

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Focus Group Interview Guide

International Consensus Definition of Safety Netting Advice for an Acutely Ill Child Presenting to Ambulatory Care in High-Income Countries: Parent Focus Group Interviews and an Expert Modified e-Delphi Procedure

Verwelkoming

1) Voorstelling onderzoeksteam

2) Rationale/Introductie (geen veronderstellingen maken, niet sturen)

- We zoeken een goed alternatief (advies) dat de arts kan aanbieden aan ouders wanneer zij/hij geen antibiotica voorschrijft aan een acuut ziek kind.

Dit advies dient de ouders gerust te stellen en een antwoord te bieden op vragen die ze hebben of nog zullen krijgen omtrent het ziekzijn van hun kind.

We gebruiken de term “vangnetadvies”.

- We vragen eerst de mening van Vlaamse ouders.
- Dit gebruiken we als vertrekpunt om internationale klinische experts tot een definitie te laten komen.

3) Interview tips

- Aanmoedigen tot eigen input en reageren op die van anderen
- Controversiële, verschillende meningen zijn interessant
- Respectvol houden, elkaar laten uitspreken.
- Iedereen aan het woord laten
- Het kan 60 tot 90 minuten duren. Moet iemand vroeger weg?

4) Voorstelling ouders

- Ouders stellen zichzelf voor: aantal kinderen, leeftijd kinderen, bepaalde ervaringen met antibiotica (niet te veel focussen op traumatisch aspect)

Theorie

Concept

Wat hoort “vangnetadvies” in te houden?

Waarom geen antibiotica voorgeschreven?

Waarom is er onzekerheid over de diagnose?

Rode vlaggen?

Wat moet ik doen bij welk symptoom?

Gele vlaggen?

Welke aanvullende technische onderzoeken zouden al dan niet nuttig zijn en waarom?

Het verloop van de ziekte (tijdsverloop, evolutie: wordt het eerst nog slechter voor het beter wordt)?

Wanneer moet een follow-up raadpleging gemaakt worden?

Wanneer naar de dokter van wacht?

Wanneer naar het ziekenhuis?

Modaliteit

Hoe moet het gegeven worden?

Geschreven document, een gedrukt informatiedocument, mondeling, digitaal (e-mail, app op gsm, website, video), telefonisch.

Hoe uitgebreid zou je het willen, hoeveel tekst vind je behapbaar, wil je liever zo veel mogelijk of zo weinig mogelijk info?

Wat vind je het handigste: 1 bladje met een link?

Getrapte informatie: je krijgt basisinfo, maar je kan doorklikken naar meer info.

Wie moet het veiligheidsadvies geven? (evt. overbodig indien reeds beantwoord in vorige vraag)

De behandelende arts, praktijkverpleegkundige, praktijkmanager, receptionist?

Wanneer moet dit advies gegeven worden? (ook evt. overbodig)

In welk geval: enkel bij koorts, wanneer het kind zich niet goed voelt of bleek ziet, bij elke acute ziekte hoe banaal ook, etc.

Tijd: tijdens de raadpleging, op het einde van de raadpleging

Casussen (PowerPoint)

Casus 1 – Jana (9m)

Leg nadruk op :

- **Feit dat de dokter uitloopt** (creëert dit al wat irritatie voor het consult begonnen is?)
- **Leeftijd** (wat bij ouder kind?)
- **Eerste ziekte episode** (wat als dit een terugkerend ziektebeeld is?)
- **Hoogte van de koorts** (wat bij veel vs. weinig temperatuursverhoging)
- **Diagnose** (altijd antibiotica nodig voor oorontsteking?)
- **Continuïteit van de zorg** in het weekend (wachtpost?)

Casus 2 – Frederik (10j)

Leg nadruk op :

- **Feit dat weekendplannen afgezegd werden** (hierdoor gefrustreerd en wens naar snelle oplossing (antibiotica)?)
- **Feit dat oudere zus heeft hiervoor antibiotica heeft gekregen** (nu zelfde verwachting?)
- **Diagnose** (wat als dokter vermoedt dat het EBV is vs. bacteriële tonsillitis?)
- **Beleid** (waarom keelwisser en niet direct antibiotica?)

Overweeg *discrete choice experiment* principe toe te passen als het gesprek stroef verloopt: pas kleine aspecten in de casussen aan om na te gaan op welke punten het aankomt om de uitkomst (ongerustheid bijvoorbeeld) te veranderen.

Voorbeeld van vangnetadvies (PowerPoint)

- Zijn de ouders **voldoende gerustgesteld** als de arts hen verzekert dat op dit ogenblik geen antibiotica nodig zijn?
 - Zo neen, voelen ze zich meer gerust als antibiotica in elk geval voorgeschreven worden ongeacht de mening van de arts? Volstaat dan een uitgesteld voorschrift?
- Is voor hen het vangnetadvies een **volwaardig alternatief**?
 - Zo neen, hoe moet het vangnetadvies er uit zien om een voldoende evenwaardig alternatief te kunnen zijn?

Vrije opmerkingen

Gedurende de focusgroep sessie of nadien *anoniem* online tot een week na dit interview (hiervoor wordt link opgestuurd via e-mail).

International Consensus Definition of Safety Netting Advice for an Acutely Ill Child Presenting to Ambulatory Care in High-Income Countries: Parent Focus Group Interviews and an Expert Modified e-Delphi Procedure

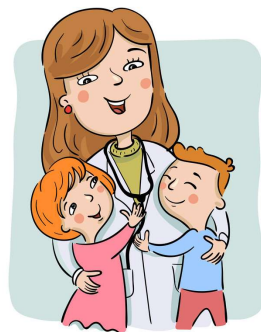
Ruben Burvenich, Stefan Heytens, An De Sutter, Thomas Struyf, Kiyano
Peeters, Jan Y Verbakel

KU LEUVEN



Voorbeelden van twee zieke kinderen

Jana en Frederik



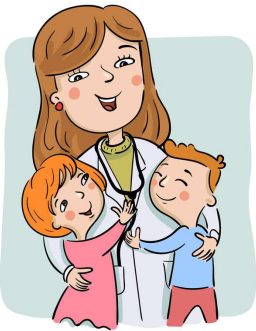
Jana

- Het is vrijdagavond 18u40, de dokter loopt 40 minuten uit.
- Jana is 9 maanden oud (gewicht 10 kg) en voor de eerste maal ziek. Sinds vandaag heeft ze hoge koorts tot 39°C en wil niet eten. Ze drinkt enkel nog melk. Jana heeft nog veel energie.
- De dokter onderzoekt haar volledig: de longen klinken goed, de keel is een beetje rood aan de linker kant en het linker oortje ziet er fel ontstoken uit, het rechter niet. De dokter stelt vast dat er een oorontsteking is aan het linker oor.
- De dokter schrijft geen antibiotica voor, ze zegt dat pijnstilling volstaat.

Frederik

- Het is maandagochtend 9u20.
- Frederik is 10 jaar oud. Hij heeft heel het weekend koorts gehad tot 38.3°C, hierdoor hebben jullie jullie weekendplannen moeten afzeggen. Hij klaagt van keelpijn, maar hij hoest niet. Hij eet en drinkt wat minder.
- De dokter onderzoekt de keel en ziet dat deze rood is met witte stippen op de amandelen, er zijn ook enkele gevoelige kliertjes onder de kaak. De longen en oortjes zijn normaal.
- De arts vermoedt dat Frederik een keelontsteking heeft.
- Frederik zijn zus, jouw oudste dochter, heeft ook eens een keel met witte stippen op de amandelen gehad. Die werd behandeld met antibiotica.
- De dokter schrijft Paracetamol/Dafalgan™ en keelpastilles voor, ze neemt ook een keelwisser af.

Voorbeelden van vangnetadvies



Hoe herken ik alarmsignalen?

U dient uw dokter te contacteren als uw kind:

- al 3 dagen koorts heeft
- er erg ziek uit ziet
- anders ziek is dan vroeger
- niet meer drinkt of eet en braakt
- uitgedroogd is: bv. minder natte luiers, droge lippen, ingevallen ogen, meer dan 3x per dag diarree of braken
- erg bleek of grauw ziet
- anders weent dan gewoonlijk
- moeilijk ademt of kreunt
- suf is of moeilijk wakker te krijgen
- rood-paarse vlekjes heeft op de huid, die niet wegtrekken als u erop duwt
- verward praat
- pijn heeft bij aanraking
- nekstijfheid vertoont
- stuipen heeft (hevige spiertrekkingen en bewusteloosheid)

Bedankt voor uw medewerking

Heeft u nog vragen?

(kan ook online anoniem tot een week na dit interview)

Additional File 3

Table of Contents

Additional Table 1. Characteristics of focus groups 2

Additional Figure 1. Coding frequency by participant (characteristic)..... 3

Additional Table 2. Description of the coding tree..... 4

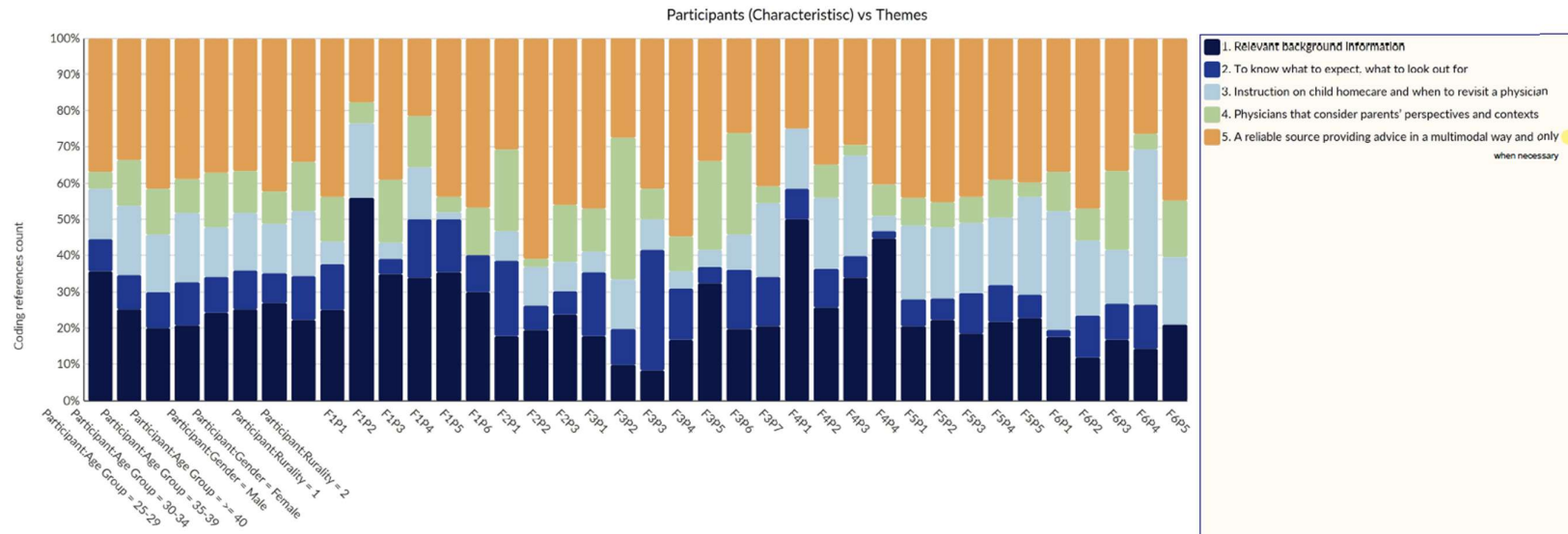
Additional Table 1. Characteristics of focus groups

Focus Group Number	Moderator. Observer(s)	Date	Location	Parents' Rurality*: median (range)	Duration (hh:mm)	Number of Participants	Parents' Age Group (years old): number	Number of Children per Parent
1	KVR. SH, RB.	10 October 2022	AGORA Learning Centre, Leuven	1 (1-2)	01:29	6	25-29: 2 30-34: 2 35-39: 1 ≥40: 1	1 child: 5 2 children: 1
2	RB. SH.	24 October 2022	AGORA Learning Centre, Leuven	1 (1-2)	01:33	3	35-39: 3	1 child: 3
3	RB. AB, LG, ES, TDB.	23 November 2022	Well Child Clinic, Aarschot	2 (2)	01:32	7	30-34: 5 35-39: 1 ≥40: 1	1 child: 3 2 children: 4
4	RB. ES, LG.	28 November 2022	Well Child Clinic, Aarschot	2 (2)	01:45	4	25-29: 3 35-39: 1	1 child: 1 2 children: 1 3 children: 1 5 children: 1
5	RB. AD.	1 December 2022	University Campus meeting room, Ghent	1 (1-2)	02:16	5	30-34: 2 35-39: 1 ≥40: 2	1 child: 4 2 children: 1
6	RB. HD, AD	5 December 2022	General Hospital AZ Diest meeting room, Diest	2 (2)	02:06	5	30-34: 1 35-39: 3 ≥40: 1	1 child: 1 2 children: 3 3 children: 1

*: DEGURBA degree of urbanisation: 1 = "city", 2 = "town/suburb", 3 = "rural".

Abbreviations: KVR = Kaatje van Roy; SH = Stefan Heytens; RB = Ruben Burvenich; AB = Amber Bruffaerts; LG = Léa Guilmot; ES = Ellen Smeulders; TDB = Tine De Burghgraeve.

Additional Figure 1. Coding frequency by participant (characteristic).



Additional Table 2. Description of the coding tree

Name	Files	References
A. Content	6	557
1. Relevant background information	6	199
1a. Disease prevention, indications for consultation (knowing when to make an appointment and when not to)	3	9
Prevention	1	1
1b. Basic disease epidemiology and management - how often and when do fever and (common) childhood illnesses occur, how severe are they, how can you best manage them as a parent	6	60
Averages and statistics	2	3
Child characteristics	6	22
Age	5	10
Comparison with previous treatments	4	10
Prematurity	1	2
Contagiousness	1	4
Diseases are normal and not worrisome	2	2
Fever (medication)	6	29
1c. The diagnostic process and the associated diagnostic uncertainty	5	49
Contradicting advice of physicians	3	8
Diagnostic uncertainty	5	18
Difference between GP and paediatrician	4	11
Intuition of the parent	3	7
Shared decision making	2	5
1d. Antibiotics - how they work, when they are (not) indicated, and what alternatives there are to antibiotics	6	51
Alternative for antibiotics	1	3
Need for antibiotics	5	21
Antibiotics are or are not necessary	2	2
Exact diagnosis and necessity of antibiotics	4	19
1e. Technical examinations - what they can(not) tell us, when they are (not) indicated. E.g., blood works, throat swab, ultrasound, X-ray, etc.	5	23
2. To know what to expect, what to look out for	6	120

Burvenich R et al. Safety Netting Advice for Acutely Ill Children Presenting to Ambulatory Care: Exploring Parents' Opinions, Ideas, and Expectations Through Focus Group Interviews (2023). Additional File 3.

2a. Red flags - what clinical signs and symptoms in the acutely ill child to be concerned about	6	42
2b. Yellow flags - emotional states in one or both parent(s) that might compromise their ability to care for the child. E.g., exhaustion, depression, psychosis, (un)intentional harm	6	12
2c. Green flags - what clinical signs and symptoms in the child are positively reassuring	6	20
2d. What to expect - how will the child's illness most likely progress. If there are several likely scenarios, parents want to know about them all	6	19
Illness duration	6	14
Eating and drinking	2	3
New infection or surinfection	1	1
3. Instruction on child homecare and when to revisit a physician	6	134
3a. Continuity of medical care - which medical professional to consult when	6	66
Letter of referral	1	1
Non-native speakers or foreigners	2	5
Second opinion	2	4
When to go to hospital	4	7
When to go to out-of-hours doctor	4	7
When to go to own GP for check-up or follow-up	6	22
Availability	3	7
Return visits	4	6
3b. Practical instructions for further actions so that parents know exactly what to do in which circumstances	5	27
Decision tree	2	5
Delayed prescription	3	6
Step-by-step action plan	3	16
3c. Home-care provided by parents	5	15
Child care organisation	1	1
Natural products	2	2
Non-pharmacological options	2	3
Symptom control	5	9
Cough or sore throat	3	4
Earache	3	3
Stomach ache	2	2
4. Physicians who consider parents' perspectives and contexts	6	103
4a. Parents' ideas, concerns, and expectations	6	47

Burvenich R et al. Safety Netting Advice for Acutely Ill Children Presenting to Ambulatory Care: Exploring Parents' Opinions, Ideas, and Expectations Through Focus Group Interviews (2023). Additional File 3.

Confirmation	2	6
Fear for a negative reaction of the doctor	1	1
First child	3	5
Setting	5	22
Moment of the day or week	5	15
Waiting in waiting room, waiting for appointment	2	2
4b. Parents' own perception of the goal of safety netting advice	6	30
Empowerment	6	21
Memory aid	1	1
Reassurance	3	7
4c. Impact of the child's disease on the parents and the dynamic between them	6	23
Communication between parents	3	5
Differences between partners	6	16
Impact on the life of the child or parents	1	1
B. Form	0	0
5. A reliable source providing advice in a multimodal way and only when necessary	6	358
How to provide the advice	6	227
Extensiveness	6	24
Intuitive	1	2
Language	5	6
Modality	6	147
Advertisement	1	1
Digital	6	37
AI	1	1
Chatbot	3	4
E-consult	1	4
E-mail	1	2
Google	3	7
GSM app	5	12
Live chat	1	1
Patient platform	2	3
Podcast or Audio	1	2

Burvenich R et al. Safety Netting Advice for Acutely Ill Children Presenting to Ambulatory Care: Exploring Parents' Opinions, Ideas, and Expectations Through Focus Group Interviews (2023). Additional File 3.

Information session	1	1
Mixed	5	16
Oral	2	2
Paper	6	44
Handwritten	3	7
Telephone	5	25
Video	5	19
Personalised (or not)	6	27
Uniform	1	5
Reliable source	5	15
Reference standard	1	1
When and in which circumstances	6	31
Moment	2	5
To give SNA or not	6	26
In which case	1	2
SNA accessibility	1	2
Transparent communication by doctor	5	10
Who should provide the advice	6	99
Doctor	6	28
Own regular doctor	4	12
Specialist	1	1
Family and friends	2	7
Medical call centre	2	3
Nurse	2	2
Pharmacist	4	10
Practice Assistant	5	13
Receptionist	2	5
Reliable person	6	28
Miscellaneous	0	0
ARON flyer feedback	5	18
Suggestive questioning	3	20