Hoe kan een psychosociaal team bijdragen tot een verminderde zorgzwaarte in de eerstelijnsgezondheidszorg? - Een *realist evaluation.*

Marieke De Sutter, Universiteit Gent

Promotor: Peter Decat, Universiteit Gent

Co-promotor: Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

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.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 1
Titelpagina (artikelvorm) 2
Abstract (Nederlands) 3
Abstract (Engels) 4
Introduction 5
Methods 6
Setting and project characteristics 6
Study design 6
Recruitment of participants, data collection and data analysis 7
Results 8
The program mechanisms that produce outcomes 9
Patient encounters are perceived as less burdensome 9
Staff members feel valuable to patients 10
Contextual factors that influence the program mechanisms 10
Discussion 11
Revising the initial CMO-hypotheses 11
Recognition by colleagues supports the ‘therapeutic presence’-principle 11
Altered attitudes help to avoid ‘compassion fatigue’ 11
Team role clarity results in higher staff morale 12
Policy implications 13
Limitations 13
Conclusions 14
References 14
Bijlage 1 (Supplementary 1): Text box 1 17
Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 20
Bijlage 3: Informatie- en toestemmingsformulier 22
Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité 27
Bijlage 5: Amendement verzoek Ethisch Comité 29
Bijlage 6: Gunstig advies amendement 33

How can a mental health team improve staff morale in a primary care setting? A realist evaluation.

De Sutter M[a], MD, De Sutter A[a], MD, PhD, Sundahl N[b], MD, Declercq T[a], MD, Decat P[a]*, MD, PhD

[a]Department of Family Medicine and Primary Health Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, Ghent University, Belgium; [b]Department of Radiation Oncology and Experimental Cancer Research, Ghent University Hospital, Belgium

Marieke De Sutter, Marieke.DeSutter@UGent.be

General practitioner in training

An De Sutter, An.DeSutter@UGent.be

General practitioner, PhD

Nora Sundahl, Nora.Sundahl@UGent.be

Radiation Oncologist in training

Tom Declercq, TomRW.Declercq@UGent.be

General practitioner and department assistant

Peter Decat (*corresponding author), Peter.Decat@UGent.be, +32 477 47 81 46, +32 9 332 36 12, Campus UZ 6K3, Corneel Heymanslaan 10, 9000 Ghent, Belgium

General practitioner and postdoctoral researcher

This work was supported by the Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University.

The authors report no conflict of interest.

Hoe kan een psychosociaal team bijdragen tot een verminderde zorgzwaarte in de eerstelijnsgezondheidszorg? - Een *realist evaluation*.

Huisarts-in-opleiding: dr. Marieke De Sutter, Marieke.DeSutter@UGent.be
Promotor: dr. Peter Decat, Peter.Decat@UGent.be
Co-promotor: dr. Tom Declercq, TomRW.Declercq@UGent.be
Praktijkopleiders: dr. An De Sutter, An.DeSutter@UGent.be, dr. Koen Eeckhout, Koen.Eeckhout@wgcrabot.be

Context: Alhoewel de meerwaarde en de noodzaak van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op eerstelijnsniveau reeds aangetoond is, worden er in de praktijk heel wat tekortkomingen ervaren door de betrokken gezondheidszorgwerkers, wat zich soms vertaalt in een toegenomen zorgzwaarte. Een verminderde mentale weerbaarheid van gezondheidszorgwerkers weerspiegelt zich in de kwaliteit van de zorg, maar kan voorkomen worden door een benadering van de GGZ die gestoeld is op interprofessionele samenwerking. In dit verband startte Wijkgezondheidscentrum Rabot met een project waarin interprofessionele samenwerking met een psychosociaal team centraal staat.

Onderzoeksvraag: De opzet van deze studie was te exploreren hoe een psychosociaal team in de eerste lijn de zorgzwaarte van de betrokken gezondheidszorgwerkers zou beïnvloeden, om op die manier aanbevelingen voor toekomstige gelijkaardige projecten te kunnen formuleren.

Methode: Er werd gekozen voor een *realist evaluation*, waarbij onderzoekers pogen een zicht te krijgen op contextuele factoren (*context*) en mechanismen (*mechanisms*) die leiden tot bepaalde resultaten (*outcomes*) of deze beïnvloeden. Data werd verkregen via diepte-interviews en focusgroepen met gezondheidszorgwerkers uit verschillende disciplines.

Resultaten: Ons onderzoek bevestigde de hypothese dat het project de zorgzwaarte zou verminderen, en dit op twee vlakken: enerzijds werden de patiëntencontacten als minder lastig ervaren, en anderzijds voelden de gezondheidszorgwerkers zich vaker een meerwaarde voor de patiënten. Verschillende overlappende mechanismen, alsook bevorderende en belemmerende factoren konden worden geïdentificeerd.

Conclusie: Wanneer deze mechanismen werden geëxploreerd, bleek onder andere een sterke “teamcultuur” een belangrijke rol te spelen: sociale steun beïnvloedde de zorgzwaarte op een positieve manier, wat op zijn beurt het principe van “therapeutische aanwezigheid” bevorderde. Ook veranderde door het project de houding van de gezondheidszorgwerkers ten aanzien van de bepaalde patiënten, en dit op zo’n manier dat het hen beschermde tegen “empathiemoeheid”. Tot slot bevestigden we de bevindingen van eerder onderzoek dat stelde dat duidelijkheid over iemands rol bijdraagt tot het verlichten van de zorgzwaarte. We adviseren om dergelijke interprofessionele samenwerkingsverbanden in de eerste lijn beleidsmatig te stimuleren, waarbij de beschreven mechanismen zouden moeten worden bevorderd en waarbij men waakzaam dient te zijn voor valkuilen zoals inefficiëntie.

ICPC-codes: Z05.03 Hoge werkdruk, Z29.01 Burn-out, P29 Andere psychische symptomen/klachten

How can a mental health team improve staff morale in a primary care setting? A realist evaluation.

Background: Although primary care for mental health has been proven to be valuable and necessary, the implementation is often insufficient, leaving its mark on primary care staff. Poor staff morale affects patient care, and can be prevented by a team-based approach of mental healthcare. Community health center *WGC Rabot* therefore set up a mental health project, promoting interprofessional collaboration with a mental health team.

Objectives: The aim of this study was to understand how a mental health team would influence staff morale in a primary care setting, aiming to formulate some recommendations for future projects alike.

Methods: A realist evaluation framework was chosen, in which researchers try to unravel the contextual factors and generative mechanisms, leading to the outcomes.

Results: Our research confirmed the hypothesis that the project improves staff morale; two outcomes could be distinguished, i.e. the burden of the patient encounters was relieved, and staff members felt more valuable to patients. Various overlapping mechanisms, and facilitating and inhibiting contextual factors were determined.

Conclusion: Digging into those mechanisms, a strong team culture seemed to be essential, whereby staff morale is improved through social support, nurturing the 'therapeutic presence'-principle. Also, healthcare workers' attitudes towards patients changed, preventing them from experiencing 'compassion fatigue'. Finally, ensuring role clarity contributed to reducing the burden of patient encounters, and thus to an improved staff morale. We recommend to stimulate such interprofessional collaborations, thereby nurturing the described mechanisms and taking into account the pitfalls such as inefficiency.

Keywords: family medicine, community mental health, healthcare organization, integrated care, surmenage

Introduction

Mental disorders affect up to 60% of people attending primary care clinics and create an immense toll of suffering, disability and economic loss [1]. Primary care for mental health has been proven to have many benefits, both for patients, care providers and society [1, 2, 3, 4, 5]. Following the advice of the World Health Organization (WHO) and the World Organization of Family Doctors (Wonca) on integrating mental health into primary care, Belgian governments took several actions to redirect mental healthcare from institutions to a variety of community based settings over the past years ; a process that has been occurring throughout the world [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8]. However, in the subsequent years, primary healthcare workers encountered many flaws in the system [2, 5, 9]. In particular they found the referral to mental health services to be inefficient, due to long waiting lists, restricted places and a complex and fragmented care network [3, 10, 11]. These deficiencies leave its mark on the staff morale [10, 11]. In this context the healthcare center '*Wijkgezondheidscentrum (WGC) Rabot'* set up its own mental health team. The goal was to provide better care for a vulnerable group of patients and to improve staff morale.

Poor staff morale negatively affects patient care and healthcare systems [12, 13, 14, 15, 16], and is frequently seen among primary and mental healthcare staff [12, 14, 16, 17, 18, 19]. Literature shows that a team-based approach of mental healthcare can counter the burden on staff morale [17]. The improvement of staff morale by interprofessional collaboration is, among other things, mediated through a more supportive work environment [5, 14, 17, 18, 20], through the exchange of know-how [1, 3, 5, 9, 21, 22], and through task division [5, 21].

Up to now, little is known on factors that determine the influence of team-based mental health on staff morale in primary care [14, 17, 18, 20]. In this research we explore the influence of an interprofessional approach by interviewing staff of a healthcare center that installed a mental health team.

Methods

Setting and project characteristics

WGC Rabot is a community health center, i.e. a multidisciplinary primary care practice, in the city of Ghent [23]. At the time of interviewing, the healthcare center had twenty five regular employees and five volunteers, covering a total of six healthcare disciplines and six supporting disciplines. The mental health project started in March 2016, and consisted of employing two psychologists and one social worker, and expanding the job content of one of the nurses, who had the necessary training, to mental health nursing. The aim of this project was to support the general team, including care providers as well as administrative staff, in their contact with mental health patients. The mental health team was not only responsible for patient care, but also held regular meetings with the other care providers, providing a platform for patient case reviews and knowledge exchange.

Study design

The method used in this research is a realist evaluation, whereby researchers try to identify the mechanisms of how complex programs work or not work in particular settings. By exploring those mechanisms as well as the influence of context, a realist evaluation intends to explain how the outcomes were caused. The initial as well as the concluding hypothesis is often formulated in a context-mechanism-outcome-structure (CMO) [24, 25].

The initial theory of this research was drawn from a literature review, using the databases PubMed, and from staff members' input. After being presented again to staff members and adjusted following their reflections, the initial theory was as follows: 'A mental health team improves staff morale in a primary care setting, through three mechanisms: 1) By being able to vent their emotions, staff members perceive the encounters with these patients as

less burdensome; 2) By sharing professional knowhow, there is a personal gain for staff members; 3) By division of tasks, the workload is alleviated.'

Recruitment of participants, data collection and data analysis

Participants were selected through a purposive sampling approach, with selection of staff from divergent disciplines, including care providers and administrative staff. They were approached face-to-face and via e-mail. Interviews were held in the center, and field notes were taken during the interviews. Participants gave informed consent. Data were collected through in-depth interviews and focus groups, conducted by MDS. The researchers explored staff's experience with the mental health team aiming to get a clear understanding on the ways in which such team would influence staff morale and on obstructing and facilitating factors.

The interviews were audio-recorded, de-identified and transcribed. Transcripts were imported into NVivo 11, a qualitative data software analysis program. Categories and themes were derived by MDS, guided by the realist evaluation approach. The final CMO-structures were reviewed by PD. Ethics approval was obtained from the Ethics Committee of Ghent University Hospital in May 2017 (registration number: B670201731880). The authors report no conflict of interest.

Results

The interviews were held from October to December 2017. Five care providers (two doctors, one nurse, one social worker and one physical therapist) were interviewed individually and three administrative clerks were interviewed in group. Respondents in all interviews agreed upon the fact that the project was needed at the time it was introduced (text box 1, quote [1]), and every respondent expressed positive feelings towards the project and its influence on their morale.

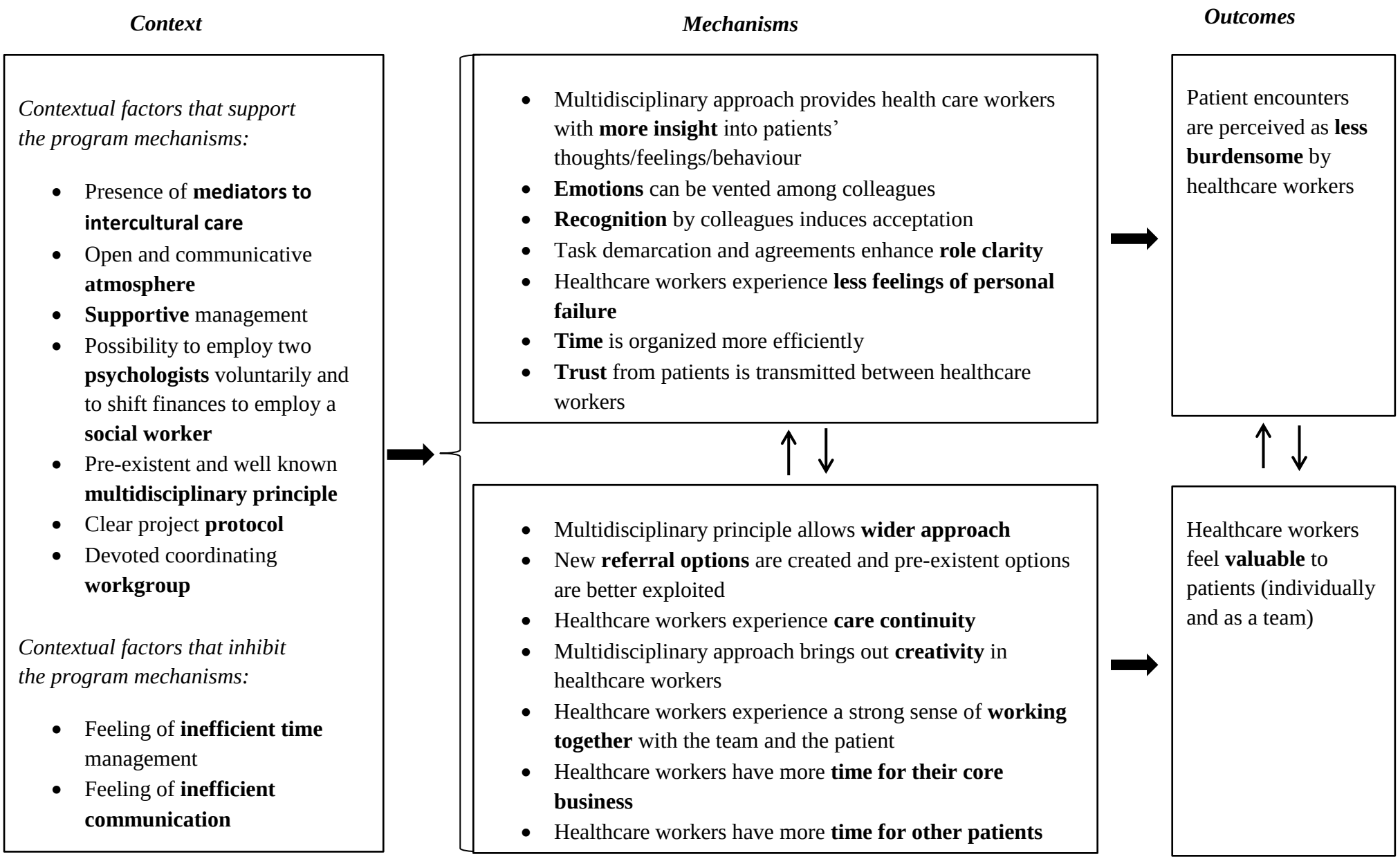


Figure 1: The program mechanisms, i.e. the underlying mechanisms that explain how a program works and how the outcomes are produced, as well as the contextual factors that enhance and counteract the mechanisms, are shown in figure 1. The arrows denote the interaction between the factors.

Staff morale improvement could be divided into two outcomes. First, since the project, patient encounters appeared to be less burdensome to most healthcare workers via various mechanisms. Some staff members described that they feel less frustrated in the contact with a patient, others described it more as 'having more patience'[2]. Second, morale appeared to be determined by the feeling of making a difference to the patient. Respondents described how morale can be pulled down by the feeling of 'being stuck' with a patient. When exploring this feeling more deeply, some of the respondents stated that this negative feeling evolved out of not being able to offer the patient a solution. Thanks to the project, the staff members often felt that they were helping the patient better, which positively influenced their morale[3]. A schematic diagram of the context, mechanisms and outcomes is shown in figure 1. We chose to divide the mechanisms into two categories, according to the outcomes mentioned above, yet in reality, these mechanisms are overlapping and interacting.

The program mechanisms that produce outcomes

Patient encounters are perceived as less burdensome

Both care providers and other staff members mentioned that added information on patients provided by colleagues can have a substantial influence on how the healthcare worker feels towards that patient[4]. The mere knowing that other staff members also have difficulties with a certain patient was another mechanism that relieved the burden and was cited throughout all disciplines. Hearing from colleagues that they too have a hard time, that 'it is not your fault' and that 'you're doing what you are able to', has an important influence on healthcare workers' feelings[5-6]. Creating more role clarity is also a mechanism that came forward in several interviews[7-9]. Finally, trust is an important given when it comes to the atmosphere of patient encounters. Through the project, healthcare workers experienced that a patient's trust towards one healthcare worker triggers the patient to also trust other healthcare workers,

which gives them a positive feeling[10].

Staff members feel valuable to patients

Knowing that the patient is helped has a substantial contribution to healthcare workers' morale. This is not limited to the healthcare worker's own efforts in the patient's care, but also applies to care given by colleagues. Respondents state that the project makes it possible to approach the patient's care more broadly, which, according to the interviewees, often results in better care[11]. It also eases the healthcare worker's mind knowing that the patient is taken care of when he or she is not there[12]. Respondents expressed that sharing the care for a patient with a team and exchanging thoughts and feelings about that care, often result in new ideas. These new ideas can lead to the feeling of improved care taking[13]. Ultimately, the project enabled healthcare workers to find a common ground with the patient and with colleagues. This sense of teamwork is felt by healthcare workers and - according to the latter - by patients as well[14].

Contextual factors that influence the program mechanisms

The facilitating factors are displayed in figure 1[15-16]. A recurring theme that was mentioned to thwart the mechanisms was inefficiency. Both inefficient time management and communicative issues came forward. Several interviewees stated that there were few official meetings, often due to personal agendas that were hard to match. And when the meetings did take place, some respondents felt like there was not enough time provided for in-depth case reviews. On a communicative level, staff members stated that information was often being lost, either because it was written down in the patient file but not read, or because information was exchanged quickly in between patients, or because some staff members simply hardly see each other[17-18].

Discussion

Revising the initial CMO-hypotheses

Recognition by colleagues supports the 'therapeutic presence'-principle

The CMO-hypothesis that patient encounters are perceived as less burdensome because of the possibility for staff members to vent their emotions was confirmed by our research. Support by colleagues is shown to be associated with reduced burnout [13, 18]. We found that the underlying mechanism is mainly recognition. Patient encounters can be perceived as difficult because of the uncomfortable emotions caused by not being able to control the situation [20]. By sharing this feeling with colleagues, one can feel recognized and therefore relieved. This recognition helps healthcare workers to accept a (sometimes difficult) situation, and to realize that their mere presence and attention has a therapeutic value. This in turn can even create more mental space, which can eventually positively influence patient care (see also the reciprocal arrows in figure 1)[19]. In literature this is referred to as 'therapeutic presence' [26, 27].

Our findings corroborate the literature which states that a strong team culture protects both clinicians and other primary care staff from burnout in community mental health teams [13, 16, 17], and we therefore recommend that nurturing team culture should be an important focus.

Altered attitudes help to avoid 'compassion fatigue'

Our initial program theory comprised the hypothesis that exchanging professional knowhow is one of the mechanisms explaining how the project would improve staff morale, since a lack of confidence in skills can be a reason why a patient encounter is perceived as difficult [20]. However, our findings indicate that when it comes to affecting staff morale, this information

exchange is not actually about professional knowledge or skills, but rather about a change in understanding patients, resulting in altered attitudes towards the patients[20-21] [12]. Patient encounters can be perceived as difficult due to certain patient behaviors, such as 'stay sick' or demanding behaviors [20]. Mislabeling patient behaviors, can lead to feelings of frustration, inadequacy and guilt, which contribute to the process of burnout [12]. Understanding patients' psyche is an important strategy to cope with those difficult encounters [12, 20]. On the one hand, creating new insights will make healthcare workers' expectations more realistic, which promotes acceptance and supports the earlier mentioned 'therapeutic presence'-principle. On the other hand, these new insights can trigger the healthcare worker to try a different approach. Both can relieve the load of the patient encounters, preventing healthcare workers from experiencing a so called 'compassion fatigue'.

In addition to earlier recommendations promoting psychosocial trainings in order to reduce burnout levels [12, 19], we recommend promoting interprofessional collaboration. As inefficiency was mentioned as a pitfall, interdisciplinary formal meetings should be organized on a regular basis and in that way that cases can be discussed thoroughly, ensuring quantity does not beat quality.

Team role clarity results in higher staff morale

Originally, we assumed that task division reduces workload, and the project would improve staff morale in this way. Our research discloses the importance of role clarity in contrast to mere task division. Role stress is experienced when a discrepancy is perceived between what staff members believe to be their role expectations and what they are capable of achieving in reality, which is associated with higher emotional exhaustion [13]. Through a clear protocol, the project facilitates referral when needed and creates a collaboration where each fulfils its complementary role. Ensuring role clarity contributes to reducing the burden of patient

encounters, and thus to an improved staff morale [17]. Hence, we recommend that the role of each discipline is clearly defined when implementing similar projects.

Policy implications

Primary care for mental health is cost effective, and collaboration with mental health specialists is one of the strategies promoted by WHO and Wonca [1]. We have shown that a mental health team improves staff morale in a primary care setting, and literature indicates that patients and healthcare systems benefit from mentally resilient teams [12, 13, 14, 15, 16]. Therefore, we recommend local and national governments to provide adequate financing and resources for primary mental healthcare, hereby fostering interprofessional collaboration.

Limitations

Since not all disciplines were represented, the generalizability of the results is restricted. However, we did manage to involve staff from divergent disciplines, which adds to existing research. Research of a larger scope, involving more disciplines and using mixed methods would help us understand the mechanisms better and improve the validity of our research.

Characteristic to community health centers is the multidisciplinary approach that is embedded in their policy, as well as their ideology of ensuring a supporting management and an open atmosphere. Naturally, this makes it hard to apply our findings in other settings, but more importantly, in our opinion it embodies fundamental conditions for similar projects in order to improve staff morale. Again, more research is needed to confirm and to deepen our findings.

Finally, since the interviewer is a resident general practitioner at *WGC Rabot* and therefore not independent, this could have influenced the given statements in the interviews.

Conclusions

Our research confirmed the hypothesis that the involvement of an interdisciplinary mental health team in a primary care practice improves staff morale; two outcomes could be distinguished, i.e. the burden of the patient encounters was relieved, and staff felt more valuable to patients. We found that recognition is a main mechanism leading to those outcomes, supporting the 'therapeutic presence'-principle. Also, healthcare workers' attitudes towards patients changed, preventing them from experiencing 'compassion fatigue'. Finally, ensuring role clarity contributed to reducing the burden of patient encounters. On policy-level, we recommend to stimulate such interprofessional collaborations, thereby nurturing the described mechanisms and taking into account the pitfalls such as inefficiency.

References

1. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Singapore: World Health Organization (WHO) and World Organization of Family Doctors (Wonca); 2008.
2. Leff J. Science and society: The psychiatric revolution: care in the community. Nat Rev Neurosci. 2002 Oct;3(10):821-4. doi: 10.1038/nrn937. PubMed PMID: 12360326; eng.
3. Lester H, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? Br J Gen Pract. 2004 Apr;54(501):285-91. PubMed PMID: 15113497; PubMed Central PMCID: PMCPMC1314855. eng.
4. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004 Oct;185:283-90. doi: 10.1192/bjp.185.4.283. PubMed PMID: 15458987; eng.
5. Vickers KS, Ridgeway JL, Hathaway JC, et al. Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access. Gen Hosp Psychiatry. 2013 Sep-Oct;35(5):461-7. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.06.011. PubMed PMID: 23910217; eng.

6. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg [Guidebook for a better mental healthcare][Internet]. Brussels: Flemish government; 2009. Available from: http://www.psy107.be/index.php/nl/
7. Malone D, Newton-Howes G, Simmonds S, et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (3):CD000270. doi: 10.1002/14651858.CD000270.pub2. PubMed PMID: 17636625; PubMed Central PMCID: PMCPMC4171962. eng.
8. Simmonds S, Coid J, Joseph P, et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. Br J Psychiatry. 2001 Jun;178:497-502; discussion 503-5. PubMed PMID: 11388964; eng.
9. Eve JD. Sustainable practice: how practice development frameworks can influence team work, team culture and philosophy of practice. J Nurs Manag. 2004 Mar;12(2):124-30. PubMed PMID: 15009628; eng.
10. Online database of master's theses of resident general practitioners [Internet]. Leuven: ICHO; 2017. Available from: http://www.icho-info.be/masterproeven/
11. Cijfers centra voor geestelijke gezondheidszorg [Figures of mental healthcare centers][Internet]. Brussels: Agentschap Zorg en Gezondheid; 2016. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers
12. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, et al. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? J Adv Nurs. 2002 Mar;37(5):470-6. PubMed PMID: 11843986; eng.
13. Portoghese I, Galletta M, Burdorf A, et al. Role Stress and Emotional Exhaustion Among Health Care Workers: The Buffering Effect of Supportive Coworker Climate in a Multilevel Perspective. J Occup Environ Med. 2017 Oct;59(10):e187-e193. doi: 10.1097/jom.0000000000001122. PubMed PMID: 28777201; eng.
14. Helfrich CD, Simonetti JA, Clinton WL, et al. The Association of Team-Specific Workload and Staffing with Odds of Burnout Among VA Primary Care Team Members. J Gen Intern Med. 2017; :1-7. doi: 10.1007/s11606-017-4011-4.
15. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21. doi: 10.1016/s0140-6736(09)61424-0. PubMed PMID: 19914516; eng.

16. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E, et al. Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. J Am Board Fam Med. 2014 Mar-Apr;27(2):229-38. doi: 10.3122/jabfm.2014.02.130215. PubMed PMID: 24610185; eng.
17. Onyett S. Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. J Ment Health. 2011 Apr;20(2):198-209. doi: 10.3109/09638237.2011.556170. PubMed PMID: 21406021; eng.
18. Johnson S, Osborn DP, Araya R, et al. Morale in the English mental health workforce: questionnaire survey. Br J Psychiatry. 2012 Sep;201(3):239-46. doi: 10.1192/bjp.bp.111.098970. PubMed PMID: 22790677; eng.
19. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. Br J Gen Pract. 1998 Oct;48(435):1647-51. PubMed PMID: 10071396; PubMed Central PMCID: PMCPMC1313238. eng.
20. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. J Am Board Fam Med. 2006 Nov-Dec;19(6):533-41. PubMed PMID: 17090786; eng.
21. Espeland KE. Overcoming burnout: how to revitalize your career. J Contin Educ Nurs. 2006 Jul-Aug;37(4):178-84. PubMed PMID: 16892669; eng.
22. Coppens E. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: Onderzoeksrapport [Research about the implementation of a primary care psychological function in Flanders: Research report][Internet]. Brussels: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/projecten-om-de-eerstelijnspsychologische-functie-in-te-voeren
23. Boutsen M. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update [Comparison of the cost and quality of two financial systems of primay care in Belgium: an update][Internet]. Brussels: Intermutualistisch Agentschap; 2017. Available from: http://aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf
24. Westhorp G. Realist Impact Evaluation: An Introduction [Internet]. London: Methods Lab; 2014. Available from: http://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation
25. Pawson R, Tilley N. Realist Evaluation Bloodlines. Am J Eval. 2001;22(3):8.
26. La Torre MA. Enhancing therapeutic presence. Perspect Psychiatr Care. 2002 Jan-Mar;38(1):34-6. PubMed PMID: 11939085; eng.

27. Schapira L. The essential elements of a therapeutic presence. Cancer. 2013 May 1;119(9):1609-10. doi: 10.1002/cncr.27946. PubMed PMID: 23341022; eng.

Supplementary 1

Text box 1: Interview quotes. Quotes are organized into categories of context, mechanisms and outcomes, and ordered numerically based on first appearance in the text.

Context	(1) It is not that it is impossible, but I think that – specifically for us –there are a lot of those patients on our agendas, one after the other, and that it is never easy, that it is never just a walk in the park, that it is almost always difficult. (doctor) (15) I think that the mediators to intercultural care play a very important role here, after all they have been around for a while. They know some patients very well, they know their cultural background, about which they can provide some explanation, because some people have a certain way of reasoning or thinking, they can give some tips in that matter. Often, they are a confidential adviser to patients, that is why they can be valuable when they are involved in certain conversations. (social worker) (16) Among other things we have a coordinator who can be consulted low threshold for problems or questions (…). Also, we often meet on informal moments with the whole team to explore what creates a burden [to the team]. We also try to reinforce the team-resilience by organising positive activities. (doctor) (17) I think it is more efficient or valuable if a certain case can be discussed in-depth. I think now we are stuffing the agenda with short five minute-patient-overviews, which doesn't really add any value (…). I think that it would be interesting to actually dig out some things with which you are really stuck (…), until you actually know what to do with it. Instead of pronouncing after fifteen minutes: "Stop, next, time's up!" (doctor) (18) Yes, and then you have the problem that it reaches one person, but we are a large administrative team, so it also has to get to all the other people, and that is just not possible. (administrative clerk)
Mechanisms	(4) Yes, I think that is an important one, because otherwise it sticks with you, and you go home and you think: "Damn it, stop whining!" Whereas if you know this [behaviour] fits within his pathology, then it is like "Oh, O.K., that's O.K., there's no other way, there." (administrative clerk)

	(5) But even then, it is also good to know: "Now we have thought about it with ten people, and actually we all don't know. So it is not me, that I don't know, we all don't know, it is just a difficult case." (nurse) (6) And just hearing: "Yes, this is the situation, it's not that you haven't done your job well or that you haven't tried", but sometimes you encounter your limits (…). And then it can be nice, to hear from a colleague: "You have done what you can do". (social worker) (7) Actually, there are patients of whom you think: "I have reached the boundaries of my abilities", that is not pleasant. (…) And if you can refer precisely that patient to a psychologist in the center (…) the frustration that has built up, is gone again, and therefore you get a sort of mutual understanding. (doctor) (8) It creates a certain peace. "Look, the doctor will join us then, we will discuss this then, now we will leave it for a moment".(…) So for me that means a great added value and a relief. (nurse) (9) But then you get to the point where you think: "How will we do this?", and then it is more constructive, because you complement each other, and each takes up his share. And the part with which everybody was just fiddling because it was actually no one's, is dealt with together. Instead of (…) everybody thinking: "I have to take this up too", no, we each do our share, and the part that is of nobody specifically, we take on together. (nurse) (10) I notice that patients, who have been referred to me within the center, put their trust in the center easily, and therefore they put their trust in the disciplines in the center too. (…) That generates a positive feeling. (…) It [the referral] doesn't result from a compulsory, negative idea, but from a positive idea. And that leaves me with a good feeling. (social worker) (11) I still have the same patients, with the same complaints - psychosomatic complaints, those are the most burdensome patients – (…), but I have the feeling that not only the physical side, but also the other [psychological] side is being addressed. And that helps me, emotionally. (physical therapist) (12) I think it is that mental load, more specifically the fact that: "I am not there tomorrow, but (…) the doctor is here, I will pass it on, it is not interrupted, it continues." (…) Then I am reassured too, I can go home, I can turn off that button, and my patient is taken care of. (nurse) (13) And I also have the feeling that those shared patients are perceived as less burdensome and that you have got fresher ideas, a fresh view (…). And I feel like it creates a feeling of 'moving forward' for all parties, (…), to feel like there is an

	evolution, that there is a growth in the cooperation, in the patient, in his functioning, whatever… And that, for me personally, creates less work load. (nurse) (14) And that is what it is about, (…): We share a path with that patient, who is having a hard time and doesn't feel well psychologically (…). But that doesn't matter, because we are on the same page, we are heading in the same direction, with that patient. (…) And I notice that – when you are on the same page with different care providers – patients are aware of this. (…) And then it is just nice, I think, for the people [the patients] to hear: "We are heading in the same direction to get further in life". (…) And I think it's always nice [for a care provider] to see that something is evolving. (nurse) (19) For me it gives calmness. Sometimes you are frustrated because you don't achieve what you want (…) with a patient. But sometimes you just have to accept it, that it does not always work out, and the fact that you are aware of that, makes you interact differently with the patient, which gives calmness, which in turn makes you able to focus on other things. (social worker) (20) If I can express my feelings about a patient, (…), that psychologist can in some way frame that patient and explain why that patient evokes this feeling in me. (…) So, even if you had the feeling of 'being stuck' with a patient, you can actually carry forward again with that patient, thanks to the new insights of that psychologist.(doctor) (21) Sometimes I think I am more patient with somebody [a patient], if a care taker says: "Look, this happened, or this will happen… And therefore that person is more agitated or…". (administrative clerk)
Outcomes	(2) In fact, you encounter your own limits with a certain patient, which is frustrating for the doctor as well as for the patient, and then suddenly comes along somebody who gains new insights because of a different time frame, who creates new possibilities, and then you actually continue on a new 'élan'… (doctor) (3) When I know that somebody [a patient] can talk about psychological problems or lets them be treated, I feel better, because I know that the patient gets that support as well. And then it is not all carried by us, physical therapists or doctors, and somebody who had the education, is treating the patient. That makes me feel like the patient is helped better (…). It is kind of a relief, the fact that somebody else can help the patient better, psychologically or socially. (physical therapist)

GOEDGEKEURD PROTOCOL

TITEL VAN HET ONDERZOEK

Hoe kan een psychosociaal team rond de zorg voor patiënten met psychosociale problemen bijdragen tot een verminderde werkbelasting voor de zorgverleners van het multidisciplinaire team van wijkgezondheidscentrum Rabot? - Een *realist evaluation*

GOEDGEKEURD PROTOCOL

De methodologische gouden standaard bij een *realist evaluation* is pluralisme, er zal met andere woorden worden gebruik gemaakt van *mixed methods*. De essentie van het onderzoek zal bestaan uit het formuleren en herformuleren van CMO-hypothesen (*context, method, outcome*; zie ook bijlage 1 “Achtergrondinformatie”).

Eerste fase: verkennen van het thema en formuleren van eerste CMO-hypothesen

Er zullen enkele CMO-hypothesen worden geformuleerd die als uitgangshypothesen zullen dienen voor het verdere project. Deze worden opgesteld op basis van verschillende informatiebronnen, in het bijzonder mijn ervaringen binnen de praktijk en literatuuronderzoek in verschillende databasen.

Tweede fase: kwalitatief onderzoek

Deze CMO-hypothesen zullen aanleiding geven tot een eerste *topic*-lijst voor een aantal semigestructureerde diepte-interviews en focusgroepen. Gezien het in deze fase van het onderzoek nog niet mogelijk is om deze *topic*-lijst op te stellen, zal die later worden ingediend bij de ethische commissie als amendement. De personen die in aanmerking komen voor de interviews zullen worden geselecteerd aan de hand van *purposive sampling**, op basis van hun functie en rol binnen de organisatie. Voor het afnemen van de interviews zal elke deelnemer correct worden geïnformeerd en zal mondeling en schriftelijk toestemming worden gevraagd, dit in overeenstemming met de wet voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (zie bijlage 2). Van deze interviews en focusgroepen zullen geluidsopnames worden gemaakt die daarna volledig zullen worden uitgeschreven. De geluidsopnames zullen na het afronden van deze thesis worden vernietigd. De transcripten zullen door mij worden gecodeerd. Het gebruik van “gecodeerde gegevens” laat mij als onderzoeker toe verder in het onderzoek verbanden te leggen en op die manier CMO-hypothesen te toetsen en zo nodig bij te stellen.

Derde fase: toetsen van gegevens uit kwalitatief onderzoek aan literatuur én kwantitatieve data; (her)formuleren van (nieuwe) CMO-hypothesen

De informatie die uit de interviews wordt verkregen, zal worden geanalyseerd en dit zal aanleiding geven tot het bijsturen van bestaande of opstellen van nieuwe CMO-hypothesen. Deze zullen worden getoetst aan de literatuur en zo nodig ook aan kwantitatieve gegevens verkregen uit het elektronisch medisch dossier van de betreffende groep patiënten. In deze fase zal met andere woorden een kwantitatief onderzoek worden gedaan. Bij zijn/haar inschrijving in WGC Rabot ondertekent elke patiënt een toestemmingsformulier waarin hij/zij instemt met het gebruik van zijn/haar gegevens in het kader van een onderzoeksproject van de HAIO (zie bijlage 3). Uiteraard kan de patiënt er op dat moment voor kiezen hiermee niet akkoord te gaan. Dit zal voor deze masterproef worden gerespecteerd, en deze patiënten zullen niet worden geïncludeerd voor het gegevensonderzoek. De gegevens zullen volledig anoniem worden verwerkt. Ik zal mij in de dossiernazichten beperken tot de relevante persoonsgegevens (bv. consultaties gekoppeld aan relevante gezondheidselementen, demografische gegevens…), en op die manier zal ik geen inzage krijgen in andere informatie die geen bijdrage levert aan mijn onderzoek.

Vierde fase: (her)formuleren van (nieuwe) CMO-hypothesen en verfijning of heroriëntering van de MRT (zie ook bijlage 1 “Achtergrondinformatie”)

Op de hierboven beschreven manier zullen voortdurend CMO-hypothesen worden geformuleerd en bijgestuurd. Op basis van de gegevens uit de interviews, de literatuur en de kwantitatieve data, zal worden bepaald of een tweede en/of derde interviewronde aan de orde zal zijn. In klassiek kwalitatief onderzoek wordt er beslist af te zien van verdere interviews wanneer er “verzadiging” optreedt; Echter in een *realist evaluation* kan dit een moment zijn waarop er juist wordt beslist dieper te graven. De tevredenheid van de onderzoeker over de verkregen CMO-hypothesen, maar ook praktische overwegingen (bv. het beperkte tijdsvenster), zullen mee het afronden van het kwalitatieve luik bepalen.

*****PURPOSIVE SAMPLING**:** een methode waarbij de onderzoeker zich baseert op zijn/haar eigen beoordeling om te bepalen welke leden van een populatie kunnen deelnemen aan een studie.

Informatie en Toestemmingsformulier voor de proefpersoon (deelnemer)

Titel van de studie: Hoe kan een psychosociaal team rond de zorg voor patiënten met psychosociale problemen bijdragen tot een verminderde werkbelasting voor de zorgverleners van het multidisciplinaire team van wijkgezondheidscentrum Rabot? - Een *realist evaluation*[1]

Opdrachtgever: Universiteit Gent, promotor Peter Decat, Peter.Decat@UGent.be, 093323610

Comité voor Medische Ethiek: Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UZ Gent

Artsen-onderzoeker: Marieke De Sutter, huisarts in opleiding, marieke.de.sutter@wgcrabot.be, 0498578069

Praktijkopleider: An De Sutter, An.DeSutter@UGent.be, 092771077

Deel 1: INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER

Beste collega,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik een onderzoek naar de invloed van het psychosociale team in wijkgezondheidscentrum (WGC) Rabot op de zorgzwaarte ervaren door het team van WGC Rabot. Dit onderzoek gebeurt in de periode van maart 2017 tot en met ten laatste september 2018,onder toezicht van de Universiteit Gent.

Met mijn masterproef wil ik de volgende stelling onderzoeken: “In het wijkgezondheidscentrum Rabot, dat gevestigd is in een multiculturele, sociaal kwetsbare Gentse wijk, beïnvloedt een team rond psychosociale zorg, bestaande uit twee psychologen, een maatschappelijk werker en een psychiatrische verpleegkundige, de werkbelasting voor het team van WGC Rabot op een positieve manier; Dit gebeurt doordat de samenwerking met dit team tot gevolg heeft dat de zorg voor de patiënten op een interprofessionele manier wordt benaderd.” Om dit te onderzoeken, zal ik gebruik maken van een combinatie van kwalitatief onderzoek[2] (semigestructureerde[3] diepte-interviews[4] en focusgroepen[5]) en kwantitatief onderzoek[6] (gegevensverzameling van patiënten)(zie ook “Aanvullende informatie” – “Verklarende woordenlijst”).

Met dit formulier wil ik u meedelen dat u in aanmerking komt voor een deelname aan de interviews, en zou ik u daarom ook vriendelijk willen verzoeken tot een deelname. De inclusiecriteria voor de interviews zijn enerzijds het ervaren van zorgzwaarte wanneer het gaat om de zorg voor de reeds beschreven groep patiënten, en/of de vraag of een interview zou bijdragen tot een beter inzicht in de contextgebonden factoren en mechanismen die de werkbelasting beïnvloeden.

Het interview zal plaatsvinden in het WGC en zal maximaal één uur in beslag nemen. Het is mogelijk dat u zal worden gevraagd om deel te nemen aan een tweede of derde interview. Van deze interviews en focusgroepen zullen geluidsopnames worden gemaakt die daarna volledig zullen worden uitgeschreven. De geluidsopnames zullen na het afronden van deze thesis worden vernietigd. Alle gegevens zullen - in overeenstemming met de wet voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer - vertrouwelijk worden behandeld en op een gecodeerde manier worden verwerkt, dit wil zeggen dat uw gegevens slechts door middel van een code kunnen worden in verband gebracht met uw identiteit. De deelname aan het

onderzoek gebeurt vrijwillig en zonder vergoeding, noch zullen u kosten worden aangerekend.

Een risico verbonden aan een deelname, is dat tijdens de interviews gevoelige thema's kunnen worden aangesneden, wat emotioneel belastend kan zijn. Dit valt meer te verwachten bij de diepte-interviews. Ik zal als onderzoeker op mijn hoede zijn voor dergelijke risico's, en steeds handelen met respect voor uw gevoelens en uw wensen als deelnemer. Als er pijnlijke en moeilijke emoties naar boven komen die opvolging vragen kan dit eventueel opgevolgd worden door de zorgcoach van WGC Rabot of door de coördinator.

Uw deelname is vrijwillig; Er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u mij of mijn praktijkopleider prof. dr. An De Sutter laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten. De beslissing om al dan niet (verder) deel te nemen zal geen nadelige gevolgen hebben.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de factoren die de werkbelasting van het team bepalen en hoe de samenwerking met een psychosociaal team al dan niet deze werkbelasting beïnvloedt. Op die manier hoop ik tot aanbevelingen te komen die in de eerste plaats het team van WGC Rabot verder zullen helpen. Er is evenwel geen enkele garantie dat uw deelname aan deze studie u voordeel zal opleveren.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot deelname aan de studie. Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u steeds met mij of mijn praktijkopleider prof. dr. An De Sutter contact opnemen.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,
Marieke De Sutter

Deel 2: GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Deelnemer

Naam deelnemer: …….

Ik bevestig dat .....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft 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 met een door mij gekozen persoon, zoals een familielid of collega, te praten.

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 zonder nadelige gevolgen.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (terugkoppeling naar uw identiteit door de arts-onderzoeker is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de Verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord (doorhalen wat niet van toepassing is) dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie voor een betere kennis van de problematiek en de omgang ermee.

Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

Voor deze studie bent u, conform de Belgische wet van 7 mei 2004, gedekt door de verzekering van Universiteit Gent, waaraan de promotor van deze studie is verbonden. Dit gezien de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer:

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende, Marieke De Sutter, arts-onderzoeker, verklaar 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 tot 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 laatste versie van 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 arts-onderzoeker:

Deel 3: AANVULLENDE INFORMATIE

Achtergrond

De patiëntenpopulatie van het wijkgezondheidscentrum Rabot is er één met een belangrijke psychosociale problematiek en met een hoge zorgnood. In de jaren die volgden op het ontstaan van het wijkgezondheidscentrum, kwamen er steeds meer signalen van de verschillende zorgverstrekkers en andere teamleden dat de zorg voor een bepaalde groep patiënten veel van hen eiste en om meer ondersteuning vroeg. Het betreft patiënten met belangrijke psychische of psychiatrische problemen, vaak met een geladen sociale achtergrond.

Om een antwoord te bieden op deze signalen, werd een werkgroep rond psychosociale zorg opgericht, die op zijn beurt een plan uitwerkte om aan de vragen tegemoet te komen. Dit werd het project “zorgsubstitutie psychosociale zorg”. Dit hield in dat twee GAP-psychologen[7] en een maatschappelijk werker werden aangeworven, dat enkele taken van de psychiatrische verpleegkundige, die voordien officieus verliepen, formeel werden gemaakt en uitgebreid. De werking van dit nieuwe team bestaat concreet uit de volgende kerntaken:

- Identificatie van de patiënten die in aanmerking komen voor een dergelijke ondersteuning door de betrokken zorgverleners (huisarts, kinesitherapeut en verpleging).
- Opstellen van een daartoe voorzien sjabloon met belangrijke medische/psychologische/ sociale informatie, dat wordt geïmplementeerd in het EMD.
- Gerichte doorverwijzing naar de adequate zorgverlener (psycholoog, maatschappelijk werker of psychiatrische verpleegkundige).
- Bespreking van de patiënten op een zes-wekelijks multidisciplinair overleg (“MDO psychosociale zorg”).

Verklarende woordenlijst

1. *Realist evaluation*: Methode die onderzoekt “wat voor wie werkt in welke omstandigheden, in welk opzicht, in welke mate en waarom”. Om op deze vraag te antwoorden proberen *realist evaluators* de onderliggende mechanismen te

identificeren die verklaren hoe een resultaat (*outcome*) wordt bekomen en wat de invloed is van de context.

2. *Kwalitatief onderzoek*: Onderzoek naar opvattingen, meningen, gedragingen en gevoelens van personen over een duidelijk omschreven onderwerp.
3. *Semigestructureerd (interview)*: Hierbij wordt er gebruik gemaakt van een algemeen interviewschema met vooropgestelde, wat algemener geformuleerde, vragen, waar kan worden van afgeweken. Het gaat om open vragen.
4. *Diepte-interview*: Bij een diepte-interview vindt er een gesprek plaats tussen een getrainde interviewer en één respondent. De gesprekken zijn gericht op het achterhalen van motivaties en gedachten over een onderwerp.
5. *Focusgroep*: Een groep mensen die in een gestructureerde groepsdiscussie ervaringen uitwisselt.
6. *Kwantitatief onderzoek*: Kwantitatief onderzoek is objectief en is gericht op cijfers, of ook wel numerieke gegevens.
7. *GAP-psycholoog*: Vrijwillige psycholoog die gedurende de therapie-opleiding (twee jaar) therapeutische sessies kan aanbieden onder supervisie.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Peter DECAT
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0346	18-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Hoe kan een psychosociaal team rond de zorg voor patiënten met psychosociale problemen bijdragen tot een verminderde werkbelasting voor de zorgverleners van het multidisciplinaire team van wijkgezondheidscentrum Rabot?
- Een realist evaluation (MaNaMa Marieke De Sutter)

Belgisch Registratienummer: B670201731880

* Antwoord onderzoekers dd. 14/05/2017 (via mail dr. M. De Sutter ontv. dd. 15/05/2017) op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 14/05/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de proefpersoon (deelnemer) - (bijlage 2) - versie 2 dd. 14/05/2017
* Protocol (bijlage 1) - versie 2 dd. 14/05/2017
* Inschrijvingsformulier voor patiënten van wijkgezondheidscentrum Rabot - (bijlage 3) - versie 2 dd. 14/05/2017

Advies werd gevraagd door:

P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

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

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0346	18-mei-17	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

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

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Hoe kan een psychosociaal team rond de zorg voor patiënten met psychosociale problemen bijdragen tot een verminderde werkbelasting voor de zorgverleners van het multidisciplinaire team van wijkgezondheidscentrum Rabot? - Een *realist evaluation*

2. REDEN VAN AMENDEMENT

In de oorspronkelijke aanvraag ter goedkeuring van het project bij het Ethisch Comité, waarvan de goedkeuring werd verkregen op 18/05/2017, wordt het volgende beschreven: “Deze CMO-hypothesen zullen aanleiding geven tot een eerste topic-lijst voor een aantal semigestructureerde diepte-interviews en focusgroepen. Gezien het in deze fase van het onderzoek nog niet mogelijk is om deze topic-lijst op te stellen, zal die later worden ingediend bij het Ethisch Comité als amendement.” Deze hypothesen konden nog niet worden opgesteld op het moment van de aanvraag omdat het belangrijkste deel van het literatuuronderzoek nog diende te gebeuren. De topic-lijsten van de eerste interviews gingen uit van deze op literatuur gebaseerde hypothesen, nadien vormden zich geleidelijk aan nieuwe hypothesen op basis van de resultaten verkregen uit de interviews of werden de oorspronkelijke hypothesen verder uitgediept. Op deze manier kwamen onderstaande topic-lijsten tot stand.

Promotor:
dr. Peter Decat

Huisarts-in-opleiding:
dr. Marieke De Sutter

3. TOPIC LIJSTEN INTERVIEWS

Diepte-interview 1: zorgverlener 1

Topic	*Voorbeeldvragen*
Algemeen	Wat betekent het project voor u?
Leren van elkaar	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Delen van ervaringen	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Verdelen van taken	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?

Diepte-interview 2: zorgverlener 2

Topic	*Voorbeeldvragen*
Algemeen	Heeft u het gevoel dat het project een invloed heeft gehad op de zorgzwaarte van het team? Op welke manier?
	Wat betekent dat voor u?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Verdelen van taken	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren? Voor u en voor uw collega's?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Leren van elkaar	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren? Voor u en voor uw collega's?
Delen van ervaringen	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren? Voor u en voor uw collega's?

Diepte-interview 3: zorgverlener 3

Topic	*Voorbeeldvragen*
Algemeen	Heeft u het gevoel dat het project voor u een invloed heeft gehad op de zorgzwaarte? Op welke manier?
	Wat betekent dat voor u?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Verdelen van taken	Hoe gebeurt dit concreet?

	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Heeft het project een invloed op de tijdsindeling? Op welke manier?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Leren van elkaar	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Delen van ervaringen	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?

Diepte-interview 4: zorgverlener 4

Topic	*Voorbeeldvragen*
Algemeen	Heeft u het gevoel dat het project een invloed heeft gehad op de zorgzwaarte van het team? Op welke manier?
	Wat betekent dat voor u?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Multidisciplinaire benadering	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt het overleg georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren? Voor u en voor uw collega's?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Taal- en cultuuraspecten	Speelt dit een rol op vlak van zorgzwaarte?
	Wordt hier aandacht aan besteed in het project?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Delen van ervaringen	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?

Diepte-interview 5: zorgverlener 5

Topic	*Voorbeeldvragen*
Algemeen	Heeft u het gevoel dat het project voor u een invloed heeft gehad op de zorgzwaarte?
	Wat betekent dat voor u?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Multidisciplinaire benadering	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt het overleg georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Taal- en cultuuraspecten	Speelt dit een rol op vlak van zorgzwaarte?
	Wordt hier aandacht aan besteed in het project?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk

	functioneren?
Invloed van overleg op creativiteit in de zorg	Hoe ervaart u dit?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Invloed van overleg op inzicht in de patiënt	Hoe ervaart u dit?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Delen van ervaringen	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?

Focusgroep 1: onthaalmedewerkers

Topic	*Voorbeeldvragen*
Algemeen	Wat roept het project gevoelsmatig op bij jullie?
Multidisciplinaire benadering	Hoe gebeurt dit concreet?
	Heeft het project een invloed op taakafbakening voor jullie?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
	Kan u eens een voorbeeld geven?
Invloed van overleg op inzicht in de patiënt	Hoe ervaren jullie dit?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?
Delen van ervaringen	Hoe gebeurt dit concreet?
	Hoe wordt dit georganiseerd?
	Wat is daar het gevolg van? Op vlak van professioneel en persoonlijk functioneren?

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Peter DECAT
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 26.88		ethisch.comite@uzgent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0346	14-feb-18	Zie "CC"

BETREFT :
Advies Amendement voor studie met als titel:
Hoe kan een psychosociaal team rond de zorg voor patiënten met psychosociale problemen bijdragen tot een verminderde werkbelasting voor de zorgverleners van het multidisciplinaire team van wijkgezondheidscentrum Rabot? - Een realist evaluation (MaNaMa Marieke De Sutter)

Belgisch Registratienummer: B670201731880
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 22/01/2018 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

° Vragenlijst
TOPIC LIJSTEN INTERVIEWS

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 5/02/2018.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 20/02/2018.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten,

i.o. Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

Prof. Dr. R. Rubens

cc. FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics