Het SPIKES model als ondersteuning bij gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning

Celine Mariën, KU Leuven

Kyara De Weerdt, KU Leuven

Promotor: prof. dr. Mieke Vermandere, KU Leuven

Co-promotoren: dr. Johan Vliers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Deze masterproef zou niet tot stand zijn gekomen zonder input en ondersteuning van enkele personen, die we graag zouden bedanken.

In de eerste plaats wensen wij onze promotor prof. dr. Vermandere en co-promotor dr. Vliers te bedanken voor hun begeleiding bij deze thesis. Zonder hun feedback en ondersteuning bij het opstellen van een goede onderzoeksvraag, het rekruteren van participanten, het verwerken van interviews en advies bij het schrijven van een goede scriptie zou dit eindproduct niet mogelijk geweest zijn.

Daarnaast ook bedankt aan prof. dr. Schoenmakers om tijdens de afwezigheid van prof. dr. Vermandere ons mee te begeleiden in dit proces.

We willen ook alle deelnemende huisartsen bedanken om tijd vrij te maken voor ons onderzoek en voor hun uitgebreide en kritische feedback. Zonder hen was dit alles niet mogelijk.

Verder ook een dankwoord aan onze familie en vrienden, in het bijzonder aan Koen en Ewoud, om onze scriptie na te lezen en ons steeds te blijven ondersteunen.

Abstract

Context

Door de vergrijzing van de populatie, treedt het belang van Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) de laatste decennia steeds meer naar voren. VZP is een dynamisch proces dat de gezondheidsnoden en -voorkeuren van de patiënt over toekomstige medische zorgen vastlegt, met als doel deze waarden te respecteren wanneer de patiënt niet langer in staat is om zijn wil te uiten. Huisartsen voelen zich vaak niet comfortabel bij een VZP gesprek gezien een gebrek aan communicatievaardigheden.

Doel

Het SPIKES (Instellen, Perceptie, Uitnodigen, Kennis, Emotie, Samenvatten) model wordt naar voor geschoven als communicatiemethode voor VPZ gesprekken. In deze masterthesis wordt onderzocht hoe artsen het gebruik van het SPIKES model in de praktijk ervaren.

Methoden

Tien huisartsen of huisartsen in opleiding (HAIO's) werkzaam in Vlaanderen werden gerekruteerd voor deze kwalitatieve studie. Na kennismaking en toepassen van het SPIKES model in de praktijk werd bij negen participanten een semigestructureerd interview afgenomen waarin getoetst werd naar de haalbaarheid, drempels en winst van het SPIKES model. De Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode werd gebruikt voor de analyses.

Resultaten

De deelnemers vonden het SPIKES model een korte en bondige structuur die een houvast kan bieden bij VZP gesprekken. Daarnaast beschreven de artsen het model als een goede samenvatting van wat een VZP gesprek moet omvatten zonder grote nieuwigheden. Volgens hen zorgde het model voor een open gespreksvoering die de kennis van de patiënt alsook zijn waarden en normen bevraagt. De voorbeeldzinnen werden als meerwaarde ervaren, maar er is volgens de deelnemende artsen nood aan voorbeeldzinnen per specifieke situatie: palliatieve setting, gezonde patiënt, … .

Conclusie

Het SPIKES model werd door de artsen gebruikt ter initiatie van het VZP gesprek, als referentiekader of als checklist op het einde van het gesprek. Gezien zijn dynamische structuur kan in de toekomst onderzocht worden of het model HAIO's of minder ervaren artsen kan ondersteunen bij VZP gesprekken.

Inhoudstafel

VOORWOORD 3

ABSTRACT 4

INHOUDSTAFEL 5

INLEIDING 6

METHODEN 8

2.1. Opzet van de studie 8
2.2. Populatie 8
2.3. Studieverloop 8
2.4. Datacollectie en analyse 9
2.5. Ethisch comité 10

RESULTATEN 10

3.1. Demografische gegevens 10
3.2. Wat vond u van het SPIKES model en zijn gebruik? 11
3.3. Kon het SPIKES model u een ondersteuning of meerwaarde bieden bij gesprekken rond VZP? 13
3.4. Welke drempels ervaarde u in het gebruik van het SPIKES model? 14
3.5. Wat zou voor u, naast het SPIKES model, nog een extra ondersteuning kunnen zijn bij gesprekken rond VZP? 16

DISCUSSIE 18

4.1. Samenvatting resultaten 18
4.2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 18
4.3. Vergelijking met de literatuur 19
4.4. Aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek 20

CONCLUSIE 21

PERSOONLIJKE REFLECTIE 22

6.1 Persoonlijke reflectie Kyara De Weerdt 22
6.2 Persoonlijke reflectie Celine Mariën 24

BIBLIOGRAFIE 27

BIJLAGEN 29

Bijlage 1: PROTOCOL 29
Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie 45

1. Inleiding

Door de vergrijzing van de populatie, treedt het belang van Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) de laatste decennia steeds meer naar voren. VZP wordt door de Europese Associatie voor Palliatieve zorg gedefinieerd als een dynamisch proces dat de gezondheidsnoden en -voorkeuren van de patiënt over toekomstige medische zorgen vastlegt, met als doel deze waarden te respecteren wanneer de patiënt niet langer in staat is om zijn wil te uiten.(1,2) Deze noden en voorkeuren komen tot stand na een dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en verschillende zorgverleners.(1,2) Hierbij wordt rekening gehouden met de autonomie van de patiënt.(2)

Sinds 2002 werd er in België rond het levenseinde een wettelijk kader voorzien: de Wet betreffende de rechten van de patiënt(3), de Wet inzake palliatieve zorg(4) en de Euthanasiewet(5). Deze 3 wetten zorgen voor het zelfbeslissingsrecht van de geïnformeerde patiënt, het recht op levenseindezorg ongeacht de duur en laat de patiënt toe zelf beslissingen te maken rond het levenseinde bij een ongeneeslijke aandoening. De patiënt dient deze wensen te documenteren in een schriftelijke wilsverklaring. Een positieve wilsverklaring is niet wettelijk bindend.(2,6)

Patiënten hebben het recht om hun medisch geheim te delen met een vertrouwenspersoon. Deze persoon wordt aangeduid door de wilsbekwame patiënt, maar heeft geen beslissingsrecht. Indien de patiënt wilsonbekwaam is, wordt het beslissingsrecht inzake zorgnoden doorgegeven aan de vertegenwoordiger. Deze persoon kan reeds in het verleden gekozen zijn door de wilsbekwame patiënt of kan aangeduid worden door de vrederechter. (2,6)

Uit voorgaande studies wordt duidelijk dat VZP een dynamisch gegeven is dat door middel van gesprekken een herevaluatie vereist bij een veranderende medische conditie of bij belangrijke gebeurtenissen doorheen het leven van de patiënt. Gezien de jarenlange vertrouwensrelatie spelen huisartsen een zeer belangrijke rol in het aangaan van deze gesprekken.(7,8) Toch worden er door artsen meerdere drempels ervaren: onvoldoende kennis, angst om dit gesprek aan te gaan, gebrek aan tijd,… . Naast artsen ervaren ook patiënten verschillende drempels zoals leeftijd, verschil in religie en cultuur, angsten rond het onderwerp, onvoldoende informatie over gezondheidsstatus, … .(9–11)

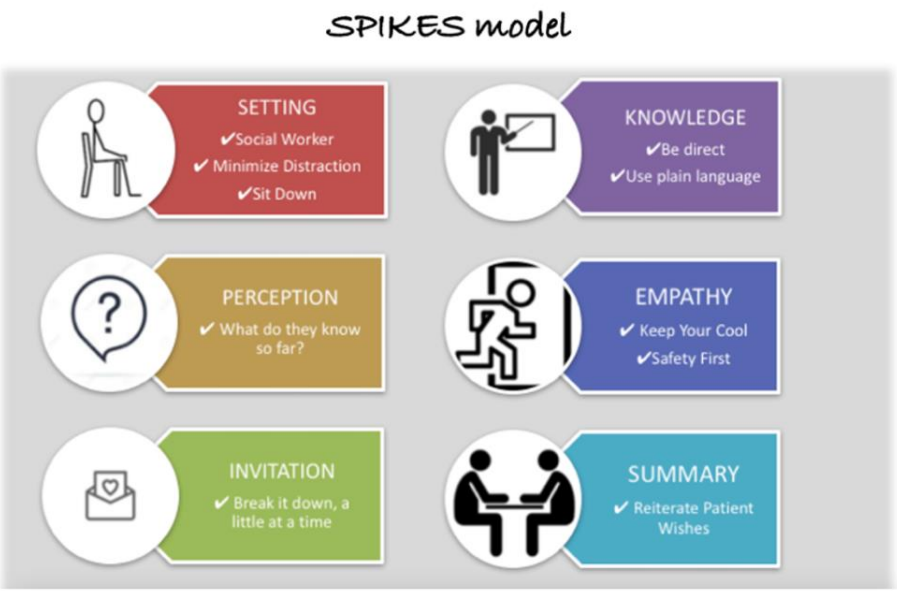
VZP blijft dus echter een delicaat thema waar niet alle patiënten voor open staan. Net omdat het een delicaat thema is, vraagt een gesprek rond VZP voldoende tijd en een juiste setting. Voor artsen wordt het zo moeilijk in te schatten wanneer en bij wie het gesprek rond VZP kan/moet aangegaan worden.(11) Dit blijkt ook uit een studie die aantoont dat in België en Nederland slechts bij 34% van de patiënten met een niet-plotse dood een gesprek rond VZP gebeurd was. (12)

Daartegenover zijn de meest genoemde positieve effecten van VZP de tevredenheid over de laatste zorg van zowel patiënten als naasten, de begeleiding in het proces en de vermindering van stress en angst tijdens het proces omtrent het levenseinde.(13)

Echter recent verscheen in oktober 2021 een artikel in het Journal of the American Medical Association (JAMA) dat heel het effect van VZP in vraag stelde. Uit onderzoek blijkt dat VZP op basis van hypotheses niet zou zorgen voor het verbeteren van de levenskwaliteit tijdens het levenseinde. Om de kwaliteit te verbeteren wordt er in het artikel aangestuurd op een goede voorbereiding van zowel patiënten als artsen op een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning, met in het bijzonder op het moment dat er een medische beslissing gemaakt moet worden.(13)

Na het lezen van het artikel van R. Sean Morrisson et al. (13) stelt zich de vraag hoe de voorbereiding van dit gesprek optimaal kan verlopen vanuit het perspectief van de huisarts. Gebrek aan opleiding is vaak een reden waarom artsen zich niet comfortabel voelen bij het gesprek rond VZP. Meerdere studies tonen dan ook aan dat een korte opleiding hieromtrent een duidelijke verbetering geeft op vlak van kennis en communicatievaardigheden. Dit geeft de arts meer vertrouwen en ervaring om het gesprek rond VZP aan te gaan.(17)

In eerdere studies werd het gebruik van het SPIKES model (Instellen, Perceptie, Uitnodigen, Kennis, Emotie, Samenvatten) (Figuur 1) naar voor geschoven als communicatiemethode voor gesprekken rond het levenseinde. Ook het bevragen van eerdere ervaringen en specifieke voorkeuren omtrent het levenseinde is belangrijk. Het vooraf bevragen van spiritualiteit kan helpen om de noden van de patiënt te begrijpen.(14–16)



Figuur 1: SPIKES model
(Island Docs. Breaking Bad (News)[internet]. Taupo: Chan R.; 20 juli 2020 [Geraadpleegd op 21 september 2022]. Beschikbaar via: https://www.islanddocs.com.au/2020/07/20/breaking-bad-news/)

In deze masterthesis willen we bekijken hoe artsen het gebruik van het SPIKES model ervaren: is het haalbaar in zijn gebruik, worden er drempels ervaren en welke winst kan er gemaakt worden door dit model te gebruiken.

2. Methoden

2.1. Opzet van de studie

In deze observationele kwalitatieve studie willen we de usual care gaan versterken door huisartsen een ondersteunend instrument aan te bieden bij gesprekken rond VZP. Het SPIKES model kan hierbij een oplossing bieden. De uitkomstmaat van deze studie is de haalbaarheid, drempels en winst van het SPIKES model in kaart brengen.

2.2. Populatie

Er werden tien huisartsen of huisartsen in opleding (HAIO's) gerekruteerd, werkzaam in Vlaanderen. Om voldoende huisartsen en HAIO's te bereiken werden wachtkringen/LOK groepen, Domus Medica en ICHO aangeschreven om de uitnodiging tot deelname te verspreiden. De contactgegevens van wachtkringen waren beschikbaar via de publieke website van Agentschap Zorg en Gezondheid. De artsen gingen akkoord door middel van informed consent dat voor de start van de studie ondertekend werd terugbezorgd aan de onderzoekers.

2.3. Studieverloop

Na het rekruteren konden de tien artsen kennismaken met het SPIKES model door middel van een narratieve PowerPoint met een mondelinge toelichting die ze op elk moment tijdens de studie konden raadplegen. In deze PowerPoint werd de doelstelling van de studie en het SPIKES model concreet uitgelegd. Het doornemen van deze PowerPoint duurde ongeveer 30 minuten. Naast de PowerPoint werd ook een steekkaart van het SPIKES model via mail toegestuurd. Hiermee boden we de artsen een leidraad en houvast tijdens het gesprek

rond VZP. Indien de artsen na de presentatie nog bijkomende vragen hadden, konden zij via mail contact opnemen en zo nodig kon er een online overleg plaatsvinden. De huisartsen en HAIO's waren vrij om dit model in de praktijk uit te testen in de daaropvolgende zes maanden.

Naast de narratieve PowerPoint werd er ook een vragenlijst met demografische gegevens en een informed consent naar de participerende artsen gestuurd. Deze documenten konden via mail of post opnieuw aan de onderzoekers worden terugbezorgd.

We vroegen aan de artsen om de onderzoekers opnieuw te contacteren wanneer zij het SPIKES model actief hadden kunnen gebruiken in de praktijk. Voorgaande studies maakten duidelijk dat een gesprek rond VZP tijdrovend is. Hierdoor was voor deze studie een éénmalig gebruik van het SPIKES model voldoende. Na vier maanden stuurden we zelf een korte herinnering uit naar de deelnemende artsen.

Na zes maanden nodigden we de artsen uit voor een interview op een locatie naar hun keuze. Indien niet mogelijk, kon ook een moment afgesproken worden voor een online meeting. Wanneer we de artsen niet telefonisch konden bereiken, probeerden we hen te mailen of via hun secretariaat te bereiken. Er werd gebruik gemaakt van een korte topic guide als leidraad bij het semigestructureerde interview dat ongeveer één uur duurde. We toetsten hierin naar de haalbaarheid, drempels en winst van het model:

- Wat vond u van het SPIKES model en zijn gebruik?
- Kon het SPIKES model u een ondersteuning of meerwaarde bieden bij gesprekken rond VZP?
- Welke drempels ervaarde u in het gebruik van het SPIKES model?
- Wat zou voor u, naast het SPIKES model, nog een extra ondersteuning kunnen zijn bij gesprekken rond VZP?

Tijdens het interview werden er geen gegevens omtrent de patiënt bevraagd. Er werd dus geen onderscheid gemaakt in leeftijd, gender, demografische gegevens of ziektebeeld van de patiënt. Ook ervaringen en bevindingen van de patiënt en familie werden niet in deze studie betrokken.

2.4. Datacollectie en analyse

Voor de analyse van deze kwalitatieve observationele studie werden geluids- en/of beeldopnames van de interviews gemaakt en nadien uitgeschreven. De opnames werden onmiddellijk na transcriptie vernietigd. De demografische gegevens van de artsen werden meegenomen in de analyse. De antwoorden werden geanonimiseerd zodat zij op geen enkele manier konden worden teruggekoppeld aan de participanten. De

resultaten werden geordend per vraag. De antwoorden op de vragen werden achteraf geanalyseerd aan de hand van de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL).(18)

2.5. Ethisch comité

De opleidingsspecifieke begeleidingscommissie (OBC) van de KU Leuven Faculteit Geneeskunde gaf een gunstig advies over deze studie op 08/12/2022 onder het nummer MP023256.

3. Resultaten

3.1. Demografische gegevens

Bij start van het interview werden tien artsen gerekruteerd. De artsen werden meermaals gecontacteerd om hen aan te zetten om het SPIKES model te gebruiken in de praktijk. Er werd bij negen artsen een semigestructureerd interview afgenomen (Annexe 7). Net voor het interview werden ook de demografische gegevens van de huisartsen verzameld (Tabel 1). Slechts één arts kon omwille van persoonlijke medische redenen het SPIKES model niet in praktijk toepassen waardoor er geen interview werd afgenomen en ook geen demografische gegevens werden verzameld.

De interviews werden afgenomen bij negen huisartsen die werkzaam waren in drie verschillende provincies en in drie verschillende praktijkvormen. De artsen waren een verschillend aantal jaren werkzaam en ook niet alle artsen voerden evenveel VZP gesprekken per jaar. HAIO's werden niet gerekruteerd.

Tabel 1: Demografische gegevens deelnemende artsen

Demografische Gegevens

Huisarts	Provincie	Praktijkvorm	Jaren Werkzaam	Jaarlijks aantal VZP gesprekken
1	Antwerpen	Groepspraktijk	0-5	0-5
2	Antwerpen	Duopraktijk	0-5	0-5
3	Antwerpen	Groepspraktijk	>25	>21
4	Antwerpen	Groepspraktijk	6-10	6-10
5	Oost-Vlaanderen	Groepspraktijk	6-10	6-10
6	Vlaams-Brabant	Groepspraktijk	11-15	11-15
7	Vlaams-Brabant	Groepspraktijk	0-5	0-5
8	Antwerpen	Duopraktijk	21-25	>21
9	Antwerpen	Multidisciplinair	21-25	>21

3.2. Wat vond u van het SPIKES model en zijn gebruik?

De structuur van het SPIKES model bood een goede houvast om het gesprek over VZP aan te gaan. Het was voor meerdere artsen een goede opfrissing en samenvatting van de inhoud van een gesprek over VZP. Voor ervaren artsen is de inhoud van zo'n gesprek goed gekend en biedt het SPIKES model geen grote nieuwigheden.

"Het is goed dat je het eens voor je ziet en er eens extra bij stil staat, maar het is ook niet dat er veel nieuwe dingen instaan." (Huisarts 4)

" Ik vind het een heel overzichtelijke samenvatting van hoe ik denk dat een gesprek over VZP zou moeten lopen. Dus an sich heb ik wel het gevoel dat dit een goede tool is, zeker voor beginnende artsen met het toepassen van VZP of het bespreken ervan. Anderzijds denk ik dat heel veel van de zaken intuïtief zijn." (Huisarts 6)

Het SPIKES model is opgebouwd in vorm van letters (Instellen, Perceptie, Uitnodigen, Kennis, Emotie, Samenvatten) waardoor het een duidelijk referentiekader biedt. Meerdere artsen beschreven het SPIKES model dan ook als een allesomvattend model.

"Het is altijd goed als je een kader hebt waar je naar kan refereren. Dat is altijd nuttig. De bedoeling is dat je het zelf integreert in jouw handelen. Bovendien is het ook een zeer volledig model, dat vind ik wel." (Huisarts 3)

Doordat de structuur kort en bondig is, zet het aan om het opnieuw te gebruiken. Artsen beschreven een leercurve in het repetitief gebruik van het SPIKES model waardoor het gesprek vlotter verliep.

"Wel in de toepassing ervan voor mezelf. Daarmee wil ik zeggen dat je al duidelijk voelt dat je er ervaring mee hebt. Het is een heel gemakkelijk model waardoor je veel gemakkelijker voorbeeldzinnen hebt of een houvast. Waar je de eerste keer goed moest voorbereiden, ging het de tweede keer makkelijker…Omdat het inderdaad een kort en krachtig model is. … Dit model is eigenlijk heel logisch opgebouwd en ik vond het een gemakkelijke houvast waardoor het eigenlijk veel vlotter gaat." (Huisarts 2)

Binnen de verschillende letters van het SPIKES model werden bepaalde thema's besproken. Zoals reeds gezegd, bevonden de meeste artsen hier geen grote nieuwigheden in. Echter vermeldden meerdere artsen wel dat sommige onderdelen voor hen opnieuw een eye-opener waren. Een voorbeeld hiervan was het bevragen van het geloof. Voor het gebruik van het SPIKES model beperkten artsen zich enkel tot het bevragen van ziekenzalving maar volgens hen kan het bevragen van het geloof bij alle leeftijden binnen de populatie een meerwaarde bieden.

" 'Ben je gelovig of niet?' Ik vond het zelf eigenlijk wel frappant wat mijn patiënt daarop antwoordde. Ik ga er elke week op huisbezoek gedurende 2 jaar, maar ik wist eigenlijk niets over het geloof van mijn patiënt." (Huisarts 1)

"We vergeten vaak hoe belangrijk dat is, zeker bij de oudere geriatrische populatie. Maar we mogen niet vergeten dat dat ook bij jongere patiënten zo is. Ik heb het recent nog voorgehad bij een jongere patiënt die zei dat ze elke avond bidt, waarvan ik het persoonlijk niet had verwacht. Dat heeft me opnieuw mijn ogen geopend." (Huisarts 6)

Het SPIKES model benadrukt nogmaals de relevantie van de verschillende gekende onderdelen, bijvoorbeeld bij 'Invitation': wat wil de patiënt juist weten? Het SPIKES model zorgde voor een open houding. Artsen beschreven dat ze de kennis van de patiënt over zijn of haar diagnose breder gingen bevragen. Terwijl ze voordien meer concretere vragen stelden die ze zelf als arts wilden weten.

"Ja, mijn houding is misschien veranderd door de stapsgewijze aanpak. Ik denk dat ik vroeger heel snel vragen zou stellen die ik als arts nodig vond, maar die zijn specifiek zoals bijvoorbeeld 'Wat wil u nog?'. Misschien heb ik er minder over nagedacht over wat de patiënt eigenlijk over zijn/haar diagnose weet en wat hij/zij er nog meer over wil weten. Het is eigenlijk ook op basis daarvan dat de volgende vragen en het verdere verloop van het gesprek anders gaat verlopen." (Huisarts 1)

Artsen beschreven dat gesprekken rond VZP in verschillende consultaties konden plaatsvinden. Het SPIKES model kon hierin een meerwaarde bieden door de opdeling in verschillende thema's die het makkelijker maakten om de draad weer op te pikken.

"Je past het elke keer opnieuw toe: Je polst elke keer terug naar emoties errond, zowel bij patiënt als bij familie en vrienden. Uitnodigen: bijvoorbeeld als je spreekt over een euthanasie: wil je dan al weten hoe dat proces juist verloopt of niet. Je past het niet altijd toe in de zuivere vorm, maar het algemene idee staat wel steeds op de achtergrond. " (Huisarts 6)

Binnen de verschillende onderdelen gaven we meerdere voorbeeldzinnen als suggestie. Sommige artsen vonden deze zinnen een handige tool om aan dit onderdeel te starten. Anderzijds konden de voorbeeldzinnen tijdens het gesprek een meerwaarde bieden om het gesprek terug naar een bepaald onderwerp te sturen bij uitweiding van de patiënt. Echter, enkele artsen ervaarden ook dat deze voorbeeldzinnen eerder bruikbaar waren in een palliatieve setting en niet concreet genoeg waren in andere situaties.

"Als je tijdens het gesprek voelt dat je te veel aan het afwijken bent, wat snel gebeurt in dit type van gesprekken, dan vond ik het wel gemakkelijk om even kort te recapituleren en te gaan kijken naar het model in welke fase we eigenlijk zaten. Ik vond het dan wel gemakkelijk om ineens een ander voorbeeld zinnetje te gebruiken of meteen over te gaan naar een volgend puntje." (Huisarts 2)

"Zoals het hier staat en met de vragen erbij is het toegespitst op een zieke patiënt in een eerder terminale fase met duidelijke diagnose en prognose, maar dat is vaak niet zo. Vaak zijn het mensen die oud zijn of juist jong zijn die dit aanbrengen. Het is daar zeker ook toepasbaar, maar jullie vragen waren wel eerder gestuurd naar palliatieve setting. Eventueel zouden de voorbeeldvragen nog wat uitgebreid kunnen worden naar specifieke settingen: naar euthanasievraag, naar jonge gezonde patiënten, …" (Huisarts 4)

3.3. Kon het SPIKES model u een ondersteuning of meerwaarde bieden bij gesprekken rond VZP?

Het SPIKES model kon een leidraad bieden en speelde zo een ondersteunende rol bij gesprekken rond VZP voor de artsen in deze studie. Meerdere artsen gebruikten het model na het gesprek als checklist om na te gaan of ze alle onderwerpen bevraagd hadden. Andere artsen vertelden ons tijdens de interviews dat ze het model gebruikten in de voorbereiding voor een VZP gesprek. De steekkaart kon in beide gevallen een ondersteuning bieden om de informatie kort structureel te bekijken. Sommige artsen maakten hun eigen samenvatting van het model, terwijl een andere arts het als een sjabloon gecombineerd met eigen ervaringen of ideeën in zijn of haar GMD verwerkte.

"Ik had het op voorhand afgedrukt voor die patiënt, eigenlijk een koppel, waarbij ik het heb gebruikt. Ik had vooraf nota's gemaakt over hun specifieke situatie en dan heb ik dat bij mij gehouden zodat ik er op kon terugvallen of een geheugensteuntje had." (Huisarts 4)

"Om het dus praktisch te maken en omdat ik vreesde dat ik de woorden toch ging vergeten, heb ik het zelf in een sjabloon gezet in mijn eigen GMD (CareConnect) als een in te vullen document. Dit heb ik wel effectief op basis van het SPIKES model gemaakt. Het staat per categorie en bestaat uit jullie voorbeeldvragen in combinatie met en mijn eigen ervaringen en ideeën. " (Huisarts 8)

Een arts beschreef het model als een ideale structuur om de dynamische flow te garanderen. Ook andere artsen beschreven het model als een dynamisch gegeven: toepasbaar bij zowel gezonde als terminale patiënten, ondanks de vaste structuur toch een dynamisch aanvoelen voor de patiënt, beter inspelen op de gevraagde informatie van de patiënt. De deelnemende artsen beschreven het model ook als zeer respectvol. Het bood de mogelijkheid om familie uit te nodigen, terug te koppelen op woorden van de patiënt en gaf ook aandacht aan minder relevante zaken voor hen als arts, zoals bijvoorbeeld religie. Het model bevatte het denken en omkadering van de patiënt en was aanpasbaar op het niveau van de patiënt.

" Een ideale structuur om de dynamische flow te garanderen. Voor mij is dat duidelijk een hele grote houvast en vooral structuur. Terwijl langs de andere kant van het bureau de patiënt het heel dynamisch aanvoelt, heb ik gemerkt." (Huisarts 2)

De meeste deelnemende artsen ervaarden geen angsten om een gesprek rond VZP te starten maar ondervonden soms wel wat angst voor de reactie van de patiënt bij de start van het gesprek.

"Ik ervaar niet zo'n drempels, of ik heb toch geen hoge drempel om daarover te beginnen." (Huisarts 3)

Het SPIKES model kon een omkadering bieden door zijn open communicatie en trechtervorm waardoor ziekte-inzichten achterhaald konden worden.

"Ja, dat je heel open start. Het start heel bemoedigend en dan weet de patiënt waar het over gaat en dan gaat het specifieker. Ik denk dat het wel helemaal omvat wat je wil weten." (Huisarts 1)

Een voorbereiding aan de hand van het model bood ondersteuning bij angsten rond onvoldoende kennis over een bepaalde pathologie. De meeste artsen beschreven ervaring als een belangrijke factor om deze angsten te overwinnen.

"Ik maak mijn voorbereiding in mijn hoofd. Ik denk dat het zeker kan helpen in het begin of bij een heel moeilijke casus dat je het er echt bijneemt en voor jezelf noteert. Ik doe dat persoonlijk niet, maar ik ben zeker dat het kan helpen als bijvoorbeeld jonge arts of als arts die zelf aanvoelt dat hij/zij het moeilijk vindt om te doen. Kan zeker helpen." (Huisarts 5)

3.4. Welke drempels ervaarde u in het gebruik van het SPIKES model?

Een drempel dat het meest benadrukt werd door meerdere artsen was dat het SPIKES model tijdrovend is door de zeer volledige inhoud van het model. Er was meer bewustmaking van de delen die normaal minder aan bod

kwamen zonder het SPIKES model. Zonder het SPIKES model focuste de arts zich meer op wat hij juist zelf wil te weten komen. Hiermee werd geduid dat deze drempel niet als nadeel beschouwd moest worden.

" Als ik dan toch iets moet bedenken: Een klein nadeel kan zijn dat mijn gesprek dan wat langer duurt. Omdat ik me meer bewust was van wat ik zeker niet mocht vergeten, terwijl ik anders wat meer 'go with the flow' het gesprek doe. Maar dat is eigenlijk niet echt een nadeel. Het is beter dat het volledig is, dat de patiënt het allemaal begrepen heeft, en dat je je er als arts ook comfortabel bij voelt. " (Huisarts 9)

Twee artsen ervaren het SPIKES model ook als een checklist. Hierdoor was er bij één arts een drang naar perfectionisme. Er ontstond soms uitstelgedrag indien het gesprek niet als perfect uitgevoerd kon worden: De juiste setting kon niet gecreeërd worden voor de patiënt en familie.

" Doordat het een soort van checklist is, ervaar ik een beetje drang naar perfectionisme met het gevoel 'nu moet het dan ook ineens helemaal goed besproken zijn'. Enerzijds bijvoorbeeld niet de juiste setting kunnen creëren en anderzijds het gevoel dat er te weinig tijd is om het gesprek niet volledig te kunnen afronden. " (Huisarts 6)

Bij de andere arts nam het SPIKES model door middel van de checklist de oprechtheid van het gesprek weg, echter ervaarde de patiënt het gesprek volgens de arts wel als een dynamisch gegeven.

"Je kunt zeggen dat de oprechtheid van het gesprek misschien een klein beetje weg is als je te veel focust op de structuur. Ik denk eigenlijk niet dat de patiënt dit zo ervaart. Ik denk dat het misschien mijn eigen perceptie is dat je moet opletten om de vragen niet te gestructureerd te stellen. Los daarvan denk ik wel, door de logische opbouw en door de brede toepassingsmogelijkheden, dat de patiënt er geen gevolg aan gaat geven. Zeker omdat het iets is waar iemand niet keer op keer geconfronteerd mee gaat worden, het is telkens een nieuwe patiënt." (Huisarts 2)

Artsen beschreven ook de nood aan een goede voorbereiding voorafgaand aan het gebruik van het SPIKES model: een goede inschatting van iemands wilsbekwaamheid maken, nakijken of er reeds wilsverklaring opgemaakt zijn in verleden, informeren over kennis van de patiënt, …

"Vooraleer je aan de eerste letter van het SPIKES model kan starten (instellen), merk ik dat ik vooraf nog een aantal zaken aftoets. Mijn ervaring is ook dat je het gesprek best wat voorbereid: Goede inschatting maken van iemands wilsbekwaamheid, ben ik op de hoogte van welke informatie de patiënt al kreeg?" (Huisarts 8)

Een laatste drempel die door twee artsen beschreven werd, was de angst van de patiënt zelf om hierover te praten. Patiënten ervaarden soms het gesprek als een zeer concreet en vaststaand besluit.

"De patiënt ervaarde dat ze moest doen wat ze toen gezegd had, omdat het zo was afgesproken. Die standvastigheid is misschien een nadeel van het model." (Huisarts 5)

3.5. Wat zou voor u, naast het SPIKES model, nog een extra ondersteuning kunnen zijn bij gesprekken rond VZP?

Tijdens de interviews vertelden de artsen ons dat ze het SPIKES model graag tijdens VZP gesprekken wilden combineren met andere modellen. De meeste artsen combineerden tijdens de testfase het SPIKES model al met de LEIF brochure.(6) Deze brochure werd gebruikt als voorbereiding door de patiënt of werd achteraf na een oriëntering door het SPIKES model gebruikt om het gesprek te vertalen naar concrete situaties. De LEIF brochure kon dus een aanvulling vormen op het SPIKES model. Andere combinaties die aan bod kwamen tijdens de interviews waren: de brochure 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken …', het Clever model en 'Zorg-Experanto: De kracht van eenvoud'.(19-21)

"Ik denk dat het SPIKES model meer het oriënterend gesprek kadert en dan neem je het LEIF blad om dat dan samen in te vullen. Zo voelt dat voor mij. Nu gaan we een keer wat jij verteld hebt, rond ziekte en verwachtingen, vertalen naar iets heel praktisch wat bij jou thuis kan blijven en wat we ook in ons dossier kunnen bijhouden. Het vult elkaar aan." (Huisarts 4)

" Ik heb geleerd om de noden van de patiënten te benoemen. Ik haal dit uit het CLEVER model, gemaakt door de Universiteit van Gent. Dat gaat over het ontdekken van waarden van gesprekken en waarom dat belangrijk is." (Huisarts 8)

De huisartsen in deze studie vonden ook dat er meer ondersteuning nodig is vanuit de tweede en derde lijn, gezien daar vaak enkel aandacht is voor diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Verder moet er ingezet worden op betere documentatie van de VZP naar andere zorgverleners.

"Voorlopig kan je in de SumHer VZP nog niet delen en er is ook geen zorgelement over VZP. Ik stop het dan altijd onder 'andere zorg'. Het is goed dat VZP allemaal gemaakt is, maar het moet nog altijd doorgroeien naar de tweede en derde lijn. " (Huisarts 8)

"Ik heb vaak het gevoel dat zij enkel met het diagnostische en therapeutische bezig zijn en de rest totaal over het hoofd zien. Dus dat zou ons als huisarts enorm vooruit helpen. Het zou ons ook helpen dat als wij hierover al uitgebreide gesprekken rond hebben gehad, dit wordt meegenomen in tweede- en derde lijn. Ik heb het gevoel dat dit vaak verloren gaat hiertussen, en dat ons werk dan maar aan de kant geschoven wordt. " (Huisarts 6)

Volgens de artsen in deze studie bestaat er ook nog een groot taboe in de maatschappij rond VZP. Vanuit de overheid zou er meer plaats moeten gemaakt worden voor communicatie en awareness rond dit thema zodat patiënten weten dat de huisarts beschikbaar is. De deelnemende artsen bespraken ook het tijdrovend gedeelte van VZP tijdens de interviews. Vele van hen vonden dan ook dat er een gepaste vergoeding moet voorzien worden en niet alleen in een palliatieve setting zoals op heden.

"We weten dat onderzoek heeft aangetoond dat patiënten verwachten dat wij als arts het gesprek hierover aangaan. Het zou dus ons wel helpen dat via maatschappij dat taboe doorbroken kan worden. Dus een beetje bewustmaking van hogerop." (Huisarts 6)

"Daarbij kan een klein puntje zijn dat er wat veranderingen komen aan tarificatie. Maar je moet het natuurlijk niet voor het geld doen. Maar an sich mag je het nu enkel gebruiken bij patiënten in palliatieve setting en dus zijn er momenteel enorm veel gesprekken rond VZP die niet gehonoreerd worden. " (Huisarts 9)

Jonge artsen in deze studie bespraken ook de nood aan opleiding voor beginnende artsen en HAIO's rond VZP. Ook de artsen met meer ervaring merkten een onzekerheid op bij deze groep. Een integratie in de opleiding geneeskunde/ huisartsgeneeskunde lijkt hen noodzakelijk om dit probleem aan te pakken. Zo moet er meer focus zijn op gesprekstrainingen rond VZP tijdens de opleiding. Het SPIKES model kan jonge artsen worden aangeleerd en zo een omkadering bieden in VZP gesprekken. Verder kan er ingezet worden op bijscholingen en extra opleiding binnen LOK groepen.

"Ik denk wel dat er nood is aan een soort regelmatige bijscholing, eerder een halve dag die over VZP in het algemeen gaat. Wij gaan binnenkort een LOK doen over VZP via LEIF, omdat we merken dat heel veel collega's, ook van onze leeftijd, er heel veel vragen over hebben. Wat wel jammer is als je net uit je opleiding komt." (Huisarts 2)

"Ik zou het model dus zeker aanraden bij onze HAIO's. Want hoe je het ook draait of keert: dat is een hiaat in de opleiding huisartsgeneeskunde, hier kan zeker op ingezet worden binnen communicatietrainingen! Hoe vroeger en hoe breder het wordt aangereikt, hoe meer we het ook zullen doen in alle soorten settings. " (Huisarts 6)

Toch zijn de artsen in deze studie het eens dat er voldoende opleidingen worden voorzien voor geïnteresseerden. Indien de artsen nog opleidingen willen volgen, verkiezen ze opleiding rond technische vaardigheden: het gebruik van een spuitpomp, het uitvoeren van euthanasie, …

"Over die gesprekken zelf voel ik mij niet zo onzeker. Het zijn eerder de praktische dingen waarover ik extra opleiding zou willen volgen zoals spuitpomp, euthanasie,…." (Huisarts 4)

4. Discussie

4.1. Samenvatting resultaten

Het SPIKES model is een korte en bondige structuur die als houvast gebruikt kan worden bij gesprekken rond VZP. Het model was volgens de deelnemers een goede samenvatting zonder grote nieuwigheden en bevorderde voor meerdere artsen de open gesprekshouding tijdens een VZP gesprek. Het gebruik van het model zorgde voor het breder bevragen van bepaalde onderwerpen waardoor er met een open houding naar de kennis alsook de waarden en normen van de patiënt gevraagd werd. De voorbeeldzinnen die per onderdeel van het SPIKES model voorzien werden, werden wisselend geëvalueerd: sommigen ervaarden het als meerwaarde, terwijl andere artsen nood hadden aan voorbeeldzinnen per specifieke situatie (palliatieve setting, gezonde patiënten, …).

Naast het SPIKES model is er zeker en vast nog plaats voor extra ondersteuning bij VZP gesprekken. Meerdere artsen combineerden het SPIKES model met andere modellen. De combinatie met de LEIF brochure werd door alle artsen aangehaald. Er is ook nood aan extra ondersteuning vanuit tweede en derde lijn. Ook moet er extra ingezet worden op het integreren van VZP gesprekken bij bijvoorbeeld communicatietraining in de opleiding geneeskunde.

4.2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Voor deze studie werden tien huisartsen werkzaam in Vlaanderen gerekruteerd. Eén arts is uitgevallen uit de studie wegens persoonlijke medische redenen. Er werden in totaal negen interviews afgenomen, waardoor er sprake is van een kleine steekproef. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de wachtkringen en LOK groepen maximaal één keer gecontacteerd zijn. Hierdoor is het niet zeker of de informatie omtrent deze studie verder doorgestroomd is naar alle betrokken artsen. VZP is daarnaast ook een thema dat niet in elke arts zijn of haar interessegebied ligt. Bijkomend vroeg deelname aan deze studie ook wat tijd van de huisarts. Zo moesten de participanten eerst kennis maken met SPIKES model aan de hand van een narratieve PowerPoint, waarna zij minimaal één keer het model in de praktijk moesten toepassen. Nadien werden de artsen uitgenodigd voor een interview van maximaal één uur. Door de toenemende drukte bij de huisartsen wegens de verschuiving naar meer chronische zorg en het grote takenpakket van de eerste lijn kon dit volgens de onderzoekers als een drempel ervaren worden om deel te nemen aan deze studie.(22) De onderzoekers konden ondanks de kleine

steekproef wel negen artsen rekruteren die werkzaam waren in verschillende praktijkvormen, verschillende provincies, met verschillend aantal jaren werkervaring en een verschillend aantal VZP gesprekken per jaar.

Ondanks dat HAIO's ook actief werden aangesproken in onder andere de seminariegroepen van de onderzoekers, konden er geen HAIO's geïncludeerd worden in de studie. Studies tonen aan dat zij in de huidige praktijkvormen meer worden ingezet in de acute zorgnoden en minder in contact komen met VZP gesprekken waardoor ze zich vermoedelijk minder aangesproken en bekwaam voelden voor deze studie.(23)

Enkele artsen beschreven dat het herhaald gebruik van het SPIKES model het gebruik ervan vergemakkelijkt. Echter, de meeste artsen hadden het SPIKES model slechts eenmaal gebruikt voorafgaand aan de afname van het interview. Het is dus moeilijk om hier een besluit uit te trekken.

Per onderdeel van het SPIKES model werden enkele voorbeeldzinnen gesuggereerd. Enkele artsen ervaarden dit als duidelijke meerwaarde om het gesprek aan te gaan en vorm te geven. Daartegenover hadden enkele artsen nood aan voorbeeldzinnen per specifieke situatie (bijvoorbeeld gezonde personen, palliatieve setting, chronische ziekte, …). Hierdoor bestaat wel het risico dat het SPIKES model minder bondig wordt en het zijn open en dynamisch gegeven verliest. Het model kan dan als minder spontaan ervaren worden door de patiënt, en dit is toch het laatste dat we als arts willen?

De steekkaart als overzicht van het SPIKES model, werd door de artsen op verschillende manier in de praktijk gebruikt. Zo gebruikten sommige artsen het als voorbereidende tool om de juiste informatie voor het gesprek te verzamelen. Andere artsen gebruikten het als overzicht tijdens het gesprek. Eén andere arts verwerkte de checklist in het GMD. Deze steekkaart kan dus zeker aanzien worden als meerwaarde en het lijkt de onderzoekers dan ook zinvol om de steekkaart een vaste plek te geven binnen het GMD. Zo kan de steekkaart door elke arts op het gepaste tijdstip voor VZP gesprekken gebruikt worden.

4.3. Vergelijking met de literatuur

Tijdens de interviews beschreven de deelnemende artsen geen angst om een VZP gesprek te starten. De reactie van de patiënt alsook onvoldoende kennis over de huidige pathologie werd wel als angst beschreven. Het SPIKES model lijkt voor deze angsten geen meerwaarde te bieden. Ervaring biedt hier eerder een oplossing alsook een goede voorbereiding en uitdieping van je kennis. Dit in tegenstelling tot de literatuur waar de studie van Myers J. et al. wel terughoudendheid voor het aangaan van VZP beschreef.(9) Dit verschil in ondervindingen is eveneens te verklaren door de kleine steekproef van deze studie. De deelnemende artsen tonen daarnaast ook allemaal interesse in deze materie en hebben toch al enige ervaring met VZP gesprekken. De studie van Somal K. et al. toont aan dat startende artsen meer onzekerheid ervaren bij het starten van een

gesprek rond VZP.(24) Ondanks de huisarts deze onzekerheden bij HAIO's en jonge artsen wel ervaren, kan dit in deze studie niet aangetoond worden gezien er geen HAIO's gerekruteerd werden.

Een drempel die door enkele artsen beschreven werd, is de angst van de patiënt om over dit onderwerp te praten. Studies tonen echter aan dat patiënten van de arts verwachten dat ze toch het gesprek hierover initiëren en hierdoor ook angsten rond levenseinde zouden kunnen gereduceerd worden.(25-26) De huisartsen zouden deze angst dus niet als drempel moeten weerhouden. Een andere studie bewees dan weer dat patiënten toch reeds op vele verschillende manieren onbewust in contact komen met vroegtijdige zorgplanning en wilsverklaring, voornamelijk op momenten die verandering brengen in hun leven.(27) Het SPIKES model kan hier dus wel ter ondersteuning gebruikt worden indien deze levensveranderende situaties zich voordoen.

Daarnaast besprak één arts ook zijn angst voor de standvastigheid van het model. Patiënten kunnen na een VZP gesprek ervaren dat de beslissingen niet meer herzien kunnen worden. Het is dus zeer belangrijk dat artsen inzetten op een open gespreksvorm en het herzien van beslissingen in de toekomst mogelijk maken. Het is belangrijk dat ze de aanpasbaarheid met hun patiënt tijdens het eerste gesprek. Ook in de literatuur werd het belang van het heropnemen besproken bij belangrijke levensgebeurtenissen.(26)

4.4. Aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek

De angsten of drempels van de patiënt werden tijdens deze studie niet bevraagd. In de toekomst zou de ervaring van de patiënt met het SPIKES model ook onderzocht kunnen worden.

Meerdere artsen combineerden het SPIKES model met andere modellen zoals de LEIF-brochure, 'de laatste reis wil je samen bespreken …', het Clever model en 'Zorgexperanto: de kracht van de eenvoud'.(6,19-21) De combinatie van verschillende modellen zorgde voor een nog meer volledige inhoud en soms concretere uitwerking van verschillende situaties. Echter moet nog steeds opgelet worden dat door deze methode de vorm van het VZP gesprek niet evolueert naar een statische checklist. Idealiter zouden deze verschillende modellen herwerkt worden naar één volledig model.

Studies tonen aan dat huisartsen zich in dit onderwerp onvoldoende ondersteund voelen door de tweede en derde lijn.(28) Zij focussen voornamelijk op diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Een eerste oplossing hiervoor zou een betere documentatie van vroegtijdige zorgplanning zijn. Op heden is er namelijk in enkele GMD programma's plaats voor het beperkt noteren van een DNR code, maar ondertussen is duidelijk dat vroegtijdige zorgplanning veel meer is dan enkel een DNR code. De oplossing ligt hiervoor dus bij de

medische programma's, zodat dit ook automatisch geëxporteerd kan worden via bijvoorbeeld SumEhr om zo ook de beschikbaarheid naar andere zorgverleners te vergroten.

Jammer genoeg blijven gesprekken rond VZP moeilijk in te plannen en kan er vanuit de overheid hierin meer communicatie en awareness gelegd worden. Een bevolkingsonderzoek over dikke darm kanker, borstkanker, baarmoederhalskanker, … bestaan reeds al. Waarom niet eveneens een uitnodiging aan de patiënten om een gesprek over VZP met de huisarts te plannen? Een bedenking hierbij is wel de extra belasting bij de huisartsen gezien het over een tijdrovend gegeven gaat. Ook niet elke huisarts zal en wil hier evenveel tijd voor maken. Mogelijk zou een financiële ondersteuning hierin een oplossing kunnen bieden. In de literatuur werd hiervoor ook nog ook het inzetten van opgeleide verpleegkundigen en welzijnswerkers als oplossing besproken om zo de zorgnoden samen te dragen.(26)

Artsen in de studie beschrijven ook onzekerheden over gesprekken rond VZP bij startende artsen. Het lijkt dan ook belangrijk om tijdens de communicatietrainingen van de opleiding geneeskunde meer aandacht te geven aan VZP gesprekken. Het SPIKES model werd beschreven tijdens een interview als een ideale structuur om de dynamische flow te garanderen, waarom leren we dit dan niet aan jonge onervaren artsen om zo hun angsten en drempels te overwinnen?

5. Conclusie

We kunnen concluderen dat het SPIKES model een goede houvast kan bieden bij gesprekken rond VZP. Het SPIKES model kan gebruikt worden ter initiatie van het gesprek, om bij uitweiding van het gesprek de draad terug op te pikken of als checklist op het einde van het gesprek om na te gaan of alle onderwerpen bevraagd zijn. Elke arts kan het SPIKES model zich eigen maken en kan zijn of haar reeds opgedane ervaring hierin verwerken. VZP blijft een dynamisch gegeven waarin het SPIKES model kan ondersteunen doordat het toepasbaar is verschillende situaties en op te splitsen is in verschillende consultaties.

In volgende studies kan bekeken worden of het SPIKES model ook HAIO's kan ondersteunen in gesprekken rond VZP. Daarnaast is verder onderzoek nodig of de combinatie van het SPIKES model met andere modellen zoals bv LEIF brochure een meerwaarde kan bieden. Ook de impact op de patiënt bij het gebruik van het SPIKES model werd in deze studie niet besproken.

6. Persoonlijke reflectie

6.1 Persoonlijke reflectie Kyara De Weerdt

In de eerste master-na-master huisartsgeneeskunde werd het startschot gegeven voor deze masterproef. Tijdens de zoektocht naar een gepast onderwerp kwam ik al snel in gesprek met Celine. We kenden elkaar al vanaf onze basisopleiding en merkten door de jaren heen dat onze interessegebieden gelijklopend waren. Samen gingen we op zoek naar een relevant thema voor onze masterproef binnen onze interesses. Al snel besloten we onze masterproef over vroegtijdige zorgplanning (VZP) te schrijven. Ikzelf voelde me in dit vakgebied nog onzeker, gezien de beperkte ervaringen met VZP-gesprekken. Ook Celine kon dit gevoel beamen. Toch hechten we beiden wel veel belang aan deze zorg en willen we hier als arts voldoende tijd voor maken. Het leek ons dan ook een mooie invalshoek voor onze masterproef om hier verder mee aan de slag te gaan.

Na de keuze van het onderwerp "VZP" kwamen we in contact met onze promotor prof. dr. Vermandere en co-promotor dr. Vliers. We startten met een literatuurstudie om ons in te lezen binnen het onderwerp. Het opstellen van een onderzoeksvraag vond ik persoonlijk een van de moeilijkste onderdelen van onze masterproef. Ik vond het lastig om een concrete relevante onderzoeksvraag te vinden die te toetsen was in de praktijk. We werden tijdens dit proces goed ondersteund door onze (co-)promotor en zaten hierover meermaals samen. We besloten samen met hen om de haalbaarheid, drempels en winst van het SPIKES model te toetsen bij HAIO's en huisartsen werkzaam in Vlaanderen. Deze onderzoeksvraag vonden we beiden relevant voor de praktijk gezien de interviews werden afgenomen bij Vlaamse huisartsen waar we zelf ook werkzaam zijn en we beiden ook een goed communicatiemodel in onze opleiding gemist hadden.

Het schrijfproces van deze masterproef verlief vlotter na het opstellen van de geschikte onderzoeksvraag. We stelden samen het protocol op om de Ethische Commissie te doorlopen waarin onze inleiding en methodensectie werd verwerkt. De samenwerking verliep vlot: we verdeelden het werk gelijkmatig, stonden open voor elkaars feedback en vulden aan waar nodig. Door enkele kleine aanpassingen aan ons protocol door te voeren, kregen we vlotter dan verwacht onze goedkeuring van de Ethische Commissie voor onze masterproef.

Vervolgens konden we overgaan tot het rekruteren van participanten. We verzamelden beiden zoveel mogelijk contactgegevens van artsen en probeerden hen te activeren tot deelname via persoonlijke mail, via mails van huisartsenkringen, …. . Bij positieve feedback voor deelname mailde Celine de nodige informatie door. We besloten dit door één iemand te laten uitvoeren zodat de communicatie naar de deelnemers gecentraliseerd bleef. In totaal konden we tien huisartsen rekruteren. Om de werkdruk te verdelen besloten we om ieder vijf

interviews af te nemen en deze nadien ook zelf te verwerken. Door uitval van één participant nam Celine vier interviews af. We stonden zelf in voor de timing, maar probeerde Celine ook te motiveren om de artsen actief te blijven contacteren en de interviews in te plannen. Persoonlijk vond ik het moeilijk om de timing die we voor ogen hadden te bewaken. We merkten al snel dat de artsen meer tijd nodig hadden om het model te testen in de praktijk dan we initieel gedacht hadden. Ook het afnemen van de interviews vond ik niet altijd even makkelijk. Ik betrapte mezelf heel vaak op het stellen van gesloten vragen en het was niet eenvoudig om het gesprek gaande te houden. Aangezien het afnemen van de interviews langere tijd in beslag nam dan aangenomen, kon de verwerking van de interviews dan ook later starten dan gepland. Voor de bespreking en het uitschrijven van onze resultaten en discussie sectie spraken we regelmatig met twee af. We bespraken dan onze relevantste uitkomsten en noteerden al in kernwoorden hoe we onze resultaten, discussie en ons besluit wilden opbouwen. Het uitschrijven van de tekst werd dan gelijkmatig verdeeld. Het document werd na herwerking telkens met elkaar gedeeld zodat ieder telkens kon verder werken in de laatste versie.

De samenwerking met Celine verliep vlot. Ik wil haar hiervoor dan ook enorm bedanken. We namen beiden onze verantwoordelijkheid en probeerden elkaar te stimuleren om aan onze masterproef te werken.

Ik probeerde de timing goed te bewaken door soms deadlines onderling af te spreken. We hielden beiden ook wel rekening met externe factoren (bv. overlijden in familie, drukte in de praktijk, …) en ontlastten elkaar wanneer nodig. Door het vlot delen van documenten wisten we ook waar er nog aan gewerkt kon worden en vulden we elkaar aan waar nodig. Ik ben zeer fier op het proces dat we samen doorlopen hebben.

Wat we me vooral is bijgebleven na het maken van deze masterproef is de relevantie van een goed communicatiemodel voor gesprekken rond VZP. Een VZP-gesprek starten zonder referentiekader kan zorgen voor onzekerheden en onvolledigheden, dit vertelden participanten ons ook tijdens de interviews. Het SPIKES model kan hierin ondersteuning bieden. Door het SPIKES model ergens op een permanente plaats te bewaren, kan elke arts het zijn eigen invulling geven: ter voorbereiding, als checklist of als eigen herwerking. Participanten beschreven het ook als een dynamisch model waardoor het in verschillende casussen gebruikt kan worden. Volgens de deelnemende artsen worden de waarden en normen van de patiënt bevraagd, alsook hun huidige kennis over hun problematiek.

Als huisarts zijn we een aanspreekpunt om VZP gesprekken aan te gaan, maar we moeten ook inzetten om hier zelf over in gesprek te gaan. Ik hoop door artsen dit communicatiemodel aan te leren, bijvoorbeeld al tijdens de opleiding geneeskunde, dat de onzekerheden en angsten rond VZP-gesprekken kunnen afnemen om zo dit onderwerp bespreekbaarder te maken. Het model kan handvaten aanreiken, maar kan zeker ook gecombineerd worden met andere modellen zoals bv. De LEIF-brochure. Persoonlijk wil ik het model ook blijven gebruiken tijdens VZP-gesprekken. Het is voor mij een goede checklist en biedt een goed kader voor deze gesprekken. Voor mij kan het gebruik van het model zorgen voor een breder beeld van de patiënt

waardoor de zorg voor de patiënt alleen maar kan verbeteren. Dat is toch wat we allemaal als arts willen bereiken.

6.2 Persoonlijke reflectie Celine Mariën

'Start nooit je thesis met iemand waarmee je goed overeenkomt', hoor je wel eens vaker. Toch besloten Kyara en ik om dit project samen aan te gaan. Bij het begin van deze persoonlijke reflectie wil ik haar dan ook bedanken. We kennen elkaar al sinds het eerste jaar van de basisopleiding Geneeskunde en het werd snel duidelijk dat onze interessegebieden, ook buiten de opleiding geneeskunde, gelijk liepen. Aan de start van de Master na Master Huisartsgeneeskunde moest opnieuw een keuze gemaakt worden over het onderwerp van de Masterthesis. Na kort te overleggen, kwam al snel het gezamenlijke onderwerp Vroegtijdige Zorgplanning naar voren, mede omdat we hier weinig kennis en ervaring in hadden.

Met deze ingesteldheid zijn we dan ook op zoek gegaan naar een onderzoeksvraag. Gezien Vroegtijdige Zorgplanning een zeer breed onderwerp is, vond ik het een moeilijke opdracht om een concrete onderzoeksvraag te vinden die om te zetten was naar de praktijk. Na het doorzoeken van de literatuur kwamen er verschillende onderzoeksvragen naar voren, echter was er één rode draad in deze vragen: hoe initieer en vervolledig je als arts nu best een gesprek rond Vroegtijdige Zorgplanning? Ook bij mezelf merkte ik een enige onzekerheid hierin door de weinige ervaring en beperkte opleiding. Het leek ons dan ook een mooi uitgangspunt om te onderzoeken: het naar voor schuiven van een communicatiemodel als hulpmiddel voor artsen bij gesprekken rond VZP.

Het literatuuronderzoek en invullen van aanvraag voor het ethisch comité gebeurde gezamenlijk. Na het insturen van een eerste aanvraag moesten we slechts enkele kleine aanpassingen doen waarna we onze goedkeuring voor ethische commissie ontvingen. Het uitwerken van de narratieve PowerPoint werd verdeeld en de geluidsopnames werden ingesproken door ons beiden. We zijn gestart met het rekruteren van participanten in de eerste week van januari 2023. Als ik hier nu op terug kijk, hadden we dit beter enkele weken later gestart aangezien we van verschillende wachtkringen toen geen antwoord gekregen hebben wegens een sluitingsperiode van de administratieve dienst. Echter zijn we toch aan ons vooropgesteld doel van 10 deelnemende artsen gekomen. Het uitsturen van informatie naar deelnemende artsen gebeurde door mezelf. Zo wisten we zeker dat alle artsen dezelfde informatie kregen. In de periode nadien konden de deelnemende artsen het SPIKES model uittesten in praktijk, wat dit dus een rustige periode voor ons maakte. Dit was voor mij een goede timing gezien het samenviel met mijn ziekenhuisstage waar het lange werkdagen waren.

Vanaf de zomermaanden zijn we de artsen opnieuw beginnen contacteren voor het afnemen van de interviews. Door de drukte in de huisartsenpraktijk was het moeilijk om de artsen te contacteren, maar zoals

al wel eens gezegd wordt: de aanhouder wint. De lijst van het afnemen van interviews werd opgesplitst zodat we elks 5 interviews konden afnemen. Door het uitvallen van één van de deelnemers in onze studie, heb ik vier interviews afgenomen, waar Kyara er wel vijf heeft afgenomen. Het afnemen van de interviews aan de hand van onze korte topic guide verliep naar mijn mening vlot. Ik had reeds verschillende bijvragen genoteerd vooraleer te starten aan het interview. Na elk interview probeerde ik aan de hand van vorige interviews opnieuw een overzicht te maken en zo nodig extra vragen te noteren. De artsen waarbij ik interviews heb afgenomen hadden reeds veel ervaring met gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning. Hierdoor liepen de interviews vlot en spontaan en heb ik hier zelf ook veel uit kunnen bijleren.

Het verwerken van de interviews gebeurde tezamen en we spraken hiervoor enkele keren af. Ik denk dat ik voor ons beide kan spreken door te zeggen dat we op voorhand niet goed wisten hoe we hieraan moesten starten. Echter werden we door prof. Vermandere op gang geholpen doordat zij de QUAGOL methode voorstelde als hulpmiddel om de interviews te analyseren. Aan de hand van de kernbegrippen werden onze resultaten uiteindelijk opgedeeld in 4 hoofdvragen, gelijklopend met de korte topic guide die we uitwerkten voor het afnemen van de interviews. Het uiteindelijke uitschrijven van de resultaten werd opnieuw gelijk verdeeld en we stelden ons hier ook een eigen deadline op. Nadien werden elkaars delen gezamenlijk nagelezen en herwerkt waar nodig (zoals bijvoorbeeld schrappen en herschrijven van herhaalde informatie). Waar we in het begin met enige angst gestart waren aan het verwerken en uitschrijven van de resultaten, ging dit naar mijn gevoel vlotter dan verwacht. Tijdens het uitschrijven hiervan keken we al met een kritische blik naar de resultaten en hielden we ook al een apart bestand bij waar we kernpunten voor onze discussie in noteerden. Dit vergemakkelijkte nadien ook het uitwerken van de discussie.

Naar de toekomst toe zou ik het model zelf ook graag toepassen in de praktijk. Al ben ik er wel van overtuigd dat er steeds een 'eigen touch' aan toegevoegd kan worden en je het model steeds moet aanpassen aan de noden van de patiënt. Als vervolg op deze studie, is het naar mijn mening heel belangrijk dat er een éénduidigere overdracht van de opgestelde VZP naar de tweedelijnszorg komt. Dit is ook naar voren gekomen gedurende mijn ziekenhuisstage op de dienst geriatrie. Tijdens deze ziekenhuisstage nam ik geregeld contact op met de huisarts van de patiënten. Het werd hier meermaals duidelijk dat er reeds wel een VZP gesprek had plaatsgevonden, wat van groot belang was bij (geriatrische) patiënten in acute situaties. Na gesprekken met de dienstdoende geriaters, werd duidelijk dat ook zij nood hebben aan een duidelijke communicatie omtrent VZP. Dit was voor mij ook nogmaals een bevestiging dat we als huisarts een centrale rol hebben om gesprekken omtrent VZP te initiëren en te herevalueren wanneer nodig. Een belangrijke levensles die ik gedurende mijn carrière als huisarts wil blijven meenemen.

Als ik terugkijk op het ganse proces, ben ik fier op het werk dat we hebben afgeleverd. Net zoals ik begonnen ben, wil ik Kyara nogmaals bedanken. Bedankt voor de ruimte die je me gaf in moeilijkere periodes. Bedankt

voor het stellen van deadlines wanneer mijn uitstelgedrag weer wat meer naar boven kwam. Bedankt voor het ganse traject dat we ondertussen al 9 jaar samen afleggen!

7. Bibliografie

1. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017;18(9):e543–51.

2. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015. www.pallialine.be.

3. Aelvoet M, Verwilghen M. Wet betreffende de rechten van de patiënt. 22-27. 22-8-2002. Belgisch Staatsblad. 31-05-2014.

4. Aelvoet M, Verwilghen M. Wet betreffende de palliatieve zorg. 49160-49161. 26-10-2002. Belgisch Staatsblad. 13-3-2013.

5. Verwilghen M. Wet betreffende de euthanasie. 28515-28520. 28-5-2002. Belgisch Staatsblad. 13-3-2013.

6. Van Wesemael Y. De correcte voorafgaande wilsverklaringen. W.E.M.M.E.L. Expertisecentrum Waardig Levenseinde; April 2020. 15p.

7. Candrian C, Hertz S L, Matlock D, Flanagan L, Tate C, Kutner JS, et al. Development of a Community Advance Care Planning Guides Program and the RELATE Model of Communication. American Journal of Hospice And Palliative Medicine. 2020;37(1):5–11. DOI: 10.1177/1049909119846116.

8. Simoens I, Deveugele M, Mertens F. Vroegtijdige zorgplanning – Een praktijkverbeterend project. [masterproef huisartsgeneeskunde]. [Gent]: U Gent; 2018. 32p.

9. Myers J, Cosby R, Gzik D, Harle I, Harrold D, Incardona N, et al. Provider Tools for Advance Care Planning and Goals of Care Discussions: A Systematic Review. American Journal Of Hospice And Palliative Medicine. 2018;35(8):1123–32. DOI: 10.1177/1049909118760303.

10. Loones A, Wens J, Van den Eynden B. Welke factoren beïnvloeden mensen in het proces van vroegtijdige zorgplanning ? [masterproef huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: KU Leuven. 50p.

11. Schrijvers D, Cherny NI. ESMO clinical practice guidelines on palliative care: Advanced care planning. Annals Of Oncology. 2014;25(July):iii138–42. doi:10.1093/annonc/mdu241.

12. Glaudemans JJ, Moll van Charante EP, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. Family Practice. 2015;32(1):16–26. doi:10.1093/fampra/cmu074.

13. Morissen RS, Meier DE, Arnold RM. What's Wrong With Advance Care Planning?. Journal of the American Medical Association. 2021;326(16):1575–76. doi:10.1001/jama.2021.16430.

14. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsky JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. Acad Med. Nov 2006;81(11):1008-12. doi: 10.1097/01.ACM.0000242580.83851.ad. PMID: 17065871.

15. Baran CN, Sanders JJ. Communication Skills: Delivering Bad News, Conducting a Goals of Care Family Meeting, and Advance Care Planning. Prim Care. Sept 2019;46(3):353-372. doi: 10.1016/j.pop.2019.05.003. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31375186.

16. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 15 Nov 2000;284(19):2476-82. doi: 10.1001/jama.284.19.2476. PMID: 11074777.

17. Chan CWH, Ng NHY, Chan HYL, Wong MMH, Chow KM. A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. BMC Health Serv Res. 7 Jun 2019;19(1):362. doi: 10.1186/s12913-019-4192-0. PMID: 31174530; PMCID: PMC6555972.

18. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. Mar 2012;49(3):360–71.

19. Keirse M, Vanden Berghe P, Mullie S. Ook de laatste reis wil je samen bespreken... Over vroegtijdige planning van je zorg. Wemmel: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw; 2009. 26p.

20. De Vriendt P, Gauwe V, Van de Velde D. CLEVER doelen bepalen in de eerste lijn: Betekenisvolle activiteiten als hefboom om doelgerichte zorg te faciliteren. Politeia; 2018.

21. Deltour B. Zorg-Esperanto: De kracht van eenvoud. Gompel&Svacina; 2018. 165p.

22. Van Pee N, De Maeseneer J, Ryssaert L. Carrièreperspectief van de HAIO : werkdruk , zorgsubstitutie en taakdelegatie [masterproef huisartsgeneeskunde]. 2013. 28p.

23. Delafontaine P, Van Simaeys J, Schrans D. Analyse van de aanmeldingsredenen bij een HAIO in verschillende praktijkvormen Duopraktijk versus multipraktijk versus wijkgezondheidscentrum. [masterproef huisartsgeneeskunde]. [Gent]: U Gent; 2023. 54p.

24. Somal K, Foley T. General practitioners' views of advance care planning: a questionnaire-based study. Ir J Med Sci. 2022;191(1):253–62. Available from: https://doi.org/10.1007/s11845-021-02554-x.

25. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: A systematic review. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2013;31(4):215–26. DOI: 10.3109/02813432.2013.854590

26. Deputter T, Gheysens E, De Lepeleire J. Ervaringen met vroegtijdige zorgplanning Welke verwachtingen hebben patiënten over vroegtijdige zorgplanning? [masterproef huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: KU Leuven; 2013. 70p.

27. Billion J, Boeykens C, Van Royen P. "Wanneer is het genoeg?" In gesprek met 65 plussers over de negatieve wilsverklaring [masterproef huisartsgeneeskunde]. [Antwerpen]: U Antwerpen; 2022. 48p.

28. Matthysen S, Michels N. De relatie tussen de HAIO en de ASO in het ziekenhuis - een kwalitatieve studie [masterproef huisartsgeneeskunde]. [Antwerpen]: U Antwerpen; 2022. 33p.

Bijlagen

Bijlage 1: PROTOCOL

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A (SEMI-)STRUCTURED INTERVIEW

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Het spikesmodel als ondersteuning bij gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning
Version 1: Date submission	Date: 22 november 2022
Version 2: Date resubmission	Date: 7 december 2022
Principal Investigator – Promotor	**Name: Vermandere Mieke**
	Telephone: + 32 16 37 72 81 / +32 16 37 66 21
	E-mail: mieke.vermandere@kuleuven.be

The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** X NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES □	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: Vliers Johan**
	Telephone: +32 16 32 87 06
	E-mail: johan.vliers@bleyenbergh.com
Co-Investigator – Co -Promotor	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** X NO □	
Sub-investigator –Student(s)	**Name: Celine Mariën**
	Student number: r0595716
	Telephone: 0492888746
	E-mail: celine.marien@student.kuleuven.be
	Name: Kyara De Weerdt
	Student number: r0588465
	Telephone: 0479771225
	E-mail: kyara.deweerdt@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Door de vergrijzing van de populatie, treedt het belang van Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) de laatste decennia steeds meer naar voren. VZP wordt door de Europese Associatie voor Palliatieve zorg gedefinieerd als een dynamisch proces dat de gezondheidsnoden en -voorkeuren van de patiënt over toekomstige medische zorgen vastlegt, met als doel deze waarden te respecteren wanneer de patiënt niet langer in staat is om zijn wi te uiten.(1,2) Deze noden en voorkeuren komen tot stand na een dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en verschillende zorgverleners.(1,2) Hierbij wordt rekening gehouden met de autonomie van de patiënt.(2)

Sinds 2002 werd er in België rond het levenseinde een wettelijk kader voorzien: de Wet betreffende de rechten van de patiënt(3), de Wet inzake palliatieve zorg(4) en de Euthanasiewet(5). Deze 3 wetten zorgenvoor het zelfbeslissingsrecht van de geïnformeerde patiënt, het recht op levenseindezorg ongeacht de duur en laat de patiënt toe zelf beslissingen te maken rond het levenseinde bij een ongeneeslijke aandoening. De patiënt dient deze wensen te documenteren in een schriftelijke wilsverklaring. Een positieve wilsverklaring is niet wettelijk bindend.(2,6)

Patiënten hebben het recht om hun medisch geheim te delen met een vertrouwenspersoon. Deze persoonwordt aangeduid door de wilsbekwame patiënt, maar heeft geen beslissingsrecht. Indien de patiënt wilsonbekwaam is, wordt het beslissingsrecht inzake zorgnoden doorgegeven aan de vertegenwoordiger. Deze persoon kan reeds in het verleden gekozen zijn door de wilsbekwame patiënt of kan aangeduid worden door de vrederechter. (2,6)

Uit voorgaande studies, wordt duidelijk dat VZP een dynamisch gegeven is, dat door middel van gesprekken een herevaluatie vereist bij een veranderende medische conditie, of bij belangrijke gebeurtenissen doorheen het leven van de patiënt. Gezien de jarenlange vertrouwensrelatie, spelen huisartsen een zeer belangrijke rol in het aangaan van deze gesprekken.(7,8) Toch worden er door artsenmeerdere drempels ervaren: onvoldoende kennis, angst om dit gesprek aan te gaan, gebrek aan tijd,… . Naast artsen ervaren ook patiënten verschillende drempels zoals leeftijd, verschil in religie en cultuur, angsten rond het onderwerp, onvoldoende informatie over gezondheidsstatus, …(9–11)

VZP blijft dus echter een delicaat thema waar niet alle patiënten voor open staan. Net omdat het een delicaat thema is, vraagt een gesprek rond VZP voldoende tijd en een juiste setting. Voor artsen wordt hetzo moeilijk inschatten wanneer en bij wie het gesprek rond VZP kan/moet aangegaan worden.(11) Dit blijktook uit een studie die aantoont dat in België en Nederland slechts bij 34% van de patiënten met een niet- plotse dood een gesprek rond VZP gebeurd was. (12)

Daartegenover zijn de meest genoemde positieve effecten van VZP de tevredenheid over de laatste zorgvan zowel patiënten als naasten, de begeleiding in het proces en de vermindering van stress en angst tijdenshet proces omtrent het levenseinde.(13)

Echter recent verscheen in oktober 2021 een artikel in het Journal of the American Medical Association (JAMA) dat heel het effect van VZP in vraag stelde. Uit onderzoek blijkt dat VZP op basis van hypotheses niet zou zorgen voor het verbeteren van de levenskwaliteit tijdens het levenseinde. Om de kwaliteit te verbeteren wordt er in het artikel aangestuurd op een goede voorbereiding van zowel patiënten als artsenop een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning, met in het bijzonder op het moment dat er een medische beslissing gemaakt moet worden.(13)

Na het lezen van het artikel van R. Sean Morrisson et al. (13) stelt zich de vraag hoe de voorbereiding vandit gesprek optimaal kan verlopen vanuit het perspectief van de huisarts. Gebrek aan opleiding is vaak een reden waarom artsen zich niet comfortabel voelen bij het gesprek rond VZP. Meerdere studies tonendan ook aan dat een korte opleiding hieromtrent een duidelijke verbetering geeft op vlak van kennis en communicatievaardigheden. Dit geeft de arts meer vertrouwen en ervaring om het gesprek rond VZP aante gaan.(17)

In eerdere studies werd het gebruik van het SPIKES model (Instellen, Perceptie, Uitnodigen, Kennis, Emotie, Samenvatten) naar voor geschoven als communicatiemethode voor gesprekken rond levenseinde. Ook het bevragen van eerdere ervaringen en specifieke voorkeuren omtrent het levenseindeis belangrijk. Het vooraf bevragen van spiritualiteit kan helpen om de noden van de patiënt te begrijpen.(14–16)

3. STUDY OBJECTIVES

De volgende onderzoeksvraag wordt naar voor geschoven:

In deze masterthesis wordt nagegaan hoe artsen het gebruik van het SPIKES model ervaren bij gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning: is het haalbaar in zijn gebruik, worden er drempels ervaren en welke winst kan er gemaakt worden door dit model te gebruiken?

4. RESEARCH METHOD

De focus van deze masterthesis ligt op huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO) werkzaam in Vlaanderen. Aan de hand van een litteratuurstudie werd het SPIKES model gevonden als een mogelijke manier om het VZP gesprek te ondersteunen. Dit model versterkt dus de gangbare zorg bij het bespreken van VZP.

Huisartsen en HAIO's die deelnemen aan deze studie worden uitgenodigd om dit model in de praktijk te gebruiken. Ze krijgen daartoe eerst een korte introductie over het model en er is een informatieve powerpoint die ze op elk moment kunnen raadplegen. De participanten (huisartsen) worden nadien bevraagd door middel van een kwalitatief interview dat wordt opgebouwd aan de hand van 5 korte gestructureerde vragen:

- Vond u het SPIKES model handig in gebruik? Kan u dit wat verder verduidelijken?
- Bood het SPIKES model u een ondersteuning bij gesprekken rond VZP? Zo ja, hoe?
- Ervaarde u drempels in het gebruik van het SPIKES model? Zo ja, welke?
- Vindt u het gebruik van het SPIKES model een meerwaarde?
- Wat zou voor u, naast het SPIKES model, nog een extra ondersteuning kunnen zijn bij gesprekken rond VZP?

Ethische implicaties:

- Belasting voor de huisartsen en HAIO's werkzaam in Vlaanderen: Onze participanten worden uitgenodigd om het SPIKES model te gebruiken, en krijgen hier eerst een korte opleiding over die +- 45 min duurt. Nadien worden de huisartsen en HAIO's ook uitgenodigd voor een interview dat (vermoedelijk 1 uur duurt. Dit interview kan digitaal plaatsvinden.
- Het onderwerp: VZP is een emotioneel beladen thema. De visie van de patiënt loopt niet altijd gelijk met die van de arts. Artsen die deelnemen aan deze studie kunnen dit als confronterend beschouwen. Er zal op artsen geen enkele druk worden uitgeoefend om aan dit project deel te nemen.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Om het gebruik van het SPIKES model binnen VZP te bekijken worden minimum 10 participanten geïncludeerd in deze studie.

Criteria die worden gebruikt om participanten te includeren:

- Beroep: ma-na-ma huisartsgeneeskunde of erkende huisartsen werkzaam in een huisartsenpraktijk.
- Participanten moeten nog actief zijn als huisarts of HAIO in Vlaanderen.
- Demografisch: Werkend in Vlaanderen.

De deelnemende artsen zijn vrij om te kiezen bij welke patiënten ze het gebruik van het SPIKES model willen testen. Bij elk gesprek over VZP kunnen ze overwegen dit model te gebruiken echter er is geen enkele verplichting.

Er wordt geen onderscheid gemaakt in leeftijd, gender, demografische gegevens of ziektebeeld van de patiënt. Tijdens het interview worden er geen gegevens omtrent de patiënt bevraagd. Ook ervaringen en bevindingen van de patiënt en familie worden niet in deze studie betrokken.

5.2 Sample size and population

De focus van dit onderzoek ligt op HAIO's en huisartsen werkzaam in Vlaanderen. We kozen om hun ervaringen te belichten omdat zij een sleutelfiguur zijn binnen gesprekken omtrent VZP. In de literatuur vinden we terug dat patiënten het belangrijk vinden dat huisartsen dit gesprek zelf aanvatten.

Volgens een artikel in juni 2021 in Medi-sfeer zijn er op dit moment 6 907 praktijkvoerende huisartsen in het Vlaamse gewest (18). Op dit moment zouden er volgens verslaggeving van het ICHO ongeveer 1030 huisartsen-in-opleiding zijn.

Voor de steekproef wordt gekozen om minimaal 10 participanten te rekruteren. Deze steekproef is in een pragmatische convenience sample gezien dit onderzoek vooral wil bijdragen aan verder onderzoek in de algemene populatie.

Tijdens het interview worden geluidsopnames en/of beeldopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie, waarna de opnames verwijderd zullen worden. Tijdens de verwerking van de gegevens wordt ervoor gezorgd dat er niet kan teruggekoppeld worden naar de participanten. Antwoorden worden geanonimiseerd.

5.3 Recruitment

We zullen huisartsen en HAIO's werkzaam in Vlaanderen rekruteren. Om een voldoende grote steekproef te hebben, worden wachtkringen/LOK groepen, Domus Medica en ICHO aangeschreven om de uitnodiging tot deelname te verspreiden. De contactgegevens van de wachtkringen zijn beschikbaar via publieke website van Agentschap Zorg en Gezondheid.

Wanneer de huisarts toezegt, laten we deze kennismaken met het SPIKES model door middel van een narratieve PowerPoint. Verwerkt in de PowerPoint zal er een mondelinge toelichting worden voorzien. Hiermee bieden we de artsen een leidraad met mogelijke vragen aan om het SPIKES model als ondersteunend instrument te gebruiken. Indien de artsen na de presentatie nog bijkomende vragen hebben, kunnen zij ons via mail contacteren en kan er eventueel een kort online overleg plaatsvinden.

Nadien zal er een moment gepland worden waarop het interview dat bestaat uit 5 gestandaardiseerde vragen zal plaatsvinden. De geïnformeerde toestemming (ICF, toegevoegd als annex) wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook wordt in het ICF expliciet vermeld dat er audio-opnames zullen gemaakt worden tijdens het interview. Bij de start van het interview zal de onderzoeker de ICF nogmaals met de deelnemer overlopen. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het interview en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker, zal het interview van start gaan. Zowel in de ICF als bij de start van het interview, wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek, zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen wordenvernietigd.

5.4 Expected duration

De studie zal normaal afgerond zijn in januari 2024.

De participanten krijgen bij start van de studie een narratieve PowerPoint die ze zelf op een gepast moment kunnen doornemen die, in combinatie met het eventuele contact met extra vragen, maximaal 30 minuten in beslag zal nemen. Nadien wordt een periode voorzien om het SPIKES model uit te testen in de dagelijkse praktijk. Deze periode zal vermoedelijk maximaal 6 maand in beslag nemen zodat de participanten voldoende tijd krijgen om dit in de praktijk te implementeren. Na deze periode worden de participanten uitgenodigd voor het gestructureerde interview dat gemiddeld 1 uur in beslag zal nemen (maximaal 1u30).

6. ANALYSIS

Voor de analyse van deze kwalitatieve observationele studie worden de interviews opgenomen en uitgeschreven en achteraf gebruik gemaakt van de grounded theory volgens Strauss en Glaser. De demografische gegevens van de huisartsen en HAIO's worden op een kwantitatieve beschrijvende manier geanalyseerd. Vervolgens wordt de haalbaarheid van het gebruik van het SPIKES model, dedrempels die artsen ervaren en de winst van het gebruik nagegaan.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een interview informatie omtrent het gebruik van het SPIKES model worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. De opgenomen interviews zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoekers. De interviewopnames en de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd.

Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Dit bestand zal bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven.

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripties aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadienwordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

7.2 Declaration of Confidentiality and Caref

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van (**duid aan wat van toepassing is**):

- ☐ Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider
- ☐ REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven
- ☒ **OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven**
- ☐ Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)
- ☐ Andere, mits beargumentering, namelijk: ……..

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis,* ***the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected*** *and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is* ***relevant*** *and* ***necessary*** *for his / her Master's thesis;*
- *He / she will* ***not share information*** *with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the* ***investigator, possible group members*** *and his/her* ***supervisor*** *will have access to the data*
- *He / she will take* ***all necessary steps*** *to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with* ***care and responsibility*** *the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*
- *He/ she will discuss the* ***confidentiality***, ***storage*** *and* ***sharing*** *of files with his/her supervisor. He/she will use* ***pseudonymized*** *or* ***pseudonymized on*** *in order to limit the risks of data leaks and data loss.*
- *If pseudonymized on is used, he/she will treat the pseudonymized on* ***key*** *or the* ***encryption table*** *containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the* ***same confidentiality*** *as the original data. He/she will* ***never store the key or encryption table at the same device*** *(e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the 35seudonymized data.*
- *Wherever possible, he/she will use a* ***project based or team based storage location*** *for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as* ***Google Drive, a personal OneDrive*** *(except OneDrive for Business, provided by KU Leuven)* ***or WeTransfer will be avoided at all times****.*
- *He/she will always encrypt confidential information and files with a* ***password***, ***two-step verification*** *or* ***specialized program*** *such as 7-Zip or AEScrypt.*
- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always* ***encrypt*** *the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a* ***secure application*** *such as Belnet Filesender will be used.*
- *In the event of a* ***data breach*** *he/she will immediately contact his/her supervisor*

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. ***No separate privacy application should be submitted for this type of studies.***

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Er zijn geen risico's verbonden aan deze studie voor de participanten.
Alle gegevens worden gepseudonimiseerd en gegevens die de identiteit van participanten of patiënten kunnen weergeven worden uit de resultaten gelaten om te voorkomen dat participanten herkend worden in de resultaten van dit onderzoek.
De patiënt wordt niet betrokken in deze studie. Er worden geen patiënten actief gerekruteerd. Echter, de arts wordt ondersteund in de usual care door een instrument aan te reiken.

In de ICF worden de contactgegevens van zowel beide onderzoekers als promotor opgenomen.

9. APPROVAL

/

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017;18(9):e543-51.
2. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J DLJ. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Fed Palliat Zorg Vlaanderen vzw.
3. Aelvoet M, Verwilghen M. Wet betreffende de rechten van de patiënt. 22-27. 22-8-2002. Belgisch Staatsblad. 31-05-2014
4. Aelvoet M, Verwilghen M. Wet betreffende de palliatieve zorg. 49160-49161. 26-10-2002. Belgisch Staatsblad. 13-3-2013.
5. Verwilghen M. Wet betreffende de euthanasie. 28515-28520. 28-5-2002. Belgisch Staatsblad. 13-3-2013
6. LEIFblad. 8th ed.
7. Candrian C, Lasker Hertz S, Matlock D, Flanagan L, Tate C, Kutner JS, et al. Development of a Community Advance Care Planning Guides Program and the RELATE Model of Communication. Am J Hosp Palliat Med. 2020;37(1):5-11.
8. Simoens I, Gent U. Vroegtijdige zorgplanning - Een praktijkverbeterend project. 2018;2017-8.
9. Myers J, Cosby R, Gzik D, Harle I, Harrold D, Incardona N, et al. Provider Tools for Advance Care Planning and Goals of Care Discussions: A Systematic Review. Am J Hosp Palliat Med. 2018;35(8):1123-32.
10. Loones A. Welke factoren beïnvloeden mensen in het proces van vroegtijdige zorgplanning? :0-50.
11. Schrijvers D, Cherny NI. ESMO clinical practice guidelines on palliative care: Advanced care planning. Ann Oncol. 2014;25(July):iii138-42. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdu241

12. Glaudemans JJ, Van Charante EPM, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. Fam Pract. 2015;32(1):16–26.

13. McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Deconstructing the Complexities of Advance Care Planning Outcomes: What Do We Know and Where Do We Go? A Scoping Review. J Am Geriatr Soc. 2021;69(1):234–44.

14. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsky JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. Acad Med. 2006;81(11):1008–12.

15. Baran CN, Sanders JJ. Communication Skills: Delivering Bad News, Conducting a Goals of Care Family Meeting, and Advance Care Planning. Prim Care - Clin Off Pract. 2019;46(3):353–72. Available from: https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.003

16. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. J Am Med Assoc. 2000;284(19):2476–82.

14. ANNEXE

14.1 Informed consent Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan. Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

14.2Informed consent Onderzoeker

Ik ondergetekende, De Weerdt Kyara/ Mariën Celine, onderzoeker, verklaart de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

14.3 Interview Guideline

Hieronder vindt u een guideline voor het interview met de participanten. Er wordt gewerkt met 5 gestandaardiseerde vragen over het gebruik van het SPIKES model. Dit interview zal gemiddeld 1 uur in beslag nemen. Deze interviews worden opgenomen via audiomateriaal.

1.	Hoe vaak heeft u het SPIKES model kunnen uittesten?
2.	Vond u het SPIKES model handig in gebruik? Kan u dit wat verder verduidelijken? → Hierna wordt er nog even verder ingegaan op het gegeven antwoord om dit verder te verduidelijken.
3.	Bood het SPIKES model u een ondersteuning bij gesprekken rond VZP? Zo ja, hoe? → Hierna wordt er nog even verder ingegaan op het gegeven antwoord om dit verder te verduidelijken.
4.	Ervaarde u drempels in het gebruik van het SPIKES model? Zo ja, welke? → Hierna wordt er nog even verder ingegaan op het gegeven antwoord om dit verder te verduidelijken.

5.	Vindt u het gebruik van het SPIKES model een meerwaarde? → Hierna wordt er nog even verder ingegaan op het gegeven antwoord om dit verder te verduidelijken.
6.	Wat zou voor u, naast het SPIKES model, nog een extra ondersteuning kunnen zijn bij gesprekken rond VZP? → Hierna wordt er nog even verder ingegaan op het gegeven antwoord om dit verder te verduidelijken.

Achteraf worden de interviews uitgeschreven en geanonimiseerd. De gegevens worden verwerkt volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode.

14.4Demografische gegevens deelnemende artsen

Gelieve onderstaande gegevens correct in te vullen. Deze gegevens worden enkel gebruikt voor de demografische analyse van onze masterthesis. De gegevens worden geanonimiseerd en nadien vernietigd. Er zal in geen enkel geval uw naam of gegevens die naar u kunnen verwijzen vermeld worden in onze masterthesis.

Provincie waarin u werkzaam bent:

- ☐ West – Vlaanderen
- ☐ Oost – Vlaanderen
- ☐ Antwerpen
- ☐ Limburg
- ☐ Vlaams – Brabant

Praktijkvorm:

- ☐ Solopraktijk
- ☐ Duopraktijk
- ☐ Netwerkpraktijk
- ☐ Groepspraktijk (> 2 artsen)
- ☐ Multidisciplinaire praktijk

HAIO:

- ☐ Manama fase 1
- ☐ Manama fase 2
- ☐ Manama fase 3
- ☐ N.V.T.

Aantal jaren werkzaam als erkend huisarts:

☐ 0-5 jaar
☐ 6-10 jaar
☐ 11-15 jaar
☐ 16-20 jaar
☐ 21-25 jaar
☐ 26-30 jaar
☐ 31-35 jaar
☐ > 36 jaar
☐ N.V. T.

Hoeveel VZP-gesprekken doet u gemiddeld per jaar:

☐ 0-5
☐ 6-10
☐ 11-15
☐ 16-20
☐ >21

14.6 Mailing rekrutering

Beste dokter,

Wij, Kyara De Weerdt en Celine Mariën, zijn 2 Huisartsen In Opleiding aan de KU Leuven. In kader van onze masterthesis Huisartsgeneeskunde doen wij onderzoek naar het gebruik van het SPIKES model als ondersteunend instrument bij gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning.
Door de vergrijzing van de populatie, treedt het belang van vroegtijdige zorgplanning steeds meer naar voren. Gezien het een dynamisch gegeven is, speelt de huisarts hierin een belangrijke rol. Echter in praktijk merken we dat zowel huisartsen als patiënten verschillende drempels ervaren om het gesprek hieromtrent aan te gaan.

Wat houdt de studie juist in?

Indien u interesse hebt om deel te nemen aan de studie, sturen we u een powerpoint presentatie door met hierin de inhoud van het SPIKES model en voorbeelden omtrent het gebruik van het model. Deze presentatie kan u op eender welk moment raadplegen en dient dus als leidraad tijdens het gesprek. Nadien verwachten we dat u het model minstens één maal gebruikt in de praktijk. Daarna nemen we contact met u op om tijdens een interview te peilen naar het gebruik en de drempels van het SPIKES model aan de hand van 5 gestandaardiseerde vragen. Dit interview zal maximaal 1 uur in beslag nemen.

Hebt u interesse om deel te nemen aan deze studie of hebt u nog vragen hieromtrent?

Neem dan contact met ons op:
kyara.deweerdt@student.kuleuven.be
celine.marien@student.kuleuven.be

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking aan deze studie.

14.7 Steekkaart SPIKES MODEL

SPIKES model	Inhoud	Voorbeelden
Setting	Omgeving: comfortabel Familie	Is er voldoende tijd voorzien? Welke personen wilt de patiënt betrekken bij het gesprek rond VZP? Wie/wat is de sociale omkadering van patiënt? Voelt de patiënt en de familie zich comfortabel in deze setting? (bv in praktijk, liever thuis, WZC ruimte, …) Oogcontact maken met patiënt Geen onderbreking door telefoons
Perception	Opvattingen over gezondheidstoestand	'Kan je me vertellen wat dokters al over je ziekte en prognose verteld hebben?' Hoe sta je hierzelf tegenover? Belangrijk om ziekte-ontkenning te herkennen, onrealistische verwachtingen, …
Invitation	Patiënt bevragen welke informatie hij wil krijgen	Kan je me vertellen wat je nog extra wil weten over je gezondheidstoestand? Sommige willen bv niet alles weten omtrent verdere verloop, behandelingen, … Vragen aan patiënt welke informatie hij wil dat familieleden/vertrouwenspersoon mag/kan weten?
Knowledge	Informatie geven over ziekte, mogelijke behandelingen, prognose Waarden en normen van patiënt bevragen	Naargelang voorkeuren van patiënt. Hoe kijkt u zelf naar het levenseinde? Heeft u al nagedacht over de dood? Welke behandelingen wilt u nog? Wat wilt u absoluut niet? Spiritualiteit bevragen: gelooft u in God?
Emotions	Emoties van patiënt en familie herkennen Empathische houding aannemen	Angsten bevragen Zijn er dingen waar u bang voor heeft? Heeft u angsten? Heeft u bang om te sterven?
Summary	Samenvatten van gesprek Planning van volgende gesprek omtrent VZP Communicatie naar zorgverleners	Formuleren van duidelijke plannen Overlopen vertrouwenspersonen Wilsverklaringen

14.8 PowerPoint SPIKES MODEL

KU LEUVEN

Het SPIKES model ter ondersteuning bij gesprekken rond Vroegtijdige Zorgplanning (VZP)



Masterthesis MaNaMa Huisartsgeneeskunde
Kyara De Weerdt en Celine Mariën
Promotor: Brigitte Schoenmakers/ Mieke Vermandere
Co-promotor: Johan Vliers

Vroegtijdige zorgplanning

= Beslissingen omtrent levenseinde en behandelingen bespreken met patiënt en diens familie

- Vergrijzing van de populatie → groter belang van vroegtijdige zorgplanning
- Nagaan van wensen/ waarden patiënt om in de laatste levensfase de zorg te optimaliseren
- Dynamisch gegeven → huisarts belangrijke sleutelfiguur

Voordelen en drempels

Voordelen	Drempels voor artsen	Drempels voor patiënt
Tevredenheid van patiënt en naasten over laatste zorg	Onvoldoende kennis	Verschil in religie en cultuur
Goede begeleiding in proces	Angst om gesprek aan te gaan	Angsten rond het onderwerp
Vermindering van stress en angst in laatste fase van levenseinde	Gebrek aan tijd en juiste setting	Onvoldoende informatie over eigen gezondheidsstatus
		Leeftijd

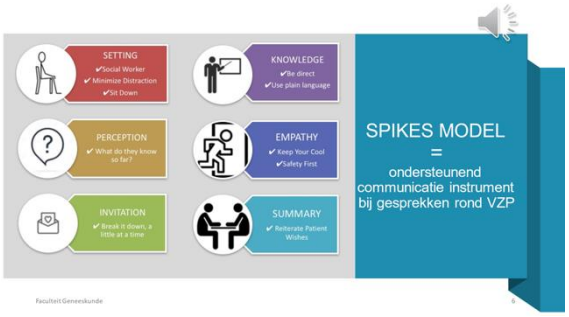
- → VZP = Delicaat thema
- Nood aan ondersteunend instrument

Doel onderzoek?

Omwille van de grote drempels bij artsen omtrent gesprekken rond VZP, willen we nagaan of het SPIKES model een ondersteuning kan bieden.

- Is dit model haalbaar in zijn gebruik?
- Worden er drempels ervaren?
- Biedt dit model een meerwaarde?

SPIKES MODEL





Op onderstaande dia's vindt u per onderdeel van het SPIKES model wat extra uitleg terug en hoe u dit kan toepassen in de praktijk.

Setting (= OMGEVING)



- Het is belangrijk dat een gesprek rond VZP wordt georganiseerd met de patiënt en zijn vertrouwenspersonen (familie, …).
  Het is belangrijk om na te gaan of de patiënt zich comfortabel voelt in deze setting en storende factoren uit te sluiten.
- Hoe gaat u dit na in de praktijk?
  Is er voldoende tijd voorzien?
  Welke personen wil de patiënt betrekken bij het gesprek rond VZP?
  Wie/wat is de sociale omkadering van patiënt?
  Voelt de patiënt en de familie zich comfortabel in deze setting? (bv in praktijk, liever thuis, WZC ruimte, …)
  Oogcontact maken met patiënt
  Geen onderbreking door telefoons

Perception (= INHOUD)



- Hier wordt vooral gevraagd naar het ziekte-inzicht van de patiënt zelf. Wat weet hij van zijn situatie en hoe gaat hij hiermee om?
- Hoe gaat u dit na in de praktijk?
  Kan je me vertellen wat dokters al over je ziekte en prognose verteld hebben?'
  Hoe sta je hier zelf tegenover?
- Belangrijk om ziekte-ontkenning te herkennen, onrealistische verwachtingen, …

Invitation (= UITNODIGEN)



- Op dit moment in het gesprek wordt vooral ingespeeld op de wil van de patiënt. Wat wil de patiënt over zijn ziekte weten en is er ook informatie die hij liever niet wil krijgen?
- Hoe gaat u dit na in de praktijk?
  Kan je me vertellen wat je nog extra wil weten over je gezondheidstoestand? Sommige willen bv niet alles weten omtrent verdere verloop, behandelingen, …
  Welke informatie wil u dat familieleden/vertrouwenspersoon mag/kan weten?

11 Faculteit Geneeskunde KU LEUVEN

Knowledge (= KENNIS)



- Afhankelijk van voorgaande informatie die u verkregen heeft van de patiënt, kan u op dit moment in het gesprek hierop verder inspelen. U geeft de nodige informatie over de ziekte/ pathologie, mogelijkheden van behandeling, prognose.
- Op dit moment worden waarden en normen van de patiënt besproken.
  Hoe kijkt u zelf naar het levenseinde? Heeft u al nagedacht over de dood?
  Welke behandelingen wilt u nog? Wat wilt u absoluut niet?
- Voorkeuren van de patiënt staan hier op de voorgrond.
- Bevraag hier ook naar spiritualiteit.
  Bent u gelovig?

12 Faculteit Geneeskunde KU LEUVEN

Empathy (= GEVOELENS)



- Het is belangrijk om de emoties van de patiënt en familie te herkennen. Maak tijd om deze gevoelens te bespreken.
- Neem als arts een empathische houding aan.
- Bevraag de angsten van de patiënt.
  Zijn er dingen waarvoor u bang bent?
  Heeft u angsten? Kan je deze angsten benoemen?
  Bent u bang om te sterven?

13 Faculteit Geneeskunde KU LEUVEN

Summary (= SAMENVATTING)



- Op het einde van het gesprek is het belangrijk dat u alle verworven informatie even samenvat en nagaat of de patiënt alles goed begrepen heeft. Plan vervolgens direct een volgend gesprek in (een datum of bij een bepaalde achteruitgang).
- Zorg ook voor een duidelijke documentatie naar andere zorgverleners.
- Hoe pakt u dit aan in de praktijk?
  Formuleren van duidelijke plannen.
  Overlopen van vertrouwenspersonen.
  Wilsverklaringen op een vaste plaats in het dossier.

14 Faculteit Geneeskunde KU LEUVEN



KU LEUVEN

Verder verloop

- Hopelijk vindt u voldoende bouwstenen in deze powerpoint om zelf in de praktijk aan de slag te gaan met het SPIKES model.
- Indien u nog vragen heeft kan u ons steeds bereiken voor extra uitleg.
- Wij vragen u nu om dit model in de praktijk te gebruiken. Wij zullen u nadien contacteren om een interview in te plannen om het gebruik van dit model na te gaan.
- Alvast bedankt voor uw bijdrage aan dit onderzoek!

Contactgegevens: celine.marien@student.kuleuven.be
kyara.deweerdt@student.kuleuven.be

16 Faculteit Geneeskunde KU LEUVEN

Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023256

Uw kenmerk: Masterproef studie: Het spikesmodel als ondersteuning bij gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning

Leuven, 08-12-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Prof. Dr. Mieke Vermandere
Geachte Celine Mariën, Kyara De Weerdt

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 08-12-2022

Het betreft een kwalitatieve studie waarbij huisartsen en huisartsen in opleiding (haio) na uitnodiging tot deelname eerst een infosessie krijgen (een ingesproken PowerPoint) die kan worden opgevolgd door een telefonische toelichting. In de sessie wordt uitgelegd hoe het communicatiemodel SPIKES (Setting/Perception/invitation/knowledge/Empathy) /Summary) kan worden toegepast in een gesprek over vroegtijdige zorgplanning. De deelnemers worden gevraagd om binnen de volgende 6 maanden aan de slag te gaan met dit model. Nadien worden ze uitgenodigd voor een semi-gestructureerd interview. Men plant tien interviews. De geluidsopnames van de interviews worden na transcriptie verwijderd. Het protocol is helder geschreven met de nodige aandacht voor het pseudonimiseren van de data, het juist bewaren van de data, etc.
Informatiebrief, ICF, uitnodiging en de interviewgids zijn toegevoegd. Enige bemerking betreft de korte demografische vragenlijst is opgelost. Er zijn geen bezwaren tegen de studie. (Tussentijdse goedkeuring) Het betreft een kwalitatieve studie waarbij huisartsen en huisartsen in opleiding (haio) na uitnodiging tot deelname eerst een infosessie krijgen (een ingesproken PowerPoint) die kan worden opgevolgd door een telefonische toelichting. In de sessie wordt uitgelegd hoe het communicatiemodel SPIKES (Setting/Perception/invitation/knowledge/Empathy) /Summary) kan worden toegepast in een gesprek over vroegtijdige zorgplanning. De deelnemers worden gevraagd om binnen de volgende 6 maanden aan de slag te gaan met dit model. Nadien worden ze uitgenodigd voor een semigestructureerd interview. Men plant tien interviews. De geluidsopnames van de interviews worden na transcriptie verwijderd. Het protocol is helder geschreven met de nodige aandacht voor het pseudonimiseren van de data, het juist bewaren van de data, etc.
Informatiebrief, ICF, uitnodiging en de interviewgids zijn toegevoegd. Enige bemerking betreft de korte demografische vragenlijst is opgelost. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 07-12-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter Onderwijs-Begeleidingscommissie voor Medische Ethiek KU Leuven