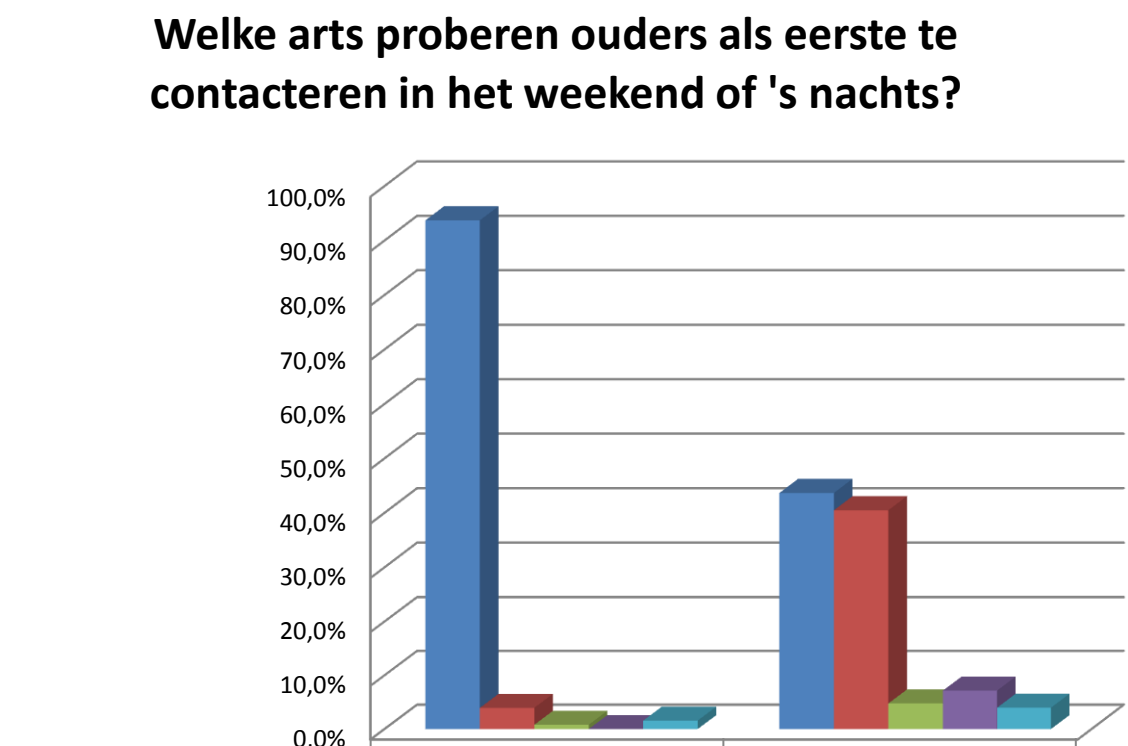
2.4. Keuze voor een specifieke arts in een bepaalde situatie

2.4.1 Arts tijdens het weekend, 's nachts of tijdens feestdagen

Tijdens het weekend, 's nachts of tijdens feestdagen gaat ruim 77.1% van de ouders de huisarts (van wacht) contacteren wanneer ze medische hulp zoeken voor hun kind. 16% van de ouders zal proberen zijn/haar pediater te contacteren, en 2 % zal meteen naar spoedopname gaan met hun kind.

Wanneer deze gegevens opgesplitst worden op basis van de vaste behandelende arts die de ouders verkiezen (pediater versus huisarts), zien we dat ruim 43.7% van de ouders die de pediater als vaste arts hebben, toch eerst de huisarts zal contacteren in het weekend of 's nachts. 40.5% probeert zijn/haar pediater te bereiken, en een kleine 5% contacteert meteen de spoedgevallendienst.

Bij de ouders die de huisarts als behandelende arts verkiezen, gaat bijna 94% eerst de huisarts (van wacht) contacteren voor medisch advies. Amper 1% van de ouders die de huisarts als behandelende arts verkiest, zal in het weekend meteen naar spoedopname gaan.



	Behandelende arts: HUISARTS	Behandelende arts: PEDIATER
Huisarts en huisarts van wacht	93,7%	43,7%
Pediater	3,9%	40,5%
Spoed	,8%	4,8%
Meerdere artsen	0,0%	7,1%
Andere	1,6%	4,0%

Figuur 18: welke arts proberen ouders in het weekend of 's nachts als eerste te contacteren

2.4.1.1 Spoedopname

Vraagstelling/ hypothese: *Gaan ouders die de huisarts als behandelende arts kiezen, tijdens het weekend, tijdens feestdagen of 's nachts minder snel naar een spoeddienst gaan in vergelijking met ouders die de pediater als behandelende arts hebben?*

Er kan een significant verband (P= 0.030) aangetoond worden voor bovenstaande hypothese. De odds om naar de spoed te gaan voor ouders die de huisarts als behandelende arts verkiezen is 0.16 (P=0.030; OR=0.16;95%BI [0.032-0.798]) in vergelijking met ouders die de pediater als behandelende arts hebben.

Tabel 8: keuze voor spoedopname in het weekend onderverdeeld naar de huidige behandelende

	Huisarts	**Pediater**
Spoed	2	6
Geen spoed	252	120

Met andere woorden, ouders die de huisarts als vaste arts beschouwen, zullen minder snel de spoedopname contacteren 's nachts of tijdens het weekend, in vergelijking met de ouders die de pediater als vaste behandelende arts beschouwen.

2.4.1.2 Individuele variabelen

***Vraagstelling/hypothese**: Is er een verband tussen de persoonlijke kenmerken van de ouders en de keuze van een arts tijdens het weekend en 's nachts?*

Wanneer de individuele variabelen in één model gegoten worden, blijkt dat enkel de leeftijd van het jongste kind (P=0.010) en de gezondheidstoestand van het kind (P=0.038) mede bepalend zijn voor de keuze tussen de huisarts en de pediater tijdens het weekend of 's nachts.

Parameter Estimates

weekendfeestdag	artsen[a]	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Pediater	Intercept	-1,216	1,532	,630	1	,427			
	leeftijd	-,012	,787	,000	1	,988	,988	,211	4,617
	lft_ouders_eerste_kind	,027	,787	,001	1	,973	1,027	,220	4,801
	Hoeveelkinderen	-,585	,379	2,383	1	,123	,557	,265	1,171
	leeftijdjongstekind	-,295	,115	6,580	1	,010	,745	,595	,933
	leeftijdoudstekind	,179	,785	,052	1	,820	1,196	,257	5,567
	[geslacht_recode=1] Man	,033	,522	,004	1	,950	1,033	,372	2,872
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	,404	,331	1,489	1	,222	1,497	,783	2,863
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	,290	,465	,389	1	,533	1,336	,537	3,325
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-,304	,793	,147	1	,701	,738	,156	3,488
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	,927	,448	4,290	1	,038	2,527	1,051	6,077
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
Spoed	Intercept	,488	4,499	,012	1	,914			
	leeftijd	-,388	1,967	,039	1	,843	,678	,014	32,021
	lft_ouders_eerste_kind	,268	1,977	,018	1	,892	1,308	,027	63,037
	Hoeveelkinderen	-,179	1,083	,027	1	,869	,836	,100	6,987
	leeftijdjongstekind	,038	,409	,009	1	,926	1,038	,466	2,313
	leeftijdoudstekind	,286	1,940	,022	1	,883	1,331	,030	59,633
	[geslacht_recode=1] Man	1,734	,993	3,052	1	,081	5,665	,810	39,650
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	-,492	,816	,363	1	,547	,612	,123	3,029
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	-18,337	6456,344	,000	1	,998	1,087E-008	,000	.[c]
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-18,307	,000	.	1	.	1,120E-008	1,120E-008	1,120E-008
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	1,031	1,202	,736	1	,391	2,804	,266	29,545
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Huisarts en huisarts van wacht.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

c. Floating point overflow occurred while computing this statistic. Its value is therefore set to system missing.

Figuur 19: multinomiale logistische regressie weekendarts (in vergelijking met *huisarts en huisarts van wacht*)

Parameter Estimates

weekendfeestdag_artsen[a]		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Spoed	Intercept	1,704	4,669	,133	1	,715			
	leeftijd	-,376	2,056	,034	1	,855	,686	,012	38,585
	lft_ouders_eerste_kind	,242	2,066	,014	1	,907	1,273	,022	73,058
	Hoeveelkinderen	,406	1,129	,129	1	,719	1,501	,164	13,728
	leeftijdjongstekind	,332	,420	,627	1	,428	1,394	,613	3,173
	leeftijdoudstekind	,107	2,030	,003	1	,958	1,113	,021	59,544
	[geslacht_recode=1] Man	1,702	1,076	2,501	1	,114	5,483	,665	45,188
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	-,895	,858	1,088	1	,297	,408	,076	2,197
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	-18,627	6456,344	,000	1	,998	8,138E-009	,000	.[c]
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-18,003	,000	.	1	.	1,519E-008	1,519E-008	1,519E-008
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	,104	1,238	,007	1	,933	1,109	,098	12,563
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Pediater.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

c. Floating point overflow occurred while computing this statistic. Its value is therefore set to system missing.

Figuur 20: multinomiale logistische regressie weekendarts (in vergelijking met pediater)

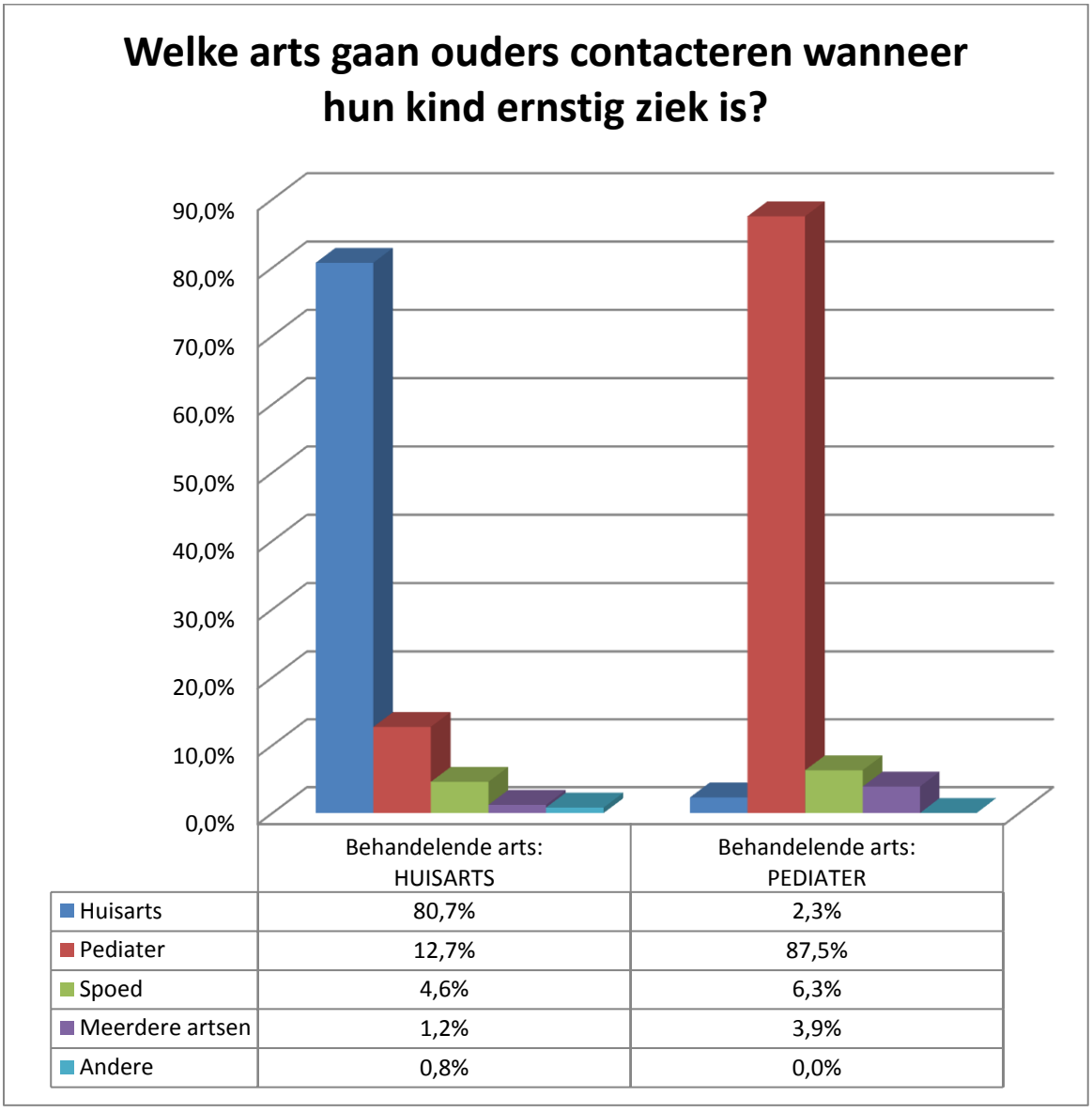
Indien het kind **een ernstig gezondheidsprobleem** heeft, is de odds om naar de pediater te gaan 2.5 keer hoger dan dat ze naar de huisarts zouden gaan (P=0.038; OR=2.527; 95% BI[1.051-6.077]).

De **leeftijd van het jongste kind** is eveneens een bepalende factor bij de keuze tussen de huisarts en de pediater tijdens het weekend of 's nachts. Wanneer de leeftijd van het jongste kind toeneemt met één jaar, dan zal de odds om naar de pediater te gaan dalen met ruim 25%, en zullen de ouders eerder de huisarts gaan contacteren (P=0.010; OR=0.745; 95%BI [0.595-0.933]).

De andere factoren hebben – ook na correctie voor elkaar- geen invloed op de keuze voor een pediater dan wel huisarts of spoedarts tijdens het weekend.

2.4.2 Arts in een acute setting

In een acute setting gaan meer dan 80% van alle ouders de behandelende arts van hun kind contacteren. 4.6% van de ouders die de huisarts als behandelende arts verkiezen, gaan rechtstreeks naar spoedopname in een acute setting ten opzichte van 6.3% van de ouders die de pediater als behandelend arts verkiezen.



	Behandelende arts: HUISARTS	Behandelende arts: PEDIATER
Huisarts	80,7%	2,3%
Pediater	12,7%	87,5%
Spoed	4,6%	6,3%
Meerdere artsen	1,2%	3,9%
Andere	0,8%	0,0%

Figuur 21: keuze voor een arts in een acute setting onderverdeeld op basis van de voorkeur voor een vaste behandelende arts

2.4.2.1 Spoedopname

Vraagstelling/hypothese : *Gaan ouders die de pediater als behandelende arts verkiezen, in acute situaties sneller naar spoedopname dan ouders die de huisarts als behandelende arts hebben?*

Van de ouders die de huisarts als behandelende arts hebben gaat er 5.7% in een acute setting meteen de spoedgevallen contacteren. Bij de ouders die de pediater als behandelende arts verkiezen zal een ruime 11% de spoed contacteren in een acute situatie.

De P-waarde voor deze hypothese is echter 0.084, waardoor deze hypothese net verworpen kan worden.

Tabel 9: keuze voor spoedopname in acute situatie onderverdeeld naar de huidige behandelende arts

	Huisarts	**Pediater**
Spoedopname in acute setting	14 (5.7%)	13 (11.3%)
Geen spoedopname in acute setting	245 (94.3%)	115 (88.7%)

2.4.2.2 Individuele variabelen

***Vraagstelling/hypothese**: Is er een verband tussen de persoonlijke kenmerken van de ouders en de keuze van een arts bij acute situaties?*

Wanneer de hoger vermelde individuele variabelen in een logistische regressie geplaatst worden, zien we dat de leeftijd van het jongste kind (P=0.003 & P=0.041), het diploma van de ouders (P=0.009) en de gezondheidstoestand van het kind (P=0.020) significant verband houdt met de keuze voor een arts in een acute situatie.

Parameter Estimates

ernstig_recode[a]		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Pediater	Intercept	,189	1,207	,025	1	,875			
	leeftijd	,397	,634	,392	1	,531	1,487	,429	5,155
	lft_ouders_eerste_kind	-,400	,634	,399	1	,528	,670	,193	2,321
	Hoeveelkinderen	-,155	,289	,286	1	,593	,857	,486	1,510
	leeftijdjongstekind	-,285	,096	8,850	1	,003	,752	,623	,907
	leeftijdoudstekind	-,344	,629	,299	1	,585	,709	,207	2,432
	[geslacht_recode=1] Man	,028	,414	,005	1	,946	1,028	,457	2,315
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	,667	,257	6,729	1	,009	1,948	1,177	3,223
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	,503	,379	1,758	1	,185	1,653	,786	3,474
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	,623	,510	1,496	1	,221	1,865	,687	5,063
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	1,053	,452	5,420	1	,020	2,866	1,181	6,954
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
Spoedopname	Intercept	2,325	2,554	,829	1	,363			
	leeftijd	,803	1,888	,181	1	,671	2,232	,055	90,225
	lft_ouders_eerste_kind	-,992	1,887	,276	1	,599	,371	,009	14,975
	Hoeveelkinderen	-,089	,545	,027	1	,870	,915	,314	2,661
	leeftijdjongstekind	,112	,185	,369	1	,544	1,119	,779	1,608
	leeftijdoudstekind	-,862	1,877	,211	1	,646	,423	,011	16,729
	[geslacht_recode=1] Man	-,305	1,100	,077	1	,782	,737	,085	6,366
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	,689	,634	1,184	1	,277	1,993	,576	6,899
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	,870	,770	1,274	1	,259	2,386	,527	10,802
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-,182	1,139	,026	1	,873	,834	,089	7,769
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	,847	,834	1,031	1	,310	2,333	,455	11,975
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Huisarts.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Figuur 22: multinomiale logistische regressie acute arts (in vergelijking met huisarts)

Parameter Estimates

ernstig_recode[a]		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Spoedopname	Intercept	2,136	2,646	,652	1	,419			
	leeftijd	,406	1,887	,046	1	,830	1,500	,037	60,649
	lft_ouders_eerste_kind	-,591	1,887	,098	1	,754	,554	,014	22,352
	Hoeveelkinderen	,065	,578	,013	1	,910	1,068	,344	3,315
	leeftijdjongstekind	,398	,194	4,184	1	,041	1,488	1,017	2,179
	leeftijdoudstekind	-,518	1,876	,076	1	,782	,596	,015	23,551
	[geslacht_recode=1] Man	-,333	1,127	,087	1	,768	,717	,079	6,527
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	,023	,649	,001	1	,972	1,023	,287	3,650
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	,367	,800	,211	1	,646	1,444	,301	6,924
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-,805	1,159	,482	1	,487	,447	,046	4,336
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	-,206	,826	,062	1	,803	,814	,161	4,111
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Pediater.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Figuur 23: multinomiale logistische regressie acute arts (in vergelijking met pediater)

Wanneer ouders een keuze maken tussen de pediater en de huisarts in een acute setting, blijkt de leeftijd van het jongste kind een significant beïnvloedende factor: indien de **leeftijd van het jongste kind** toeneemt met één jaar, dan zal de odds om naar de pediater te gaan in een acute situatie dalen met bijna 25% (P=0.003; OR=0.752; 95% BI [0.623-0.907]). Anderzijds zal de odds om de spoedopname boven de pediater te verkiezen in een acute setting 50% toenemen per jaar dat het jongste kind een jaar ouder wordt (P=0.041; OR= 1.488; 95% BI [1.017-2.179]). Met andere woorden, naarmate het jongste kind ouder wordt, zullen ouders in plaats van de pediater eerder de huisarts of de spoedopname contacteren.

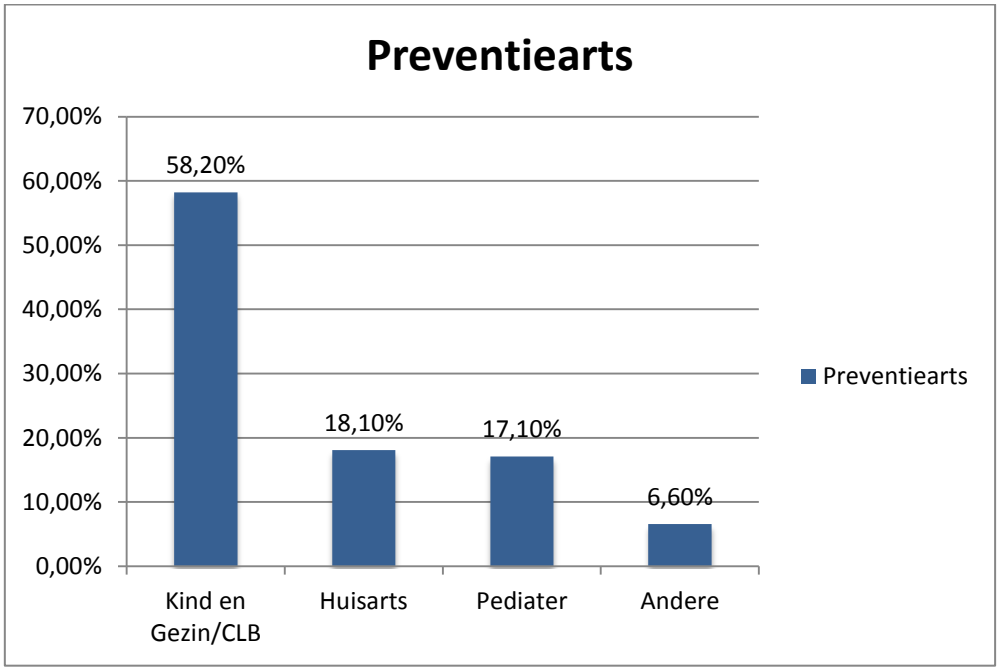
Ouders met een **diploma hoger onderwijs** hebben -in vergelijking met de universitairen- een twee keer hogere odds om in een acute situatie naar de pediater te gaan dan dat ze naar de huisarts zouden gaan (P=0.009; OR=1.948; 95% BI [1.177-3.223]).

Tenslotte laat dit model ook zien dat kinderen met een **ernstig gezondheidsprobleem** een bijna drie keer hogere odds hebben om in een acute situatie de pediater te contacteren, dan dat de huisarts zal geraadpleegd worden (P=0.020; OR=2.866; 95% BI [1.181-6.954]).

De andere variabelen in dit model tonen geen significant effect op de keuze om naar de huisarts dan wel de pediater of spoedopname te gaan in een acute setting.

2.4.3 Preventieve geneeskunde

58.2% van de ouders verkiest de georganiseerde gezondheidszorg (Kind & Gezin/CLB) voor preventieve consultaties. 18,10% verkiest de huisarts en 17,10% verkiest de pediater voor de preventie onderzoeken.



Figuur 24: voorkeur voor een preventiearts

2.4.3.1 Individuele variabelen

Vraagstelling/hypothese: *Is er een verband tussen de kenmerken van de ouders en de keuze van een arts voor preventieve gezondheidszorg?*

Indien alle variabelen in één model gegoten worden, zien we dat enkel het diploma en de burgerlijke stand van de ouders een significante rol spelen bij de keuze tussen de artsen die instaan voor de preventieve zorg.

Parameter Estimates

Wie verkiest U voor preventieve consultaties zoals: het meten van de lengte en het gewicht van uw kind, en het toedienen van vaccinaties?[a]		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Kinderarts (pediater)	Intercept	,065	1,779	,001	1	,971			
	leeftijd	,634	1,234	,264	1	,607	1,885	,168	21,148
	lft_ouders_eerste_kind	-,640	1,232	,270	1	,603	,527	,047	5,901
	Hoeveelkinderen	,802	,419	3,660	1	,056	2,229	,981	5,066
	leeftijdjongstekind	,036	,132	,074	1	,785	1,037	,800	1,343
	leeftijdoudstekind	-,899	1,229	,535	1	,465	,407	,037	4,527
	[geslacht_recode=1] Man	,003	,671	,000	1	,996	1,003	,270	3,735
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	,553	,430	1,655	1	,198	1,739	,748	4,040
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	,124	,551	,050	1	,822	1,132	,384	3,332
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-1,239	,832	2,221	1	,136	,290	,057	1,478
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	,149	,567	,069	1	,793	1,160	,382	3,526
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
Kind & Gezin/CLB	Intercept	2,627	1,428	3,383	1	,066			
	leeftijd	-,916	1,019	,808	1	,369	,400	,054	2,947
	lft_ouders_eerste_kind	,896	1,017	,777	1	,378	2,450	,334	17,977
	Hoeveelkinderen	,346	,341	1,032	1	,310	1,414	,725	2,759
	leeftijdjongstekind	-,144	,102	1,973	1	,160	,866	,708	1,059
	leeftijdoudstekind	,836	1,017	,676	1	,411	2,308	,315	16,931
	[geslacht_recode=1] Man	,128	,529	,059	1	,808	1,137	,403	3,205
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	-,274	,340	,649	1	,421	,760	,391	1,481
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	-,841	,439	3,670	1	,055	,431	,182	1,020
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-1,378	,571	5,830	1	,016	,252	,082	,772
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	-,523	,491	1,136	1	,287	,593	,226	1,551
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Huisarts.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Figuur 25: multinomiale logistische regressie preventiearts (in vergelijking met huisarts)

Parameter Estimates

Wie verkiest U voor preventieve consultaties zoals: het meten van de lengte en het gewicht van uw kind, en het toedienen van vaccinaties?[a]		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Kind & Gezin/CLB	Intercept	2,562	1,490	2,957	1	,086			
	leeftijd	-1,549	,882	3,085	1	,079	,212	,038	1,197
	lft_ouders_eerste_kind	1,536	,882	3,036	1	,081	4,648	,825	26,176
	Hoeveelkinderen	-,455	,339	1,800	1	,180	,634	,326	1,233
	leeftijdjongstekind	-,180	,112	2,564	1	,109	,835	,670	1,041
	leeftijdoudstekind	1,735	,877	3,918	1	,048	5,670	1,017	31,609
	[geslacht_recode=1] Man	,125	,557	,050	1	,822	1,133	,381	3,373
	[geslacht_recode=2] Vrouw	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[Diploma=Hoger onderwijs]	-,827	,338	5,971	1	,015	,437	,225	,849
	[Diploma=Middelbaar onderwijs]	-,965	,469	4,229	1	,040	,381	,152	,956
	[Diploma=Universitair onderwijs]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[burgerlijkestandNIEUW=1,00] Alleenstaand	-,138	,834	,027	1	,868	,871	,170	4,464
	[burgerlijkestandNIEUW=2,00] Samenwonend	0[b]	.	.	0	.	.	.	.
	[ernstiggezondheidsprobleem=Ja]	-,672	,487	1,907	1	,167	,511	,197	1,325
	[ernstiggezondheidsprobleem=Neen]	0[b]	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Kinderarts (pediater).

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Figuur 26: multinomiale logistische regressie preventiearts (in vergelijking met pediater)

De **burgerlijke stand** van de ouders speelt een significante rol (P=0.016) bij de keuze tussen de georganiseerde preventiezorg en de huisarts. Bij de ouders die alleenstaand zijn zal de odds om gebruik te maken van de georganiseerde preventieve zorg bijna 75% lager zijn (P=0.016; OR=0.252; 95% BI [0.082-0.772]). Alleenstaande ouders verkiezen vooral de huisarts voor preventieve gezondheidszorg in plaats van gebruik te maken van de georganiseerde preventie-initiatieven.

Wanneer het gebruik van de georganiseerde preventiezorg zoals Kind & Gezin of het CLB vergeleken wordt met preventieve consulten bij de pediater op basis van **het diploma van de ouders**, zien we dat de ouders met een niet-universitair diploma de pediater verkiezen boven de georganiseerde preventie-initiatieven zoals Kind & Gezin of het CLB. De odds om gebruik te maken van de georganiseerde preventie-initiatieven ligt dan ook 61.9% lager wanneer de ouders een diploma secundair onderwijs hebben (P=0.040; OR=0.381: 95% BI [0.152-0.956]) en ligt 56.3 % lager bij de ouders met een diploma hoger onderwijs (P=0.015; OR=0.437; 95% BI [0.225-0.849]). Universitairen zullen eerder beroep doen op Kind & Gezin of het CLB voor preventieve onderzoeken, dan dat ze bij een pediater gaan voor deze consulten.

2.4.3.2 Verband tussen behandelende arts en preventie-arts

Vraagstelling/hypothese: *Is er een verband tussen de keuze voor een behandelende arts en het al dan niet gebruik maken van de georganiseerde preventieve gezondheidszorg (Kind & Gezin/CLB)?*

Er kan net géén significant (P=0.062) verband aangetoond worden tussen de keuze voor een vaste behandelende arts enerzijds, en de keuze voor gebruik te maken van de georganiseerde preventieve zorg anderzijds.

2.5 Besluit

Uit deze logistische regressie komen een aantal interessante maar soms ook verrassende resultaten naar boven. De beslissing om voor een bepaalde arts te kiezen wordt duidelijk door verschillende factoren beïnvloed. Door deze logistische regressie uit te voeren, worden alle factoren die de keuze voor een arts zouden kunnen beïnvloeden op elkaar afgestemd, en komen enkel de factoren naar boven die onafhankelijk van de andere factoren binnen het model, er mee voor zorgen dat de ouders voor een bepaalde arts kiezen.

Het opleidingsniveau van de ouders, de gezondheidstoestand van het kind en de leeftijd van het jongste kind zijn beïnvloedende factoren bij de keuze tussen de huisarts en de pediater als behandelende arts zijn. De overige factoren blijken geen significante rol te spelen bij deze keuze.

Behandelende arts	
Beïnvloedende factoren	
Opleidingsniveau ouders	P=0.035
Odds om naar de pediater te gaan daalt met 48.9% wanneer de ouders een universitair diploma hebben in vergelijking met de ouders met een diploma hoger onderwijs	P=0.010 OR=0.511 95%BI [0.307-0.850]
Gezondheidstoestand kind	P=0.002
De odds om naar pediater te gaan is 3.5 keer hoger is wanneer het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft	P=0.002 OR=3.544 95%BI [1.602-7.839]
Leeftijd jongste kind	P=0.019
Indien de leeftijd van het jongste kind toeneemt met 1 jaar, dan daalt de odds om naar de pediater te gaan met 20%	P=0.019 OR=0.799 95%BI [0.663-0.964]
Niet-beïnvloedende factoren	
Huidige leeftijd ouders	P=0.175
Leeftijd waarop ouders hun 1e kind kregen	P=0.158
Burgerlijke stand	P=0.697
Aantal kinderen	P=0.232
Leeftijd oudste kind	P=0.190
Geslacht ouder	P=0.861

De keuze van de ouders voor een arts in het weekend of ’s nachts wordt gebaseerd op de gezondheidstoestand van het kind en de leeftijd van het jongste kind.

Weekendarts	
Beïnvloedende factoren	
Gezondheidstoestand kind	P=0.038
De odds om in het weekend naar de pediater te gaan in plaats van de huisarts is 2.5 keer hoger, wanneer het kind gekend is met een ernstig gezondheidsprobleem	P=0.038 OR=2.527 95%BI [1.051-6.077]
Leeftijd jongste kind	P=0.010
Per jaar dat de leeftijd van het jongste kind toeneemt, zal de odds om de pediater boven de huisarts te verkiezen in het weekend dalen met ruim 25%	P=0.010 OR=0.745 95%BI [0.595-0.933]
Niet-beïnvloedende factoren	
Huidige leeftijd ouders	
Leeftijd waarop ouders hun 1^{e} kind kregen	
Burgerlijke stand	
Aantal kinderen	
Leeftijd oudste kind	
Opleidingsniveau ouders	
Geslacht ouder	

In een acute setting zal de keuze van de ouders voor een welbepaalde zorgverlener beïnvloedt worden door het opleidingsniveau van de ouders, de gezondheidstoestand van het kind en de leeftijd van het jongste kind.

Arts in een acute setting	
Beïnvloedende factoren	
Opleidingsniveau ouders	
De odds om in een acute situatie de pediater boven de huisarts te verkiezen, verdubbelt wanneer de ouders een diploma hoger onderwijs hebben in vergelijking met de ouders die een universitaire opleiding hebben	P=0.009 OR=1.948 95%BI [1.177-3.223]
Gezondheidstoestand kind	
De odds om naar de pediater te gaan in een acute situatie in plaats van naar de huisarts, is 2.86 keer hoger wanneer het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft	P=0.020 OR=2.866 95%BI [1.181-6.954]
Leeftijd jongste kind	
Indien de leeftijd van het jongste kind toeneemt met 1 jaar, dan daalt de odds om de pediater boven de huisarts te verkiezen met 25%	P=0.003 OR=0.752 95%BI [0.623-0.907]
Indien de leeftijd van het jongste kind toeneemt met 1 jaar, dan stijgt de odds om de spoedopname boven de pediater te verkiezen met 50%	P=0.041 OR=1.488 95%BI [1.017-2.179]
Niet-beïnvloedende factoren	
Huidige leeftijd ouders	
Leeftijd waarop ouders hun 1^{e} kind kregen	
Burgerlijke stand	
Aantal kinderen	
Leeftijd oudste kind	
Geslacht ouder	

Tenslotte beïnvloedt het diploma van de ouders en hun burgerlijke stand de keuze voor een bepaalde arts die zal in staan voor de preventieve gezondheidszorg van het kind.

Preventie-arts	
Beïnvloedende factoren	
Burgerlijke stand	
De odds om beroep te doen op de georganiseerde preventie-initiatieven (in vergelijking met de huisarts) daalt met 75% wanneer de ouders alleenstaand zijn. Alleenstaande ouders verkiezen de huisarts boven Kind & Gezin of het CLB voor de preventieve zorg.	P=0.016 OR=0.252 95%BI [0.082-0.772]
Diploma	
De odds om gebruik te maken van Kind & Gezin/CLB ligt 61.9% lager voor ouders met een diploma secundair onderwijs in vergelijking met universitairen. De ouders met een secundair diploma verkiezen de pediater boven de georganiseerde gezondheidsinitiatieven. Ouders met een universitair diploma verkiezen de georganiseerde gezondheidszorg boven de pediater.	P=0.040 OR=0.381 95%BI [0.152-0.956]
De odds om gebruik te maken van Kind & Gezin/CLB ligt 56.3% lager voor ouders met een diploma hoger onderwijs in vergelijking met universitairen. De ouders met een diploma hoger onderwijs verkiezen de pediater boven de georganiseerde gezondheidsinitiatieven. Ouders met een universitair diploma verkiezen de georganiseerde gezondheidszorg boven de pediater.	P=0.015 OR=0.437 95%BI [0.225-0.849]
Niet-beïnvloedende factoren	
Huidige leeftijd ouders	
Leeftijd waarop ouders hun 1^{e} kind kregen	
Leeftijd jongste kind	
Leeftijd oudste kind	
Aantal kinderen	
Geslacht ouder	
Gezondheidstoestand kind	

Discussie

1. Samenvatting van de resultaten

Uit dit onderzoek blijkt dat jongere kinderen nog steeds meer door de pediater zullen onderzocht worden dan door de huisarts. Naarmate de kinderen ouders worden zal er een verschuiving van behandelende arts plaatsvinden, gemiddeld rond de leeftijd van 2,5 jaar. De redenen die de ouders gaven waarom ze voor een bepaalde arts kiezen, zijn vooral gebaseerd op persoonlijke ervaringen van de ouders. Ook persoonlijke factoren van de ouders spelen een zeer belangrijke rol bij de keuze van een arts. Ouders met een diploma hoger onderwijs zullen in vergelijking met universitaire ouders eerder geneigd zijn om de pediater te contacteren dan de huisarts. Ook wanneer het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft, zullen de ouders de voorkeur geven aan de pediater voor de geneeskundige zorgverlening.

Deze factoren spelen een rol bij de keuze van de ouders voor een bepaalde arts:

- Ouders met een universitair diploma zullen eerder de huisarts verkiezen als behandelende arts, ouders met een diploma hoger onderwijs zullen eerder de pediater verkiezen.
- Wanneer kinderen een ernstig gezondheidsprobleem hebben, zullen de ouders vooral de pediater als behandelende arts verkiezen.
- Naarmate het jongste kind een jaar ouder wordt, zal de odds om naar de pediater te gaan afnemen.
- Ouders die de huisarts als behandelende arts verkiezen, zullen in het weekend of ’s nachts minder snel de spoedopname contacteren.
- Enkel de leeftijd van het jongste kind en de gezondheidstoestand van het kind speelt een rol bij de keuze van de ouders voor een bepaalde arts ’s nachts of tijdens het weekend. Naarmate het kind ouder is, zullen de ouders eerder de huisarts contacteren, en naarmate het kind jonger is, zullen ze eerder de pediater contacteren. Indien het kind een ernstig gezondheidsprobleem heeft, is de odds om de pediater boven de huisarts te verkiezen 2.5 keer hoger.
- In acute situaties speelt de gezondheidstoestand van het kind, het opleidingsniveau van de ouders en de leeftijd van het jongste kind een belangrijke rol bij de keuze voor een arts. Indien het kind ernstige gezondheidsproblemen heeft, zullen de ouders eerder de pediater contacteren dan de huisarts. Als de leeftijd van het jongste kind toeneemt zal eerder de huisarts of de spoedopname gecontacteerd worden in plaats van de pediater. Bovendien wordt ook gezien dat de odds om naar de pediater in plaats van de huisarts te gaan verdubbelt wanneer de ouders een diploma hoger onderwijs hebben in vergelijking met de ouders met een universitair diploma.
- Bij de keuze voor een preventie-arts speelt vooral het diploma van de ouders een belangrijke rol. Ouders met een universitair diploma zullen eerder gebruik maken van de georganiseerde zorg. Ouders met een niet-universitair diploma zullen de voorkeur geven aan de pediater.
- Alleenstaande ouders kiezen er opvallend minder voor om gebruik te maken van de georganiseerde preventieve gezondheidszorg, maar geven de voorkeur aan de huisarts voor deze consulten.

Ook nog enkele andere opvallende cijfers werden genoteerd binnen dit onderzoek:

- 43% van de ouders die de pediater als behandelende arts verkiezen, zullen in het weekend of ’s nachts eerst de huisarts contacteren in plaats van hun pediater.
- 8 op de 10 ouders zal in een acute situatie eerst hun behandelende arts contacteren.
- Ouders die de huisarts als behandelende arts verkiezen voor hun kind zullen minder snel de spoedafdeling contacteren in het weekend wanneer hun kind ziek is.

2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Sterktes van het onderzoek

Er kon een ruime variatie aan studiepopulatie bereikt worden op verschillende vlakken. Er is een mooie spreiding van de populatie binnen de diploma’s van de ouders, aantal kinderen, leeftijd van de ouders en kinderen, woonplaats, keuze voor artsen.

Deze studie omvat een grote populatie van ouders wat de resultaten betrouwbaar maakt.

Dit is een onderzoek dat nog nooit eerder uitgevoerd is.

Zwaktes van het onderzoek

Soms gaan ouders niet met al hun kinderen bij de pediater of de huisarts. Voor bv. de oudere kinderen gaan ze bij de huisarts, terwijl ze voor hun jongere kinderen bij de kinderarts gaan. Dit topic was echter niet opgenomen in de vragenlijst. Ouders schreven dit echter soms wel bij de commentaar. Anderzijds kiezen ouders vaak slechts voor één arts voor al hun kinderen, waardoor de foutmarge vermoedelijk slechts klein is. Om dergelijke tekortkomingen binnen dit onderzoek te counteren, werd bij iedere vraag rond een bepaalde arts steeds een vrije ruimte gelaten waar de ouders nog andere artsen of systemen konden noteren.

Enkel ouders die toegang hadden tot het internet ofwel bij de huisarts op consultatie gegaan zijn hebben de mogelijkheid gekregen om deze vragenlijst in te vullen. Ouders die niet bij de huisarts langsgaan of geen toegang hebben tot het internet, konden de vragenlijst niet invullen.

Er werd in de vragenlijst niet gepeild naar de nationaliteit of etnische afkomst van de ouders. De vragenlijst was tevens enkel beschikbaar in het Nederlands, waardoor er enkel ouders die Nederlands begrepen de vragenlijst konden invullen.

Bij de vragenlijsten op papier was er geen ruimte vrijgelaten om extra commentaar of opmerkingen te plaatsen. Een aantal ouders plaatsten wel spontaan bij enkele vragen extra uitleg. Bij de online vragenlijsten konden de ouders wel extra info of commentaar noteren.

Binnen de groep respondenten zijn maar een beperkt aantal ouders die de pediater als behandelende arts hebben. Er hebben duidelijk meer ouders die de huisarts als behandelende arts verkiezen, de vragenlijst ingevuld. Indien de vragenlijsten ook via de pediaters verspreid zouden worden, zou misschien een aantal resultaten versterkt of afgezwakt worden.

Er waren geen ouders met enkel een diploma van het lager onderwijs die de vragenlijst beantwoord hebben. Daardoor is er één groep van ouders op basis van hun diploma niet ondervraagd in dit onderzoek.

3. Literatuur

Uit de beschikbare literatuur blijkt dat dit onderzoek nog nooit eerder uitgevoerd is geweest. Er zijn wel enkele aspecten uit deze studie die afzonderlijk onderzocht zijn, maar nog nooit in één studie.

1. Advies van vrienden/familie

Uit een onderzoek bleek dat ouders sneller voor een bepaalde arts gaan kiezen op basis van advies van een naaste (familie/vrienden). Echter, in het huidig uitgevoerd onderzoek gaven slechts 6 ouders van de 400 aan dat ze hun keuze gebaseerd hebben op advies van familie of vrienden.

2. Diploma

In dit onderzoek wordt genoteerd dat ouders met een universitair diploma eerder gaan kiezen voor de huisarts dan dat ze voor de pediater zullen kiezen. De ouders met een diploma secundair onderwijs en met een diploma hoger onderwijs zullen eerder kiezen voor de pediater.

Uit Belgische (16) en Duitse gegevens (17) blijkt echter dat de keuze om beroep te doen op een specialist sneller gemaakt wordt door ouders met een hoger diploma of een hogere sociale status.

De discrepantie tussen dit onderzoek en gegevens die reeds beschikbaar waren uit de literatuur, kan enerzijds verklaard worden zijn doordat de onderzoekspopulatie enkel een steekproef is van de ouders die internet ter beschikking hebben of ouders die bij de huisarts langs gaan. Ouders die geen internet ter beschikking hebben, of geen gebruik kunnen maken van de huisarts (omwille van financiële redenen), komen dan ook niet aan bod in deze studie.

Anderzijds kan het resultaat verklaard worden doordat ouders met een universitair diploma zich bewuster gaan zijn van de taken van de huisarts, en zullen de ouders zonder universitair diploma misschien minder goed kunnen inschatten wat de huisarts kan betekenen voor hun kind. Het is ook mogelijk dat universitairen ook beter kunnen inschatten wat de noden van hun kind zijn.

Bovendien is er in de literatuur bij dergelijke onderzoeken nooit een onderscheid gemaakt binnen de groep van ‘hoger opgeleiden’. In de literatuur omvat deze term zowel de ouders met een universitair diploma, als de ouders met een diploma hoger onderwijs. In deze studie werden deze groepen echter onderverdeeld, wat tevens een verklaring kan vormen voor het bekomen resultaat.

Om echter een duidelijke verklaring voor deze resultaten te kunnen maken, zouden alle socio-economische gegevens van de ouders ter beschikking moeten zijn voor de huisarts of pediater, om op deze manier een duidelijk beeld te krijgen welke ouders er bij de huisarts dan wel de pediater langsgaan.

3. Doorverwijzing door de huisarts naar de pediater

Uit de Belgische statistieken blijkt dat meer dan 75% van de ouders een pediater zullen raadplegen zonder hiervoor eerst met de huisarts te overleggen. Uit het onderzoek uitgevoerd in het kader van deze masterproef komt hetzelfde besluit naar voor: amper 1 ouder uit dit onderzoek (0.8%) gaat bij de pediater omdat ze doorverwezen is door de huisarts. Alle andere ouders hebben de pediater als behandelende arts gekozen op eigen initiatief. Deze resultaten doen toch wel vermoeden dat een groot deel van de consultaties bij de pediater ook zouden kunnen opgelost worden door de huisarts. Om van deze laatste hypothese echter zeker te kunnen zijn, zou een vergelijkende studie moeten gebeuren tussen de redenen voor consultatie bij de huisarts en bij de pediater, en anderzijds de diagnoses die door beide artsen gesteld werd.

4. Overgang van pediater naar huisarts

De gemiddelde leeftijd waarop ouders switchen van de pediater naar de huisarts als behandelende arts, ligt in deze studie op 2,4 jaar. Deze leeftijd hangt nauw samen met het moment waarop de kinderen voor het eerst naar school gaan. Voor de ouders lijkt het moment waarop kinderen starten met het kleuteronderwijs een duidelijk kantelmoment om de overgang van de pediater naar de huisarts te maken.

5. Preventieve zorg

Uit cijfers van Kind & Gezin bleek dat meer dan 90% van de ouders met hun pasgeboren baby naar Kind & Gezin gaan. Uit de studie uitgevoerd in kader van deze masterproef blijkt echter dat er maar een kleine 60% gebruik maakt van deze georganiseerde preventieve zorg. Uiteraard kan dit te verklaren zijn doordat de georganiseerde preventieve zorg niet gespecifieerd werd in de vragenlijst, en zowel het CLB als Kind & Gezin onder één noemer geklasseerd werden. Zodra de kinderen de leeftijd van 2.5 jaar bereikt hebben en naar school gaan, neemt het CLB de preventieve zorg over van Kind & Gezin en laat het CLB aan de ouders expliciet de vrije keuze om de vaccins te laten toedienen door hen of door de behandelende arts (huisarts/pediater).

4. Interpretatie van de resultaten

1. Huisarts of pediater als vaste arts?

De top drie van belangrijkste redenen voor de ouders om naar de huisarts te gaan met hun kind bestaat volledig uit redenen die rechtstreeks in verband staan met het vertrouwen dat ouders hebben in de huisarts. Uiteraard gaan ouders pas de zorg voor hun kind aan een arts toevertrouwen wanneer zij deze arts dan ook volledig vertrouwen. Opvallend is dat praktische elementen zoals bereikbaarheid en de snelheid waarmee ouders een afspraak kunnen krijgen, niet aan bod komen in deze top drie. De lijst wordt afgesloten door drie redenen die de meeste ouders niet beïnvloed hebben bij hun keuze. De consultatie die goedkoper is bij de huisarts en advies/het voorbeeld van andere ouders zijn voor het grootste deel van de ouders niet doorslaggevend bij de keuze voor de huisarts voor de zorg voor hun kind.

De belangrijkste redenen waarom ouders die bij de pediater gaan de huisarts liever niet verkiezen als behandelende arts voor hun kind, is omdat meer dan 60% van de ouders van mening is dat de huisarts minder goed de diagnose kan stellen en de behandeling kan starten bij een kind. Vaak weten ouders dan ook niet dat de huisarts ook opgeleid is voor de zorg voor kinderen. Dit kan een element zijn waar de huisartsen bij de ouders kunnen op inspelen.

De twee belangrijkste redenen die de ouders doen beslissen om voor de pediater te kiezen als behandelende arts is de ervaring die de pediater heeft met zieke kinderen en het vertrouwen dat de ouders hebben in de pediater. Deze top 3 wordt afgesloten door 35% van de ouders die bij de pediater gaan omdat ze bij de geboorte van de baby reeds in contact zijn gekomen met de pediater. Er is slechts één ouder (0.8%) die door de huisarts doorverwezen is naar de pediater en op deze manier dan ook bij hem is terecht gekomen. De overige 99.2% van de ouders zijn op eigen initiatief bij de pediater gegaan zonder dat de huisarts hen heeft doorverwezen. Alle andere ouders hebben de pediater als behandelende arts gekozen op eigen initiatief. Deze resultaten doen toch wel vermoeden dat een groot deel van de consultaties bij de pediater zouden kunnen opgelost worden door de huisarts. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders bij de geboorte reeds in contact kwamen met de pediater en sindsdien bij de pediater zijn blijven gaan. Ruim één derde van de ouders gaf deze reden ook aan als belangrijkste doorslaggevend element om voor de pediater te kiezen. Daarom is het voor de huisarts zeer belangrijk om al tijdens de zwangerschap aan de patiënte duidelijk te vertellen voor welke problemen de ouders bij de huisarts terecht kunnen, en in welke situaties de huisarts hen zal doorverwijzen naar de pediater. Ook is het belangrijk om aan de ouders (en aan patiënten in het algemeen) duidelijk het verschil uit te leggen tussen een eerstelijnsarts (de huisarts) en een tweedelijnsarts (de pediater).

Ouders die reeds bij de huisarts gaan met hun kinderen gaven bovendien aan dat ze het vooral belangrijk vinden dat de huisarts weet wanneer hij de zorg voor het kind moet doorverwijzen naar een specialist. Ook dit is een belangrijk gegeven waar de huisarts zeker rekening moet mee houden wanneer hij aan de ouders uitlegt waarom ze met hun kind ook bij hen terecht kunnen. Anderzijds moet de huisarts ook zijn eigen grenzen kennen, en weten wanneer hij een kind moet doorsturen naar de pediater. Op het moment dat de huisarts dan een kind doorstuurt naar de pediater, zou de deze laatste de collegialiteit met de huisarts kunnen optimaliseren door de huisarts met (telefonische) communicatie en verslagen op de hoogte te houden van de evolutie van zijn patiëntje, en het patiëntje voor verdere opvolging en evolutie zo snel mogelijk terug naar de huisarts te sturen. Indien dit zou gebeuren, zou er een ideale verstandhouding ontstaan tussen de huisarts en de pediater, en zullen beiden ook vlot(ter) kunnen samenwerken.

Zowel voor de huisartsen als voor de ouders en hun kinderen heeft een vaste huisarts vele voordelen. De huisarts kent het volledige gezin, hij kan op deze manier een beter inschatting maken voor de noden van het kind en de ouders, de huisarts kan de evolutie van het kind goed opvolgen, de huisarts (van wacht) is steeds bereikbaar (ook telefonisch), de huisarts kan op huisbezoek gaan wanneer de ouders zich niet kunnen verplaatsen met het kind, een consultatie bij de huisarts is goedkoper voor de ouders en de maatschappij,…

2. Organisatie van de gezondheidszorg

In België is de gezondheidszorg zo georganiseerd dat de patiënten zonder doorverwijzing naar een tweedelijnsarts kunnen gaan. Een consultatie bij een specialist moet dus niet voorafgegaan worden aan een consultatie bij de huisarts. Dit systeem zorgt dan ook voor een grotere maatschappelijke kost doordat patiënten vaker onterecht een tweedelijnsarts zullen raadplegen. Op deze manier ontstaan er ook langere wachttijden bij de specialisten en zal deze zijn expertise verliezen doordat hij zich vooral bezig houdt met consulten die de huisarts even goed kan oplossen.

3. Diploma

Uit dit onderzoek komt als belangrijkste resultaat naar voor dat ouders met een diploma hoger onderwijs sneller een pediater zullen contacteren in vergelijking met de ouders met een universitair diploma. Deze laatsten zullen eerder geneigd zijn om de huisarts te contacteren dan de pediater. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders met een universitair diploma enerzijds de ernst van een situatie beter kunnen inschatten en dat zij anderzijds ook beter kunnen inschatten wat de taken zijn van de huisarts. Anderzijds kan dit antwoord ook te verklaren zijn doordat de universitaire ouders dit antwoord misschien gaven omdat dat sociaal wenselijk is.

Ook is het diploma een belangrijke factor in de keuze voor een preventiearts. Ouders met een universitair diploma die een keuze moeten maken tussen de pediater en de georganiseerde preventiezorg gaan eerder gebruik maken van de Kind & Gezin/CLB dan ouders die een diploma van het secundair of hoger onderwijs hebben. Deze laatsten verkiezen de pediater boven Kind & Gezin of het CLB. Dit is een resultaat dat eveneens verrassend is. Een lager diploma gaat vaker gepaard met een lager inkomen, waardoor er verwacht zou worden dat ouders met een lager diploma toch eerder gebruik zullen maken van de preventieve gratis gezondheidszorgorganisatie. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat ouders met een universitair diploma opnieuw beter kunnen inschatten wat de taken en de functies zijn van een preventie-arts.

Deze resultaten kunnen een belangrijke tip zijn voor de organisaties die bezig zijn met preventie. Het is belangrijk om vooral aan de niet-universitaire ouders duidelijk te maken wat de meerwaarde en de taken zijn van de gratis preventieve zorg die de Belgische overheid aanbiedt.

4. Burgerlijke stand

Of ouders nu al dan niet alleenstaand zijn, heeft geen invloed op hun keuze voor een vaste behandelende arts, een arts tijdens het weekend of een acute arts. Bij de keuze voor een preventieve arts speelt de burgerlijke stand van de ouders echter wél een significante rol. Ouders die alleenstaand zijn, gaan minder voorkeur geven aan de georganiseerde preventieve gezondheidszorg zoals Kind & Gezin of het CLB, maar kiezen liever voor de huisarts. Dit kan op verschillende manieren te verklaren zijn. Enerzijds hebben alleenstaande ouders misschien het gevoel dat ze soms tekort zullen schieten omdat ze de zorg voor hun kind alleen op zich nemen, en daarom ze liever een huisarts zullen contacteren die hun sociale situatie kent. Anderzijds is dit resultaat ook wel verrassend, omdat de georganiseerde preventieve gezondheidszorg gratis is voor de ouders, en dus verwacht wordt dat alleenstaande ouders – die vaak voor grotere financiële uitdagingen staan dan gehuwd/samenwonende koppels - eerder de voorkeur zouden geven aan de gratis georganiseerde zorg zoals Kind & Gezin of het CLB.

5. Gezondheidstoestand kind

Wanneer ouders een kind hebben met een ernstig gezondheidsprobleem, is er een duidelijk hogere odds om voor de pediater te kiezen. Kinderen die ernstig ziek zijn hebben meer gespecialiseerde hulp nodig hebben, en deze gespecialiseerde zorg kan het beste verleend worden door de pediater.

Dit resultaat is eigenlijk een mooie illustratie van de manier waarop de medische zorg voor de kinderen verdeeld zou moeten worden: kinderen met ernstige gezondheidsproblemen vereisen gespecialiseerde zorg die dan ook het beste kan verleend worden door de pediater, kinderen die geen gespecialiseerde zorg vereisen kunnen dan door de huisarts verzorgd worden.

6. Leeftijd van de kinderen

Hoe jonger de kinderen zijn, hoe meer de ouders voor de pediater gaan kiezen als behandelende arts. Hoe ouder ze worden, hoe meer de ouders zullen overschakelen naar de huisarts. Deze trend werd eveneens gezien in de cijfers van de Christelijke Mutualiteit. In eerste instantie zal iedereen deze cijfers als normaal beschouwen: jongere kinderen bij de pediater, oudere kinderen bij de huisarts. Anderzijds zijn deze cijfers voor de huisartsen toch wel confronterend: deze cijfers laten zien dat de ouders de huisarts pas zullen contacteren zodra zij vinden dat hun kind 'oud genoeg is' om niet meer bij de pediater te gaan. Dit is tevens een element waar de huisarts de ouders attent op kan maken: ook de huisarts kan de zorg en opvolging voor een kind vanaf de geboorte op zich nemen.

7. Aantal kinderen

Het aantal kinderen lijkt geen verband te hebben met de keuze van de ouders voor een bepaalde arts. Één van de hypotheses was dat ouders met een hoger aantal kinderen sneller zouden kiezen voor de huisarts, omdat zij enerzijds de symptomen van hun kinderen beter kunnen inschatten en relativeren en anderzijds omdat de huisarts goedkoper is in vergelijking met de kinderarts. Toch kon deze stelling niet bewezen worden in het onderzoek.

8. Arts tijdens de weekends

Een opvallend resultaat is toch wel dat meer dan 43 % van de ouders die voor de pediater kiezen als vaste arts, toch de huisarts als eerste zullen contacteren wanneer ze 's nachts of tijdens het weekend en arts nodig hebben voor hun kind.

Enerzijds is dit resultaat logisch: tijdens het weekend of 's nachts kan een pediater niet rechtstreeks bereikt worden aangezien er geen georganiseerde pediatrische wachtdienst bestaat waar de ouders steeds terecht kunnen met hun kind. Wanneer de ouders in het weekend toch een pediater willen bereiken, dan moet dit steeds via de spoedopname van een ziekenhuis gebeuren. Daarentegen is er 24u/24u, 7 dagen op 7 steeds een huisarts die bereikbaar is, en waar de ouders steeds terecht kunnen met hun kind. Ook kan de huisarts reeds telefonisch advies geven aan de ouders en hun vragen beantwoorden.

Anderzijds kan dit resultaat toch ook wel wat ongenoegen creëren bij de huisartsen. Dit resultaat geeft weer dat tijdens de werkuren de ouders eerder de pediater als favoriete arts gaan verkiezen voor hun kind, maar buiten de werkuren verkiezen zij dan wel de huisarts voor hun kind. Voor de huisartsen kan dit een gevoel van frustratie veroorzaken, omdat een groot deel van de ouders die de pediater als vaste arts hebben, pas de huisarts zullen contacteren op momenten wanneer het moeilijk is om een arts te kunnen contacteren zoals 's nachts of tijdens het weekend.

Het hebben van een vaste huisarts voor het kind is een soort 'beschermende' factor in het contact met de spoedopname. Ouders die de huisarts verkiezen als behandelende arts voor hun kind, gaan minder snel de spoedopname contacteren 's nachts of in het weekend, in vergelijking met ouders die de pediater als vaste arts verkiezen. Dit kan opnieuw te verklaren zijn doordat een huisarts steeds bereikbaar is, ook tijdens het weekend en 's nachts. Het is niet altijd de eigen huisarts die op die momenten wachtdienst heeft, maar de ouders weten dat er steeds een andere huisarts de zorg voor hun kind op zich zal nemen.

Veertig procent van de ouders zullen tijdens het weekend of 's nachts toch proberen hun pediater te contacteren. Zoals reeds vermeld, is de pediater op dergelijke momenten niet rechtstreeks te bereiken. Een vraag die volgt op deze cijfers is dan ook wie de ouders zullen contacteren wanneer hun pediater niet bereikbaar is. De drie voor de hand liggende opties zijn : 1. de ouders wachten af hoe de situatie evolueert, 2. een huisarts wordt gecontacteerd of 3. de ouders gaan naar de spoedopname met hun kind. Vermoedelijk zal het aantal ouders dat in het weekend of 's nachts de huisarts van wacht zal contacteren dan ook een stuk hoger liggen dan de 43% reeds vermeld werd.

9. Preventiearts

Bijna 60% van de ouders verkiest Kind & Gezin of het CLB wanneer het gaat rond preventieve zorgverlening. Wat toch wel opvalt is de invloed van de burgerlijke stand van de ouders om gebruik te maken van de georganiseerde preventieve zorg (zie ook *4. Burgerlijke stand*). Alleenstaande ouders gaan minder geneigd zijn om beroep te doen op Kind & Gezin of het CLB, en kiezen liever voor de huisarts. Dit is een verrassend resultaat aangezien alleenstaande ouders het financieel niet altijd even makkelijk hebben, en het daarom logisch zou zijn dat zij toch eerder voor de gratis preventieve zorg zouden kiezen in plaats van de betalende preventieve zorg. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat alleenstaande ouders soms het gevoel hebben dat ze zich naar de 'buitenwereld' extra moeten bewijzen, en ze daarom eerder een huisarts of pediater zullen verkiezen voor de preventieve zorg.

10. Niet-beïnvloedende factoren

Een aantal elementen uit dit onderzoek speelden op geen enkele manier een significante rol bij de keuze van de ouders voor een welbepaalde arts. Het gaat om het aantal kinderen, het geslacht van de ouders, de leeftijd van de ouders, de leeftijd waarop ouders hun eerste kind kregen en de leeftijd van het oudste kind die niet van belang waren binnen dit onderzoek.

De leeftijd van de ouders bij de geboorte en de huidige leeftijd van de ouders zijn twee factoren die verrassend genoeg geen invloed lijken te hebben op de keuze voor een arts. Er werd verwacht dat naarmate de huidige leeftijd van de ouders toeneemt samen met de leeftijd van het kind, er een verschuiving van de pediater naar de huisarts zou plaats vinden. Toch kon deze stelling op basis van de huidige leeftijd van de ouders niet bevestigd worden.

Anderzijds bleek ook de leeftijd waarop ouders hun eerste kind kregen niet significant te zijn. Naarmate de ouders op latere leeftijd hun eerste kind krijgen, werd verwacht dat ze eerder voor de pediater zouden kiezen omdat zij misschien sneller ongerust zouden zijn dan de jongere ouders. Toch werd dit resultaat niet gevonden in dit onderzoek.

5. In de praktijk

Algemeen

Vanuit de overheidsinstanties zou er naar de ouders duidelijker gecommuniceerd moeten worden wat de taken van de huisartsen en pediaters zijn, en dat ouders ook bij de huisarts terecht kunnen voor de zorg voor hun kind. Dit kan bijvoorbeeld door middel van affiches en folders bij de huisartsen, apothekers en ziekenhuizen te verspreiden. Op deze manier zal de maatschappelijke kost voor de gezondheidszorg voor kinderen ook duidelijk afnemen, en zullen enkel de kinderen die door een pediater onderzocht moeten worden, bij een pediater terecht komen.

Lokaal

Op lokaal niveau is het belangrijk dat de ouders goed geïnformeerd worden rond de organisatie van de wachtdiensten voor kinderen (spoeddienst versus huisarts). Op deze manier weten ouders dat ze tijdens het weekend en ’s nachts naar de huisarts kunnen met hun zieke kind, en niet meteen de spoedopname hoeven te contacteren.

Een ander belangrijk lokaal werkpunt blijft de wederzijdse communicatie en het respect tussen de huisarts en de pediaters. Huisartsen en pediaters leven vaak op een concurrentiële voet met elkaar omdat zij beiden willen zorgen voor eenzelfde populatie. Wanneer huisartsen een kind doorsturen naar de pediater is het belangrijk dat zij een duidelijke verwijsbrief meegeven zodat de pediater op de hoogte is van de medische en sociale situatie van het kind en de ouders. Anderzijds moet er ook voldoende communicatie voorzien worden door de pediater naar de huisarts door middel van verslagen van iedere consultatie of hospitalisatie. Op deze manier blijft ook de huisarts op de hoogte van zijn patiëntje en de evolutie ervan.

De huisarts

35% van de ouders gaan bij de pediater met hun kind omdat ze vlak na de geboorte reeds in contact kwamen met de pediater. Dit is een element waar de huisartsen goed zouden kunnen op inspelen al tijdens de zwangerschap. Het is belangrijk om tijdens de zwangerschap de moeder al te ***informeren*** over wat de huisarts kan betekenen voor de ouders en de baby vanaf de geboorte. Uiteraard is het dan ook belangrijk dat de huisarts reeds tijdens de zwangerschap al een goed contact heeft met de moeder, om op deze manier het ***vertrouwen*** van de ouders te versterken en de meerwaarde duidelijk te maken van de huisarts binnen de zorg voor de kinderen.

Op basis van de antwoorden die de ouders hebben gegeven op de vraag waarom ze al dan niet bij een huisarts langsgaan met hun kind, kan een lijst gemaakt worden met dingen die de huisarts zeker aan de ouders kan zeggen en doen.

- Maak reeds tijdens de zwangerschap duidelijk wat de huisarts kan betekenen voor de ouders en hun kind vanaf de geboorte.
- Leg duidelijk aan de ouders uit wat de huisarts kan betekenen voor hun kind.
- Maak aan de ouders duidelijk dat de huisarts ook opgeleid is voor de zorg voor kinderen.
- Leg het belang uit van de huisarts die de 'gezinsarts' is en op deze manier de groei en de evolutie van het kind goed kan opvolgen.
- Probeer een goede vertrouwensband met de ouders op te bouwen
- Leg uit dat je een goed contact hebt met de lokale pediaters en dat je het kind zal doorverwijzen naar hem/haar zodra je dit nodig acht.
- Probeer een kind-vriendelijke omgeving te creëeren (wachtzaal, praktijk,…).
- Leg uit aan de ouders dat de opvolging, evolutie en vaccinaties van een gezond kind door Kind & Gezin kan gebeuren.

Kind & Gezin / CLB

Uit dit onderzoek blijkt dat vooral ouders met een niet-universitair diploma geen gebruik maken van de georganiseerde preventieve gezondheidszorg. Daarom is het voor deze instellingen (Kind & gezin / CLB) belangrijk om vooral de niet-universitaire ouders ervan te overtuigen dat zij ook gebruiken kunnen maken van Kind & Gezin en het CLB voor de preventieve zorg voor hun kind.

6. Verder onderzoek

Er is in dit onderzoek geen verband onderzocht tussen de **afstand** van de woonplaats van het kind en de consultatieruimte van de huisarts of pediater. Een onderzoek naar dit verband zou kunnen bepalen of de afstand tot een bepaalde arts een rol speelt bij de keuze voor de huisarts dan wel de pediater.

Een onderzoek naar de **pathologieën** die de huisarts en de pediaters tijdens hun consultatie bij kinderen vaststellen zou een beeld kunnen geven van de eventuele verschillen of gelijkenissen tussen de consultaties bij beide artsen.

Bij een **grotere onderzoekspopulatie** kunnen de significante resultaten van dit onderzoek versterkt worden, en kunnen de resultaten die binnen deze populatie niet significant bleken eveneens versterkt of afgezwakt worden.

Besluit

In België gebeurt de zorg voor kinderen door de huisarts en door de pediater. Ouders hebben de vrije keuze tot welke arts ze zich richten. Deze vrije keuze zorgt dan ook voor een duidelijke verdeling van de patiëntjes tussen de huisarts en de pediaters. Huisartsen zien vaak niet zoveel kinderen in hun praktijk, alhoewel ze ook zeer goed opgeleid zijn om deze laatsten te behandelen. Anderzijds zien de huisartsen in verhouding wel meer kinderen tijdens hun wachtdiensten.

De keuze van de ouders voor een welbepaalde arts is gebaseerd op verschillende elementen. Enerzijds spelen persoonlijke ervaringen met een welbepaalde arts een rol in de keuze van de ouders. Ouders die de huisarts verkiezen als behandelende arts, kiezen voor deze laatste omdat ze veel vertrouwen hebben in de huisarts, omdat ze weten dat de huisarts hen zal doorverwijzen als hij dit nodig vindt, en omdat ze de huisarts zien als hun 'gezinsarts'. De ouders die de pediater als behandelende arts verkiezen doen dit omdat ze van mening zijn dat hij de beste diagnose kan stellen en behandeling kan starten, omdat ze tevens veel vertrouwen hebben in hem, en omdat ze reeds bij de geboorte van hun baby in het ziekenhuis in contact komen met de pediater.

Anderzijds blijkt uit de analyses van de persoonlijke kenmerken van de ouders en de kinderen, dat er een heel aantal elementen een significante rol spelen bij de keuze voor een arts.

De **leeftijd het jongste kind** beïnvloedt de keuze tussen de huisarts en de pediater. Naarmate het jongste kind ouder wordt, gaat er een verschuiving plaats vinden voor de zorg van de pediater naar de huisarts.

Het **diploma van de ouders** is ook een beïnvloedende factor voor de keuze voor een vaste behandelende arts, voor een arts in een acute setting en voor een preventie-arts.

Ouders met een *universitair diploma* gaan eerder de huisarts verkiezen als behandelende arts en in een acute situatie. Ouders met een diploma *hoger onderwijs* (hogeschool) zullen eerder de pediater als behandelende- en acute arts verkiezen.

Ouders met een niet-universitair diploma (middelbaar onderwijs en hogeschool) verkiezen de pediater boven de georganiseerde preventie-initiatieven. Ouders met een universitair diploma geven de voorkeur aan Kind & Gezin/CLB boven de pediater.

Ouders die **alleenstaand** zijn, zullen minder beroep doen op de georganiseerde preventieve zorg in vergelijking met niet-alleenstaande ouders. Alleenstaande ouders kiezen eerder voor de huisarts dan voor Kind & Gezin/CLB voor de preventieve onderzoeken.

De **gezondheidstoestand van het kind** is tevens een zeer belangrijk een doorslaggevend element bij vele ouders bij hun keuze voor een arts. Als het kind een chronisch ernstig gezondheidsprobleem heeft, zullen de ouders eerder de pediater dan de huisarts verkiezen als behandelende arts, als weekendarts en als acute-arts.

Het **aantal kinderen** en het **geslacht van de ouders** spelen op geen enkele manier een significante rol bij de keuze voor een arts.

De resultaten van deze studie zijn belangrijk op verschillende niveaus. Het is ten eerste belangrijk dat de overheid enkele initiatieven zal nemen om aan de ouders te laten weten dat ze ook bij de huisarts terecht kunnen met hun kind. Dit kan onder andere door affiche en folders te verspreiden waarin de taken van de huisarts binnen de gezondheidszorg voor kinderen duidelijk gecommuniceerd worden. De persoonlijke kenmerken die uit dit onderzoek naar voor zijn gekomen als beïnvloedende factoren voor de keuze voor een bepaalde arts, kunnen gebruikt worden om specifieke groepen binnen de bevolking te bereiken. Als meer ouders gebruik zouden maken van de huisarts en van de georganiseerde preventie-initiatieven, zou de maatschappelijke kosten voor de gezondheidszorg voor kinderen aanzienlijk dalen.

Op lokaal niveau is het belangrijk dat de ouders goed geïnformeerd worden rond de organisatie van de wachtdiensten voor kinderen (spoeddienst versus huisarts). Op deze manier zullen er minder onnodige contacten plaats vinden met de spoeddiensten. Anderzijds moet er ook een goede communicatie en verstandhouding plaats vinden tussen de huisarts en de pediater, om de zorg oor hun gemeenschappelijke patiënt te optimaliseren.

Voor de huisarts is het belangrijk om de ouders te informeren over wat hij kan betekenen voor hun kind, en anderzijds reeds van bij de zwangerschap een goede vertrouwensband op te bouwen met de ouders om hen dan al te vertellen dat ze vanaf de geboorte reeds met hun baby bij hem terecht kunnen.

Er kunnen dus op heel wat niveaus aanpassingen gebeuren om er opnieuw voor te zorgen dat er meer kinderen op consultatie komen bij de huisarts, en dat de zorg op deze manier zich opnieuw wat verplaatst van de pediater naar de huisarts.

Referenties

1. Christelijke Mutualiteit. CM-Huisartsen. [Online].; 2015 [cited 2015 05 20. Available from: http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/huisartsen/index.jsp.

2. Christelijke Mutualiteit. CM-specialisten. [Online].; 2015 [cited 2015 05 20. Available from: bron: http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/specialisten/index.jsp.

3. Kind & Gezin. Dienstverlening. [Online].; 2014 [cited 2015 05 20. Available from: http://www.kindengezin.be/img/dienstverlening-kind-gezin-2014.pdf.

4. Agentschap Zorg en Gezondheid. [Online]. [cited 2015 augustus 17. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Preventieve-gezondheidszorg/Centra-voor-leerlingenbegeleiding/.

5. Van Der Heyden J. Gezondheidsenquête: Ambulante contacten met de specialist. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance; 2008.

6. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Quarterly. 2005;(Vol. 83 No 4 (pag. 1-28)).

7. Van esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, al. e. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 2010;(95:791–795).

8. Inkelas M, Schuster M, Olson L, Park C, Halfon N. Continuity of primary care clincian in early childhood. Pediatrics. 2004 juni; vol. 113;1917.

9. Philips R, Bazemore A, Dodoo M, Shipmann S, Green L. Family physicians in the child health care workforce: oppurtunities for collaboration in improving the health of children. Pediatrics. 2006;(118;1200).

10. Backer LA. Caring for children: re-examining the family physician's role. Family Practice Management. 2005 july/august: p. 45-52.

11. Cannoodt L, Vervaeren K, De Lepeleire J. Samenwerking tussen huisartsen en kinderartsen in Oost Brabant. Huisarts Nu. 2004 April: p. 142-146.

12. Cannoodt L, Lombaerts R. Terugbetaalde prestaties voor zieke kinderen. Huisarts Nu. 2004 april;(33(3) (pag 137-141)).

13. Sowden D. The future for child healthcare provision within general practice. Arch Dis Child. 2004;(89:115-116).

14. Maguire S, Ranmal R, Komulainen S, Pearse S, Maconochie I, Lakhanpaul M, et al. Which urgent care services do febrile children use and why? Arch Dis Child. 2011;(doi:10.1136/adc.2010.210096).

15. Segers VC. Toegankelijkheid van de huisarts voor zuigelingen. ; 2011.

16. Drieskens S, Gisle L, et.al.. Gezondheidsenquête. Wetenschappelijk instituut volksgezondheid; 2013.

17. Kamtsiuris P BERPSM. Use of medical services. Results of the German Health Interview and Examinaton Survey for Children and Adolescents. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2007 May-Jun;(50(5-6):836-50).

18. Janicke D, Finney J, Riley A. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. Medical Care. 2001;(Volume 39, Number 9, pp 990-1001).

19. Bakelandt J, Beerens AS, Elyn P, Schamp L, Haecke V, C.& Yde L. Analyse van het zorggebruik van niet-verwezen patiënten op de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendiensten van Gent. 2009. Scriptie voorgedragen in de tweede master in het kader van de opleiding tot arts aan Universiteit Gent..

20. Sabine Drieskens LG(). Gezondheidsenquête. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2013. Report No.: PHS Report 2015-002.

21. Osman L, Dunt D. Factors influencing mothers' decisions to consult a general practicionerabout their children's ilnesses. British Journal of General Practice. 1995;(45, 310-312).

22. Bhrolchain CMN. Who should provide primary care for children. Arch Dis Child. 2004;(89:115-116).

23. Van Uden C, Crebolder H. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med. 2004;(21:722-723).

24. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD. Association of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use and Hospitalisation in Children. PEDIATRICS. 2001 Mar; 03(Vol. 103).

25. Halfon N, Newacheck PW, Wood DL. Routine Emergency Department Use for Sick Care by Children in the United States. Pediatrics. 1996 July;(Vol 98).

26. Riziv:statistiek van ledentallen van de mutualiteiten. [Online]. [cited 2015 juli. Available from: https://applstst2.riziv.fgov.be/analytics/NL/Portal/mainUnchallenged.do?unchallenged=yes.

27. Peeters B. CM statistieken 2014. persoonlijk contact via e-mail.

28. BCFI. [Online]. [cited 2015 augustus 5. Available from: http://www.bcfi.be/GGR/MPG/MPG_LA.cfm#12a.

29. Christelijke Mutualiteit. Rapport: Belg tevreden over arts. ; 2015.

30. Vyverman H. Jaarverslag. Jaarverslag. HAWP Aalst; 2014.

31. De Wolf F, Vanoverloop J. Analyse van de profielen van patiënten die de spoedafdeling bezocht hebben in 2008. Socialistische mutualiteiten; 2008.

32. Kind & Gezin. Statistisch jaarverslag. [Online].; 2008 [cited 2015 05 20. Available from: http://www.kindengezin.be/img/statistisch-jaarverslag-2008.pdf.

Bijlagen

1. Protocol
2. Ethische commissie
3. Begeleidende brief en informed consent
4. Vragenlijst
5. Andere redenen waarom ouders liever niet bij de huisarts gaan met hun kind

1. Protocol

Sommige ouders verkiezen de huisarts als behandeld arts voor hun kind, andere ouders verkiezen de pediater als behandelend arts voor hun kind. Dit project heeft als doel te onderzoeken op welke criteria de ouders zich baseren om naar de huisarts of de pediater te gaan.

Concrete vraagstellingen:

- Met welke zorgepisodes (ziekte, preventieve gezondheidszorg, ernst van de ziekte van hun kind,...) gaan ouders met hun kind naar de pediater en met welke zorgepisodes naar de huisarts?
- Om welke redenen verkiezen zij de huisarts voor de behandeling van hun kind en om welke redenen de pediater?
- Welke arts contacteren zij in het weekend wanneer hun kind ziek is?
- Is de leeftijd van de ouders, de sociale klasse van de ouders, de leeftijd van hun kind, het aantal kinderen, de nabijheid van een pediater/huisarts, contact met de pediater/huisarts… bepalend voor hun keuze voor een bepaalde arts?

Geplande methode:

- Een anonieme vragenlijst van 2 pagina's laten invullen door ouders die kinderen hebben die jonger zijn dan 12 jaar

=> De enquêtes verspreiden (o.a. via de wachtzaal van een aantal huisartsenpraktijken, via de huisartsenwachtpost en in de wachtzaal van een aantal pediatrische praktijken)

2. Ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

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

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**
	2015/0138	09-feb-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
De zorg voor het kind door de huisarts en de pediater (Ma-na-ma Hannelore De Saedeleer)

Belgisch Registratienummer: B670201523574

* Adviesaanvraagformulier dd. 2/02/2015 (volledig ontvangen dd. 09/02/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
* Vragenlijsten

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 9/02/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/02/2016, 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 9/02/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/02/2016, 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 17/02/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/02/2015

- *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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

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**
	2015/0138	09-feb-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0138

- *The Ethics Committee is organized 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
Prof. dr. J. DE MAESENEER

3. Begeleidende brief en informed consent



Beste ouders,

Ik ben Dr. Hannelore De Sadeleer en ik ben momenteel bezig aan mijn master-na-master-opleiding tot huisarts (HAIO). In het kader van deze opleiding schrijf ik een thesis met als thema: **'De zorg voor het kind door de huisarts en de pediater'**. De promotor van dit project is Prof. Dr. An De Sutter, verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent.

Doel van het onderzoek:

In België hebben de ouders de vrije keuze om voor de zorg van hun kind de huisarts of de kinderarts te raadplegen. In dit onderzoek willen we dan ook graag nagaan wat ouders doet beslissen om de kinderarts dan wel de huisarts te kiezen voor de zorg voor hun (ziek) kind.

Voorwaarde om deel te nemen aan dit onderzoek:
De enige voorwaarde om deel te nemen aan dit onderzoek is om vader of moeder te zijn van één of meerdere kinderen jonger dan 12 jaar.

Praktisch:

- Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis te Gent.
- Er bestaat geen enkele verplichting om aan dit onderzoek mee te werken.
- Deze vragenlijst is volledig anoniem en heeft absoluut geen invloed op de zorg voor U of uw kind.
- Uw huisarts en/of kinderarts zullen nooit op de hoogte gebracht worden van uw antwoorden op de vragen.
- U kan op elk moment beslissen om uw medewerking aan dit onderzoek stop te zetten. Uw eventuele weigering zal de zorg voor U of uw kind geenszins beïnvloeden.
- Deelname aan het onderzoek wordt niet vergoed.
- Dit onderzoek valt onder het beroepsgeheim en de verwerking van de resultaten zal vertrouwelijk en anoniem gebeuren
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en kunnen eventueel gepubliceerd worden. In beide gevallen zal dit steeds geanonimiseerd gebeuren.

Om het resultaat van dit onderzoek zo representatief mogelijk te laten zijn, is een grote respons belangrijk. Daarom zou ik U willen vragen of U even de tijd zou willen nemen om deze korte vragenlijst (max. 5 minuten) in te vullen.

Wanneer U verdere vragen of opmerkingen heeft kan U me gerust contacteren via Hannelore.DeSadeleer@ugent.be

Alvast hartelijk dank,

Dr. Hannelore De Sadeleer

UNIVERSITEIT GENT

Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek

Informed consent

De zorg voor het kind door de huisarts en de pediater

Onderzoek uitgevoerd door:
Dr. De Sadeleer Hannelore

Promotor:
Prof. Dr. An De Sutter

Ondergetekende, ……., verklaart zijn/haar medewerking te willen verlenen aan het onderzoek 'De zorg voor het kind door de huisarts en de pediater'.

Ik heb een exemplaar van de informatiebrief ontvangen waarin het doel en het verloop van dit onderzoek wordt uiteengezet.

Hieronder nogmaals enkele belangrijke elementen, zoals ook terug te vinden in de begeleidende informatiebrief.

- De enige voorwaarde om deel te nemen aan dit onderzoek is om vader of moeder te zijn van een kind dat momenteel jonger is dan 12 jaar
- Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZ Gent.
- Er bestaat geen enkele verplichting om aan dit onderzoek mee te werken.
- Deze vragenlijst is volledig anoniem en heeft absoluut geen invloed op de zorg voor U of uw kind.
- U kan op elk moment beslissen om uw medewerking aan dit onderzoek stop te zetten. Uw eventuele weigering zal de zorg voor U of uw kind geenszins beïnvloeden.
- Deelname aan dit onderzoek wordt niet vergoed.
- Dit onderzoek valt onder het beroepsgeheim en de verwerking van de resultaten zal vertrouwelijk en anoniem gebeuren
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Uw naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Voor eventuele vragen, klachten of verdere opvolging kan U terecht kan bij Dr. Hannelore De Sadeleer (Hannelore.DeSadeleer@ugent.be)

Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen en begrepen en ik ga akkoord om deel te nemen aan dit onderzoek.

Datum:

Handtekening:

4. Vragenlijst

De zorg voor het kind door de huisarts en de pediater

1. Welke **arts** verkiest U als **centrale persoon/behandelende arts** voor de zorg voor uw kind(eren)?

☐ Huisarts (*ga naar vraag 2*) ☐ Kinderarts (Pediater) (*ga naar vraag 3*) ☐Andere:..... (*ga naar vraag 4*)

!! Vul deze vraag enkel in als U de HUISARTS verkiest als centrale persoon/behandelende arts voor uw kind

2. Duid **de 3 belangrijkste redenen** aan om in eerste instantie voor de huisarts te kiezen wanneer U met uw kind naar een arts gaat:

- ○ Advies van familie/vrienden
- ○ Mijn huisarts kent mijn volledige gezin
- ○ Ik heb uit het verleden goede ervaringen met mijn huisarts
- ○ Mijn huisarts zal mij doorverwijzen als hij het nodig vindt
- ○ Ik kan 's avonds ook langsgaan bij mijn huisarts
- ○ Ik kan het snelst een afspraak krijgen bij mijn huisarts
- ○ Mijn huisarts heeft zelf (jonge) kinderen
- ○ Andere: .....
- ○ Andere ouders gaan met hun kind ook bij de huisarts
- ○ De huisarts is goed opgeleid voor de zorg voor kinderen
- ○ Ik heb veel vertrouwen in mijn huisarts
- ○ Mijn huisarts is steeds bereikbaar
- ○ Mijn huisarts woont dichtbij
- ○ Een consultatie bij mijn huisarts is goedkoper
- ○ Mijn huisarts is kindvriendelijk

Bent U reeds vanaf de geboorte van uw kind bij de huisarts langsgeweest voor de zorg voor uw kind?

☐ Ja ☐ Neen

Zo neen, **hoe oud** waren **uw kinderen** toen U met hen op consultatie bent beginnen gaan bij de huisarts? .....jaar

Is de huisarts van uw kind(eren) een man of een vrouw? (*N.B. indien een groepspraktijk: duid het geslacht aan van de arts die uw voorkeur geniet)*

☐ Man ☐ Vrouw

N.B. ga verder naar vraag 4

Vul deze vraag enkel in als U de KINDERARTS verkiest als centrale persoon/behandelende arts voor uw kind

3. Duid **de 2 belangrijkste redenen** aan om in eerste instantie voor de kinderarts te kiezen wanneer U met uw kind naar een arts gaat:

- ○ Advies van familie/vrienden/andere ouders: zij gaan ook bij de kinderarts langs voor de zorg voor hun kind(eren)
- ○ Ik kwam bij de geboorte reeds in contact met de kinderarts en sindsdien ben ik voor de zorg van mijn kind bij hem/haar blijven gaan
- ○ Ik heb het meeste vertrouwen in de kinderarts voor de zorg voor mijn kind
- ○ De kinderarts kan de beste diagnose stellen en de beste behandeling starten bij mijn kind omdat hij de meeste ervaring heeft met (zieke) kinderen
- ○ Ik ga met al mijn kinderen op consultatie bij de kinderarts
- ○ Ik kan het snelst bij de kinderarts terecht wanneer mijn kind ziek is
- ○ De huisarts heeft mij naar de kinderarts doorverwezen voor de zorg voor mijn kind
- ○ Mijn kind heeft speciale zorgen nodig waarvoor ik enkel bij de kinderarts terecht kan (bv. chronische problemen met de organen, aangeboren afwijkingen,...)
- ○ Andere: .....

Ik verkies de kinderarts boven de **huisarts** voor de zorg voor mijn kind omdat *(duid **de 2 belangrijkste redenen** aan)*

- ○ Ik denk dat mijn huisarts minder goed de diagnose kan stellen en de behandeling kan starten bij mijn ziek kind
- ○ Ik denk dat de huisarts niet beschikt over al het materiaal om mijn kind te onderzoeken/behandelen
- ○ Ik heb zelf geen huisarts
- ○ Ik zie weinig kinderen in de wachtzaal bij de huisarts waardoor ik vermoed dat hij weinig ervaring heeft met (zieke) kinderen
- ○ Ik ga liever naar een ziekenhuis-setting met mijn kind zodat eventuele aanvullende onderzoeken of een ziekenhuisopname meteen kunnen plaats vinden
- ○ Ik vind mijn huisarts niet kindvriendelijk
- ○ Andere:.....

1. Wanneer uw kind **in het weekend of tijdens feestdagen** ziek is, wie probeert U dan het **eerst te contacteren**?

☐ Huisarts ☐ Huisarts van wacht ☐ Kinderarts ☐ Spoedopname ☐Andere:.....

2. Wie verkiest U voor **preventieve consultaties** zoals: het meten van de *lengte* en het *gewicht* van uw kind, en het toedienen van *vaccinaties*?

☐ Huisarts ☐ Kinderarts ☐ Kind & Gezin of CLB ☐Andere:.....

3. Welke **arts** probeert U het eerst te contacteren wanneer uw kind **ernstig ziek** is *(vb. uw kind heeft 40° koorts , eet/drinkt weinig, hoest veel en U maakt zich hier ongerust over)*?

☐ Huisarts ☐ Kinderarts ☐ Spoedopname ☐Andere:..... .....

Algemene informatie

4. U bent ☐ Man ☐ Vrouw
5. Wat is uw **leeftijd**? ..... Jaar
6. In welke **gemeente** woont U?.....
7. Wat is uw hoogst behaalde **diploma**? ☐ Lager onderwijs ☐ Middelbaar onderwijs ☐ Hoger onderwijs ☐ Universitair onderwijs
8. Wat is uw huidig **beroep**?.....
9. Burgerlijke stand ☐ Gehuwd/Samenwonend ☐Alleenstaand
10. Is uw huisarts een man of een vrouw? *(N.B. indien een groepspraktijk: duid het geslacht aan van de arts die uw voorkeur geniet)*?
    ☐ Man ☐ Vrouw ☐ Ik heb geen vaste huisarts
11. **Hoeveel kinderen** heeft U? ☐ 1 ☐ 2 ☐3 ☐ 4 ☐ meer dan 4, aantal: .....
12. Wat is de **leeftijd** van uw kind(eren)? .....
13. Heeft U een kind met **ernstige gezondheidsproblemen** (= chronische problemen die gespecialiseerde hulp vereisen zoals een handicap, langdurige problemen met de organen, ernstige psychische problemen, …)?
    ☐ Ja ☐ Neen

5. Andere redenen waarom ouders liever niet bij de huisarts gaan met hun kind

a. zelfde als bij vorige vraag
b. ze verwijzen ons toch steeds door
c. we denken dat hij/zij gespecialiseerd is
d. vertrouwen van het kind in de pediater
e. te lange wachttijd in de wachtkamer
f. pediater kent kind vanaf de geboorte, huisarts heeft haar nog niet onderzocht
g. pediater heeft het meest ervaring met kinderziektes (huisarts heeft in het verleden al foute diagnose diagnose gesteld -en al AB voorgeschreven terwijl dit eigenlijk niet nodig was)
h. ook voor expertise
i. Omwille van een verhuis heb ik een andere huisarts die ik nog niet zogoed ken; Ik was/ben me niet bewust van de vaardigheden van een huisarts bij kleinere kinderen
j. Omdat ik werk op pediatrie en direct bij de pediater terecht kan
k. Mijn kinderen kennen enkel hun pediater, niet vertrouwd met onze huisarts
l. Mijn kinderarts kent mijn kind van bij de geboorte en kent het volledige dossier
m. Mijn huisarts is even bekwaam maar de kinderarts heeft ze opgevolgd van hun geboorte tot nu door hun regelmatig te controleren
n. kinderarts woont dichterbij dan huisarts
o. kinderarts meer ervaring met kinderen
p. kinderarts is goede kennis
q. in onze vriendenkring hebben huisartsen al meer dan 1 keer de verkeerde diagnose gesteld.
r. In het verleden ben ik met mijn zieke kinde al verschillende keren doorgestuurd naar de pediater. Ik ga nu onmiddellijk naar de pediater
s. ik werk samen met kinderarts
t. ik vind dat de huisarts te vaak een afwachtende houding aanneemt
u. Ik vind continuiteit belangrijk bij de opvolging van de groei van mijn kind. Ik geloof dat de pediater daar het beste zicht op heeft.
v. ik heb veel vertrouwen in de kinderarts van mijn kinderen
w. Ik heb al ervaring dat bij de huisarst een bepaald medicament niet werkte
x. Ik ga voor preventeive consultaties lands, dus ook als ze ziek is
y. ik denk dat een kinderarts meer kennis heeft van andere alternatieven voor gangbare medicatie die de huisarts zou voorschrijven voor kinderen
z. Ik denk dat de kinderarts beter de juiste medicatie voor kinderen kan inschatten
aa. ik ben voor mezelf op zoek naar een nieuwe huisarts
bb. huisarts zegt dat we beter naar kinderarts gaan
cc. huisarts heeft duidelijk minder ervaring met kinderen
dd. huisarts doet nooit volledig onderzoek
ee. Hij kent het kind van de geboorte. Het volledige dossier is bij hem.
ff. geen van dezen kloppen voor mij
gg. familie is pediater

hh. enkel voor kinderziektes
ii. Eigenlijk vooral uit gewoonte, wanneer ik de kinderarts niet kan bereiken probeer ik de huisarts
jj. dichtbij huis
kk. De KA is meer op de hoogte van de voorbije ziektes en evolutie van mijn kind.
ll. de huisarts kent mijn kinderen en hun problemen minder goed
mm. bij de kinderarts kan ik snel op consultatie op afspraak, bij de huisarts verwacht men dat ik naar de vrije consultatie kom en daar misschien 2u moet zitten wachten.
nn. bij de huisarts was de diagnose goed maar de hoeveelheid medicatie niet daarna nog naar kinderarts moeten gaan
oo. al verschillende fouten meegemaakt bij huisartsen met de kindjes
pp. afhankelijk van de ernst, eerdere ervaring heeft geleerd dat huisarts mijn kind tekenen toonde van respiratoire insufficiëntie: tirage, weinig reactief, bleek tachypnoe, ... in deze fase werd de mama met mijn zoon naar huis gestuurd.
qq. Ik denk dat een pediater een specifieker opleiding heeft genoten om een diagnose te stellen