Vangnetadvies bij acuut zieke kinderen: visie van de ouders en invloed op hun bezorgdheid

Anne Van der Veken, UGent

Promotor: Prof. F. Buntinx, KU Leuven

Co-promotor: Dr. J. Verbakel, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding Diagnostische onzekerheid is eigen aan de huisartsgeneeskunde, in het bijzonder bij acuut zieke kinderen. Onder meer door het geven van vangnetadvies spelen artsen hierop in en wordt geprobeerd een veilig kader te creëren. Voor de inschatting van de ernst van een infectie bij een ziek kind is de bezorgdheid van de ouders een belangrijke factor. Zowel deze bezorgdheid enerzijds als het gegeven vangnetadvies anderzijds hebben mogelijk een invloed op het consultatiegedrag.

Onderzoeksvraag Wij vermoeden een discrepantie tussen de verwachtingen van ouders betreffende vangnetadvies en het advies dat momenteel wordt gegeven in de onderzoekspraktijk. Wij willen deze verwachtingen en ook de tevredenheid van ouders over het gegeven advies nagaan. Daarnaast willen wij weten hoe bezorgd ouders zijn wanneer ze op consultatie komen en in welke mate de consultatie en het gegeven vangnetadvies invloed hebben op deze bezorgdheid.

Methode Van juni 2015 tot en met januari 2016 werden ouders van acuut zieke kinderen tussen één maand en 12 jaar gevraagd om voor en na de consultatie met de huisarts eenmalig een vragenlijst in te vullen. Het betreft een prospectieve observationele voor-na meting met vragenlijsten, uitgevoerd in één rurale huisartsenpraktijk met drie erkende huisartsen en één huisarts in opleiding in Vlaanderen. 59 ouders werden geïncludeerd. Voor en na de consultatie werd de bezorgdheid aangeduid op een schaal van nul (helemaal niet ongerust) tot tien (heel erg ongerust). Er werd gekeken naar de aanmeldingsklacht, naar informatiebronnen die ouders gebruikten voor de consultatie en naar wat ouders meestal doen wanneer ze ongerust zijn over hun ziek kind. Daarnaast werd gepeild naar de tevredenheid over het huidige vangnetadvies, de verwachtingen van de ouders rond dat vangnetadvies en de voorkeursvorm. Vanaf februari 2016 werden de vragenlijsten verwerkt en descriptief geanalyseerd. Voor de voor-na meting van de bezorgdheid werd gebruik gemaakt van de gepaarde niet-parametrische Wilcoxon signed rank test voor continue variabelen.

Resultaten Koorts (26 kinderen of 44,1%), hoest (20 kinderen of 33,9%) en oor en/of keelpijn (17 kinderen of 28,8%) waren de belangrijkste aanmeldingsklachten. Voor de consultatie was de mediane bezorgdheid 4,0 op een schaal van nul tot tien (IQR: 2,0-6,0) en na de consultatie was de bezorgdheid mediaan nog 1,9 (IQR: 0,0-3,5), wat een significante afname van de bezorgdheid na de consultatie betekent ($p<0.001$). Slechts een kwart van de ouders zocht voorafgaand aan de consultatie informatie over het zieke kind, hetzij bij ouders of vrienden, hetzij via het internet. 53 van de 59 ouders verkiezen vangnetadvies rechtstreeks tijdens een consultatie met de huisarts, eventueel aangevuld met een brief of website. Globaal gezien zijn ouders tevreden over het vangnetadvies dat ze krijgen en schatten ze hun eigen kennis over zieke kinderen hoog in.

Discussie Ouders zijn weinig ongerust over hun ziek kind. Mogelijk kunnen wij hierop inspelen, hen sterken in hun eigen ideeën en capaciteiten en zo de zelfredzaamheid bij de zorg voor hun ziek kind vergroten. Tegelijk mogen we terecht ongeruste ouders niet ontmoedigen de huisarts te consulteren. Hoewel de tevredenheid over het vangnetadvies groot is, blijft er ruimte voor verbetering.

Conclusie In het veranderende landschap van de huisartsgeneeskunde, waarbij de duur en frequentie van de consultaties per patiënt beperkt worden, zoeken wij ruimte om de verantwoordelijkheid voor de zorg deels op een veilige manier te delegeren naar de patiënt of zijn verzorgers. Dit onderzoek toont aan dat dit mogelijk kan zijn. Tegelijk blijven wij binnen de onderzoekspraktijk werken aan consistentie en kwaliteit in het advies dat wij verstrekken.

Inhoudstafel

ABSTRACT **2**

INHOUDSTAFEL **3**

INLEIDING **5**

ACUUT ZIEKE KINDEREN IN DE HUISARTSENSETTING **5**

HET NUT VAN VANGNETADVIES **6**

PRAKTIJKPROJECT **7**

RATIONALE 7

ONDERZOEKSVRAGEN EN DOEL 8

VANGNETADVIES: LITERATUURSTUDIE **8**

VISIE VAN ARTSEN **8**

INHOUD 8

VORM 9

BEÏNVLOEDENDE FACTOREN 9

BARRIÈRES 9

VISIE VAN OUDERS **10**

INHOUD 10

VORM 10

EFFECT 10

METHODOLOGIE **11**

ONDERZOEKSDESIGN **11**

POPULATIE **11**

VERLOOP **11**

LITERATUURSTUDIE 11

PERIODE 11

REKRUTERING DEELNEMERS 12

GEGEVENSVERZAMELING 12

SAMPLE GROOTTE **13**

ANALYSE **13**

RESULTATEN **13**

POPULATIE **13**

ONGERUSTHEID **15**

VANGNETADVIES **16**

DISCUSSIE **21**

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN **21**

STERKTES EN ZWAKTES **21**

VERGELIJKING MET EERDER ONDERZOEK **22**

BEZORGDHEID 22

VANGNETADVIES 23

BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK EN VOOR DE HUISARTSGENEESKUNDE IN VLAANDEREN **24**

LAAGDREMPELIGE ZORG 24

PATIËNTEDUCATIE 24

KWALITATIEVE BRONNEN 25

CONSISTENT EN PATIËNTGERICHT VANGNETADVIES 25

SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK **26**

CONCLUSIE **27**

DANKWOORD **29**

REFERENTIES **30**

BIJLAGEN **32**

BIJLAGE 1: BEWIJS GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ **32**

BIJLAGE 2: INFORMATIEBRIEF VOOR DEELNEMENDE OUDERS **33**

BIJLAGE 3: TOESTEMMINGSVERKLARINGSFORMULIER **34**

BIJLAGE 4: VRAGENLIJST DEEL 1 (VOOR DE CONSULTATIE) **35**

BIJLAGE 5: VRAGENLIJST DEEL 2 (NA DE CONSULTATIE) **37**

BIJLAGE 6: VRAGENLIJST ARTSEN **39**

BIJLAGE 7: GOEDGEKEURD PROTOCOL **40**

Inleiding

Acuut zieke kinderen in de huisartsensetting

Diagnostische onzekerheid is eigen aan de huisartsgeneeskunde. Niet zelden krijgt een huisarts te maken met vage klachten, atypische symptomen en zich pas ontluikende ziektebeelden. De kans bestaat steeds, hoe klein ook, dat het om een ernstige aandoening gaat, zoals meningitis of sepsis, die zich in eerste instantie niet als dusdanig presenteert. Alarmsymptomen verschijnen vaak pas wanneer de ziekte vordert.(1, 2) In het specifieke geval van consultaties met acuut zieke kinderen is het voor een arts niet altijd mogelijk de evolutie van de ziekte met zekerheid te voorspellen. De anamnese is beperkt door bemoeilijkte communicatie met het kind zelf, klinisch onderzoek is niet evident en technische onderzoeken kunnen belastend zijn voor de jonge kinderen en/of moeilijk uit te voeren in de huisartsenpraktijk. Toch zal het in de eerstelijnsgeneeskunde steeds belangrijker zijn te trachten een ernstige aandoening uit te sluiten dan een minder ernstige aandoening meteen te diagnosticeren.(2)

Ouders zijn vaak bezorgd over hun ziek kind, zeker wanneer het gaat over een kind met koorts.(3) Koorts is één van de meest voorkomende symptomen van ziekte bij kinderen en is bijgevolg ook een frequente reden voor consultatie bij de huisarts. Volgens het Nederlandse Transitieproject, waarbij herhaaldelijk op grote schaal in de eerste lijn aanmeldingsklacht en diagnose werden geregistreerd, is koorts de aanmeldingsklacht bij 430/1000 kinderen van nul tot vier jaar per jaar.(4, 5) Het is precies deze leeftijdsgroep die ook het meest frequent de huisarts consulteert.(6) Andere vaak voorkomende redenen voor consultatie met een ziek kind zijn luchtwegaandoeningen, braken en diarree, oorontsteking en huidafwijkingen.(6) Ouders blijken vooral bezorgd te zijn over de hoogte van de koorts bij hun kind en de snelheid waarmee de koorts toeneemt. Verder zijn ze bang voor dehydratatie, ongemak voor het kind, koortsstuipen en ernstig ziek zijn.(3) Wanneer ouders een huisarts consulteren met een kind met koorts, verwachten zij van de arts in de eerste plaats een verklaring voor de koorts. Ook advies over de aanpak van koorts bij een kind en geruststelling zijn van groot belang.(3) Uit een systematische review die de waarde van klinische tekens bij de diagnostiek van ernstige infecties in de eerste lijn nagaat, komen een aantal belangrijke ‘rode vlaggen’ of alarmsymptomen naar voor. Zo vergroot de aanwezigheid van cyanose, tachypnoe, gedaalde perifere circulatie of petechiën de kans op de aanwezigheid van een ernstige aandoening bij een ziek kind aanzienlijk. In bepaalde omstandigheden geldt dit ook voor hoge koorts. Eveneens van groot diagnostisch belang, maar moeilijk objectiveerbaar, zijn de bezorgdheid van de ouders en het instinct van de arts, het gevoel dat er iets ‘niet pluis’ is.(7)

Ander recent onderzoek bracht een aantal van deze rode vlaggen samen in een beslisboom met een zeer hoge sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 86% voor de kans op een ernstige infectie. Als maat voor ernstige infectie werd een opname in het ziekenhuis van >24u genomen. In deze beslisboom hield men rekening met het buikgevoel of 'niet-pluis'-gevoel van de arts, dyspnoe, hoge lichaamstemperatuur en diarree in jonge kinderen tussen één en 2,5 jaar. Gebruik van de beslisboom laat toe om op een relatief betrouwbare manier ernstige infecties in de eerste lijn uit te sluiten.(8) De alarmsymptomen zijn dus belangrijk en bruikbaar, maar niet sluitend. Extra voorzorgsmaatregelen zijn en blijven aan de orde bij diagnostische onzekerheid en zieke kinderen in het algemeen.(7)

Het nut van vangnetadvies

Op het einde van een consultatie geven artsen vaak nog extra informatie en advies. Het voornaamste doel hiervan is om patiënten thuis, na de consultatie, te helpen inschatten of het nodig is opnieuw professionele hulp te zoeken, zodat de patiënten met een ernstige ziekte die zich initieel minder erg presenteert, niet gemist worden.(9) Dit kan bijvoorbeeld wanneer de gezondheidstoestand verandert, evolueert of wanneer de patiënt vragen heeft. (9) Ideaal houdt dit in dat de patiënt op de hoogte gebracht wordt van mogelijke onzekerheid over de diagnose, de te verwachten evolutie en mogelijke alarmsymptomen die kunnen wijzen op een minder waarschijnlijke en ernstige aandoening.(2, 9) Daarnaast wordt de patiënt ook best uitgelegd hoe en waar hij verdere hulp kan zoeken.(2, 9) Komt hij best terug bij de huisarts, neemt hij telefonisch contact op, krijgt hij een vervolgconsultatie, meldt hij zich aan bij de spoeddienst of wanneer en hoe kan hij de dokter van wacht bereiken? In een aantal specifieke klinische situaties is dit advies van bijzonder groot belang. Bijvoorbeeld bij een onzekere diagnose met in het diagnostisch landschap ernstige aandoeningen die niet helemaal uitgesloten zijn, maar ook bij een duidelijke diagnose met mogelijk ernstige complicaties of wanneer de patiënt zelf een verhoogd risico heeft op deze complicaties.(2)

In de Engelstalige literatuur gebruikt men hiervoor de overkoepelende term 'safety-netting advice'. Wij zullen in deze studie verder gebruik maken van het Nederlandse 'vangnetadvies'. Vangnetadvies behoort tot de voornaamste communicatievaardigheden voor een goede consultatie in de eerstelijnsgeneeskunde.(10) Samen met het bevragen van de ICE ("ideas", "concerns" and "expectations" of ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt) is het geven van vangnetadvies een belangrijk instrument om op een efficiënte manier om te gaan met de onzekerheid die de huisartsgeneeskunde typeert.(10)

Het is inderdaad zo dat de arts met dit advies een vangnet creëert. Enerzijds hoopt hij de kans te verkleinen om een ernstige ziekte, in dit geval bij het kind, over het hoofd te zien en anderzijds versterkt hij de ouders van de patiënt in de zelfzorg voor hun kind, met oog op een beter inschattingsvermogen van de gezondheidstoestand en minder bezorgdheid wanneer dit niet nodig is. Vangnetadvies kan onder verschillende vormen aan patiënten verstrekt worden. Meest frequent is waarschijnlijk verbaal advies tijdens de consultatie, eventueel aangevuld met visueel materiaal, maar artsen kiezen er ook meer en meer voor om vangnetadvies mee te geven op papier (patiëntenbrief of folder) of te verwijzen naar een website.(9)

Praktijkproject

Rationale

Naar het voorbeeld van andere groepspraktijken leek het een meerwaarde om in de onderzoekspraktijk meer aan patiënteneducatie te doen. Algemeen willen we de patiënten betrekken bij de zorg en beter informeren over hun gezondheid en die van hun kinderen. Deels omdat preventie en algemene gezondheidsbevordering belangrijk zijn in de praktijkmissie, maar ook omdat we denken hierdoor mogelijk het consultatiegedrag van patiënten te kunnen beïnvloeden.

Aangezien er tijdens een consultatie niet altijd de tijd is om dit grondig te doen, ontstond het idee voor het organiseren van een infoavond. Omgaan met acuut zieke kinderen werd als een interessant onderwerp naar voor geschoven. De laatste jaren zien wij in de praktijk namelijk een enorme toename van het aantal jonge gezinnen, vaak nieuwe patiënten, die graag de zorg voor hun kinderen willen centraliseren bij de huisarts. In het merendeel van de gevallen consulteert deze groep patiënten met kinderen die acuut ziek zijn. Uit de literatuur blijkt inderdaad dat ouders graag meer informatie zouden willen aangaande acuut zieke kinderen, meer bepaald kinderen met koorts. Het gaat dan vooral over de gevaren van koorts, (de aanpak van) koortsstuipen, temperatuurmeting, medicamenteuze behandeling en inschatting en aanpak van dehydratatie.(3)

In de aanloop van dit project werd in de praktijk waar het onderzoek liep een informele rondvraag gedaan naar de manier waarop de vier artsen op dit moment met vangnetadvies omgaan. Dit betreft een schets van de gewoontes in de onderzoekspraktijk en maakt geen deel uit van het gevoerde onderzoek. Tijdens het wekelijks overleg werd door de drie artsen en de haio (huisarts in opleiding) een vragenlijst *(zie bijlage 6)* ingevuld waarin gevraagd werd naar hun gebruik van vangnetadvies, de inhoud en vorm. De antwoorden van de artsen in deze korte peiling lopen gelijk met uitgebreid systematisch onderzoek dat hierrond gedaan werd bij een groot aantal huisartsen in Vlaanderen en het Verenigd Koninkrijk.(11, 12) In de onderzoekspraktijk blijkt dat alle artsen over het algemeen bij consultaties met acuut zieke kinderen vangnetadvies verstrekken aan de ouders.

De artsen hebben hierbij unaniem meestal aandacht voor alarmsymptomen, het vermoedelijke verloop van de ziekte en wanneer en hoe de patiënt best opnieuw contact kan opnemen. Er wordt weinig aandacht besteed aan de beschikbaarheid van de praktijk en de wachtpost of de bereikbaarheid van de wachtpost. De vorm waaronder vangnetadvies meestal wordt gegeven verschilt voor de artsen onderling. Eén arts geeft aan tijdens de gemiddelde consultatie met een acuut ziek kind enkel mondeling vangnetadvies te verstrekken. Twee andere artsen verstrekken zowel mondeling advies, als mondeling advies aangevuld met een informatiebrief of doorverwijzing naar een website. Van deze artsen verstrekt één arts in verhouding meestal enkel mondeling advies, de andere arts zal vaker de voorkeur geven aan informatiebrieven en websites. De laatste arts geeft mondeling advies steeds in combinatie met vangnetadvies via een brief of website.

Onderzoeksvragen en doel

De hypothese was dat de ongerustheid van ouders over hun ziek kind afneemt na de consultatie bij de arts en dat vangnetadvies hier een invloed op kan hebben. We vermoedden dat er een discrepantie is tussen wat ouders van de huisarts verwachten qua advies en het advies dat momenteel in de praktijk wordt gegeven. We wouden weten in welke mate de consultaties in de onderzoekspraktijk de bezorgdheid van de ouders beïnvloeden, zonder op dit moment specifiek meer aandacht te geven aan vangnetadvies of onze consultatiegewoonten aan te passen. Verder wouden wij onderzoeken wat de ouders van acuut zieke kinderen van hun huisarts verwachten betreffende vangnetadvies, zowel wat inhoud als vorm betreft, en wat zij zelf al vergaren aan informatie via advies bij naasten of opzoeking op het internet voor de consultatie. Wij hopen met deze studie in de onderzoekspraktijk informatie te verzamelen die ons zal helpen het vangnetadvies dat wij nu geven op punt te stellen, op maat van de patiëntenpopulatie. Wij willen meer tegemoetkomen aan de verwachtingen van ouders met acuut maar niet ernstig zieke kinderen, zonder hierbij de eigen agenda uit het oog te verliezen en hopen met aangepast vangnetadvies de bezorgdheid van ouders positief te beïnvloeden.

Vangnetadvies: literatuurstudie

Visie van artsen

Inhoud

Voorgaand onderzoek belichtte reeds een aantal aspecten van vangnetadvies. Zowel de visie van artsen als patiënten of ouders met zieke kinderen, al of niet in de eerste lijn, werd beschreven.

Onderzoek bij Vlaamse huisartsen toonde aan dat huisartsen onbewust of intuïtief tijdens nagenoeg al hun consultaties met acuut zieke kinderen gebruik maken van vangnetadvies, hoewel zij niet vertrouwd waren met de term.(12) Uit een studie die aan de hand van interviews en focusgroepdiscussies de visie van artsen op vangnetadvies naging, bleek dat zowel inhoud als vorm van het advies verschillen tussen de verstrekkers.(12) Vooral het verwachte verloop, alarmsymptomen en waar de ouders indien nodig hulp konden zoeken, kwamen aan bod.(12)

Vorm

De vraag of het advies best verbaal dan wel schriftelijk gegeven wordt, kreeg geen eenduidig antwoord van de Vlaamse huisartsen.(12)

Beïnvloedende factoren

Verschillende factoren hadden invloed op het vangnetadvies dat ouders met zieke kinderen kregen. Arts-gerelateerde factoren waren de ervaring van de arts, ouderschap van de arts en de beschikbare tijd. De mate van ongerustheid van de ouders en hun ervaring met het ouderschap hadden eveneens invloed.(11) Ook andere karakteristieken van de patiënt en het type ziekte beïnvloedden de inhoud van het advies.(11, 12) Hoewel de meeste artsen aangaven op één of andere manier gebruik te maken van vangnetadvies, werden zij hier zelden of nooit gericht in getraind.(12) Vlaamse artsen gaven aan geen behoefte te hebben aan richtlijnen of training over het geven van vangnetadvies.(12)

Barrières

Vangnetadvies mist uiteraard zijn doel wanneer het in hoog-risico situaties niet of onvoldoende wordt gegeven, maar ook wanneer het onvoldoende gedetailleerd is en wanneer het niet begrepen of opgevolgd wordt door de patiënt.(2) Het niet kunnen inschatten of de patiënt hun advies voldoende begrepen heeft, werd door artsen inderdaad ervaren als een belangrijke beperking van vangnetadvies. Volgens diezelfde artsen zal vangnetadvies of geruststelling onder gelijk welke vorm nooit even effectief zijn als de rechtstreekse geruststelling van een arts tijdens de consultatie.(11) Voorbeelden van situaties waarin huisartsen aangaven dat ze het vangnetadvies vergeten of achterwege laten, zijn wanneer de arts het erg druk heeft of moe is en wanneer er tijdens dezelfde consultatie meerdere kinderen moeten onderzocht worden.(12)

Visie van ouders

Inhoud

Hoewel diagnostische onzekerheid voor huisartsen een alledaags obstakel is, blijft het voor de ouders van zieke kinderen een moeilijk begrip om mee om te gaan. Hierin schuilt een communicatieve uitdaging voor de huisarts. De geloofwaardigheid van een arts wordt voor ouders sterk beïnvloed door de mate waarin tijdens een consultatie aandacht wordt geschonken aan hun bezorgdheden aangaande hun ziek kind en hun verwachtingen van de arts.(13) Volgens ouders is het vangnetadvies dat de arts geeft vaak te vaag om bruikbaar te zijn.(13) Ouders gaven in focusgroepdiscussies en interviews aan dat vangnetadvies voor hun idealiter een aantal zaken inhoudt. Ten eerste wouden ze informatie over de symptomen van banale en ernstige ziektes bij hun kinderen.

Daarnaast verlangden ze informatie over de correcte aanpak bij deze ziektes, alsook informatie over wanneer en waar ze precies hulp moeten zoeken.(14) Een studie bij Canadese ouders van kinderen met koorts toonde aan dat ouders van hun arts vooral een verklaring voor die koorts verwachtten en informatie over hoe ze het best voor hun kind met koorts kunnen zorgen. Geruststelling was eveneens van groot belang.(3)

Vorm

Ouders verkozen bronnen van vangnetadvies die duidelijk, eenvoudig in gebruik en makkelijk toegankelijk zijn. De inhoud is best eenvoudig en professioneel gevalideerd. Basisinformatie, met de mogelijkheid om indien gewenst meer gedetailleerde informatie te bekijken, kreeg de voorkeur. Ouders hadden nood aan verbaal advies tijdens de consultatie maar ook aan bronnen die ze voor of na de consultatie bij de arts kunnen raadplegen.(14, 15) Voor ze op consultatie kwamen, was het internet de belangrijkste bron van informatie voor ouders met zieke kinderen.(15) De inhoud van vangnetadvies in de vorm van folders, brieven of websites bereikte ouders met een lage geletterdheid of scholingsgraad veel moeilijker dan rechtstreeks verbaal advies.(15)

Effect

Hoewel artsen twijfelden aan wat patiënten onthielden van hun advies en deels daarom een lichte voorkeur gaven voor rechtstreeks verbaal advies tijdens een consultatie, bleek uit onderzoek dat patiënten de belangrijkste componenten van het advies onthielden, onafhankelijk van de vorm –hetzij telefonisch, hetzij rechtstreeks mondeling tijdens een consultatie- waarin het gegeven werd.(16) Of het advies van de arts na de consultatie ook werd opgevolgd door de ouders, hing gedeeltelijk af van het feit of hun verwachtingen betreffende informatie of een bepaalde specifieke behandeling werden ingelost of duidelijk besproken.(13)

Methodologie

Onderzoeksdesign

Het betreft een prospectieve observationele voor-na meting met vragenlijsten *(zie bijlage 4 "Vragenlijst: deel 1" en bijlage 5 "Vragenlijst: deel 2"),* uitgevoerd in één huisartsenpraktijk met drie erkende huisartsen en één huisarts in opleiding in Vlaanderen.

Populatie

Gedurende een periode van acht maand hebben we de ouders van acuut zieke kinderen tussen één maand en 12 jaar gevraagd een vragenlijst in te vullen wanneer zij met hun ziek kind op consultatie kwamen bij hun huisarts. Het gaat enkel om een eerste presentatie van een acute ziekte-episode. Vervolgconsultaties binnen een acute ziekte-episode alsook consultaties in het kader van chronische problemen werden uitgesloten. Dezelfde ouders konden slechts éénmaal deelnemen aan het onderzoek; wanneer ze de vragenlijsten reeds hadden ingevuld voor een ziek kind, kunnen ze dit niet opnieuw doen wanneer een ander kind ziek werd. Ouders die consulteerden met kinderen jonger dan één maand of ouder dan 12 jaar, werden eveneens uitgesloten om praktische redenen en omdat de aanpak van acute ziekte bij zeer jonge kinderen anders kan zijn. Het onderzoek werd gevoerd in één enkele rurale huisartsenpraktijk in Vlaanderen.

Verloop

Literatuurstudie

Voorafgaand aan de studie werd via de databanken Medline, EMBASE, DARE en Cinahl gezocht naar artikels rond bezorgdheid van ouders bij zieke kinderen en vangnetadvies. Er werden geen MeSH termen gevonden die deze zoekopdracht goed konden invullen. Daarom werd vrij gezocht met combinaties van de zoektermen 'safety netting', 'child', 'acute illness', 'fever', 'parental concern', 'advice', 'expectations' en afkortingen daarvan (via * en ?). Relevante artikels werden geïncludeerd na screening op basis van titel en abstract. In de databank van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding werd gezocht naar recente masterproeven rond dit thema.

Periode

De studie liep in de praktijk vanaf juni 2015 tot en met januari 2016.

Rekrutering deelnemers

Ouders van patiënten die in aanmerking kwamen volgens de hierboven beschreven criteria, werden aangesproken via de medewerkers van het secretariaat in de wachtzaal voor de consultatie. Informatie over het onderzoek werd zowel kort mondeling bij aanmelding bij het secretariaat als schriftelijk door middel van een informatiebrief *(zie bijlage 2 "Informatiebrief voor deelnemende ouders")* aangeboden. Indien de ouders wensten deel te nemen, werden zij door de medewerkers van het secretariaat gevraagd een informed consent formulier te ondertekenen *(zie bijlage 3 "Toestemmingsverklaringsformulier").*

Gegevensverzameling

Zowel voor als na de consultatie vulden de ouders een zelf geconstrueerde vragenlijst in. *(zie bijlage 4 "Vragenlijst: deel 1" en bijlage 5 "Vragenlijst: deel 2")* Beide vragenlijsten werden tegelijk bekomen voor de consultatie. Er werd steeds mondeling alsook schriftelijk in de informatiebrief benadrukt dat deel 1 VOOR en deel 2 pas NA de consultatie moest worden ingevuld. Hierop werd zo goed mogelijk toegezien door het secretariaat en de artsen tijdens de consultatie. De inhoud van de vragenlijsten werd gebaseerd op voorgaand onderzoek en publicaties die verwerkt zijn in de literatuurstudie. De voormeting bestond uit een peiling naar de mate van bezorgdheid van de ouders over hun ziek kind voor de raadpleging bij de arts en de reden voor deze raadpleging. Aan de ouders werd gevraagd om op een Likert-schaal van 0 tot 10, met 0 = helemaal niet bezorgd en 10 = heel erg bezorgd, aan te duiden hoe bezorgd ze op dat moment waren over hun kind, naar analogie met de bevraging van de ongerustheid zoals dit werd uitgevoerd in de ERNIE-2 studie. (17) Ouders moesten de voornaamste redenen voor consultatie aanduiden en konden hierbij kiezen uit verschillende opties. Meerdere antwoorden waren mogelijk bij deze vraag. Er werd ook nagegaan hoe ouders bij voorgaande ziekte-episodes informatie zochten wanneer ze bezorgd waren over hun ziek kind en hoe betrouwbaar ze deze informatie vonden. Nog voor de consultatie werd gepeild naar het onderwijsniveau van de ouders van het zieke kind en de samenstelling van het gezin.

In de nameting na de raadpleging werd opnieuw zoals hierboven beschreven gevraagd naar de mate van bezorgdheid over het zieke kind, door op dezelfde schaal als voordien de bezorgdheid aan te duiden. Indien de ouders nog steeds bezorgd waren, werd er gevraagd wat hun arts in de toekomst kan doen om deze bezorgdheid te verminderen. Hierna lazen de ouders een korte definitie van vangnetadvies en werd hen gevraagd onder welke vorm ze dit advies bij voorkeur zouden krijgen. Na de consultatie werd ook uitgebreid gekeken naar wat ouders van hun huisarts verwachten wat betreft vangnetadvies. Om dit na te gaan werden 18 vragen gesteld gebaseerd op eerder onderzoek.

Uit verschillende eerder verschenen studies werden elementen gehaald rond de gewenste inhoud en de vorm van vangnetadvies en de mogelijke verwachtingen van ouders hieromtrent.(9, 11, 12, 14, 15, 17, 18) Ouders konden antwoorden door te kiezen uit 'helemaal akkoord', 'eerder wel akkoord', 'neutraal', 'eerder niet akkoord' of 'helemaal niet akkoord'.

Eventuele vragen bij het invullen van de vragenlijsten konden gesteld worden aan de arts tijdens of na de consultatie en via e-mail zoals vermeld op de informatiebrief. De ingevulde vragenlijsten en toestemmingsverklaringsformulieren werden verzameld door het secretariaat wanneer het tweede deel van de vragenlijst was ingevuld.

Sample grootte

Voor het bepalen van de sample grootte werd gebruik gemaakt van de paired sample studeny's t-test. Er werd gepoogd om minstens 72 ouders van zieke kinderen te includeren in de studie. Uiteindelijk werden er enquêtes afgenomen bij 59 ouders van acuut zieke kinderen met een nieuwe ziekte-episode.

Analyse

Vanaf februari 2016 werden de vragenlijsten verwerkt en descriptief geanalyseerd. Het percentage per antwoord evenals de absolute cijfers worden weergegeven bij de meerkeuzevragen en antwoorden op de open vragen worden verder in deze tekst beschreven. De bezorgdheid van de ouders over hun ziek kind voor en na de raadpleging werd vergeleken met gebruik van de gepaarde niet-parametrisch Wilcoxon-test voor continue variabelen (score op 10 voor de bezorgdheid van de ouders).

Resultaten

Populatie

In totaal werden 59 vragenlijsten (voor en na) anoniem ingevuld en verzameld bij ouders van acuut zieke kinderen vanaf één maand tot en met 12 jaar. In *tabel 1* is de leeftijd van de zieke kinderen weergegeven. Bijna de helft van deze zieke kinderen was drie jaar of jonger (26 kinderen, 44,1%). Negen ouders (15,3%) kwam op consultatie met een baby van jonger dan één jaar. 33 kinderen (55,9%) waren ouder dan drie jaar. Zoals verder ook blijkt uit *tabel 1* bestonden veruit de meeste gezinnen van de consulterende kinderen, namelijk 51 (52,5%), uit twee kinderen. In de ondervraagde populatie was het aantal grote gezinnen met meer dan drie kinderen laag.

Slechts 12 gezinnen (20,3%) bestonden uit meer dan twee kinderen. In 16 van de 59 (27,1%) gevallen was het kind waarvoor geconsulteerd werd het enige kind in het gezin.

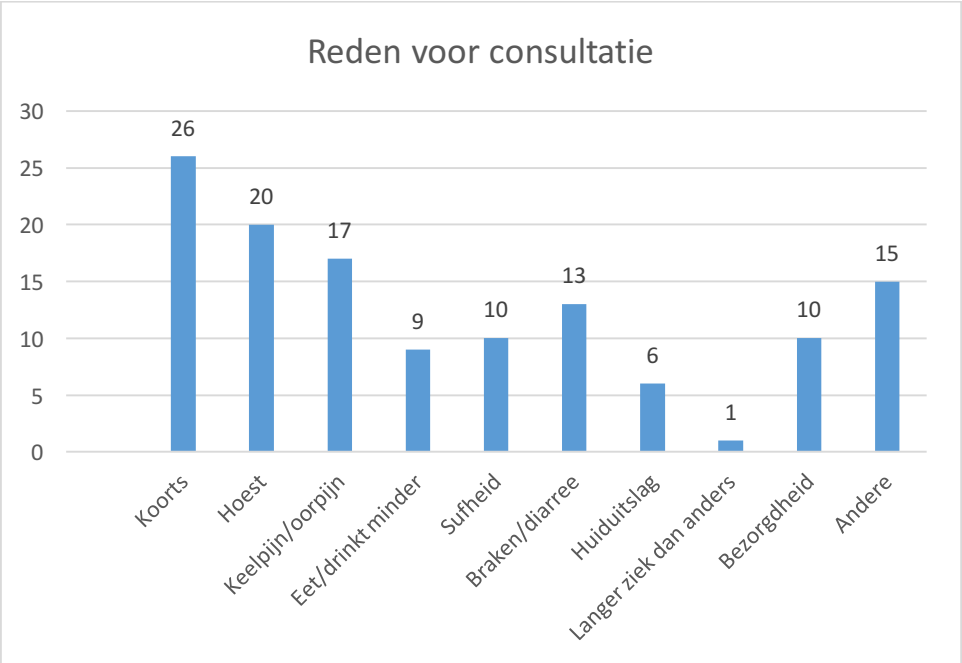
Slechts één ouder gaf aan het afgelopen jaar een consultatie bij de huisarts voor een ziek kind te hebben uitgesteld omwille van financiële redenen.

Het opleidingsniveau van de moeders lag in dit onderzoek hoger dan dat van de vaders. 39 moeders of 66,1% van de moeders van de zieke kinderen in deze praktijk had hoger onderwijs zijnde hogeschool of universiteit genoten, tegenover 31 vaders of 52,5% van de vaders. Vijf vaders behaalden hoogstens een diploma van lager secundair onderwijs, tegenover één moeder. *(tabel 1)*

Tabel 1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie: leeftijd van het zieke kind, aantal kinderen binnen het gezin, opleidingsniveau van moeder en vader

Onderzoekspopulatie		N=59					
Leeftijdsverdeling kinderen		**Samenstelling gezin**		**Opleiding moeder**		**Opleiding vader**	
<1j	9 (15,3%)	1 kind	16 (27,1%)	Lager secundair of lager	1 (1,7%)	Lager secundair of lager	5 (8,5%)
1 t.e.m. 3j	17 (28,8%)	2 kinderen	31(52,5%)	Hoger secundair	19 (32,2%)	Hoger secundair	23 (39,0%)
>3j	33 (55,9%)	>2 kinderen	12 (20,3%)	Hoger onderwijs	39 (66,1%)	Hoger onderwijs	31 (52,5%)

Als reden voor de consultatie konden ouders verschillende opties aanduiden. Koorts, hoest en keel- en/of oorpijn waren voor de hele populatie veruit de belangrijkste redenen om een arts te consulteren, zoals weergegeven in *figuur 1.* Respectievelijk 26 (44,1%), 20 (33,9%) en 17 (28,8%) kinderen presenteerden zich met deze symptomen of een combinatie ervan. Andere belangrijke redenen voor consultatie waren braken en/of diarree bij 13 kinderen (22%), sufheid bij tien (16,9%), bezorgdheid van de ouders eveneens bij tien (16,9%) en minder eten of drinken bij negen (15,3%) kinderen. Verder waren er nog zes (10,2%) kinderen met een huiduitslag. Onder de vrij in te vullen rubriek 'andere' zagen we een aantal minder acute problemen zoals wratten, controle na de plaatsing van diabolo's, controle voor een reis, infectieziekte in de omgeving zonder klachten bij het kind en psychische problemen. Acute symptomen of klachten die hier ook werden beschreven waren moeilijke ademhaling, buikpijn en plasklachten, hoofdpijn en blaasjes in de mond.



Figuur 1 Aanmeldingsklachten of redenen voor consultatie van het zieke kind, meerdere klachten mogelijk per kind

Ongerustheid

De ongerustheid werd uitgemeten tot op één decimaal op een schaal van nul tot tien. Wanneer we kijken naar de volledige onderzoekspopulatie zien wij dat de mediaan van de bezorgdheid voor de consultatie op 4,0 (IQR: 2,0-6,0) ligt met, met 0=niet ongerust en 10=ontzettend ongerust. Na de consultatie is de mediane bezorgdheid afgenomen tot 1,9 (IQR: 0,0-3,5), zoals weergegeven in *tabel 2*. Acht ouders zijn voor de consultatie niet ongerust. Bij 14 ouders blijft de ongerustheid na de consultatie gelijk aan de ongerustheid vooraf, vier ouders zijn zelfs méér bezorgd na de consultatie bij de arts. Bij het grootste deel van de ouders namelijk 41 van de 59 ouders of bijna 70%, neemt de ongerustheid af.

Bij vergelijking van de bezorgdheid voor en na de consultatie met de Wilcoxon signed-ranks test voor de vergelijking van gepaarde continue variabelen wordt een significante afname ($p<0,001$) gevonden in de bezorgdheid van de ouders om hun zieke kind. Ouders zijn na de consultatie bij een huisarts in de praktijk dus significant minder bezorgd over hun ziek kind dan voor de consultatie. Ook de gevallen waarbij de ouders voor de consultatie niet bezorgd waren (ongerustheid vooraf =0) werden voor deze voor-nameting geïncludeerd.

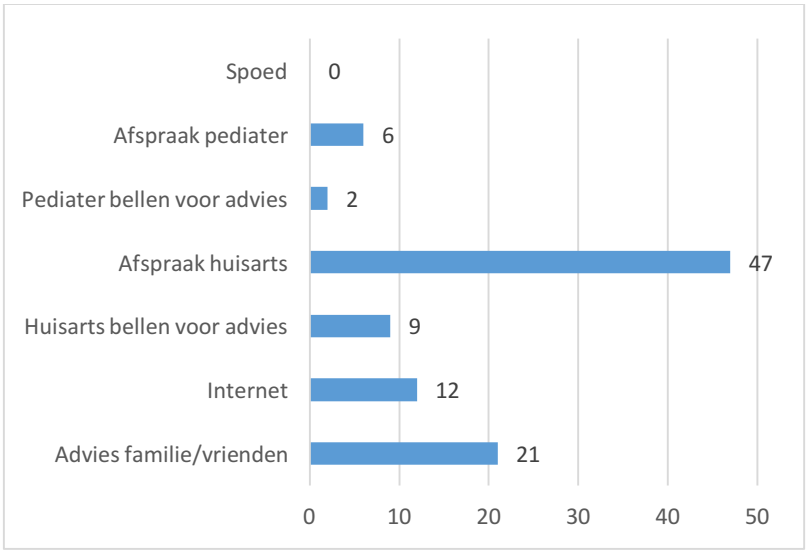
Tabel 2 Ongerustheid van de ouders op een schaal van 0=niet ongerust tot 10= ontzettend ongerust voor en na de consultatie bij de huisarts

	Ongerustheid VOOR consultatie	**Ongerustheid NA consultatie**
	N=59	N=59
Mediaan	4,00 (IQR 2,00-6,00)	1,85 (IQR 0-3,5)
Gemiddelde	3,95 (SD 2,58)	2,35 (SD 2,43)
Wilcoxon signed-rank test		**p<0,001**

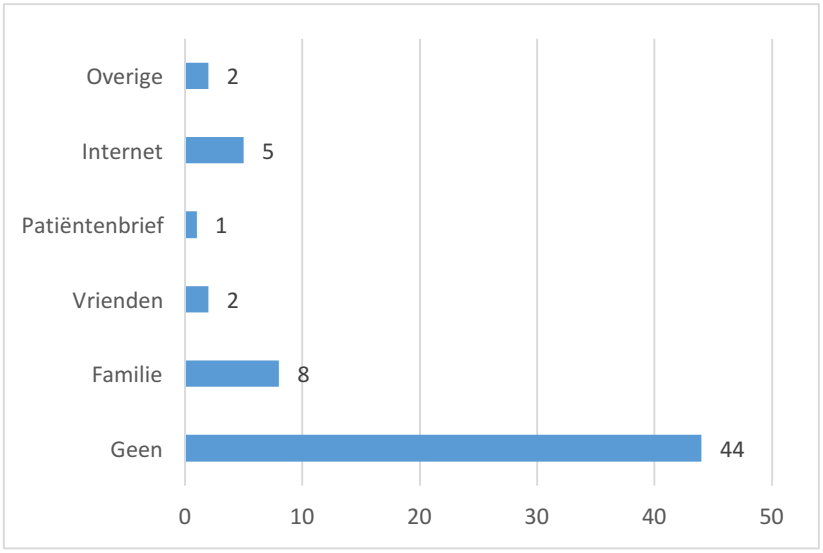
Vangnetadvies

Nagenoeg 80% van de ondervraagde ouders, 47 ouders om precies te zijn, geeft aan dat zij meestal een afspraak maken bij de huisarts wanneer ze ongerust zijn over hun ziek kind. 21 ouders (35,6%) vragen eerst advies aan familie en 12 ouders, ongeveer 20%, zoeken informatie op het internet. Een minderheid van de ouders wendt zich tot de pediater voor advies of voor een consultatie. (*Figuur 2)* Ook bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Voorafgaand aan de consultatie waarbij de vragenlijst werd ingevuld, had slechts een kwart van de ouders informatie gezocht over het zieke kind. Vooral familie en vrienden, respectievelijk acht (13,6%) en twee (3,4%) ouders, alsook het internet voor vijf (8,5%) ouders, waren belangrijke bronnen van informatie. Één ouder gaf aan een patiëntenbrief te hebben bekeken die bij een vorige consultatie was meegegeven. Ouders die informatie zochten op internet, deden dit door een zoekopdracht via Google. Anderen bezochten gericht bepaalde websites zijnde kindengezin.be, cm.be of gezondheid.be. Een enkele ouder gaf aan informatie te hebben gezocht op patiëntenfora. *(Figuur 3)*

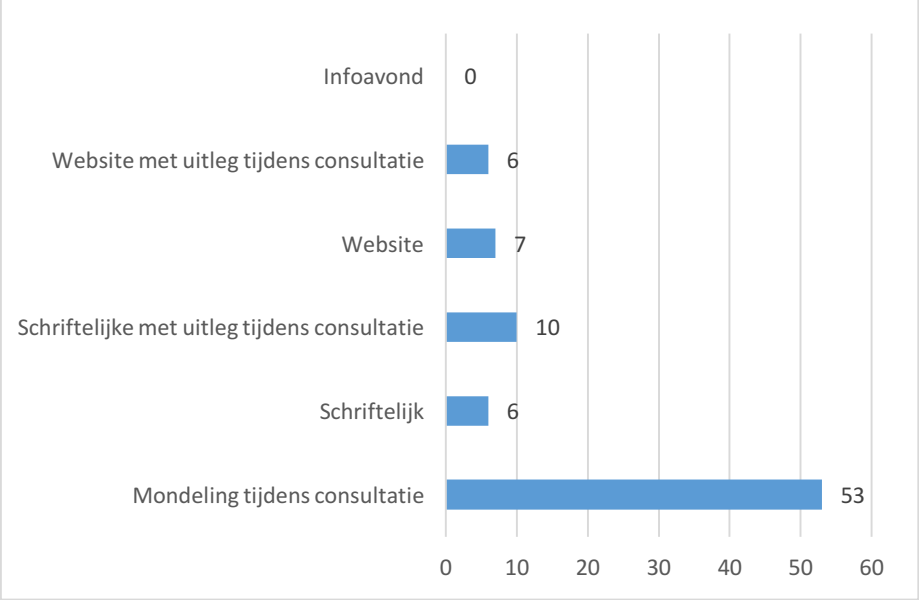


Figuur 2 Wat de ouders meestal doen bij ongerustheid over hun ziek kind, meerdere acties mogelijk per ouder



Figuur 3 Informatiebronnen die ouders gebruikten voorafgaand aan de huidige consultatie

In de vragenlijst konden ouders kiezen onder welke vorm zij vangnetadvies het liefst zouden ontvangen. Bijna 90% van de ouders, 53 ouders in totaal, verkoos een consultatie bij de huisarts met rechtstreeks mondeling vangnetadvies. Tien ouders (16,9%) wouden tijdens deze consultatie ook graag aanvullend schriftelijk advies en zes ouders (10,2%) wouden tijdens de consultatie een verwezen worden naar een website die ook thuis makkelijk te raadplegen is. 13 van de 59 ouders hebben een voorkeur voor hetzij schriftelijk advies hetzij advies via een website, niet noodzakelijk gekoppeld aan een consultatie bij een arts. Niemand van de ouders verkoos advies onder de vorm van een infoavond voor ouders met jonge kinderen. *(figuur 4)*



Figuur 4 Voorkeursvormen van ouders voor vangnetadvies, meerdere voorkeuren mogelijk per ouder

Uit *figuur 5* komt naar voor dat de ondervraagde ouders belang hechten aan vangnetadvies. Zo vinden 58 van de 59 ouders het erg belangrijk dat de huisarts hen vertelt op welke symptomen ze moeten letten bij hun ziek kind (alarmsymptomen). 55 ouders vinden het belangrijk dat de huisarts vermeldt waar ze terecht kunnen met hun ziek kind moest het slechter gaan. Van de 59 ouders zijn 53 ouders helemaal en eerder wel akkoord met de stelling dat zij het belangrijk vinden dat de huisarts zegt onder welke omstandigheden, bijvoorbeeld bepaalde symptomen of een te lange duur van de klachten, zij met hun ziek kind opnieuw op consultatie moeten komen voor controle. Ouders vinden het iets minder belangrijk om van de huisarts te horen wanneer hij/zij precies wel of niet te bereiken is. Ongeveer de helft van de ouders (28) reageert neutraal op deze stelling, de andere helft (27) vindt het wel belangrijk.

Ouders vinden van zichzelf dat zij redelijk goed op de hoogte zijn van een aantal belangrijke aspecten van vangnetadvies. Zo geven slechts twee ouders van de 59 aan niet op de hoogte te zijn van de contactgegevens van de huisartsenwachtpost en ook niet te weten waar ze deze gegevens kunnen vinden. Drie ouders blijken niet te weten wanneer ze met hun ziek kind wel of niet terecht kunnen in de huisartsenpraktijk. Slechts vijf van de 59 ouders twijfelen over hoe ze hun ziek kind thuis moeten behandelen. Het grootste deel van de andere ouders, met name 45 van de resterende 54, is wel zeker over de correcte thuisbehandeling. Ongeveer de helft van de ondervraagde ouders vindt dat hij of zij voldoende kennis heeft over acuut zieke kinderen in het algemeen. De andere helft blijft neutraal. Zeven ouders geven aan niet voldoende te weten over deze materie. Het mondeling gegeven advies wordt volgens 48 ouders goed onthouden. Slechts drie ouders geven aan mondeling advies niet altijd of niet helemaal te onthouden.

Nog in *figuur 5* zien we dat slechts vier van de 59 ouders (6,8%) in de toekomst van de huisarts meer uitleg over mogelijke alarmsymptomen verwacht. 25 ouders (42,2%) staan neutraal ten opzichte van deze stelling en 30 anderen (50,8%) zijn niet akkoord en verwachten geen extra informatie over alarmsymptomen bij hun kind. Volgens negen ouders (15,3%) kan de huisarts bij een volgende consultatie beter meer informatie verstrekken over het te verwachten verloop van de ziekte. Van de overige ouders vinden er 28 (47,5%) dat ze voldoende informatie hebben gekregen, 22 ouders (37,3%) blijven neutraal. In de toekomst verwachten zes ouders (10,2%) dat de huisarts duidelijker communiceert hoe ze in de week contact moeten opnemen als de toestand van het zieke kind achteruitgaat. 18 ouders (30,5%) staan hier eerder neutraal tegenover en het grootste deel, 35 ouders (59,3%), vindt dat er geen extra informatie nodig is of dat de huisarts hierover duidelijk genoeg is geweest.

Het overgrote deel, 54 van de 59 ouders (91,5%) vindt dat de huisarts duidelijk is geweest over de verzorging en behandeling van het zieke kind thuis. Uit een gelijkaardige vraag blijkt dat vier ouders (6,8%) van mening zijn dat zij geen duidelijke informatie over de thuisbehandeling hebben gekregen.



Figuur 5 Visie van de ouders over vangnetadvies: algemene bevraging betreffende de verwachte inhoud, tevredenheid en huidige kennis van vangnetadvies bij de ouders

Discussie

Belangrijkste bevindingen

In totaal werden in dit onderzoek 59 ouders van acuut zieke kinderen zowel voor als na de consultatie bevraagd. Het grootste deel van de zieke kinderen was drie jaar of jonger. Vijftien procent, of 9 van de 59 kinderen, was zelfs jonger dan één jaar. Toch is een groot aandeel van de kinderen die in deze praktijk consulteren met een acute aandoening ook ouder dan vijf jaar. Over het algemeen zien we, met 39 moeders en 31 vaders die hoger onderwijs genoten, een hoog opleidingsniveau bij de ondervraagde populatie. De bezorgdheid neemt voor de hele groep significant af na de consultatie, al kunnen we stellen dat de initiële bezorgdheid bij de ouders die op consultatie komen globaal eigenlijk laag ligt. Acuut zieke kinderen kampen het vaakst met koorts, hoest en keelpijn of oorpijn. De ouders die ondervraagd werden, maken bij ongerustheid over hun ziek kind meestal een afspraak bij de huisarts. Een minderheid vraagt eerst advies in de nabije omgeving, zoekt informatie op internet of verkiest advies van een pediater. Voorafgaand aan de consultatie van het onderzoek, had slechts een vierde van de ouders informatie of advies gezocht. De algemene tevredenheid over het gekregen vangnetadvies in de praktijk is groot. Ouders schatten hun eigen capaciteiten betreffende de omgang met hun ziek kind hoog in. Toch zal de grote meerderheid van de ouders mondeling advies van een arts tijdens een consultatie verkiezen boven andere vormen van vangnetadvies of een meer zelfstandige aanpak.

Sterktes en zwaktes

Het vooropgestelde doel was om 70 à 100 vragenlijsten te verzamelen binnen de beschikbare tijd. Dit doel werd met 59 inclusies bijna gehaald. Naarmate de onderzoeksperiode vorderde, gaven echter steeds meer mogelijke kandidaten aan de vragenlijst eerder te hebben ingevuld, voor hetzelfde of een ander kind. Het is mogelijk dat de capaciteit van de huisartsenpraktijk waarin dit onderzoek liep overschat werd. Ook kwam de infectieperiode pas laat op gang, waardoor er zich tijdens de inclusieperiode van juni 2015 tot en met januari 2016 niet dagelijks acuut zieke kinderen aanboden op de praktijk. Van een griepepidemie was pas sprake vanaf begin februari 2016, toen de dataverzameling reeds afgesloten was. Wanneer het wel erg druk was, werd het voor de medewerkers van het secretariaat moeilijker om telkens aan de geschikte kandidaten de nodige uitleg en een vragenlijst te geven. Veel zieke kinderen consulteerden na 18u, wanneer het secretariaat gesloten was en hun ouders niet konden aangesproken worden voor deelname. Het onderzoek schetst de situatie in één enkele landelijke praktijk in Vlaanderen.

Het is mogelijk dat deze resultaten minder representatief zijn voor stedelijke praktijken, praktijken met een armere of praktijken met een minder hoogopgeleide populatie. Het had interessant kunnen zijn om de bezorgdheid en het verschil in bezorgdheid te bekijken voor een aantal subgroepen, zoals bij ouders van jonge versus oudere kinderen, ouders met één kind versus grotere gezinnen. De onderzoekspopulatie was echter te klein om uit dergelijke vergelijkingen interessante en bruikbare informatie te halen.

Ondanks het kleinere aantal inclusies werd toch een significant resultaat gevonden voor het verschil in bezorgdheid voor en na de consultatie. We zien een zeer hoge participatiegraad; alle ouders die werden aangesproken en de vragenlijsten nog niet eerder hadden ingevuld namen deel. Het onderzoek liep in een doorsnee groepspraktijk in landelijk gebied met een overwegend blanke en hoogopgeleide populatie. Binnen een straat van vijf kilometer rond de praktijk bevindt zich één ziekenhuis waar op het moment van het onderzoek geen kinderartsen werkzaam waren. Binnen een straal van 15 à 20 km vinden we verschillende grote ziekenhuizen, waaronder een universitair ziekenhuis en een gespecialiseerd kinderziekenhuis. Voor de vele praktijken in Vlaanderen die ook min of meer aan deze criteria voldoen kan dit onderzoek nuttige en bruikbare informatie verschaffen. Het is tevens het eerste onderzoek dat de visie van ouders betreffende vangnetadvies bevraagt in de Vlaamse context, gekoppeld aan een peiling naar de bezorgdheid.

Vergelijking met eerder onderzoek

Bezorgdheid

Een meting van de bezorgdheid van ouders met acuut zieke kinderen voor en na een consultatie bij de huisarts werd niet teruggevonden in de literatuur.

Onderzoek waarbij wel op grote schaal gepeild werd naar de bezorgdheid van ouders in België en het Verenigd Koninkrijk wordt verwacht.(17) Wel is de ouderlijke bezorgdheid rond koorts en de gevolgen van koorts een belangrijk studieonderwerp.(3) Wanneer we ervan uitgaan dat de reden voor consultatie en de reden voor bezorgdheid min of meer overeenkomen, kunnen we stellen dat ook in deze studie kinderen met koorts de ouders het meeste zorgen baren. Bij 26 van de 59 ondervraagde ouders was koorts bij het kind namelijk de reden of één van de redenen voor consultatie.

Bezorgde ouders verwachten volgens een Nederlandse studie van hun huisarts vooral een grondig onderzoek en informatie over hun ziek kind.(18) Van de ouders die in deze studie na de consultatie nog steeds bezorgd waren, gaf niemand aan dat ze meer of beter klinisch onderzoek hadden verwacht van de huisarts. Meer uitleg over de oorzaak, de ernst, het te verwachten verloop en de behandeling van de aandoening had voor enkele ouders de bezorgdheid mogelijk verder kunnen doen afnemen.

Terwijl in dit onderzoek weinig ouders voorafgaand aan de consultatie gebruik maakten van internet, slechts vijf van de 59 ouders, blijkt dit in andere populaties wel het geval. Ouders zochten informatie om hun eigen diagnose of inschatting als 'niet ernstig' te bevestigen. Bij acuut ernstig zieke kinderen werd dit omwille van praktische redenen veel minder gedaan.
Persoonlijk advies van familie of vrienden werd in ander onderzoek eveneens gezocht en bleek in deze studie belangrijker dan internetbronnen.(15)

Vangnetadvies

Algemeen heerst er bij de ouders een grote tevredenheid over de consultaties van de huisartsen in deze praktijk en over het advies dat zij geven. Er zijn weinig verwachtingen niet ingevuld na de consultatie. Dit is belangrijk omdat uit de literatuur blijkt dat voor ouders de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van hun huisarts sterk afhangt van in welke mate er door de arts aandacht is besteed aan hun verwachtingen en bezorgdheden.(13)
Wat de ondervraagde ouders inhoudelijk verwachten van het vangnetadvies tijdens een consultatie, loopt gelijk met onderzoek in andere landen. Hoewel verschillende van deze onderzoeken liepen bij een heel verschillende populatie van de onze en in een heel andere eerstelijnssetting, zien we weinig verschil in de visie van ouders op vangnetadvies. Ouders verwachten enerzijds een klinisch onderzoek, diagnose en geruststelling. Wat effectief vangnetadvies betreft willen zij informatie over wat ze thuis moeten doen en de behandeling van hun ziek kind.(15) Alarmsymptomen, tekens voor terechte ongerustheid en tekens en symptomen van ernstige infectie zijn voor de meeste in deze en andere studies ondervraagde ouders van groot belang.(14, 15) Waar ze hulp moeten zoeken met hun ziek kind is voor ouders belangrijke vangnetinformatie.(14) De ondervraagde populatie vindt het van minder groot belang de exacte beschikbaarheid van de arts of de wachtdienst herhaald te zien. Ouders lijken hiervan op dit moment reeds goed op de hoogte.
Wanneer we kijken naar de vorm van vangnetadvies, blijkt dat ook in andere studies ouders aangeven dat vooral een rechtstreekse consultatie –en geruststelling- bij een arts hun voorkeur geniet. Toch geven net zoals in dit onderzoek ouders ook aan dat door de arts geselecteerde geschreven of op internet te consulteren informatie een nuttige en gewenste aanvulling kunnen zijn.(14) Soms is deze informatie zelfs voldoende om een consultatie voorlopig te kunnen uitstellen.(15)
In de praktijk waar het onderzoek werd gevoerd blijkt dat het vangnetadvies voor ouders met zieke kinderen bij de verschillende artsen in grote lijnen overeenkomt. Er wordt aandacht besteed aan dezelfde topics. Wat de artsen exact vertellen en in welke omstandigheden, is niet geweten. In eerder onderzoek is aangetoond dat gebrek aan consistentie in de aanpak en het advies van verschillende artsen die geconsulteerd worden, voor verwarring en mogelijk ook voor herconsultatie zorgt.(13, 18, 19)

In de literatuur zien we dat ouders aangeven het advies en de informatie die een dokter geeft deels te vergeten.(14) De belangrijkste componenten van het vangnetadvies worden wel onthouden, al is dit mogelijk wel afhankelijk van de populatie.(13) Andere ouders vinden het vangnetadvies dan weer te vaag om echt bruikbaar te zijn.(13) Slechts een klein aantal ouders in deze studie is het daarmee eens. Drie van de 59 ondervraagde ouders geeft aan dat zij het gegeven advies niet of enkel gedeeltelijk kunnen memoriseren. Terwijl dit niet onthouden of begrijpen door huisartsen als een barrière of beperking van vangnetadvies wordt geïdentificeerd, hoeft dit dus in de praktijk niet noodzakelijk zo te zijn.(11) Dat ouders rechtstreekse geruststelling tijdens een consultatie verlangen, werd ook door artsen benoemd als een barrière voor voornamelijk schriftelijk vangnetadvies.(11) Dit vermoeden wordt wel bevestigd door de ondervraagde ouders in dit onderzoek.

Betekenis voor de praktijk en voor de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen

Laagdrempelige zorg

We zien dat de bezorgdheid voor de consultatie gemiddeld eerder laag is. Toch maken deze ouders een afspraak bij de huisarts. Mogelijk gebeurt dit onder andere om praktische redenen: er is een attest nodig voor school, voor de crèche of opvang. Een andere mogelijkheid is dat de lage drempel voor een consultatie, ook financieel, en de bijna permanente beschikbaarheid van de huisarts ervoor zorgen dat mensen niet enkel voor nazicht van hun ziek kind en geruststelling, maar ook voor bevestiging van hun eigen ideeën langskomen. ‘Voor de zekerheid’ met andere woorden, terwijl ze eigenlijk zelf al behoorlijk zeker en gerust zijn. Hoewel wij uiteraard vinden dat eerstelijnsgeneeskunde laagdrempelig moet zijn en blijven, schuilt hierin wel een mogelijkheid om ouders te sterken in hun eigen ideeën en inschatting.

Patiënteducatie

Wanneer we ervan uitgaan dat de erg lage gemiddelde bezorgdheid van de ouders na de consultatie dichter aanleunt bij die van de arts, en dus ook bij de reële gezondheidstoestand van het kind, dan kunnen we voorzichtig stellen dat een deel van deze consultaties vermoedelijk medisch niet noodzakelijk waren. Deze veronderstelling wordt gesterkt door het beperkte verschil tussen bezorgdheid voor en na de consultatie, wat eveneens een goede inschatting van de ouders suggereert. Er is met andere woorden ruimte voor educatie van de patiënten in de praktijk. Dit zal in eerste instantie mondeling gebeuren, eventueel aangevuld met schriftelijke of internetbronnen. Hoge bezorgdheid bij ouders is één van de belangrijkste parameters voor het inschatten van het risico op een ernstige infectieuze aandoening bij een ziek kind.(7) Artsen zijn bang om door hun vangnetadvies bezorgde ouders te ontmoedigen om met hun kind op consultatie te komen.

Dit blijft een risico op een vertraging van toegang tot de zorg inhouden, die cruciaal kan zijn bij een ernstige aandoening.(11) Het zijn inderdaad niet deze ongeruste, maar de terecht niet ongeruste ouders die het doelwit moeten zijn van mogelijke interventies die de zelfredzaamheid vergroten. Ouders met kinderen <12 maand en kinderen die al eens ernstig ziek zijn geweest, blijken vaker te consulteren.(20) Vermoedelijk ligt de bezorgdheid bij deze ouders groter. Dit is niet verder onderzocht in deze studie, anderzijds kunnen we er wel rekening mee houden bij het vangnetadvies om hen naar de toekomst toe (opnieuw) meer zelfzeker te maken bij het inschatten van hun ziek kind. Het bevragen van ideeën, bezorgdheden en verwachtingen is bij deze ouders van extra belang.

Kwalitatieve bronnen

In tegenstelling tot de verwachting geven weinig ouders in dit onderzoek aan gebruik gemaakt te hebben van het internet als bron van informatie over de ziekte van hun kind. Enkele ouders gaven wel aan de zoekmachine Google of patiënten-fora te hebben gebruikt voor het zoeken van informatie. Dit kan mogelijk tegenstrijdige en zelfs foutieve informatie opleveren. Het is belangrijk dat patiënten in contact komen met betrouwbare internetbronnen, zonder dat wij hun initiatief hierin ontmoedigen. Dit kan onderdeel uitmaken van patiënteneducatie door de huisarts, maar zou ook op grotere schaal het onderwerp kunnen zijn van een sensibiliseringscampagne.

Consistent en patiëntgericht vangnetadvies

Het significante verschil tussen de bezorgdheid voor en na de consultatie toont dat de huisartsen erin slagen om met hun onderzoek, uitleg en vangnetadvies de ouders van zieke kinderen gerust te stellen. Slechts een kleine minderheid van de ouders die bezorgd bleven gaf dan ook aan extra uitleg te verwachten van de huisarts naar volgende consultaties toe.

Anderen waren mogelijk terecht bezorgd omdat hun kind ernstiger ziek was. Toch kunnen we, ondanks de huidige tevredenheid over het vangnetadvies bij de ondervraagde populatie, mikken op een nog grotere daling van de bezorgdheid.

We zien in dit onderzoek ook enkele gevallen waar de consultatie minder goed is verlopen. Een aantal ouders gaven aan in de toekomst van de huisarts meer uitleg te verwachten. Zes ouders twijfelden over de thuisbehandeling, vier ouders vonden de informatie hierover onduidelijk. Vier ouders verwachtten meer informatie over mogelijke alarmsymptomen en negen ouders werden onvoldoende op de hoogte gesteld van het vermoedelijke verloop.

Aangezien deze elementen standaard tot het vangnetadvies van de arts zouden moeten behoren, blijft er ruimte voor verbetering aan de inhoud en vorm van het gegeven advies. Wij ervaren geen nood aan scholing of richtlijnen hieromtrent, maar op praktijkniveau kan het zeker zinvol zijn om het vangnetadvies dat de artsen geven onder de loep te nemen en hier een consensus rond te vormen.

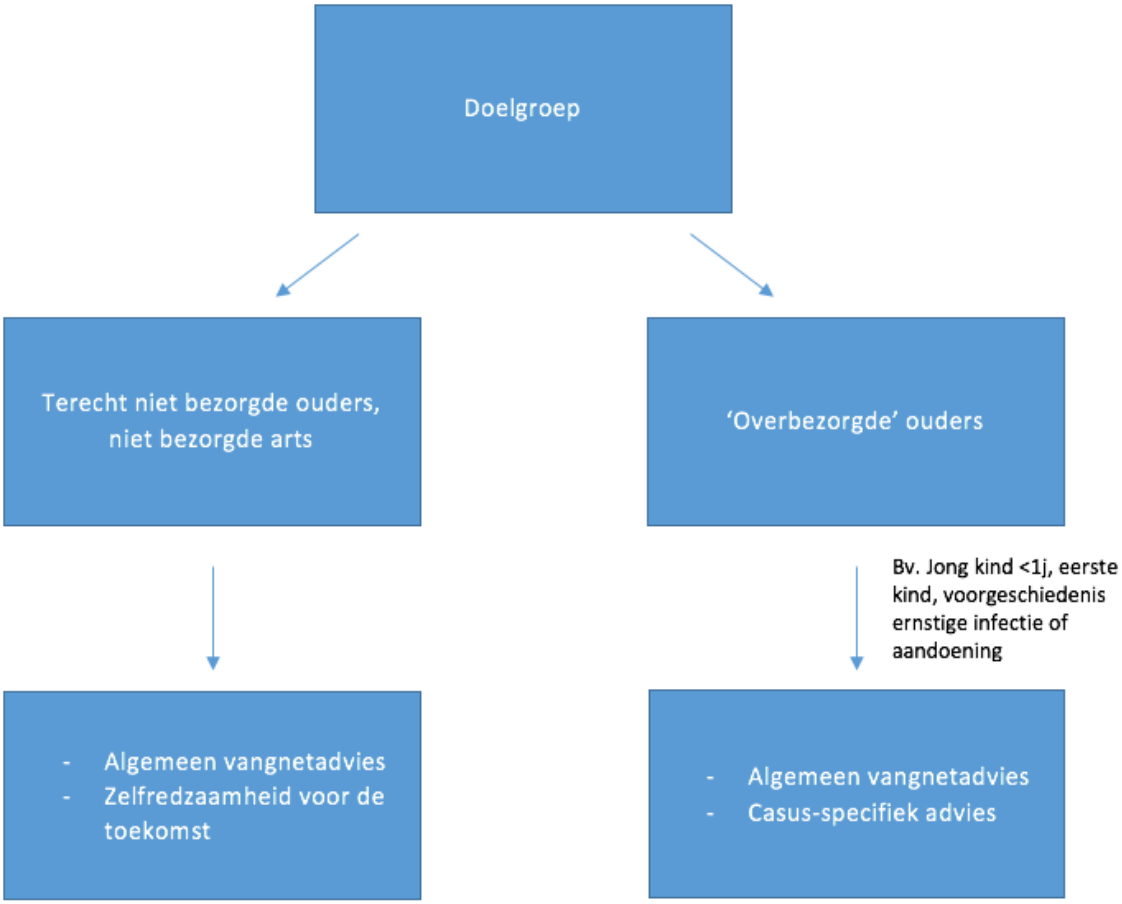
Suggesties voor verder onderzoek

Het zou interessant kunnen zijn om aan gelijkaardig onderzoek ook de bezorgdheid van de arts en de werkdiagnose te koppelen, aangezien de vermoedens uit deze studie daarmee extra kracht kunnen bijgezet worden. Ook onderzoek tijdens een infectieperiode, met veel influenza of gastro-enteritis bij kinderen, zou een ander of beter beeld kunnen schetsen. Daarnaast is er ook verder onderzoek nodig naar factoren die herconsultatie bij ouders met zieke kinderen bevorderen of afremmen. Dit kunnen zowel kenmerken van het kind, van de ouders en van de arts, alsook mogelijke interventies zijn. Voor dergelijk onderzoek is een grotere populatie nodig. Gelijkaardig onderzoek in een wachtpost of eventueel de wachtpost in het wachtgebied van deze praktijk zou eveneens interessante informatie kunnen opleveren. Ook daar bestaat soms het vermoeden dat ouders snel consulteren met hun ziek kind en weinig ongerust zijn. Voor de organisatie van de gezondheidszorg in de toekomst blijft patiënteeducatie rond het gebruik van wachtdiensten in het weekend relevant. Een andere invalshoek zou zijn om ouders in het algemeen te gaan bevragen, dus niet specifiek wanneer ze op consultatie komen met een ziek kind. Zo bereiken we ook ouders die met hun kind meestal naar de pediater of de spoeddienst gaan wanneer het ziek is.

Conclusie

Het veranderende landschap van de eerstelijnsgeneeskunde in Vlaanderen, met minder huisartsen, waarvan een toenemend deel vrouwelijke of oudere huisartsen, dwingt ons steeds meer bewust na te denken over onze praktijkvoering. Wij worden uitgedaagd om kwaliteitsvolle zorg te blijven leveren en betrokken te blijven bij onze individuele patiënt en patiëntenpopulatie, maar tegelijkertijd moeten wij onze contacten per patiënt in frequentie en duur beperken. De evolutie naar een ander soort zorg, waarbij meer verantwoordelijkheid bij de patiënt wordt gelegd, dient zich aan. In het bijzonder voor kwetsbare groepen zoals jonge kinderen, waarbij onze bezorgdheid van nature hoger ligt, staan wij hierdoor voor een uitdaging. Hoever kunnen wij hierin gaan? Hoever durven wij hierin gaan? En hoe brengen we dit op een veilige en efficiënte manier in de praktijk? Onderzoeken als dit suggereren dat er in ieder geval een zekere marge bestaat waarbinnen wij vrij kunnen manoeuvreren om te trachten patiënten meer zelfredzaam te maken.

In de onderzoekspraktijk willen wij ons engageren om bij consultaties met acuut zieke kinderen in het algemeen steeds alarmsymptomen en rode vlaggen te blijven benadrukken. Aangezien de patiënten bij verschillende artsen in de praktijk consulteren, is het opportuun een praktijkconsensus op te stellen voor het vangnetadvies. Vooral de inhoud moet duidelijk en consequent zijn voor alle artsen en gebaseerd op dezelfde geschreven bronnen. Wij identificeren twee specifieke doelgroepen (zie *figuur 6*) waarin wij proberen patiënteducatie te geven en meer zelfredzaamheid te bekomen. We blijven kiezen voor een patiënt- en contextgerichte benadering. Deze interventies vereisen een zekere kennis van de patiëntenpopulatie en berusten voor een groot stuk op de inschatting die de arts maakt van wat ouders naar de huisarts drijft en hun capaciteiten. Een dergelijke individuele aanpak is mogelijk binnen en vooral eigen aan de huisartsgeneeskunde. We zijn ervan overtuigd dat we zo op praktijkniveau een verschil kunnen maken.



Figuur 6 Doelgroepen voor interventies die mogelijk het consultatiegedrag beïnvloeden in de onderzoekspraktijk

Dankwoord

In de eerste plaats wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Frank Buntinx en co-promotor Dr. Jan Verbakel bedanken voor hun hulp en steun bij de uitwerking van dit onderzoek. Ook de medewerkers van het secretariaat van huisartsenpraktijk Het Laar te Reet, Annemie Vollenberg en Annick Massart verdienen een speciale bedanking voor hun inspanningen om de vragenlijsten vergezeld van duidelijke informatie te bezorgen aan de juiste patiënten. Daarnaast wil ik ook de collega's artsen uit de praktijk, Dr. Kris Bleys, Dr. Bart Evens en mijn praktijkopleider Dr. Klara Ampe bedanken voor hun advies en kritische reflectie op de resultaten. Als laatste wil ik Dr. Jan Colpaert bedanken voor zijn onmisbare hulp bij de statistische analyse en finalisatie van dit werk.

Referenties

1. Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2011;61(582):43-6.
2. Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2009;59(568):872-4; discussion 4.
3. Enarson MC, Ali S, Vandermeer B, Wright RB, Klassen TP, Spiers JA. Beliefs and expectations of Canadian parents who bring febrile children for medical care. Pediatrics. 2012;130(4):e905-12.
4. Berger MY BL, Albeda FW, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, Lemmen WH, Oteman N. NHG-Standaard Kinderen met koorts (tweede herziening). Huisarts Wet. 2008(51):287-96.
5. Van der Linden M.W. WGP, De Bakker D.H., Schellevis F.G. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Bilthoven: RIVM, 2004.
6. EEkhof J.A.H. KNA, Verheij T.J.M. Kleine kwalen bij kinderen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2005. 462 p.
7. Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D, European Research Network on Recognising Serious Infection i. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. Lancet. 2010;375(9717):834-45.
8. Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Aertgeerts B, Bullens DM, et al. Validating a decision tree for serious infection: diagnostic accuracy in acutely ill children in ambulatory care. BMJ open. 2015;5(8):e008657.
9. Roland D, Jones C, Neill S, Thompson M, Lakhanpaul M. Safety netting in healthcare settings: what it means, and for whom? Archives of disease in childhood Education and practice edition. 2014;99(2):48-53.
10. Morgan S, Chan M, Starling C. Starting off in general practice - consultation skill tips for new GP registrars. Australian family physician. 2014;43(9):645-8.
11. 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 family practice. 2013;14:140.
12. 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. 2016;22(1):3-8.
13. Cabral C, Ingram J, Hay AD, Horwood J, team T. "They just say everything's a virus"--parent's judgment of the credibility of clinician communication in primary care consultations for respiratory tract infections in children: a qualitative study. Patient education and counseling. 2014;95(2):248-53.
14. 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.

15. Neill SJ, Jones CH, Lakhanpaul M, Roland DT, Thompson MJ, the ASKSrt. Parent's information seeking in acute childhood illness: what helps and what hinders decision making? Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy. 2014.
16. McKinstry B, Watson P, Elton RA, Pinnock H, Kidd G, Meyer B, et al. Comparison of the accuracy of patients' recall of the content of telephone and face-to-face consultations: an exploratory study. Postgraduate medical journal. 2011;87(1028):394-9.
17. 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.
18. de Bont EG, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2014;64(618):e10-6.
19. Blumenthal I. What parents think of fever. Fam Pract. 1998;15(6):513-8.
20. 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. 2015.

Bijlagen

Bijlage 1: Bewijs goedkeuring ethisch comité

Van: An Stockmans [an.stockmans@icho.be]
Verzonden: vrijdag 24 april 2015 14:36
Aan: Frank Buntinx
CC: Anne Van der Veken
Onderwerp: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.
Met vriendelijke groeten
An Stockmans

Bijlage 2: Informatiebrief voor deelnemende ouders

Informatiebrief voor deelnemende ouders

Beste ouder(s),

Op dit moment wordt er in onze praktijk onderzoek gevoerd naar de visie van ouders van zieke kinderen over het advies dat de huisarts hen meegeeft, naar hun bezorgdheden over acuut zieke kinderen en tegelijk ook naar de bronnen die ouders zelfstandig aanwenden om advies te bekomen.
Aangezien u vandaag consulteert met een acuut ziek kind, komt u in aanmerking voor deelname aan deze studie.
Via de korte vragenlijsten die u net heeft ontvangen, hopen wij meer inzicht te krijgen in de hierboven genoemde thema's. De verzamelde informatie kan ons helpen op termijn beter en meer gericht advies te verstrekken aan ouders met zieke kinderen en komt onze praktijkvoering ongetwijfeld ten goede.
Het verwerken van de vragenlijsten en de resultaten gebeurt volledig anoniem.
Uw deelname wordt erg geapprecieerd maar is uiteraard vrijblijvend.

Indien u wenst deel te nemen, gelieve dan volgende zaken in acht te nemen:

1. Lees en onderteken in eerste instantie het bijgevoegde 'Toestemmingsverklaringformulier'.
2. Vul vervolgens VOOR de consultatie de eerste vragenlijst in. Eventuele vragen kan u steeds stellen aan het secretariaat of wanneer u straks de arts spreekt.
3. Vul NA de consultatie de tweede vragenlijst in.
4. Plaats beide vragenlijsten in bijgevoegde envelop.
5. Geef deze, tesamen met het toestemmingsverklaringformulier, af aan het secretariaat.

Hartelijk dank voor uw aandacht en tijd,

Dr. Anne Van der Veken, Haio – huisarts in opleiding en collega's
Dr. Kris Bleys, Dr. Klara Ampe en Dr. Bart Evens.

Voor verdere vragen of uitleg:
Anne.vanderveken@ugent.be

Bijlage 3: Toestemmingsverklaringsformulier

Toestemmingsverklaringsformulier (informed consent)

Titel onderzoek: 'Vangnetadvies bij acuut zieke kinderen in de huisartsenpraktijk: visie van de ouders en invloed op hun bezorgdheid.'
Verantwoordelijke onderzoeker: Anne Van der Veken

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de belasting van het onderzoek voor mij en mijn kind. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek enkel anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
Ik stem, mede in naam van mijn kind, geheel vrijwillig in met de deelname aan dit onderzoek. Ik kan op elk moment en zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek beëindigen.

Naam deelnemer……
Naam kind…….
Plaats, datum:……. Handtekening deelnemer:

In te vullen door de onderzoeker:

Er werd mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek en ik zal verdere vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……
Plaats, datum: …… Handtekening onderzoeker:

Bijlage 4: Vragenlijst deel 1 (voor de consultatie)

Vragenlijst deel 1: in te vullen VOOR de consultatie

A. <u>Reden van contactname</u>

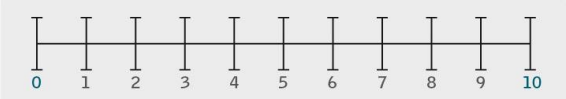
1. Wat is de voornaamste reden dat u vandaag op consultatie komt bij de huisarts?

- ☐ Mijn kind heeft koorts
- ☐ Mijn kind hoest
- ☐ Mijn kind heeft keelpijn/oorpijn
- ☐ Mijn kind eet of drinkt minder
- ☐ Mijn kind is suf
- ☐ Mijn kind heeft last van braken/diarree
- ☐ Mijn kind heeft een huiduitslag
- ☐ Mijn kind heeft een ongeval gehad
- ☐ Mijn kind heeft een klap op het hoofd gehad
- ☐ Mijn kind is langer ziek dan anders
- ☐ Ik maak mij zorgen over mijn ziek kind
- ☐ Andere: ……

B. <u>Ongerustheid</u>

1. Hoe ongerust bent u op dit moment over uw ziek kind? (voor de raadpleging bij de arts)

Plaats een X op de lijn. 0 = niet ongerust, 10 = ontzettend ongerust.



Niet ongerust Ontzettend ongerust

2. Wat doet u meestal wanneer u ongerust bent over uw ziek kind?

- ☐ Advies vragen aan familie of vrienden.
- ☐ Informatie zoeken op het internet.
- ☐ De huisarts bellen en advies vragen.
- ☐ Een afspraak maken bij de huisarts.
- ☐ Een pediater bellen en advies vragen.
- ☐ Een afspraak maken bij een pediater.
- ☐ Naar de spoedopname gaan.
- ☐ Andere:….

C. <u>Informatiebronnen</u>

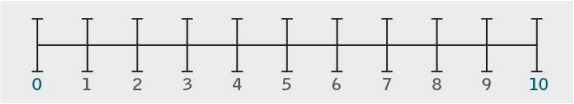
1. Heeft u, voorafgaand aan deze consultatie, informatie of advies gezocht over de ziekte van uw kind? Zo ja, duidt aan wat voor u de <u>belangrijkste bron van informatie</u> was.

- ☐ Neen
- ☐ Ja,… (slechts 1 antwoord mogelijk)
  - bij familie
  - bij vrienden
  - via telefonisch contact met de huisarts
  - bij de apotheker
  - in een brochure
  - in een patiëntenbrief uit een vorige consultatie
  - op het internet
  - Andere: ……

1

2. **Hoe betrouwbaar vindt u deze informatie (zoals aangeduid in vraag 2 hierboven)?**

Plaats een X op de lijn. 0 = onbetrouwbaar, 10 = perfect betrouwbaar.



Onbetrouwbaar Perfect betrouwbaar

3. **Indien u op het internet informatie heeft gezocht, welke websites heeft u dan bezocht?**

……
……
…….

D. <u>Algemeen</u>

1. **Opleidingsniveau: plaats een kruisje in de kolom die voor u van toepassing is**

	Lager secundair onderwijs (jaar 1-2-3 van middelbaar) of lager	Hoger secundair onderwijs (jaar 4-5-6-7 van middelbaar)	Hoger onderwijs (hogeschool)	Hoger onderwijs (universiteit)
Hoogst behaalde diploma moeder				
Hoogst behaalde diploma vader				

2. **Samenstelling van het gezin**

Leeftijd van het zieke kind: …. Jaar

Aantal kinderen in het gezin en hun leeftijd:

- ☐ 1 kind: …. Jaar
- ☐ 2 kinderen: …. Jaar en …. Jaar
- ☐ 3 kinderen: …. Jaar, …. Jaar en …. Jaar
- ☐ >3 kinderen: ……

3. **Hebt u de afgelopen 12 maanden een bezoek voor uw kind aan de huisarts uitgesteld omwille van financiële redenen?**

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Bijlage 5: Vragenlijst deel 2 (na de consultatie)

Vragenlijst deel 2: in te vullen NA de consultatie

A. <u>Ongerustheid</u>

1. Hoe ongerust bent u op dit moment over uw ziek kind? (na de raadpleging bij de arts)

Plaats een X op de lijn. 0 = niet ongerust, 1 = ontzettend ongerust.



Niet ongerust Ontzettend ongerust

2. Indien u nog steeds ongerust bent, wat kan uw arts in de toekomst doen om u en uw kind beter te helpen? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Meer uitleg geven over de oorzaak van de ziekte
☐ Meet uitleg geven over de ernst van de ziekte
☐ Meer uitleg geven over de behandeling
☐ Meer uitleg geven over het te verwachten verloop van de ziekte
☐ Duidelijker uitleggen wanneer ik moet terugkomen met mijn ziek kind
☐ Meer lichamelijk onderzoek doen (bv. Naar de longen luisteren in oren of keel kijken,…)
☐ Meer technische onderzoeken doen (bv. Longfoto, bloedonderzoek,…)
☐ Andere: ……

B. <u>Informatiebronnen</u>

Indien u voor de consultatie informatie had opgezocht of advies had gezocht met betrekking tot uw ziek kind: komt deze informatie overeen met wat de arts u tijdens de consultatie heeft verteld?

☐ Ja, helemaal
☐ Ja, gedeeltelijk
☐ Neen, helemaal niet
☐ De arts heeft mij geen advies gegeven

Wat waren de belangrijkste verschillen?

☐ Diagnose: ……..
☐ Oorzaak van de ziekte: ……..
☐ Mogelijke symptomen: ……
☐ Alarmsymptomen: ……..
☐ Behandeling: ……
☐ Wat te doen bij alarmsymptomen: ……

C. <u>Advies</u>

Dit advies houdt het volgende in: alarmerende symptomen bij een ziek kind, het natuurlijk verloop van de ziekte, met wie er contact moet opgenomen worden (huisarts, wachtpost, ziekenhuis), in welke situaties en op welke manier (telefonisch, afspraak,…).

Ik krijg dit advies het liefst ….

☐ mondeling tijdens de consultatie
☐ schriftelijk bv. informatiebrief of brochure voor patiënten
☐ schriftelijk met uitleg tijdens de consultatie
☐ via verwijzing naar een website die ik steeds kan raadplegen
☐ via verwijzing naar een website met uitleg tijdens de consultatie
☐ via een infoavond voor ouders met jonge kinderen
☐ Andere:……

1

D. <u>Plaats een kruisje in de kolom die voor u van toepassing is</u>

		Helemaal akkoord	Eerder wel akkoord	Neutraal	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
1.	Ik vind het belangrijk dat de huisarts mij zegt op welke symptomen ik moet letten bij mijn ziek kind.					
2.	Ik vind het belangrijk dat de huisarts mij zegt waar ik terecht kan als het slechter gaat met mijn kind.					
3.	Ik ben goed op de hoogte van mogelijke alarmsymptomen bij mijn ziek kind.					
4.	Ik vind het belangrijk dat de huisarts mij zegt wanneer hij/zij precies wel of niet te bereiken is.					
5.	Ik ken het adres en/of telefoonnummer van de huisartsenwachtpost of ik weet waar ik deze gegevens kan vinden.					
6.	Ik vind dat ik te weinig weet over acuut zieke kinderen in het algemeen.					
7.	Veel van het advies dat ik van de huisarts krijg over mijn ziek kind, ben ik na de consultatie vergeten.					
8.	Het is voor mij erg belangrijk dat de huisarts zegt onder welke omstandigheden ik met mijn ziek kind opnieuw op consultatie moet komen.					
9.	In de toekomst verwacht ik van mijn huisarts tijdens de consultatie meer informatie over mogelijke alarmsymptomen bij mijn ziek kind.					
10.	Ik verwacht in de toekomst van mijn huisarts meer informatie over het vermoedelijke verloop van de ziekte bij mijn kind.					
11.	Ik zou graag over meer informatie beschikken over acuut zieke kinderen in het algemeen.					
12.	Ik vind dat mijn huisarts voldoende informatie heeft gegeven over hoe ik mijn ziek kind thuis kan verzorgen.					
13.	Ik twijfel over hoe ik mijn ziek kind thuis correct moet behandelen.					
14.	Ik heb duidelijke informatie gekregen over hoe ik mijn ziek kind thuis moet behandelen.					
15.	Ik verwacht in de toekomst van mijn huisarts meer informatie over hoe ik in de week contact moet opnemen als het slechter gaat met mijn kind.					
16.	Ik weet wanneer ik wel en niet terecht kan met mijn ziek kind bij een huisarts in de praktijk.					
17.	Ik vind dat ik voldoende weet over acuut zieke kinderen in het algemeen.					
18.	Ik onthoud alle advies dat de huisarts mij mondeling geeft.					

Bijlage 6: Vragenlijst artsen

Vragenlijst vangnetadvies in onze praktijk

Beeld je de gemiddelde consultatie in met een acuut ziek kind (bv. Een kind met koorts, hoest, oorpijn, braken/diarree…) en baseer je daarop om onderstaande vragen te bentwoorden.

1. **Bij consultaties met acuut zieke kinderen geef ik 'vangnetadvies' zoals hieronder gedefinieerd. Ja of neen.**

Tijdens de consultatie geven artsen vaak nog extra informatie en advies, of ook 'vangnetadvies'. Het voornaamste doel hiervan is om patiënten thuis, na de consultatie, te helpen inschatten of het nodig is opnieuw professionele hulp te zoeken, zodat de patiënten met een ernstige ziekte die zich initieel minder erg presenteert, niet gemist worden.

- Ja
- Neen

2. **Zo ja: bij dit vangnetadvies heb ik meestal aandacht voor… Meerdere antwoorden mogelijk.**

- Alarmsymptomen, symptomen die een mogelijk ernstig beloop betekenen
- Het vermoedelijke verloop van de ziekte
- Hoe de patiënt opnieuw contact kan opnemen (telefonisch, nieuwe afspraak,…)
- Wanneer de patiënt terecht kan in de praktijk (beschikbaarheid van de praktijk)
- Wanneer de patiënt niet terecht kan in de praktijk (beschikbaarheid van wachtdienst)
- De bereikbaarheid van de wachtpost
- Andere: ……

3. **Wanneer ik patiënten, in het bijzonder ouders met zieke kinderen, meer informatie of vangnetadvies wil geven, dan doe ik dit meestal… Meerdere antwoorden mogelijk.**

- Enkel mondeling tijdens de consultatie
- Mondeling tijdens de consultatie + via een informatiebrief die ik afdruk en meegeef
- Mondeling tijdens de consultatie + via verwijzing naar een website
- Andere:……

4. **Rangschik je aangeduide antwoorden uit vraag 3 van meest naar minst gebruikt (enkel wat je aangeduid hebt).**

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

Bijlage 7: goedgekeurd protocol

Masterproef: Master na master in de huisartsgeneeskunde

Studie protocol

Vangnetadvies bij acuut zieke kinderen: visie van de ouders en invloed op hun bezorgdheid

Auteur: Anne Van der Veken, HAIO, UGent
Promotor: Prof. F. Buntinx, KU Leuven
Co-promotor: Dr. J. Verbakel, KU Leuven

Achtergrond

Diagnostische onzekerheid is eigen aan de huisartsgeneeskunde. Niet zelden krijgt een huisarts te maken met vage klachten, atypische symptomen en zich pas ontluikende ziektebeelden. De kans bestaat steeds, hoe klein ook, dat het gaat om een ernstige aandoening, zoals meningitis of sepsis, die zich in eerste instantie niet als dusdanig presenteert.(1) Bij acuut zieke kinderen in het bijzonder is de bezorgdheid van de ouders groot. De geloofwaardigheid van de huisarts wordt sterk beïnvloed door de mate waarin hij tijdens een consultatie aandacht zal geven aan deze bezorgdheid en aan wat de ouders van zieke kinderen van hun arts verwachten.(2) Het voor een arts niet altijd mogelijk de evolutie van een ziek kind met zekerheid te voorspellen. De anamnese is beperkt door bemoeilijkte communicatie met de patiënt zelf, klinisch onderzoek is niet evident en technische onderzoeken kunnen belastend zijn voor de jonge kinderen. Veel artsen zullen in dat geval, bewust of onbewust, aan het einde van de consultatie advies geven over de verdere thuiszorg voor het kind. Er wordt aan de ouders uitgelegd wat het waarschijnlijke verloop van de ziekte bij hun kind is, welke tekens of symptomen wijzen op een afwijkend verloop en welke acties ze in dat geval moeten ondernemen.(3- 5) We noemen dit type advies 'vangnetadvies' ('safety netting advice' is de gangbare Engelse term); de arts creëert een vangnet zodat ook na de raadpleging de patiënt zo snel mogelijk de nodige zorgen krijgt wanneer zijn toestand daarom vraagt. Veel artsen doen dit intuïtief en vinden vangnetadvies een belangrijk deel van de consultatie.(6, 7) Vooral wanneer mogelijk een ernstige onderliggende infectie aanwezig is of wanneer een diagnose gepaard kan gaan met ernstige complicaties, is vangnetadvies van groot belang.(4) Naast het gebruik van diagnostische algoritmes, klinische of technische onderzoeken en het buikgevoel en de ervaring van de arts, is vangnetadvies een belangrijke manier om om te gaan met diagnostische onzekerheid.(1) De manier waarop artsen dit advies verstrekken varieert, alsook de inhoud en de mate waarin artsen vangnetadvies geven.(5) Het kunnen creëren van een vangnet behoort tot de voornaamste communicatieve vaardigheden voor een goede consultatie in de huisartsenpraktijk.(8) In de literatuur is tot op heden niet duidelijk onder welke vorm –mondeling, schriftelijk, via websites en andere- ouders vangadvies willen ontvangen en in welke mate het invloed heeft op hun bezorgdheid.(9) Artsen geven aan dat zij het moeilijk vinden om in te schatten hoe ouders hun advies ervaren en begrijpen.(6) Onderzoek toont inderdaad aan dat de mate waarin patiënten zich het advies van de arts herinneren varieert. Er zou vermoedelijk geen verschil zijn in wat er onthouden wordt van advies dat hetzij telefonisch, hetzij rechtstreeks tijdens een consultatie gegeven wordt.(10) Wel blijkt uit onderzoek dat ouders het vangnetadvies dat vandaag door artsen gegeven wordt over hun zieke kinderen vaak te vaag vinden om echt bruikbaar te zijn.(2) Vele ouders zoeken daarnaast zelf informatie over hun zieke kinderen. Er wordt gezocht naar informatie over de tekens van banale en ernstige ziekten bij kinderen en hoe ze hier als ouder het best mee

kunnen omgaan.(11) Ze raadplegen voornamelijk internetbronnen, maar ook andere ouders, familie of folders en proberen zo voor zichzelf eveneens een vangnet te creëren.(9)

Onderzoeksvraag en doel van de studie

Onze hypothese is dat de ongerustheid van ouders over hun ziek kind afneemt na de consultatie bij de arts en dat vangnetadvies hier een invloed op kan hebben. Wij veronderstellen dat er een discrepantie is tussen wat ouders van de arts verwachten qua advies en het advies dat op dit moment in de praktijk wordt gegeven. Wij willen weten in welke mate onze consultaties de bezorgdheid van de ouders beïnvloeden, zonder op dit moment specifiek meer aandacht te geven aan vangnetadvies of onze consultatiegewoonten aan te passen. Verder willen wij onderzoeken wat de ouders van acuut zieke kinderen van hun huisarts verwachten betreffende vangnetadvies, zowel wat inhoud als vorm betreft, en wat zij zelf al vergaard hebben aan informatie voor de consultatie. Wij hopen met dit onderzoek in onze huisartsenpraktijk informatie te verzamelen die ons zal helpen het vangnetadvies dat wij nu geven op punt te stellen, op maat van onze patiëntenpopulatie. Wij willen meer tegemoet komen aan de verwachtingen van ouders met zieke kinderen, zonder hierbij onze eigen agenda uit het oog te verliezen en hopen met aangepast vangnetadvies de bezorgdheid van ouders te beïnvloeden

Methode

Onderzoeksdesign

Het betreft een prospectieve observationele voor-na meting met vragenlijsten, uitgevoerd in 1 huisartsenpraktijk met 3 erkende huisartsen en 1 huisarts in opleiding in Vlaanderen.

Populatie

Gedurende een periode van 8 maand zullen we de ouders van acuut zieke kinderen tussen 1 maand en 12 jaar vragen een vragenlijst in te vullen wanneer zij met hun ziek kind op consultatie komen bij hun huisarts. Het gaat enkel om een eerste presentatie van een acute ziekte-episode. Vervolgconsultaties binnen een acute ziekte-episode alsook consultaties in het kader van chronische problemen worden uitgesloten. Dezelfde ouders kunnen slechts 1 maal deelnemen aan het onderzoek; wanneer ze de vragenlijsten reeds hebben ingevuld voor een ziek kind, kunnen ze dit niet opnieuw doen wanneer een ander kind ziek wordt. Ouders die consulteren met kinderen jonger dan 1 maand of ouder dan 12 jaar, worden eveneens uitgesloten. Het onderzoek wordt gevoerd in 1 enkele rurale huisartsenpraktijk in Vlaanderen.

Verloop

Deze studie loopt in de praktijk vanaf juni 2015 tot en met januari 2016. Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek, zal een literatuurstudie gebeuren om een antwoord te vinden op de vraag wat er reeds gekend en onderzocht is rond vangnetadvies bij acuut zieke kinderen in de huisartsenpraktijk. Via de databanken Medline, EMBASE, DARE en Cinahl wordt er vrij gezocht met combinaties van de zoektermen ‘safety netting’, ‘child’, ‘acute illness’, ‘fever’, ‘parental concern’, ‘advice’, ‘expectations’ en afkortingen daarvan (via * en ?). Relevante artikels worden geïncludeerd na screening op basis van titel en abstract. In de databank van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding zal gezocht worden naar recente masterproeven rond dit thema.

Ouders van patiënten die in aanmerking komen, zullen worden aangesproken via de medewerkers van het secretariaat in de wachtzaal voor de consultatie. Informatie over het onderzoek wordt zowel kort mondeling bij aanmelding bij aanmelding bij het secretariaat als schriftelijk door middel van een informatiebrief (zie bijlage: Informatiebrief voor deelnemende ouders) aangeboden. Indien de ouders wensen deel te nemen, worden zij door de medewerkers van het secretariaat gevraagd een informed consent formulier te ondertekenen (zie bijlage: Toestemmingsverklaringsformulier).

Zowel voor als na de consultatie vullen de ouders een korte zelf geconstrueerde in. (zie bijlage: vragenlijst deel 1 en deel 2) De voormeting bestaat uit een peiling naar de mate van bezorgdheid van de ouders over hun ziek kind voor de raadpleging bij de arts en de reden voor deze raadpleging. Aan de ouders wordt gevraagd om op een Likert-schaal van 0 tot 10,

met 0 = helemaal niet bezorgd en 10 = heel erg bezorgd, aan te duiden hoe bezorgd ze op dat moment zijn over hun kind. Er wordt ook nagegaan hoe ouders meestal informatie zoeken wanneer ze bezorgd zijn over hun ziek kind en hoe betrouwbaar ze deze informatie vinden. In de nameting na de raadpleging wordt opnieuw gepeild naar de mate van bezorgdheid over het zieke kind, door op dezelfde schaal als voordien hun bezorgdheid aan te duiden. Indien de ouders nog steeds bezorgd zijn, wordt er gevraagd wat hun arts in de toekomst kan doen om deze bezorgdheid te verminderen. Nu zal ook uitgebreid worden gekeken naar wat ouders van hun huisarts verwachten wat betreft vangnetadvies. Om dit na te gaan worden 18 vragen gesteld die ouders kunnen beantwoorden door te kiezen uit 'helemaal akkoord', 'eerder wel akkoord', 'neutraal', 'eerder niet akkoord' of 'helemaal niet akkoord'.
Eventuele vragen bij het invullen van de vragenlijsten kunnen gesteld worden aan de arts tijdens of na de consultatie en via e-mail zoals vermeld op de informatiebrief. De ingevulde vragenlijsten en informed consent formulieren worden verzameld door het secretariaat wanneer deel 2 van de vragenlijst is ingevuld.

Sample grootte

Het doel is om de ouder(s) van minstens 50 opeenvolgende acuut zieke kinderen met een nieuwe ziekte-episode te bevragen. Ouders kunnen geen twee maal deelnemen aan het onderzoek. Ouders die de vragenlijst eerder hebben ingevuld bij een vorige ziekte-episode van hetzelfde kind of bij een ziekte-episode van een ander kind, worden uitgesloten.

Analyse

Na bovengenoemde periode zullen de vragenlijsten verwerkt en descriptief geanalyseerd worden. Het percentage per antwoord wordt weergegeven bij de meerkeuzevragen en antwoorden op de open vragen worden beschreven. De bezorgdheid van de ouders over hun ziek kind voor en na deraadpleging zal vergeleken worden met gebruik van de gepaarde niet-parametrisch Wilcoxon-test voor continue variabelen (score op 10 voor de bezorgdheid van de ouders).

Literatuur

1. Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low- incidence serious diseases in general practice. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2011;61(582):43-6.
2. Cabral C, Ingram J, Hay AD, Horwood J, team T. "They just say everything's a virus"--parent's judgment of the credibility of clinician communication in primary care consultations for respiratory tract infections in children: a qualitative study. Patient education and counseling. 2014;95(2):248-53. 3. Roland D, Jones C, Neill S, Thompson M, Lakhanpaul M. Safety netting in healthcare settings: what it means, and for whom? Archives of disease in childhood Education and practice edition. 2014;99(2):48-53.
4. Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2009;59(568):872-4; discussion 4. 5. 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 family practice. 2013;14:140.
6. Deraeve P, Buntinx F, Verbakel J. Hoe gebruiken Vlaamse huisartsen safety-netting bij acuut zieke kinderen? Leuven: KULeuven; 2014.
7. Bertheloot K, Buntinx F, Verbakel J. Hoe gebruiken Vlaamse huisartsen safety-netting bij acuut zieke kinderen? Leuven: KU Leuevn; 2014.
8. Morgan S, Chan M, Starling C. Starting off in general practice - consultation skill tips for new GP registrars. Australian family physician. 2014;43(9):645-8.
9. Neill SJ, Jones CH, Lakhanpaul M, Roland DT, Thompson MJ, the ASKSrt. Parent's information seeking in acute childhood illness: what helps and what hinders decision making? Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy. 2014. 10. McKinstry B, Watson P, Elton RA, Pinnock H, Kidd G, Meyer B, et al. Comparison of the accuracy of patients' recall of the content of telephone and face-to-face consultations: an exploratory study. Postgraduate medical journal. 2011;87(1028):394-9.
11. 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.