Omgaan met ongerustheid bij ouders van acuut zieke kinderen: Hoe ervaren huisartsen het toepassen van communicatietechnieken tijdens het consult?

Sofie Van Den Abeele, Universiteit Gent

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

Co-promotor: Dr. Marieke Lemiengre, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Greet De Bock

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

VOORWOORD

Terwijl ik de laatste hand leg aan deze masterproef nadert voor mij ook het einde van mijn 9-jarige opleiding tot huisarts. Daarom wil ik van dit moment ook gebruik maken om niet alleen diegenen te bedanken die mij ondersteund hebben in het verwezenlijken van deze masterproef, maar ook diegenen die mij gedurende deze 9 jaar steeds dat duwtje in de rug hebben gegeven.

Vooreerst richt ik mij tot mijn co-promotor Dr. Marieke Lemiengre. Ik wil haar van harte bedanken voor de begeleiding doorheen het gehele verloop van deze masterproef. Haar enthousiasme maakte me snel warm voor dit onderzoek en werkte aanstekelijk. Steeds was ik bij haar welkom voor vragen en advies in verband met het onderzoek. Ze was altijd bereid om eens met mij samen te zitten en me verder te helpen in het verwerken van de interviews. Ook tijdens het schrijven stond ze steeds klaar om mijn werk na te lezen en van advies te voorzien. Vervolgens wil ik ook mijn promotor Prof. Dr. An De Sutter bedanken voor de kans die ze mij gegeven heeft om mij in dit onderwerp te verdiepen. Het was voor mij een zeer interessante en leerrijke ervaring. Daarbij wil ik ook alle huisartsen bedanken bij wie ik een interview mocht afnemen. Het was steeds een aangename ontmoeting met boeiende gesprekken, niet alleen over hun deelname aan de ERNIE2 studie, maar ook over hun eigen werk- en leefsfeer.

Daarnaast wil ik ook graag mijn praktijkopleider Dr. Greet De Bock bedanken om mij de tijd en ruimte te geven om het onderzoek uit te voeren en deze masterproef te schrijven. Hierbij wil ik haar dan ook bedanken voor al haar hulp, begeleiding en ondersteuning tijdens mijn tweejarige opleiding in haar praktijk.

Vervolgens richt ik mij tot mijn ouders en mijn zus Eline. Gedurende mijn negenjarige opleiding hebben ze mij steeds de moed en ondersteuning gegeven om door te zetten tijdens deze studies. Het is mede dankzij hen dat ik dit punt heb bereikt. Ook tijdens deze laatste jaren gaven ze me steeds weer moedgevende woorden en bezorgden me de nodige motivatie om ook dit werk tot een goed einde te brengen. Daarbij wil ik hen eveneens bedanken voor de interesse in mijn werk, het nalezen en het corrigeren van taalfouten.

Uiteindelijk gaat ook een woord van dank uit naar mijn familie en al mijn vrienden. Ook zij gaven me tijdens die negen jaren steeds weer moed om verder te gaan en zorgden ervoor dat ik af en toe ook eens genoot van een momentje ontspanning.

Aan jullie allen een welgemeende DANK JE WEL!

Abstract

Achtergrond: Een kind met koorts zorgt vaak voor ongerustheid bij ouders waardoor zij een arts consulteren. Hoewel artsen soms veronderstellen dat ouders voornamelijk antibiotica wensen, blijkt dat een grote meerderheid onder hen voornamelijk geruststelling en informatie wenst. In de grootschalige ERNIE2 studie bij kinderen met koorts kregen artsen de opdracht om communicatieve interventies toe te passen tijdens het consult om zo het aantal antibioticavoorschriften te doen dalen. Hoewel het slagen van zo'n interventie sterk afhankelijk is van de arts zelf, is er echter nog weinig onderzocht hoe de artsen zelf tegenover deze technieken staan.

Onderzoeksvraag: In deze kwalitatieve studie werd nagegaan hoe huisartsen, die deelnamen aan de ERNIE2 studie, het toepassen van bepaalde communicatietechnieken ervaarden. Het betreft hier het specifiek bevragen van de ongerustheid bij ouders van kinderen met koorts en het meegeven van een folder over koorts.

Methode: Bij 15 Vlaamse huisartsen, die hadden deelgenomen aan de grootschalige ERNIE2 studie, werd een semigestructureerd interview afgenomen. In dit interview werd nagevraagd hoe zij de communicatieve interventies van de ERNIE2 studie ervaarden. Deze interviews werden geanalyseerd via thematische analyse.

Resultaten: De communicatieve interventies van de ERNIE2 studie, zoals het navragen van ongerustheid en het gebruik van een folder, vonden de meeste artsen nuttige tools bij kinderen met koorts. Deze interventies kunnen, volgens hen, een ondersteuning bieden in het overleg met de ouders tijdens het beleid voeren en kunnen het aantal antibioticavoorschriften licht doen dalen. De implementatie ervan was moeilijker aangezien ze reeds eigen technieken toepasten om ongerustheid te exploreren en informatie over te brengen. Ze vonden de tools voornamelijk bruikbaar voor specifieke doelgroepen of bij situaties waar communicatie moeilijker verliep.

Conclusie: Hoewel de huisartsen deze communicatietechnieken bruikbaar vonden, bleek implementatie moeilijker. Er is meer onderzoek nodig rond de ervaring van artsen betreffende gelijkaardige communicatieve interventies bij kinderen met koorts. Bijkomend onderzoek kan op deze manier aantonen waarom artsen bepaalde technieken wel of niet kunnen of willen toepassen en in welke mate zij dit implementeerbaar vinden. Deze informatie kan een verklaring bieden voor het al dan niet slagen van soortgelijke interventies. Daarnaast kan, op basis van deze gegevens, gezocht worden naar de beste manier(en) om de communicatie tussen arts en ouder te optimaliseren.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 2

1 Inleiding 4

1.1 Ongerustheid bij ouders 4

1.2 De nood aan informatie 4

1.3 De interventies 5

1.4 De opzet van deze studie 6

2 Methodologie 7

2.1 Ethische Commissie 7

2.2 Methodiek van de literatuurstudie 7

2.3 Onderzoeksmethodiek 7

3 Resultaten 9

3.1 Deelnemers 9

3.2 Analyse van de resultaten 9

3.2.1 Het bevragen van ongerustheid 9

3.2.2 Het foldergebruik 13

3.2.3 Algemene impact op het beleid voeren 16

4 Discussie 18

4.1.1 Samenvatting van de resultaten 18

4.1.2 Vergelijking met bestaande literatuur 18

4.1.3 Sterktes en limitaties 21

5 Conclusie 23

6 Persoonlijke reflectie 24

7 Referenties 25

8 Bijlagen 28

8.1 Folder 28

8.2 Protocol Ethisch Comité 29

8.3 Informatieve brief 35

8.4 Informed consent 37

8.5 Goedkeuring Ethisch Comité 38
8.6 Vragenlijst semigestructureerd interview 40
8.7 Analyse: Thematische bomen ‘Bevraging ongerustheid’ 42
8.8 Analyse: Thematische bomen ‘Foldergebruik’ 43
8.9 Analyse: Thematische boom ‘Algemene invloed’ 44
8.10 Karakteristieken geïnterviewde artsen 45

1 Inleiding

Koorts bij een kind is één van de meest voorkomende redenen waarom ouders met hun kind de huisarts consulteren. Meestal gaat het bij deze gevallen om een virale infectie en slechts zelden om een ernstige infectie met een hoog risico op mortaliteit. (1)

1.1 Ongerustheid bij ouders

Koorts blijkt een belangrijke reden van ongerustheid te zijn voor ouders. Uit bevragingen bij ouders kwamen vooral koorts, hoesten en mogelijke meningitis naar voor als onrustwekkende factoren. Daarnaast hebben ze ook schrik om een ernstige aandoening bij hun kind niet (tijdig) te herkennen. (2, 3) Deze bezorgdheden komen voort uit hun verantwoordelijkheidsgevoel om hun kind te beschermen voor ernstige aandoeningen. De ongerustheid van de ouders is daarbij ook afhankelijk van hun eigen controle over het zieke kind en de door hun waargenomen bedreiging van deze ziekte. (3)

Ongerustheid is een drijfveer van de ouders om hun huisarts te consulteren. Deze ongerustheid gaat meestal gepaard met bepaalde verwachtingen van hun arts. Het blijkt namelijk dat ouders vooral een goed klinisch onderzoek, uitleg en geruststelling verwachten van hun arts. Slechts weinig ouders hebben een specifieke wens om antibiotica te krijgen. (2-4)

Uit een onderzoek van Mustafa et al. bleek dat veel huisartsen geen expliciete vragen stellen naar ongerustheid en verwachtingen. De huisartsen gingen ervan uit dat patiënten en ouders voornamelijk antibiotica wensen en ook een goed klinisch nazicht om ernstige zaken uit te sluiten. Huisartsen polsen hier indirect naar en proberen, door tijdens het klinisch onderzoek hun bevindingen direct mee te delen, argumenten aan te halen om de patiënt of ouder gerust te stellen. (5)

1.2 De nood aan informatie

In de NICE guideline (National Institute for Health and Care Excellence) over kinderen met koorts wordt geadviseerd om op het eind van het consult voldoende uitleg te geven over de diagnose met inbegrip van uitleg over herkenning en aanpak van alarmsymptomen. (1) Deze manier van uitleg geven noemt men ‘een vangnet opbouwen’ ofwel ‘safety netting’. Dit vangnet zorgt ervoor dat, bij onzekere diagnose op het eind van het consult, een mogelijke evolutie naar een ernstigere aandoening tijdig wordt herkend. In principe omvat een vangnet de volgende informatie: uitleg dat de diagnose momenteel onzeker is, het verwachte tijdsverloop van de ziekte, alarmtekens waarop gelet moet worden en hoe er hulp moet gezocht worden. (6)

Ongeruste ouders voelen een nood aan deze informatie. Ze willen weten hoe ze de koorts bij hun kind moeten aanpakken en op welke alarmsymptomen ze moeten letten. (4) Deze informatie zou hun ongerustheid en angst om een ernstige aandoening te onderkennen kunnen verminderen. (3)

Er is echter geen duidelijke richtlijn op welke manier dit vangnet naar de ouders moet overgebracht worden. In de huidige praktijk doen huisartsen eerder intuïtief aan ‘safety netting’ en aangepast aan de ouders en het ziek kind die ze voor zich hebben. (7, 8) Het is echter moeilijk om onderscheid te maken welke ouders meest nood hebben aan dit vangnet. (9) Ook is niet duidelijk of de ouders deze uitleg uiteindelijk begrepen hebben. (7)

Buiten de consultatie maken ouders ook meer en meer gebruik van het internet als informatiebron. Echter vaak leidt dit tot meer ongerustheid. Ze vinden té veel informatie die daarnaast ook zeer verschillend is van elkaar. (4) Ouders wensen consistente informatie, en dit liefst uit één eenvoudige bron die betrouwbaar en begrijpelijk is. (4, 10) Ouders zijn van mening dat een geschreven advies een goede optie is voor de aanpak van hun ongerustheid. Dit kunnen ze dan thuis nog eens nalezen, aangezien ze tijdens de consultatie niet altijd al hun vragen kunnen bedenken. Ook is dit een goede houvast voor in de toekomst wanneer hun kind nog eens ziek is. (4)

Toch melden ze dat verworven kennis hun ongerustheid niet volledig zal kunnen wegnemen, omdat deze ook deels gevoed wordt door hun emoties. (4)

1.3 De interventies

In een studie van Petursson et al. werd aangegeven dat communicatieproblemen tussen arts en patiënt over zijn verwachtingen een mogelijke oorzaak kan zijn voor het voorschrijven van antibiotica tegen de wil van de arts (11). Zij zagen dat huisartsen een moeilijke arts-patiënt communicatie als reden aangaven om antibiotica toch voor te schrijven.

Meer en meer studies wijzen erop dat artsen meer rekening moeten houden met de beleving van de patiënt en dat er meer training in arts-patiënt communicatie moet zijn. Deze interventies kunnen namelijk leiden tot beter onderbouwde behandelingsbeslissingen (2, 3, 11, 12).

Uit eerdere interventionele studies blijkt dat het trainen van artsen in communicatietechnieken een mogelijk positief effect heeft op het beleid. Uit een studie van Matthys et al. bij volwassenen bleek dat het *navragen van de ideeën, de ongerustheid en de verwachting* van de patiënt het aantal antibioticavoorschriften kon doen dalen (13). Ook bij interventionele studies over acute luchtweginfecties daalde het aantal antibioticavoorschriften door gelijkaardige interventies (14-18). In deze interventionele studies werd namelijk rekening gehouden met de ideeën van de patiënt of ouder, zodat er via onderling overleg een beleid werd opgesteld. Ouders merken dat ze via open communicatie een betere vertrouwensrelatie hebben met hun arts, wat ertoe kan leiden dat een therapievoorstel aanvaardbaarder is voor hen (12).

De NICE guideline adviseert om patiënten voldoende uitleg te geven samen met richtlijnen over de herkenning en aanpak van alarmsymptomen (1). Een folder waarop deze informatie staat, kan als

ondersteuning worden gebruikt. Studies die het effect van *geschreven advies via een folder* onderzochten bij kinderen met luchtweginfecties, zagen dan ook het aantal antibioticavoorschriften dalen zonder dat de patiënten minder tevreden waren (15, 19). Daarnaast kan ook het aantal herconsulten dalen dankzij een dergelijk folder (19). Dit kan verklaard worden doordat ouders aanhaalden dat informatie hun ongerustheid wat kan wegnemen en hun zelfzekerheid kan verhogen (4, 10).

Studies bij acute luchtweginfecties ondervonden dat communicatieve interventies en folders zowel bij volwassenen (14, 17), kinderen (19), als beide (16, 18) het aantal antibioticavoorschriften kon doen dalen. Slechts bij enkele studies werd de ervaring van de deelnemende artsen achteraf onderzocht (20-22). In deze kwalitatieve studies gaven de artsen aan dat ze de communicatietechnieken en de folder nuttige interventies vonden. Het zorgde voor meer ondersteuning en overtuigingskracht bij het meedelen van het beleid. Tijdsgebrek en minder vertrouwd zijn met de interventie, waren factoren die implementatie konden bemoeilijken (21, 22).

Artsen zijn de spilfiguren bij het uitvoeren van communicatieve interventies. Daarom is het belangrijk om ook hun mening over deze interventies na te gaan. Dit kan extra inzichten verschaffen in het al dan niet slagen van deze interventies. Ook kan deze informatie bijdragen tot het optimaliseren van deze interventies zodat deze realiseerbaar zijn in de praktijk.

1.4 De opzet van deze studie

Dit kwalitatief onderzoek was een zijspoor van de grootschalige ERNIE2 studie. In die studie werd via enkele interventies nagegaan wat hun effect was op het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met koorts, met als doel het voorschrijven van antibiotica te optimaliseren. Als één van de interventies werd aan de deelnemende huisartsen gevraagd om ongerustheid bij ouders specifiek na te vragen. Dit deden ze aan de hand van de volgende vragen: *“Ben je ongerust?”* - *“Wat maakt je ongerust?”*- *“Waarom?”* Daarnaast werd hen ook gevraagd om geschreven advies mee te geven aan de ouders in de vorm van een vooropgestelde folder (zie bijlage 8.1). (23)

Deze interventie zou een positieve invloed kunnen hebben op het beleid voeren (of het beleid) tijdens de consultatie, maar het is ongekend hoe de artsen zelf tegenover deze interventies staan. Het opzet van deze kwalitatieve studie was om bij huisartsen de ervaringen van deze technieken na te vragen.

2 Methodologie

2.1 Ethische Commissie

Deze studie werd op 26/03/2015 goedgekeurd door de Ethische Commissie van UZ Gent onder referentie B670201524293 (zie bijlagen 8.2-8.5).

2.2 Methodiek van de literatuurstudie

Via PubMed werden artikels verzameld voor de inleidende literatuurstudie en de discussie. Hiervoor werd gebruik gemaakt van MeSH-termen. Bij het zoeken naar artikels werden volgende termen als basis gebruikt: 'child' en/of 'parent', 'acute disease' of 'fever' of 'anti-bacterial agents', 'primary health care' of 'family practice'. Voor de inleidende literatuurstudie werd specifiek naar artikels gezocht die zich focussen op 'anxiety' en vervolgens ook op 'patient satisfaction', 'communication' en 'safety netting'. Relevante artikels die aansluiten bij dit onderwerp werden weerhouden.

Bij het zoeken naar gelijkaardige studies zoals de ERNIE2 studie werden de volgende MeSH termen gebruikt: 'communication', 'patient satisfaction', 'anti-bacterial agents'. Gevonden artikels werden nagekeken en weerhouden op basis van relevantie. Ook gerelateerde artikels werden nagekeken. Onder de resultaten werd een Cochrane review van Coxeter et al. gevonden (15) waaruit een aantal gerandomiseerde klinische studies (RCTs) werden weerhouden, gebaseerd op gelijkenissen met de ERNIE2 studie. Bij verdere verdieping in deze studies werden drie kwalitatieve studies gevonden waarbij de ervaring van deelnemende artsen werd nagevraagd. Deze laatste artikels sloten nauw aan bij dit onderzoek.

2.3 Onderzoeksmethodiek

Een vragenlijst werd opgesteld voor huisartsen die hadden deelgenomen aan het ERNIE2 onderzoek. Deze bevatte vragen over hun ervaring en hun mening over deze interventie, met inbegrip van vragen over hun eigen persoonlijke aanpak (zie bijlage 8.6).

Via de ERNIE2 studie werd een lijst van 30 deelnemende huisartsen verkregen. Uit deze lijst werden, via een computer gegenereerde at random number list, artsen over heel Vlaanderen gecontacteerd. Deze rekrutering werd stopgezet van zodra tijdens de interviews saturatie werd bereikt. Dit werd vastgelegd vanaf het moment dat er tijdens de laatste interviews geen extra informatie meer kon verkregen worden.

Eén onderzoeker nam alle 15 interviews af, opgenomen via een voice recorder. Alle interviews werden bij de huisartsen anoniem afgenomen in hun eigen praktijk. De artsen werden geïnterviewd via een semigestructureerde bevraging. Deze interviews werden vervolgens woord voor woord uitgetypt door de onderzoeker.

Alle data werd door de onderzoeker geanalyseerd volgens een inductieve thematische analyse, gebaseerd op de Grounded Theory Approach (24, 25). Daarbij werden initieel een aantal interviews gelezen om vertrouwd te raken met de besproken materie. Samen met andere onderzoekers van de ERNIE2 studie werden thema's besproken die naar voren kwamen in de interviews. Deze analyse werd uitgevoerd met de software QSR Nvivo versie 11 (QSR International Pty Ltd, Melbourne, Australia). Drie terreinen werden uiteindelijk onderzocht: 'het bevragen van ongerustheid', 'het foldergebruik' en 'algemene impact op het beleid voeren'. Alle uitspraken van de artsen kregen kernwoorden toegewezen en daarna werden ze gecategoriseerd in deelonderwerpen per terrein. Tijdens de analyse werden de resultaten steeds vergeleken met elkaar. Samen met de andere onderzoekers van de ERNIE2 studie werd een gemeenschappelijke thematische boom besproken tot er een consensus was. Via deze boom werden de uiteindelijke thema's per terrein opgesteld (zie ook bijlagen 8.7-8.9).

3 Resultaten

3.1 Deelnemers

15 huisartsen werden in deze studie geïncludeerd, waarvan 6 (40%) mannen en 9 (60%) vrouwen. De leeftijd varieerde tussen 28 en 65 jaar. Een derde van de artsen van deze groep werkten solo, de anderen in een duo- of groepspraktijk. De praktijken situeerden zich in Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen en Brabant (zie bijlage 8.10).

3.2 Analyse van de resultaten

3.2.1 Het bevragen van ongerustheid

Volgende thema's kwamen rond dit terrein aan bod:

'Deze bevragingstechniek moet je jezelf wat eigen maken'

'Het is een bruikbare tool, maar eerder voor specifieke situaties'

'Verkregen informatie kan soms een meerwaarde geven in de beleidsvoering'

Deze bevragingstechniek moet je jezelf wat eigen maken

Alle artsen gaven aan dat ze de drie opgelegde vragen buiten de studie nooit letterlijk stelden. Voor velen onder hen was het in het begin wennen om ongerustheid op deze manier te bevragen. Sommigen vonden dit wat 'kunstmatig' en 'gemaakt' overkomen.

> *"… maar we moeten zorgen dat dat geen karikatuur wordt hé. Ik denk dat het belangrijk is dat we onze persoonlijkheid er nog een beetje kunnen insteken en ja, dat het nog een aangenaam gesprek is met de mama's. Als je zo uw structuur afdreunt met je lijstje, dat is vaak ongeloofwaardig voor mensen."*
> (Interview 4, man)

Toch vond de meerderheid dat het wel goed ging om deze vragen te stellen, zeker na verloop van tijd. Ze voelden ook dat ze op deze manier alerter waren voor de ongerustheid van de ouder. Als negatief punt werd een enkele keer tijdsgebrek aangehaald.

Voornamelijk jonge artsen, maar ook artsen die met het opleiden van jonge artsen bezig waren, wezen er op dat ze al vertrouwd waren met het navragen van de ongerustheid. Zij vonden dit geen moeilijke opdracht. Wel, hadden ze ondertussen een eigen bevraging ontwikkeld om dit na te vragen.

> *"We hebben een opleiding gekregen als stagemeester, dus proberen we inderdaad altijd heel goed de ICE te bevragen. Dus Ideas, Concerns, Expectations… Dus dat is ook iets dat ik gewoon ben om over te brengen naar mijn stagiairs. Dus helemaal nieuw was dit niet."*
> (Interview 3, man)

"… het is misschien raar om te zeggen dat dat nog redelijk vlot ging. Ook al weer omdat je wel als haio (huisarts in opleiding) zo leert om daar je draai in te vinden om dat op een bepaalde manier te formuleren dat dat inderdaad niet overkomt zo van ja 'ben je ongerust?'. 'Het is al 3 dagen bezig, is er een reden dat je nu vandaag komt? Is er iets dat je zorgen maakt?' Zo ging dat nog redelijk vlot."
(Interview 9, vrouw)

Ook andere artsen vertelden dat ze, vóór hun deelname aan de studie, op hun eigen manier deze ongerustheid probeerden in te schatten door bijvoorbeeld te kijken naar het non-verbale gedrag van de ouders, door open vragen te stellen of door te gissen naar de ongerustheid.

"Euhm, minder expliciet denk ik. Zo meer kijken naar het non-verbale en dan daar wel op ingaan eventueel, maar niet elke keer waarschijnlijk het zo letterlijk vragen zoals het uit de vragenlijst kwam."
(Interview 7, vrouw)

"Maar ik heb dan niet echt specifieke kapstokken gebruikt van 'die vraagjes ga ik specifiek altijd stellen' maar ik probeerde in het begin toch altijd van open vragen te stellen. Zo danig dat je ook naar de ouders toe een beetje kan voelen van 'hoe zit het verhaal hier in mekaar? En wat is eigenlijk hun ongerustheid? Hun vraag eigenlijk?'"
(Interview 2, man)

"Ik vraag er niet altijd naar, maar ik gis soms ook een beetje van 'en je bent ongerust over de longen?' zeg ik zo zelf al. En dan zeggen ze 'ja' of zeggen ze 'nee, 't was vooral…' dus zo wat de ICE."
(Interview 6, vrouw)

Het grootste deel van de artsen vond dat de ouders hier goed op reageerden. Ouders vonden dit niet vreemd, maar zelfs positief dat hun ongerustheid specifiek werd nagevraagd. In sommige gevallen bleek dit toch nog wat onwennig voor de ouder en kon deze zijn ongerustheid niet meteen goed verwoorden.

"Soms moesten ze, als je dat dan vraagt, zelf wel nadenken… Dikwijls is ongerust zijn bij ouders ook een gevoel waar ze niet bij nadenken. 'Ik ben ongerust, maar waarom ben ik nu eigenlijk ongerust? Ja… Ja, omdat hij ziek is hé!' De ouders denken daar dikwijls zelf ook niet aan hé: waarom? En hoe komt het dat ze ongerust zijn? 'Ja… ik weet dat niet… ik ben gewoon ongerust'. Dikwijls konden ze daar ook zelf niet de vinger op leggen…"
(Interview 1, vrouw)

Een groot deel van de artsen gaf toe dat ze na de studie terug hun eigen manier consultvoering hernamen. Ze maakten nadien geen gebruik van deze specifieke vragen, hoewel hier soms via een eigen verwoording wel naar gepolst werd.

Het is een bruikbare tool, maar eerder voor specifieke situaties

De meerderheid van de artsen ervaarde dit zeker als een bruikbare tool, maar vond het niet nodig om dit bij elke ouder te gaan navragen. Ze vonden dit vooral nuttig bij nieuwe of minder gekende ouders, bij minder communicatieve ouders of bij taalproblemen, bij onduidelijkheden betreffende de ongerustheid of de reden van komst en bij vage klachten.

> *"Goh, bij de patiënten die je minder goed kent of wie je minder vaak ziet of die nog maar pas nieuw zijn. Maar dat doe ik sowieso, altijd wat dieper doorvragen bij de nieuwe."*
> (Interview 5, vrouw)

> *"Als je mensen hebt die al heel wat minder communicatief zijn, dan moet je even gaan vragen van 'Waarom maak je je nu ongerust?' 'Zijn er nu andere toestanden dan vroeger en wat is het verschil?' en dan ga je iets dieper in je anamnese gaan."*
> …
> *"Er kan bijvoorbeeld een taalprobleem zijn. Ik neem maar bij allochtonen, waar dat je toch ergens soms eens wat specifieker moet gaan vragen van 'ben je daar nu echt ongerust over?' omdat daar de communicatie dan misschien iets moeilijker verloopt."*
> (Interview 2, man)

> *"In sommige situaties heb je soms direct al het gevoel van… weet je al wel wat ze verwachten en weet je ook hun bezorgdheden als je de mensen al wat langer kent en ga je het niet meer extra bevragen. Maar soms kun je dat niet zelf ontcijferen en dan bevraag ik dat wel nog een keer."*
> (Interview 10, man)

Bij banale zaken of bij ouders die ze al goed kenden vonden zij dit minder van toepassing. De huisartsen gaven aan dat de ongerustheid soms al heel duidelijk was af te leiden uit hun verhaal of hun gedrag. Ook waren er ouders die al spontaan hun ongerustheid uitspraken bij de huisarts, waardoor het navragen voor hen overbodig leek.

Toch waren er meerdere artsen van mening dat deze bevraging wel tijdens alle consultaties kan gebruikt worden. De reden hiervoor was dat ze soms een onverwacht antwoord kregen van de ouders, zodat ze hun inschatting van ongerustheid wat moesten bijstellen.

> *"…het navragen wat dat je anders misschien toch een keer over het hoofd ziet. Navragen in kader van 'ben je ongerust?' dat er daar soms toch nog een verrassend antwoord uitkomt, als je de*

indruk hebt van 'dat is een mama die zeer ongerust komt met haar kleintje' en dan zegt van 'nee nee, ik ben eigenlijk… ik denk dat dat allemaal in orde is'"
(Interview 8, vrouw)

Verkregen informatie kan soms een meerwaarde geven in de beleidsvoering

Wanneer de artsen de ongerustheid specifiek bevroegen, kregen ze soms nieuwe informatie. De inhoud hiervan kon gaan over iets uit de voorgeschiedenis, een verhaal uit de omgeving, bepaalde symptomen die de ouders verontrustten en ook over specifieke wensen voor het beleid.

"… zeker als het zo'n eerste kindje is en dat voor de eerste keer koorts doet, dat dat soms wel beangstigend kan overkomen. Ja en ook soms dat mensen met bepaalde ideeën kunnen zitten die je totaal niet zou verwachten en dat dat ze soms angstig kan maken en dat dat wel goed is om dat te weten dat je dat dan specifiek kan uitleg rond geven."
(Interview 9, vrouw)

"Je kunt ongerust zijn over iets, en dan vragen stellen. Van 'ja, denk je dat ze misschien beter doorgestuurd moet worden naar de kliniek? Denk je dat er een bloedafname moet gebeuren? Denk je…' Versta je? Dus je kunt… Het is een beetje je vertrekpunt om verder consult te voeren."
(Interview 3, man)

De huisartsen vonden dat deze informatie weinig impact had op hun diagnose, maar meer op de wijze waarop ze hun beleid achteraf meedeelden. Doordat ouders hun specifieke reden van ongerustheid verwoordden, konden de huisartsen deze ongerustheid bevestigen of weerleggen. Ook gaven ze, door deze verkregen informatie, achteraf meer specifieke uitleg rond hun bezorgdheid.

"Dan weet je van 'ja, ze zijn bang voor een longontsteking' en dan kan je al met klinisch onderzoek ze al geruststellen want het is geen longontsteking."
…
"Het gaat niet zozeer je diagnose beïnvloeden, maar toch wel hoe je dan achteraf terug communiceert naar de ouders. Daarvoor is dat interessant."
(Interview 10, man)

Tijdens het opstellen van hun beleid werd rekening gehouden met het perspectief van de ouders. Op deze manier kon, via overleg, soms een gerichtere aanpak voorgesteld worden, die makkelijker aanvaardbaar was voor de ouders.

"Omdat, je verstaat, het verwachtingspatroon naar bijvoorbeeld antibiotica toe, dat dat iets is waarmee je rekening mee moet houden. En misschien hebben die mensen wel heel goede redenen

om antibiotica te vragen, maar dan moet je ze ook daarover ondervragen, anders weet je het niet."
(Interview 3, man)

Wanneer er duidelijke ongerustheid uitgesproken werd bij de ouders, stimuleerde dit de artsen om nog sterker de alarmsymptomen te benadrukken waarop ze moesten letten en hoe ze dit moesten aanpakken ('safety netting' bewuster uitvoeren).

"… want ik vind wel dat als je goed weet wat hun bezorgdheden zijn dat je dan op het eind beter afspraken kan maken van 'wanneer moet je terugkomen', 'wanneer moet je terugbellen', …"
(Interview 9, vrouw)

3.2.2 Het foldergebruik

Volgende thema's kwamen rond dit terrein aan bod:

'De folder moet inhoudelijk correct zijn, leesbaar en niet te uitgebreid'
'Een folder meegeven is geen gewoonte'
'De folder is bruikbaar voor een bepaalde doelgroep, maar niet voor iedereen'
'Hoewel dit een houvast voor de ouders kan zijn, is er geen inzicht op de impact van de folder'

De folder moet inhoudelijk correct zijn, leesbaar en niet te uitgebreid.

Alle artsen vonden de inhoud van de folder over koorts goed. Het was duidelijk en overzichtelijk. Een folder is, volgens hen, best niet te uitgebreid en beperkt zich dus best tot de belangrijkste kernboodschappen. Daarbij vonden ze het vooral belangrijk dat de alarmsymptomen hier duidelijk op vermeld stonden.

"De mensen weten soms ook zelf niet, wat is nu echt koorts bij zo'n kindje en van wanneer moet ik beginnen ingrijpen, en nu vonden ze dat wel terug in dat foldertje en dat is wel handig."
(Interview 1, vrouw)

Een enkele huisarts merkte op dat deze folder zeer algemeen was, zodat er per kind toch zeker wat nuancering nodig is bij de aanpak van zijn/haar infectie.

"… die folder was heel algemeen, maar ja, een kind met een oorontsteking, eentje met buikgriep,… dat is een ander verhaal dat je vertelt, het zijn andere alarmsymptomen uiteindelijk hé."
(Interview 14, vrouw)

Een folder meegeven is geen gewoonte

Geen enkele huisarts had de gewoonte om systematisch folders mee te geven. Het is niet echt hun manier van beleid voeren. Het grootste deel van de artsen was gewoon om vooral verbaal uitleg te geven. Als

er een bruikbare folder voor handen was, werd dit soms wel eens meegegeven. Sommigen schreven dan weer eerder iets op, anderen maakten soms een tekening of toonden eens een foto en nog anderen printten soms iets af van een website.

> *"Wat ik meer doe is soms eens iets afprinten van internet en meegeven aan de mensen, maar dat zijn ook wel folders natuurlijk. Vooral bij… bij banale dingen zelden, maar als het eens speciale diagnoses zijn. Als ik eens iets speciaals zie bij een kind, dan kan je wel eens een folder geven en dan eens snel overlopen met de mensen en eens met fluo aanduiden wat echt belangrijk is en dan hebben ze iets om op terug te vallen."*
> (Interview 4, man)

Vele artsen gaven tijdens de studie nog steeds op hun eigen manier uitleg aan de ouders en daarnaast werd ook de folder meegegeven aan de ouders. Enkele artsen gaven aan dat zo'n folder wel een houvast kan zijn in het meedelen van hun beleid. Er waren huisartsen die dit tijdbesparend vonden tijdens het uitleg geven, omdat alle informatie ook al in de folder staat. Anderen ervaarden dit juist als tijdrovend wanneer ze dit samen met de ouder overliepen.

> *" Dat het allemaal mooi… allez, je kan een mooie folder meegeven. Als ik geen folders heb dan moet je daar zo wel wat opschrijven, het is daar meer werk aan… Een folder is eenvoudiger."*
> (Interview 5, vrouw)

Door deze studie heeft geen enkele arts zijn gewoonte van beleid voeren veranderd. Geen van hen gebruikt nu meer folders dan ervoor. Een belangrijke reden hiervoor is ook dat deze folder steeds aanwezig moet zijn in de praktijkruimte.

> *"Het is er aan denken, de gewoonte van maken, en blijkbaar is het onderzoek toch niet lang genoeg geweest voor mij om die gewoonte te kweken."*
> (Interview 2, man)

> *"… dat je ze bij de hand moet hebben hé. Als je voor elke pathologie ergens een folder moet geven dan ben je wel even bezig. Ja, wij hebben hier nog veel folders liggen in de praktijk, maar als die niet in de consultatieruimte liggen dan gebruik je ze niet hé. Je moet ze bij de hand hebben."*
> (Interview 8, vrouw)

De folder is bruikbaar voor een bepaalde doelgroep, maar niet voor iedereen

Bijna alle artsen vonden dat het niet nodig was om aan elke ouder een folder mee te geven. Een grote meerderheid vond dergelijke folder nuttig bij ouders van een eerste kind, aangezien dit voor hen allemaal nog nieuw was. De huisartsen gingen ervan uit dat ouders van een 2e of 3e kind minder nood hebben aan deze informatie door hun ervaring met hun eerdere kinderen.

"Zeker voor ouders wiens kinderen kleuters, 2e of 3e kindje,… dan zullen ze het meeste wel weten. Maar ik denk dat dat op zich wel voor zo het eerste kindje bij jonge ouders, kleine baby's, dat dat misschien wel… Dat ze zoiets hebben om te lezen van 'ah ja, wat moeten we nu doen?'. Dat dat voor zo'n gezin wel interessant kan zijn. Maar ik ben zeker, zo ervaren mama's, dat zij zoiets hebben van 'ja, dat weet ik hier allemaal wel hoor'. Maar kwaad kan het nooit hé."
(Interview 14, vrouw)

Volgens de artsen is zo'n folder een bruikbare tool voor minder communicatieve ouders en ouders die minder vragen durven stellen.

"Bij de dan wat minder communicatieve patiënt vond ik hem zeker goed. Bij iemand die gewoon zijn verhaal vlot en vrij adequaat kan doen, weet ik niet direct of de folder dan zo'n meerwaarde is. Maar ja hoe maak je daar dan het onderscheid in?"
(Interview 2, man)

De artsen beseften wel dat ouders meer en meer informatie opzoeken op het internet. Op deze manier kunnen ze al over voldoende informatie beschikken. Toch kunnen zulke ouders, die graag informatie wensen, volgens hen baat hebben aan zo'n folder. Het kan hen behoeden voor inconsistente informatie op het internet.

"Maar ik denk dat het omgekeerde begint, dat ze bij ons afkomen en met de folders dat ze afgeprint hebben van dr. Google. Ik denk dat ze zelf meer folders in huis hebben dan wij."
(Interview 15, man)

"… ze zoeken ook al zelf veel op via internet enzo… Je kan het niet meer vergelijken met 20 jaar geleden vind ik… Ze hebben zelf veel informatiebronnen, of dat het natuurlijk allemaal correcte zijn? Dat is de vraag…"
(Interview 5, vrouw)

Hoewel dit een houvast voor de ouders kan zijn, is er geen inzicht op de impact van de folder

Op hun eigen beleid voeren zagen de artsen geen verschil door de folder. Alle artsen hernamen hun eigen manier van uitleg geven zoals voorheen.

Sommigen merkten op dat ze als arts er soms al van uit gaan dat de ouders de evidente zaken al weten. Door een folder mee te geven kreeg toch iedere ouder de belangrijkste informatie mee. De folder kon volgens de artsen een houvast zijn voor ouders doordat ze erop konden terugvallen. Bij vragen eenmaal thuisgekomen, konden ze deze folder nog eens raadplegen. Daarnaast vonden vele artsen dit ook een ondersteuning voor de ouders wanneer hun kind in de toekomst nog eens koorts zou doormaken.

"Dat iedereen alle informatie meekrijgt, want je vertelt toch niet elke keer tegen iedereen alles of je schrijft het inderdaad ook niet op. Dus ze hebben ook niets om naar terug te kijken, of het was hun partner of zoals nu was het de grootmoeder, die moet het communiceren maar ze heeft eigenlijk niets in haar handen om aan de mama te geven."
(Interview 7, vrouw)

De impact naar de ouders toe was echter moeilijk in te schatten. Hoewel vele artsen meegaven dat de ouders de folder vaak enthousiast in ontvangst namen, kregen ze hierover achteraf geen feedback. Ze waren dan ook nooit zeker of deze folder uiteindelijk wel gelezen werd…

"Ja, sommige zeiden van 'ah, interessant!' en de andere verdwijnt dat zonder veel commentaar in de handtas of zit het al in de handen van de kindjes die er al mee aan het spelen zijn. Ja, een beetje wisselend. Maar ik heb er nooit feedback van gehad, dat wel niet. Ik heb nooit mensen gehad die terugkwamen van 'goh, dat was wel interessant', dat nu wel niet."
(Interview 13, vrouw)

3.2.3 Algemene impact op het beleid voeren

Volgend thema kwam rond dit terrein aan bod:

'Globaal wat minder antibiotica voorschriften, maar weinig invloed op mezelf'

Globaal wat minder antibiotica voorschriften, maar weinig invloed op mezelf

De grote meerderheid van de artsen vermoedde dat deze interventie, met name de bevraging en de folder, een daling van het aantal antibioticavoorschriften teweegbracht bij de groep deelnemende artsen. Daartegenover vonden de meesten wel dat deze studie geen invloed gaf op hun eigen voorschrijfgedrag.

Sommige jonge artsen veronderstelden dat deze studie meer impact had op oudere artsen. Dit verklaarden zij doordat ze in hun opleiding getraind werden in deze communicatieve vaardigheden. Ze hadden al de gewoonte om deze technieken toe te passen. Anderzijds gaven oudere artsen juist aan dat deze studie mogelijks meer impact had bij jongere artsen. Hun verklaring hiervoor was dat oudere artsen reeds jarenlang vast zitten aan eigen gewoontes en dat zo'n interventie daar weinig aan kan veranderen.

"Maar iemand die al 20-30 jaar bezig is… Ja, ons hersenen liggen vast, ons gedragingen liggen vast,… Je bent nog jong dus jij bent nog flexibeler. Ik denk dat we daar eerlijk in moeten zijn… Op den duur heb je zo'n manier van werken en een manier van omgaan met je patiënten en ook een manier van voorschrijven, met de goede en minder goede kanten…"
(Interview 4, man)

"… maar ja ik was ook nog maar net afgestudeerd en sowieso als haio word je er continu aan herinnerd hoe je consultatie voert… Je moet video's maken. Misschien dat oudere artsen daar

meer dan zeggen van 'ja, dat heeft mij toch veranderd' maar ja, bij mijzelf nu niet echt veel."
(Interview 9, vrouw)

De artsen verklaarden het lager aantal voorschriften doordat ze tijdens de studie bewuster nadenken over hun voorschrijfgedrag. Daarnaast gaven ze aan dat ze tijdens de beleidsvoering meer overtuigingskracht konden overbrengen met behulp van de folder.

"Ik denk niet zo heel veel maar je bent wel even bewuster aan het voorschrijven en ik denk eerder dan toch iets minder nog omdat ik toch meer mijn tijd heb gestoken in het uitleg geven en duidelijk maken dat er geen indicatie gevonden is om tot therapie over te gaan."
(Interview 7, vrouw)

De huisartsen meldden dat er naast deze interventies ook andere factoren het resultaat konden beïnvloeden. Zo werd hen ook gevraagd om een beslisboom te volgen en bij bepaalde kinderen CRP (C-Reactive Protein) na te gaan via een vingerprik, wat hen soms meer overtuiging gaf maar anderzijds ook juist in twijfel bracht.

"…dat ik een beetje verrast was soms dat kinderen niet echt klinisch niet zo ziek waren, en dan krijg je plots zo'n hoge CRP maar dat kan bij kindjes hé. Dat ik dan zei van 'ja, als hij morgen nog koorts heeft, geef hem toch maar antibiotica, bel me eens en ik zal jou al een voorschriftje meegeven'. Soms een beetje onzekerheid heeft dat gecreëerd."
(Interview 4, man)

Daarnaast veronderstelden sommige artsen dat de gekozen populatie al een bewust voorschrijfgedrag had, waardoor de impact minder duidelijk zichtbaar was. Huidige mediacampagnes over antibioticagebruik kunnen er daarbij voor zorgen dat ouders ook sneller akkoord gingen om te wachten met antibiotica.

4 Discussie

4.1.1 Samenvatting van de resultaten

In deze kwalitatieve studie werd nagegaan hoe huisartsen, die deelnamen aan de ERNIE2 studie, het toepassen van bepaalde communicatietechnieken ervaarden. Het betreft hier een specifieke bevraging naar de ongerustheid bij ouders van kinderen met koorts en het meegeven van een folder over koorts.

Huisartsen vonden het expliciet navragen van de ongerustheid wat 'kunstmatig' overkomen. Zelf probeerden ze eerder via een andere verwoording een antwoord te krijgen op deze vragen. Ze voelden geen nood om dit bij alle ouders te bevragen. Dit was eerder bruikbaar in situaties waar ze de ongerustheid moeilijk kunnen inschatten, waar de communicatie moeilijker verloopt of bij minder gekende patiënten. Informatie die ze hierdoor verkregen gaf weinig invloed op de diagnose, wel op de manier van communiceren tijdens het meedelen van het beleid. Zo konden ze meer specifieke uitleg geven rond bezorgdheden van de ouders en in overleg met de ouders de therapie opstellen.

Het foldergebruik was geen gewoonte bij de artsen. Inhoudelijk vonden ze dat zo'n folder duidelijk en correct moet zijn. Deze moet vooral de basis bevatten met voornamelijk de aanpak en alarmsymptomen van koorts bij kinderen zodat dit een houvast is voor de ouders. Vooral voor ouders van een eerste kind, minder communicatieve en informatiezoekende ouders kan deze folder een nuttige tool zijn. Er blijft echter de vraag wie uiteindelijk deze folder effectief leest. Daarnaast is er ook informatie-concurrentie via het internet.

De huisartsen veronderstelden dat deze twee interventies mogelijks een kleine daling van het aantal antibioticavoorschriften kan geven. Volgende redenen werden aangehaald: het bewuster nadenken over hun voorschrijfgedrag en het hebben van meer overtuigingskracht in hun beleid dankzij de kennis van de ongerustheden en het gebruik van de folder. De meeste artsen gaven wel toe dat ze snel terug hun eigen manier van consultvoeren hernamen na de studie.

4.1.2 Vergelijking met bestaande literatuur

Interventies met behulp van communicatietechnieken bij acute infecties worden de laatste tijd meer en meer onderzocht. Hoewel dit onderzoek zich focust rond interventies bij kinderen met koorts (23), gaan de meeste gepubliceerde interventies voornamelijk over acute luchtweginfecties en dit zowel bij volwassenen (14, 17), kinderen (19), als beide (16, 18). Slechts bij enkele studies werd achteraf de ervaring van de huisartsen onderzocht (20-22). Tot op heden is dit de eerste studie die de ervaring bij huisartsen onderzocht betreffende communicatie-interventies bij kinderen met koorts.

Bij de geïnterviewde huisartsen werd een minimale communicatie-interventie uitgevoerd door middel van korte bevraging naar ongerustheid en het gebruik van de folder. Deze interventie onderscheidt zich

van eerdere interventies waarbij de artsen een intensievere training van communicatietechnieken kregen (14-19).

Meerdere van onze huisartsen gaven aan dat ze zelf eigen technieken toepasten om ongerustheid te exploreren. Dit werd ook vermeld in eerdere studies waarbij artsen communicatie technieken aangeleerd kregen (20, 22). De opdracht om ongerustheid letterlijk te bevragen, bleek voor de huisartsen in onze studie niet zo vanzelfsprekend. In een onderzoek van Mustafa et al. gaven artsen aan dat ze gewoon zijn om op een meer indirecte wijze ongerustheid te bevragen bij hun patiënten (5). Dit werd in onze studie bevestigd doordat artsen meedeelden dat ze eerder probeerden om via een eigen verwoording de ongerustheid na te vragen. Net zoals Mustafa et al. reeds concludeerde, zou het trainen van indirecte communicatie rond ongerustheid een mogelijke werkstrategie kunnen zijn.

De huisartsen in deze studie voelden geen nood om bij elke ouder expliciet de ongerustheid na te vragen. Toch werd er door hen toegegeven dat ze, door systematische bevraging, hun inschatting over de ongerustheid soms moesten herzien. Dit bevestigt dat huisartsen er soms verkeerdelijk van uit gaan dat ze bezorgdheden van de ouders correct kunnen inschatten (5). Daaruit blijkt opnieuw het belang van het exploreren van de bezorgdheden van de ouders.

In dit onderzoek vertelden de huisartsen dat de verkregen informatie over de ongerustheid weinig invloed gaf op de diagnose, maar eerder op de manier waarop ze op het einde terug communiceerden naar de ouders. In vorige studies werd al aangegeven dat open communicatie nodig is voor een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt (2, 3, 11, 12). Zo kan de open communicatie ervoor zorgen dat er een beter overleg is tijdens het opstellen van de therapie (shared decision) (15). Ook in deze studie voelden de huisartsen aan dat de communicatie gemakkelijker verliep op het eind van hun consult omdat er meer rekening werd gehouden met de gedachtegang van de ouders. Dit werd eveneens gemeld door artsen in eerdere studies waar communicatietechnieken werden aangeleerd (20-22).

Voor de aanpak van koorts bij een kind is het creëren van een vangnet een belangrijk element tijdens het meedelen van het beleid (1). In eerdere interviews gaven ouders aan dat informatie over alarmsymptomen en eigen aanpak van de ziekte hun ongerustheid voor een groot deel kon wegnemen (4). Het feit dat deze informatie in de gebruikte folder stond, vonden de huisartsen uit dit onderzoek een goede zaak. Een folder moet volgens hen correct en gebruiksvriendelijk zijn, en deze opinie delen ze met huisartsen uit eerdere interviews (22).

In de studie van de Vos-Kerkhof et al. werd aangegeven dat het moeilijk is om onderscheid te maken welke ouder nood heeft aan duidelijke safety netting (9). Bij hun studie kwamen volgende mogelijke risicogroepen naar voor: jonge kinderen, relevante voorgeschiedenis, infectieuze of respiratoire symptomen, stuipen, progressie of persistentie van symptomen. Ook in onze studie waren de huisartsen van mening dat het niet nodig was om systematisch de folder mee te geven aan alle ouders. Doelgroepen

die zij vooropstelden waren ouders van een eerste kind, minder communicatieve en informatie zoekende ouders. Mogelijks kan een folder dus voor de ene ouder meer betekenen dan voor de andere, maar er is echter nog geen duidelijke consensus welke doelgroep hierbij best baat kan hebben. Daarnaast konden de artsen uit deze studie de feedback van de ouders betreffende de folder niet goed inschatten, hoewel in eerdere studies werd aangetoond dat veel ouders zo'n folder nalezen en een bruikbaar hulpmiddel vinden (4, 22).

Uit eerder onderzoek bleek dat er nog geen consensus is onder de huisartsen of de informatie over safety netting verbaal of schriftelijk moet gebeuren (7). Ook de huisartsen in onze studie hadden elk hun eigen manier om deze informatie over te brengen. Het gebruik van de folder was voor velen onder hen geen gewoonte. Terwijl in eerdere studies steeds het toepassen van een folder gepaard ging met communicatietraining (17, 19), kregen de artsen in dit onderzoek de vrije keuze in de manier waarop ze de folder aanbrachten. Vaak gaven ze tijdens de studie op hun eigen manier uitleg waarbij ze dan de folder meegaven aan de ouders. Op deze manier bestaat wel het risico dat de folder niet interactief gebruikt werd tijdens de consultatie, waardoor de impact van deze folder sterk kan afzwakken. Dit nadeel werd in vroegere studies ook vermeld (20). In eerder onderzoek werd door artsen aangegeven dat zo'n folder een goede leidraad en een extra bewijskracht kan zijn in het beleid voeren (20, 22), wat door enkele artsen in deze studie werd beaamd. Het onderzoek bleek voor de deelnemers echter te kort om hun stijl van beleid voeren te beïnvloeden en hiervan een gewoonte te maken. Ook in een eerdere studie van Francis et al. werd aangegeven dat implementatie van zo'n folder moeilijk was omdat ze er niet echt mee vertrouwd waren en ze hun eigen stijl niet gemakkelijk kunnen veranderen (22). In hun studie kwam ook tijdsgebrek naar voor als een negatief beïnvloedende factor, maar in onze studie waren de meningen hierrond meer verdeeld. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de artsen vrije keuze hadden in de manier waarop hoe ze de folder implementeerden.

Artsen gaven in deze studie aan dat ouders vaak op het internet informatie opzoeken. In eerdere interviews hadden ouders dit zelf ook al aangegeven, hoewel het internet bij hen soms meer ongerustheid kon creëren door te veel verschillende informatie (4). Enerzijds zou het internet dus een mogelijke manier zijn om ouders te bereiken met de nodige informatie. Op die manier kan de informatie steeds up to date zijn. Anderzijds moet er wel voor gezorgd worden dat de informatie steeds consistent blijft, wat een moeilijke opgave is via het internet. (4)

Het vinden van de ideale aanpak om informatie en safety netting aan ouders te bieden blijkt moeilijk. Misschien moet er verder gezocht worden naar andere manieren dan een folder om deze informatie over te brengen. In een eerdere studie werd al aangegeven dat één unieke informatiebron mogelijks niet voor alle ouders even bruikbaar is (10). Het werken met verschillende vormen van informatiebronnen zou een effectievere aanpak kunnen zijn. Dit kan bijvoorbeeld via websites, video's, geschreven tekst, tekeningen,… Zo kan de arts het meedelen van de informatie specifiek aanpassen aan elke ouder tijdens

het consult. Daarnaast kan deze informatie ook buiten de acute consultaties aan de ouders meegegeven worden, bijvoorbeeld tijdens vaccinaties, via televisie,…

In dit onderzoek veronderstelden de huisartsen dat de bevraging van ongerustheid samen met het meegeven van de folder een daling kon veroorzaken in het aantal antibioticavoorschriften bij kinderen met koorts. Bij eerdere gelijkaardige interventies bij acute luchtweginfecties zag men reeds een daling van het aantal antibiotica voorschriften, en vaak zonder dat de tevredenheid van de patiënt afnam (14-19). Deze resultaten werden toegeschreven aan het feit dat dergelijke interventies zorgen voor beter open overleg met de patiënt, waardoor het therapievoorstel mogelijks meer aanvaard wordt (15). Dit komt overeen met de verklaring van de artsen uit dit onderzoek. Zij vertelden dat hun overtuigingskracht werd versterkt door de kennis van de bezorgdheden en het gebruik van een folder als extra bewijskracht tijdens het beleid voeren.

Opvallend was wel dat de meeste huisartsen aangaven dat deze interventies weinig of zelfs geen impact hadden op hun eigen voorschrijfgedrag, maar wel bij de andere artsen. Mogelijks zijn deze huisartsen er wel van overtuigd dat deze interventies een verschil kunnen maken, hoewel ze dit zelf niet echt aanvoelen in hun eigen praktijk.

4.1.3 Sterktes en limitaties

Meer en meer verschijnen er onderzoeken betreffende communicatie-interventies bij acute infecties om het aantal antibioticavoorschriften te doen dalen. Daarbij is het belangrijk om de ervaring na te gaan van artsen die deze interventies in de studies toepasten. Dit kan ons een beter beeld geven over welke interventies het best implementeerbaar zijn bij de artsen en op welke manier. Hoewel er reeds enkele kwalitatieve onderzoeken gebeurden bij communicatie-interventies rond acute luchtweginfecties (20-22), is deze kwalitatieve studie de eerste die dit onderzocht bij kinderen met koorts. Er werd een heterogene groep huisartsen geïnterviewd in verschillende regio's van Vlaanderen. Alle interviews werden door dezelfde persoon afgenomen, zo werd de structuur van de opgestelde vragenlijst steeds op dezelfde wijze gevolgd.

Na 15 interviews werd saturatie bereikt, waardoor de kans op nieuwe informatie gering was. Het grootste deel van de analyse gebeurde door de interviewer. Om het risico op onderzoekersbias te beperken werden de uitgetypte interviews door andere onderzoekers gelezen en werd in overleg met hen de thematische boom opgesteld.

De ERNIE2 studie was een grootschalige studie die meerdere interventies omvatte om het aantal antibioticavoorschriften te doen dalen (23). De artsen waren niet op de hoogte van de resultaten van dit onderzoek, aangezien deze nog niet gepubliceerd waren tijdens de interviews. Aangezien deze studie

echter meerdere interventies omvatte, werd hun mening over de totale impact van de communicatie-interventies soms beïnvloed door enkele andere factoren.

De artsen mochten tijdens de studie in sommige gevallen een CRP-bepaling (C-Reactive Protein) uitvoeren bij het kind via een vingerprik (23). In eerdere studies over bovenste luchtweginfecties werd aangetoond dat een interventie met bepaling van CRP het aantal antibioticavoorschriften voorschriften kan doen dalen (14, 17). Artsen blijken sneller antibiotica voor te schrijven bij diagnostische onzekerheid (11), en een objectief gegeven zoals een CRP-waarde zou deze onzekerheid kunnen wegnemen (14, 17). In onze studie gaf dit bij sommige artsen meer zekerheid, waardoor ze het dalend aantal voorschriften deels ook aan deze CRP-interventie toeschreven. Anderen gaven dan weer aan dat ze soms onzekerder werden bij een onverwacht resultaat, zodat ze in sommige gevallen wat sneller antibiotica voorschreven. Hoewel tijdens het interview geprobeerd werd om de focus te leggen op de communicatie-interventies, had dit mogelijks een invloed op hun beeld over de impact van de studie.

Daarnaast hadden velen het vermoeden dat de artsen die akkoord gingen om deel te nemen aan de ERNIE2 studie, interesse toonden in het thema van de studie. Zo veronderstelden ze dat de groep deelnemers zich reeds bewust was van het probleem dat artsen soms te veel antibiotica voorschrijven bij kinderen met koorts. Dit deed hen concluderen dat deze populatie al bewuster bezig was met zijn voorschrijfgedrag en dat ze daardoor de impact van deze interventies mogelijks niet zo groot inschatten.

5 Conclusie

De communicatieve interventies van de ERNIE2 studie, zoals het navragen van ongerustheid en het gebruik van een folder, vonden de meeste artsen nuttige tools bij kinderen met koorts. Deze interventies kunnen een ondersteuning bieden in het overleg met de ouders tijdens de beleidsvoering en kan volgens hen het aantal antibioticavoorschriften licht doen dalen. De implementatie ervan was moeilijker aangezien ze reeds eigen technieken toepasten om ongerustheid te exploreren en informatie over te brengen. Ze vonden de tools voornamelijk bruikbaar voor bepaalde doelgroepen of bij situaties waar communicatie moeilijker verliep.

Tot op heden is dit het eerste onderzoek die ervaringen van artsen nagaat betreffende communicatieve interventies bij kinderen met koorts. Er is meer onderzoek nodig rond de ervaringen bij huisartsen over soortgelijke communicatieve interventies. Bijkomend onderzoek kan op deze manier aantonen waarom artsen bepaalde technieken wel of niet kunnen of willen toepassen en in welke mate zij dit implementeerbaar vinden. Deze informatie kan mee verklaren waarom soortgelijke interventies wel of juist niet slagen in hun opzet. Daarnaast kan, op basis van deze gegevens, gezocht worden naar de beste manier(en) om de communicatie tussen arts en ouder te optimaliseren.

6 Persoonlijke reflectie

Deze scriptie was voor mij een zeer leerrijke uitdaging. Mijn vorige masterproef was een kwantitatief onderzoek met veel statistiek, terwijl deze masterproef mij leerde kennismaken met kwalitatieve onderzoekstechnieken. Zo kon ik me eens in een andere vorm van wetenschappelijk onderzoek verdiepen. Het was dan ook aangenaam om de interviews zelf te mogen af nemen, omdat ik op die manier mij meer persoonlijk betrokken voelde bij het onderzoek dan wanneer er enkel met cijfers werd gewerkt.

Tijdens het plannen van de interviews leerde ik mijn eigen assertieve kantje kennen. Met volle overtuiging belde ik de huisartsen op en kon ik ze gemakkelijk enthousiast maken voor een gesprek. De interviews over de studie gaven mij een brede kijk over de manieren om ongerustheid bij ouders aan te pakken. De huisartsen gaven hierin aan welke technieken zij zelf toepasten en daaruit kon ik af en toe wel wat interessante tips weerhouden. De interviews deden me ook beseffen dat het uitvoeren van een onderzoek niet altijd zo'n evidente zaak is. De communicatie-interventie lijkt eenvoudig op papier, maar implementatie vraagt toch een goed engagement van de artsen. Dit is een factor die tijdens dergelijke studies niet zomaar vanzelfsprekend kan genomen worden. Mijn kijk op zo'n studies werd dus wat bijgesteld door het feit dat de 'perfecte' uitvoering van zo'n interventie veelal niet echt haalbaar blijkt.

Aangezien de interviews telkens doorgingen in de praktijkruimte van de artsen, was dit voor mij een unieke kans om ook hun werkomgeving te ontdekken. Zo bezocht ik zowel kleinere als zeer grote praktijken. Het was interessant om te zien hoe al deze praktijken georganiseerd waren. Af en toe werd er na het interview nog wat nagepraat over hun visies, werkstijl en ook huisartsgeneeskunde in het algemeen. Als laatstejaarsstudente vond ik dit heel boeiend. Op dit moment zijn we allen sterk bezig met keuzes over onze toekomst en deze gesprekken hebben mij daar toch wel een ondersteuning in gegeven.

Omdat ik me voor deze masterproef vaak verdiepte in het thema 'kinderen met koorts', bleek dit onbewust ook mijn eigen consultvoering te beïnvloeden. Wanneer ik ongeruste ouders voor mij kreeg, ging ik hier stilaan toch wat intensiever op in. Als ik, bijvoorbeeld, voel dat er onzekerheid heerst bij de ouder(s), probeer ik meer en meer wat geschreven advies mee te geven. De gelezen artikels, de interviews met de artsen en het schrijven van deze masterproef, hebben dus mijn eigen aanpak naar ongeruste ouders toch wel wat bijgestuurd.

7 Referenties

1. National Institute of Clinical Excellence. NICE guideline: feverish illness in children. London: National Institute of Clinical Excellence. 2013.

2. Kallestrup P, Bro F. Parents' beliefs and expectations when presenting with a febrile child at an out-of-hours general practice clinic. Br J Gen Pract. 2003;53(486):43-4.

3. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. BMJ. 1996;313(7063):983-6.

4. de Bont EG, Loonen N, Hendrix DA, Lepot JM, Dinant GJ, Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. BMC Fam Pract. 2015;16(1):131.

5. Mustafa M, Wood F, Butler CC, Elwyn G. Managing expectations of antibiotics for upper respiratory tract infections: a qualitative study. Ann Fam Med. 2014;12(1):29-36.

6. Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. Br J Gen Pract. 2009;59(568):872-4; discussion 4.

7. Bertheloot K, Deraeve P, Vermandere M, Aertgeerts B, Lemiengre M, De Sutter A, et al. How do general practitioners use 'safety netting' in acutely ill children? Eur J Gen Pract. 2015:1-6.

8. Jones CH, Neill S, Lakhanpaul M, Roland D, Singlehurst-Mooney H, Thompson M. The safety netting behaviour of first contact clinicians: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2013;14:140.

9. de Vos-Kerkhof E, Geurts DH, Wiggers M, Moll HA, Oostenbrink R. Tools for 'safety netting' in common paediatric illnesses: a systematic review in emergency care. Arch Dis Child. 2016;101(2):131-9.

10. Jones CH, Neill S, Lakhanpaul M, Roland D, Singlehurst-Mooney H, Thompson M. Information needs of parents for acute childhood illness: determining 'what, how, where and when' of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians. BMJ Open. 2014;4(1):e003874.

11. Petursson P. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics. A phenomenological study. Scand J Prim Health Care. 2005;23(2):120-5.

12. Brookes-Howell L, Wood F, Verheij T, Prout H, Cooper L, Hood K, et al. Trust, openness and continuity of care influence acceptance of antibiotics for children with respiratory tract infections: a four country qualitative study. Fam Pract. 2014;31(1):102-10.

13. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract. 2009;59(558):29-36.

14. Cals JW, de Bock L, Beckers PJ, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, et al. Enhanced communication skills and C-reactive protein point-of-care testing for respiratory tract infection: 3.5-year follow-up of a cluster randomized trial. Ann Fam Med. 2013;11(2):157-64.

15. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2015;11:CD010907.

16. Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJ. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. BMJ. 2004;329(7463):431.

17. Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, et al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. Lancet. 2013;382(9899):1175-82.

18. Legare F, Labrecque M, Cauchon M, Castel J, Turcotte S, Grimshaw J. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. CMAJ. 2012;184(13):E726-34.

19. Francis NA, Butler CC, Hood K, Simpson S, Wood F, Nuttall J. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. BMJ. 2009;339:b2885.

20. Anthierens S, Tonkin-Crine S, Cals JW, Coenen S, Yardley L, Brookes-Howell L, et al. Clinicians' views and experiences of interventions to enhance the quality of antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections. J Gen Intern Med. 2015;30(4):408-16.

21. Cals JW, van Leeuwen ME, Chappin FH, de Bont EG, Dinant GJ, Butler CC. "How Do You Feel about Antibiotics for This?" A Qualitative Study of Physician Attitudes towards a Context-Rich Communication Skills Method. Antibiotics (Basel). 2013;2(3):439-49.

22. Francis NA, Phillips R, Wood F, Hood K, Simpson S, Butler CC. Parents' and clinicians' views of an interactive booklet about respiratory tract infections in children: a qualitative process evaluation of the EQUIP randomised controlled trial. BMC Fam Pract. 2013;14:182.

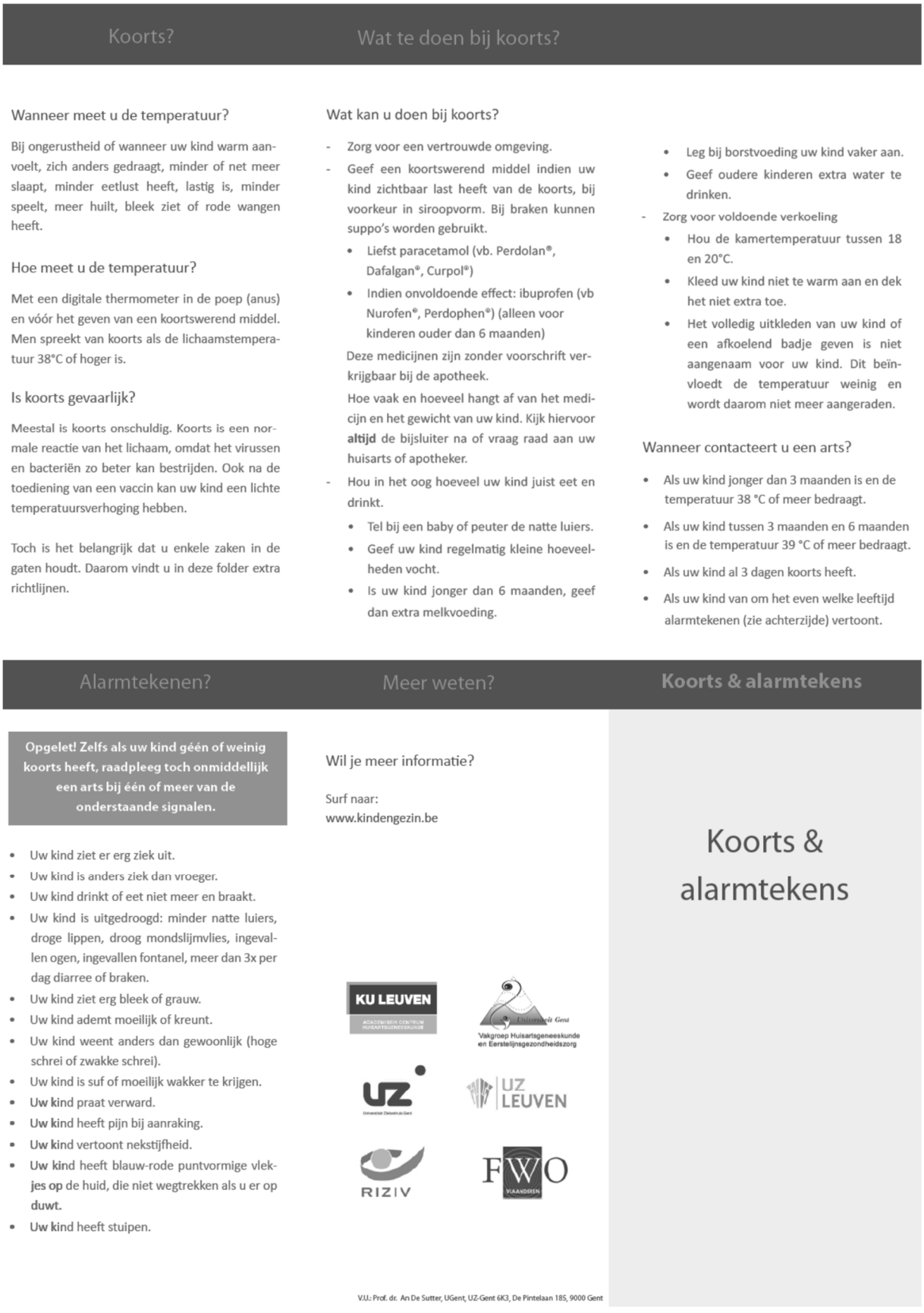
23. Lemiengre MB, Verbakel JY, De Burghgraeve T, Aertgeerts B, De Baets F, Buntinx F, et al. Optimizing antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care (ERNIE2 study protocol, part B): a cluster randomized, factorial controlled trial evaluating the effect of a point-of-care C-reactive protein test and a brief intervention combined with written safety net advice. BMC Pediatr. 2014;14:246.

24. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 2000;320(7227):114-6.

25. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeks-methodes. Leuven: Acco uitgeverij. 2007.

8 Bijlagen

8.1 Folder



Koorts?

Wanneer meet u de temperatuur?

Bij ongerustheid of wanneer uw kind warm aanvoelt, zich anders gedraagt, minder of net meer slaapt, minder eetlust heeft, lastig is, minder speelt, meer huilt, bleek ziet of rode wangen heeft.

Hoe meet u de temperatuur?

Met een digitale thermometer in de poep (anus) en vóór het geven van een koortswerend middel. Men spreekt van koorts als de lichaamstemperatuur 38°C of hoger is.

Is koorts gevaarlijk?

Meestal is koorts onschuldig. Koorts is een normale reactie van het lichaam, omdat het virussen en bacteriën zo beter kan bestrijden. Ook na de toediening van een vaccin kan uw kind een lichte temperatuursverhoging hebben.

Toch is het belangrijk dat u enkele zaken in de gaten houdt. Daarom vindt u in deze folder extra richtlijnen.

Wat te doen bij koorts?

Wat kan u doen bij koorts?

- Zorg voor een vertrouwde omgeving.
- Geef een koortswerend middel indien uw kind zichtbaar last heeft van de koorts, bij voorkeur in siroopvorm. Bij braken kunnen suppo's worden gebruikt.
  - Liefst paracetamol (vb. Perdolan®, Dafalgan®, Curpol®)
  - Indien onvoldoende effect: ibuprofen (vb Nurofen®, Perdophen®) (alleen voor kinderen ouder dan 6 maanden)

  Deze medicijnen zijn zonder voorschrift verkrijgbaar bij de apotheek.

  Hoe vaak en hoeveel hangt af van het medicijn en het gewicht van uw kind. Kijk hiervoor **altijd** de bijsluiter na of vraag raad aan uw huisarts of apotheker.
- Hou in het oog hoeveel uw kind juist eet en drinkt.
  - Tel bij een baby of peuter de natte luiers.
  - Geef uw kind regelmatig kleine hoeveelheden vocht.
  - Is uw kind jonger dan 6 maanden, geef dan extra melkvoeding.
  - Leg bij borstvoeding uw kind vaker aan.
  - Geef oudere kinderen extra water te drinken.
- Zorg voor voldoende verkoeling
  - Hou de kamertemperatuur tussen 18 en 20°C.
  - Kleed uw kind niet te warm aan en dek het niet extra toe.
  - Het volledig uitkleden van uw kind of een afkoelend badje geven is niet aangenaam voor uw kind. Dit beïnvloedt de temperatuur weinig en wordt daarom niet meer aangeraden.

Wanneer contacteert u een arts?

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

Alarmtekenen?

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

- Uw kind ziet er erg ziek uit.
- Uw kind is anders ziek dan vroeger.
- Uw kind drinkt of eet niet meer en braakt.
- Uw kind is uitgedroogd: minder natte luiers, droge lippen, droog mondslijmvlies, ingevallen ogen, ingevallen fontanel, meer dan 3x per dag diarree of braken.
- Uw kind ziet erg bleek of grauw.
- Uw kind ademt moeilijk of kreunt.
- Uw kind weent anders dan gewoonlijk (hoge schrei of zwakke schrei).
- Uw kind is suf of moeilijk wakker te krijgen.
- Uw kind praat verward.
- Uw kind heeft pijn bij aanraking.
- Uw kind vertoont nekstijfheid.
- Uw kind heeft blauw-rode puntvormige vlekjes op de huid, die niet wegtrekken als u er op duwt.
- Uw kind heeft stuipen.

Meer weten?

Wil je meer informatie?

Surf naar:
www.kindengezin.be

KU LEUVEN ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Universiteit Gent
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ Universitair Ziekenhuis Gent

UZ LEUVEN

RIZIV

FWO VLAANDEREN

V.U.: Prof. dr. An De Sutter, UGent, UZ-Gent 6K3, De Pintelaan 185, 9000 Gent

Koorts & alarmtekens

Koorts & alarmtekens

8.2 Protocol Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Omgaan met ongerustheid bij ouders van acuut zieke kinderen: hoe ervaren huisartsen het toepassen van communicatietechnieken tijdens het consult?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: An De Sutter
- FUNCTIE: Professor, huisarts
- UNIVERSITEIT: UGent
- FACULTEIT/VAKGROEP: vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
- TELEFOONNUMMER: 09 332 61 04
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: An.DeSutter@UGent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF.DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: Marieke Lemiengre
- FUNCTIE: huisarts
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGent
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, huisartsenpraktijk De wijngaard in Roeselare
- TELEFOONNUMMER: 09 332 15 01 / 0486 61 33 78
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: Marieke.Lemiengre@UGent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF.DR. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: Sofie Van Den Abeele
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGent
- FACULTEIT: geneeskunde
- OPLEIDING: master huisartsgeneeskunde
- TELEFOONNUMMER: 0476 28 58 33
- E-MAIL: vdabeelesofie@gmail.com

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: Greet De Bock
- ADRES: Nederenamestraat 149, 9700 Oudenaarde
- TELEFOONNUMMER: 055 31 12 03
- E-MAIL: drgreet@medined.be
- TYPE-PRAKTIJK: Groepspraktijk

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: PA 2012/615
- NAAM ONDERZOEKER: Marieke Lemiengre
- DATUM GOEDKEURING: 25/10/2012

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/03/2015 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/05/2016

7. SOORT ONDERZOEK

- ☒ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ☐ **INTERVIEW**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Tussen maart 2013 en februari 2014 liep er een grote trial in Vlaanderen, met name de ERNIE2 studie. Het doel van dit onderzoek was enerzijds om ernstig zieke kinderen sneller te herkennen in de eerste lijn en anderzijds om het irrationeel voorschrijven van antibiotica bij kinderen aan te pakken.
(Lemiengre et al.: *Optimizing antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care (ERNIE2 study protocol, part B): a cluster randomized, factorial controlled trial evaluating the effect of a point-of-care C-reactive protein test and a brief intervention combined with written safety net advice.* BMC Pediatrics 2014 14:246.)

Tijdens deze studie kreeg de helft van de huisartsen de opdracht om bij elk consult aan de ouders te vragen of ze ongerust waren, waarover en waarom dit hen zo ongerust maakte. Daarnaast gaven deze huisartsen ook steeds op het einde van hun consultatie een informatieve folder met alarmtekens mee aan de ouders. Men wou nagaan of deze communicatietechnieken een invloed zou hebben op het voorschrijfgedrag van de huisartsen en op de ongerustheid van de ouders.

Deze studie is een zijspoor van de bovenvermelde studie. De opzet van deze studie is om via semigestructureerde interviews na te gaan hoe de huisartsen deze communicatieve interventies ervaarden. Hierbij wordt nagegaan wat de huisarts zelf vindt van deze communicatietechniek. Daarbij wordt onderzocht welke aanpak de huisarts uiteindelijk verkiest om ouders gerust te stellen en wat hun visie hierrond is. Dit, om beter zicht te krijgen op de aanpak en het voorschrijfgedrag van huisartsen bij zieke kinderen.

VERLOOP VAN DE STUDIE:
Dit is een kwalitatieve studie waarbij een interview wordt afgenomen bij deelnemende huisartsen.
De mogelijke kandidaten voor de interviews worden in kaart gebracht. Hierbij wordt, tussen de deelnemers van de ERNIE2 studie, gezocht naar een zo gevarieerd mogelijk publiek (qua leeftijd, geslacht, regio, praktijk,…). Dit om een zo uitgebreid mogelijk beeld te verkrijgen van de persoonlijke ervaringen en visies.
Mogelijke kandidaten worden gecontacteerd door Marieke Lemiengre (onderzoeker van de ERNIE2 studie). Aan de telefoon wordt reeds kort uitgelegd wat het interview inhoudt en wat van hen verwacht wordt. Indien er een akkoord is, wordt er concreet afgesproken om het interview af te nemen nadat de informatiebrief werd gelezen en het informed consent werd getekend.

Het interview wordt afgenomen op basis van een vooropgestelde vragenlijst met open vragen (semi-gestructureerd interview) die door een interviewer worden gesteld. Hierin wordt hun ervaring betreffende omgaan met ongerustheid voor, tijdens en na de studie bevraagd. Er wordt bevraagd op welke manier zij deze technieken toepassen en of zij nu anders handelen dan voor het onderzoek. Er wordt nagegaan welk voor- of nadeel zij ondervonden van deze technieken en of dit een invloed had op hun voorschrijfgedrag. Het volledig gesprek wordt opgenomen met een voice recorder, zodat het volledige interview achteraf kan uitgeschreven worden.

Het aantal interviews waarop gedoeld wordt is 10 à 20. Na het uitschrijven worden alle interviews verwerkt via codering. Vervolgens worden de gelijkenissen en verschillen tussen de geïnterviewde artsen geanalyseerd en gerapporteerd. Deze resultaten worden vervolgens, in mate van het mogelijke, samengelegd met resultaten uit eerdere onderzoeken omtrent het omgaan met ongerustheid in de eerste lijn. Uiteindelijk wordt uit al deze gegevens een besluit gevormd.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

Dit kwalitatief onderzoek kan niet echt geplaatst worden in één van bovenstaande mogelijkheden.

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ **NEEN**

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UGent (= faculteit promotor)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

❑ **JA**

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10 à 20

D. LEEFTIJD : gevarieerd

E. GESLACHT : M & V

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? Telefonisch contact (of per mail) door de onderzoeker van de voorafgaande ERNIE2 studie (dr. Marieke Lemiengre). Na toestemming wordt concreet een afspraak geregeld voor het interview via Sofie Van Den Abeele.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ **JA**

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ **JA**

MONDELING :

❑ **JA (VIA TELEFOON)**

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ **NEEN**
ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …
DE PERSONEN WAARBIJ HET INTERVIEW WORDT AFGENOMEN ZIJN HUISARTSEN.

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☒ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
☐ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☒ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☒ **JA**

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☒ **JA**

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT. WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEEN

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☒ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☒ **JA**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☒ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☐ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

NIET VAN TOEPASSING (ARTSEN WORDEN GEÏNTERVIEWD, GEEN PATIËNTEN)

LETSELS TEN GEVOLGE VAN DEELNAME AAN DE STUDIE:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

Niet van toepassing

~~**21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?**~~

~~**22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?**~~

~~**23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?**~~

~~**24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?**~~

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☒ **NIET VAN TOEPASSING**
- ☐ ~~AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:~~
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 07/03/2015
NAAM : Sofie Van Den Abeele
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 12/3/15
NAAM : De Bock GREET
HANDTEKENING :

PROMOTOR De Sutter An

DATUM : 12.03.2015
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR Lemiengre Marilie

DATUM : 23/3/15
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 13.03.2015
NAAM : De MAESSCHALCK JAN
HANDTEKENING :

8.3 Informatieve brief

INFORMATIEVE BRIEF VOOR DE DEELNEMER

1. Titel van het onderzoek

Omgaan met ongerustheid bij ouders van acuut zieke kinderen: hoe ervaren huisartsen het toepassen van communicatietechnieken tijdens het consult?

2. Doel van de studie:

U nam reeds deel aan de grootschalige ERNIE2 studie in 2013-2014. Waarvoor dank!

Deze huidige studie is een zijspoor van de ERNIE2 studie in kader van de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde van Sofie Van Den Abeele.

In de ERNIE2- studie werd u gevraagd om de ongerustheid van de ouders specifiek te bevragen en om op het eind van het consult een informatieve folder mee te geven. In deze studie willen bekijken hoe u deze communicatietechnieken ervaarde.

3. Beschrijving van de studie:

Aan de hand van semigestructureerde interviews willen we nagaan wat u vindt van deze communicatieve interventie: wat zijn uw ervaringen, bracht dit nieuwe info in de anamnese, ziet u voor- en nadelen bij deze aanpak, heeft dit een impact gehad op het verder verloop van het consult, gebruikt u de techniek nog,… Dr. Marieke Lemiengre zal u contacteren met de vraag of Dr. Sofie Van Den Abeele bij u kan langskomen om hierover te spreken. Het interview zelf zal ongeveer 30 à 40 minuten in beslag nemen en kan plaatsvinden op de locatie van uw voorkeur (uw praktijk, uw thuisadres,…). Dit gesprek zal worden opgenomen met een voice-recorder zodat verwerking en analyse van de resultaten mogelijk is. Dit gebeurt anoniem en de tapes zullen worden vernietigd na het einde van het onderzoek.

4. Wat wordt verwacht van de deelnemer:

Het is belangrijk dat u tijdens het interview zo volledig mogelijk en waarheidsgetrouw probeert te antwoorden op de vragen van de onderzoeker om een correcte weergave van de realiteit te verzekeren.

5. Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie is volledig op vrijwillige basis. U kan deze deelname weigeren, en u kan zich ook op elk moment terugtrekken uit de studie zonder enige reden te moeten opgeven en zonder enige invloed op de verdere relatie met de onderzoekers.

Wanneer u beslist om deel te nemen zal u gevraagd worden om het toestemmingsformulier te ondertekenen.

6. Risico's en voordelen:

Er zijn geen verwachte risico's of ongemakken verbonden aan deze studie.
De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Deze studie helpt ons een beter zicht te krijgen op de communicatie tussen huisartsen en ouders met zieke kinderen.

9. Contactpersoon:

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Sofie Van Den Abeele
Huisarts in Opleiding
Huisartsenpraktijk Medined te Nederename (Oudenaarde)
E-mail: drsofie@medined.be

Dr. Marieke Lemiengre
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent
De Pintelaan 185, 6K3, 9000 Gent
E-mail: Marieke.Lemiengre@ugent.be
Telefoonnummer: 09 332 15 01

8.4 Informed consent

TOESTEMMINGSFORMULIER (informed consent)

Titel onderzoek:

Omgaan met ongerustheid bij ouders van acuut zieke kinderen: hoe ervaren huisartsen het toepassen van communicatietechnieken tijdens het consult?

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Sofie Van Den Abeele

Naam deelnemer:……..

1. Ik bevestig hierbij dat ik uitgebreid en op een voor mij begrijpelijke manier geïnformeerd ben over de inhoud, de methode en het doel van dit onderzoek.
2. Ik bevestig dat ik bijgaande informatiebrief heb gelezen en begrepen.
3. Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is en dat ik me op ieder ogenblik kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder enige nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden. Alleen de onderzoeker gebruikt de gegevens en alleen de onderzoeker en de begeleider kunnen deze inkijken.
5. Ik begrijp dat alles wat besproken wordt tijdens dit interview vertrouwelijk behandeld zal worden. Alleen de onderzoeker en begeleider beluisteren de bandjes en alleen de onderzoeker en de begeleider krijgen de interviews te lezen.
6. Bij het uittypen van het interview en de observatiegegevens wordt ervoor gezorgd dat de personen niet herkenbaar zijn zodat de gegevens anoniem worden verwerkt.
7. Ik begrijp dat de audio-opnames die van het interview gemaakt worden enkel bestemd zijn voor dit onderzoek, en dat deze niet verder verspreid zullen worden en na afloop vernietigd zullen worden.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Ondergetekende bevestigt de informatiebrief te hebben gelezen en zijn toestemming te geven voor dit onderzoek. Hij/zij blijft het recht behouden om op ieder ogenblik, zonder opgave van reden, de deelname te stoppen.

Handtekening van de vrijwilliger: _____

Datum: ____/_____/_____

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger. De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

*Naam van de persoon die voorafgaande uitleg heeft gegeven:*_____
Datum: _____/_____/_____

8.5 Goedkeuring Ethisch Comité

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**
	2015/0307	26-mrt-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Omgaan met ongerustheid bij ouders van acuut zieke kinderen: hoe ervaren huisartsen het toepassen van communicatietechnieken tijdens het consult? (Ma-na-ma Sofie Van Den Abeele)

Belgisch Registratienummer: B670201524293

* Vragenlijsten
* Antwoord onderzoekers volledig ontvangen via mail dd. 23/03/2015 op opmerkingen EC dd. 20/03/2015
* Adviesaanvraagformulier (volledig ondertekende versie ontv. dd. 23/03/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. via mail dd. 20/03/2015)

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

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/03/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/03/2016, 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 24/03/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/03/2016, 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 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

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**
	2015/0307	26-mrt-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0307

- *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)*

- *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

8.6 Vragenlijst semigestructureerd interview

Leidraad bij semigestructureerd interview

- *Starters:*
  - Hoe bent u in het onderzoek terechtgekomen?
  - Krijgt u vaak kinderen op consultatie?

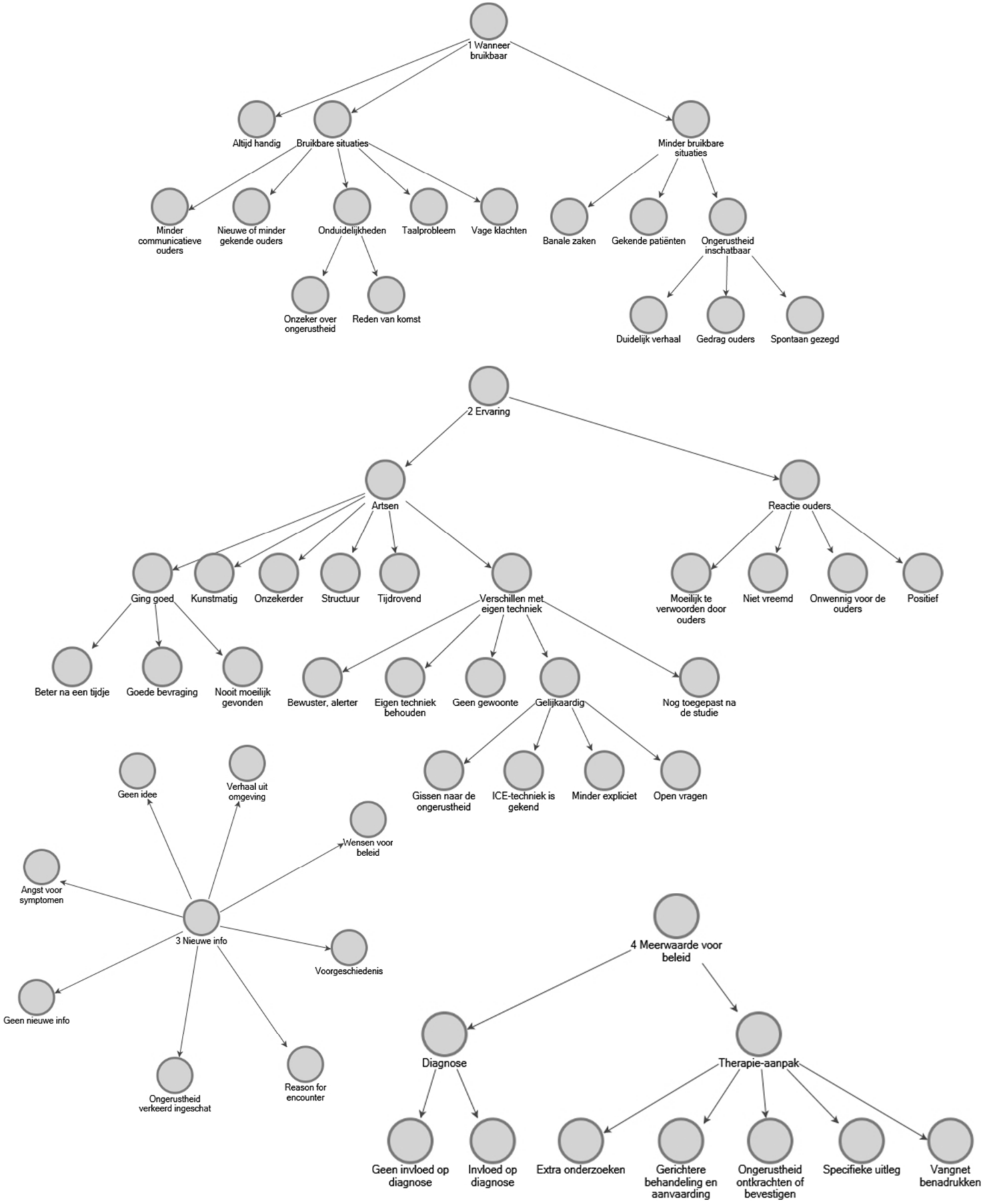
- *Vragen betreffende de anamnestische technieken:*
  - Voor het onderzoek:
    - Hoe nam je vroeger anamnese af bij de ouders?
      (Vroeg u steeds expliciet ICE na?)
    - Wat had u in de opleiding geneeskunde hierover gezien?
      Wat is uw mening hierover?
    - Wat zijn uw manieren om om te gaan met ongerustheid bij ouders?
  - Tijdens onderzoek:
    - Hoe ervaarde u het bevragen op deze manier?
      (Waren deze vragen gemakkelijk te stellen?)
    - Hoe was de reactie van de ouders op deze vragen?
    - Welke verschillen ziet u met hun reactie vóór het onderzoek?
      Welke mogelijks nieuwe reden/info kon u hierdoor verkrijgen?
    - In welke situaties kwam deze techniek goed van pas?
      Welke impact had deze mogelijks nieuwe info op uw beleid?
    - In welke situaties kon u deze bevraging niet goed toepassen?
  - Na het onderzoek:
    - Wat is er voor uzelf veranderd bij het afnemen van anamnese sinds uw deelname aan het onderzoek?
      (Gebruikt u nog steeds deze techniek?)
    - Om welke redenen zou u deze techniek aan andere collega's adviseren?
    - Waarom zou u deze techniek niet aan andere collega's adviseren?

- *Vragen betreffende de informatieve folder:*
  - Voor het onderzoek:
    - Hoe gaf u uitleg aan ouders?
    - Welke ervaring had u met uitleg meegeven op papier/een folder?
    - Wat was toen uw mening hierover?
  - Tijdens onderzoek:
    - Hoe bracht u deze flyer aan?
    - Wat is de respons van de ouders op deze flyer?
      Hoe ervaarde u dit?
    - Welke verschillen ziet u met hun reactie vóór het onderzoek?

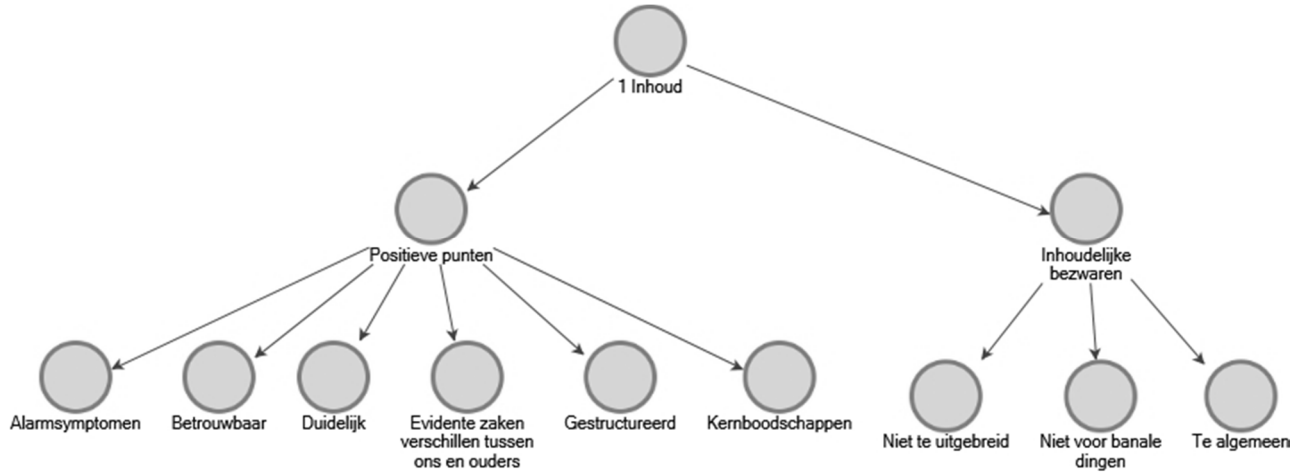
- <u>Na het onderzoek:</u>
    - Wat zijn volgens u voordelen van deze folder?
    - Welke nadelen/verbeteringen zijn nog mogelijk bij de folder?
    - Wat is uw huidige aanpak bij uitleg geven aan ouders?
      (Is dit anders dan voor het onderzoek?)
    - Om welke redenen zou u deze folder aan andere collega's adviseren?
    - Waarom zou u deze folder niet aan andere collega's adviseren?

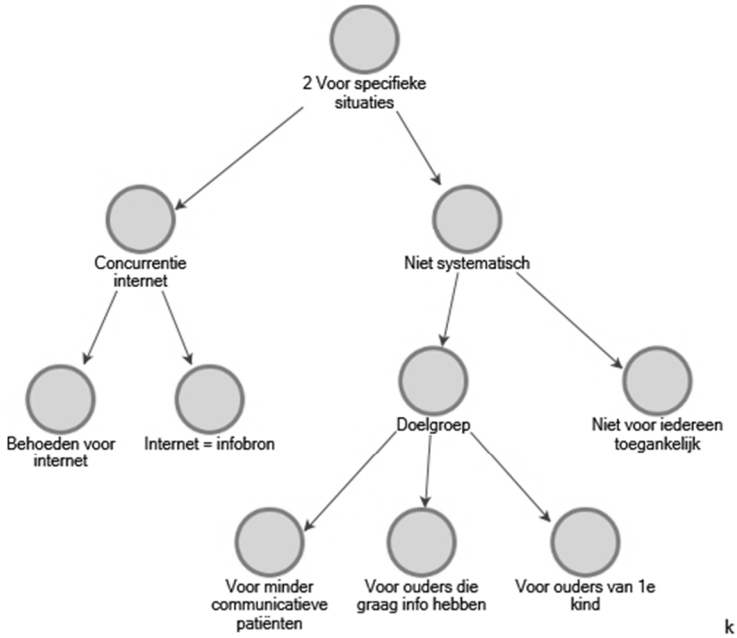
- *Vragen betreffende globale gevolgen van het onderzoek:*
    - Welke invloed had dit hele onderzoek op het 'aanmeldingsgedrag' van de ouders?
    - Wat heeft u geleerd uit dit onderzoek?
    - Welke invloed had dit hele onderzoek op uw voorschrijfgedrag?
    - Welke elementen spelen voor u een belangrijke rol om te beslissen om al dan niet antibiotica voor te schrijven?
    - Welke richtlijn volgt u?
    - Op welke momenten zou u wel eens afwijken van de richtlijnen? Waarom? Hoe pakt u dit dan aan? (andere dosissen/placebo)
    - Heeft u een idee welke invloed deze interventie zou kunnen hebben op de hele groep onderzochte huisartsen?

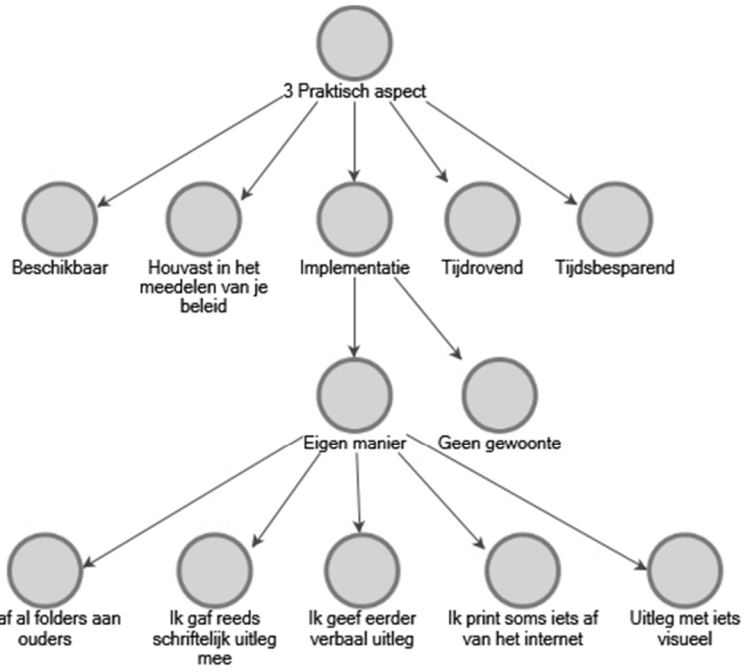
8.7 Analyse: Thematische bomen ‘Bevraging ongerustheid’

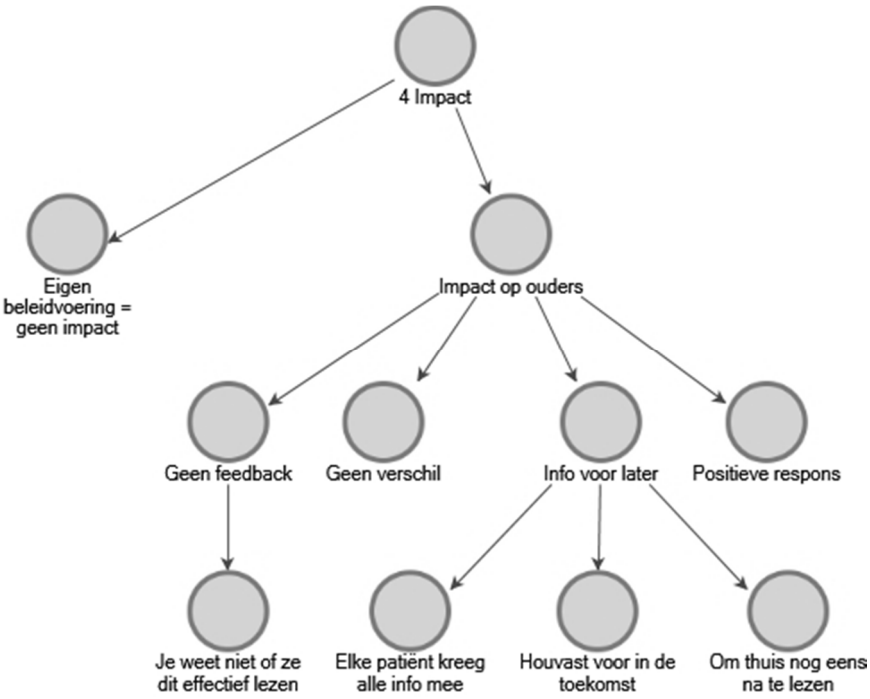


8.8 Analyse: Thematische bomen ‘Foldergebruik’

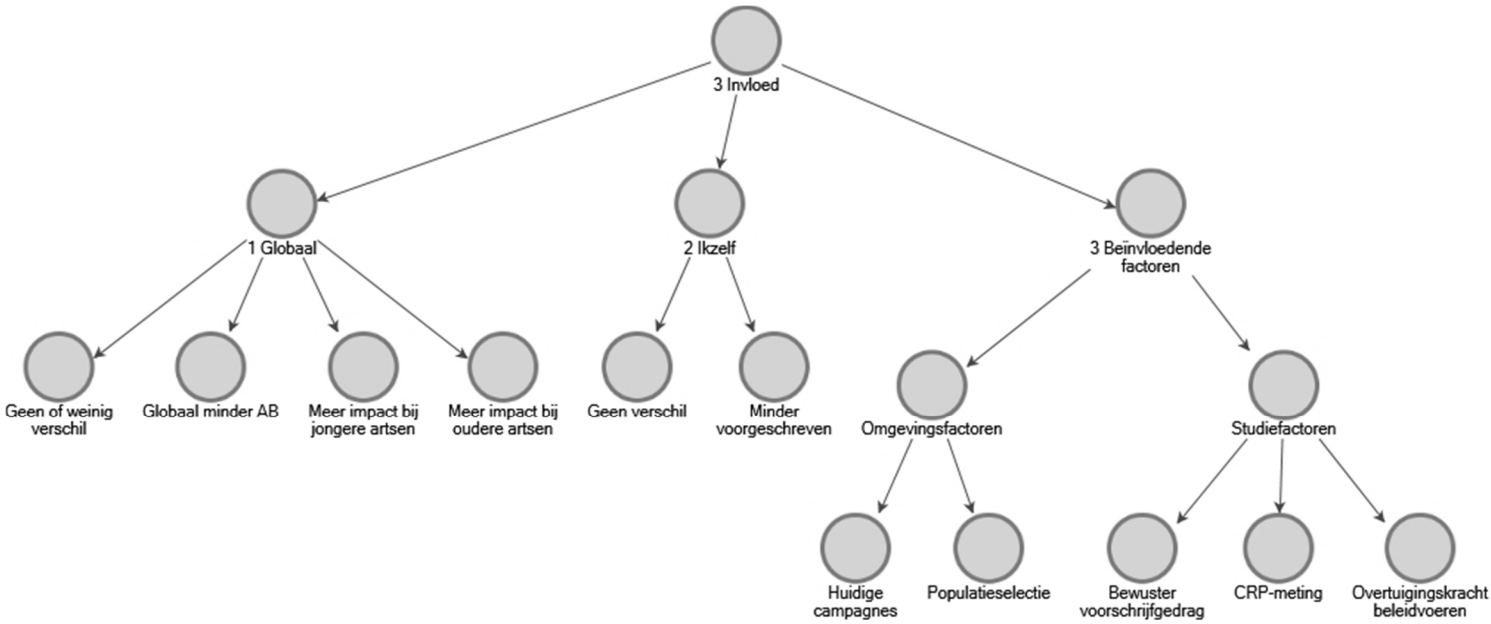








8.9 Analyse: Thematische boom ‘Algemene invloed’



8.10 Karakteristieken geïnterviewde artsen

Geslacht	Leeftijd	Praktijk	Regio	Afstudeerjaar
Man	28	Groep	West-Vlaanderen	2012
Man	50	Solo	Oost-Vlaanderen	1990
Man	54	Groep	Brabant	1987
Man	57	Solo	West-Vlaanderen	1983
Man	58	Solo	Oost-Vlaanderen	1985
Man	65	Duo	Oost-Vlaanderen	1976
Vrouw	30	Groep	West-Vlaanderen	2010
Vrouw	31	Groep	West-Vlaanderen	2009
Vrouw	31	Duo	Oost-Vlaanderen	2008
Vrouw	32	Groep	Brabant	2008
Vrouw	35	Groep	West-Vlaanderen	2005
Vrouw	41	Solo	Brabant	1999
Vrouw	49	Groep	West-Vlaanderen	1991
Vrouw	50	Solo	Oost-Vlaanderen	1991
Vrouw	54	Groep	Brabant	1987