

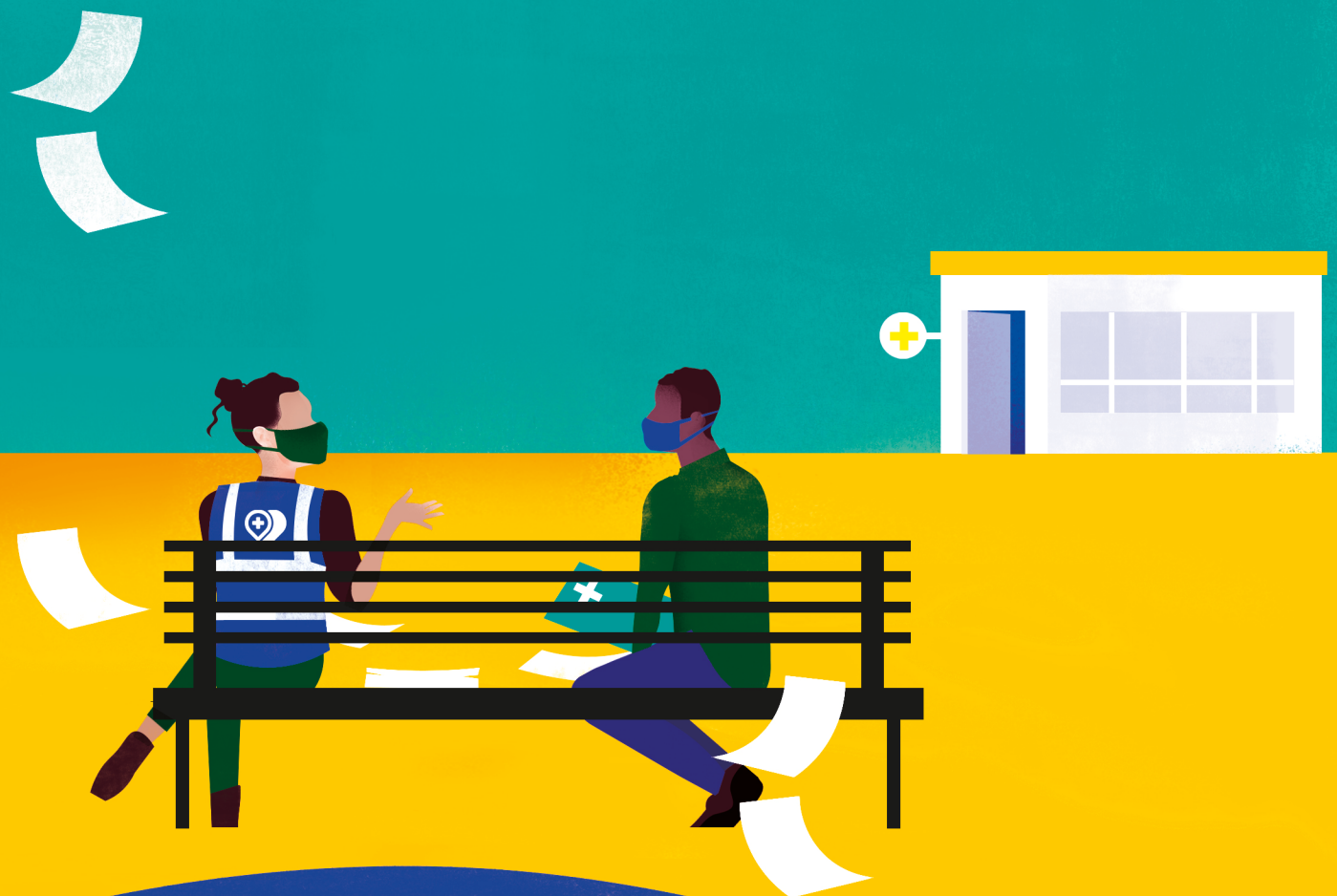
RAPPORT 2021

COMMUNITY HEALTH WORKERS IN BELGIË

CAROLINE MASQUILLIER

THEO COSAERT

EDWIN WOUTERS



Dankbetuiging: De auteurs willen graag alle personen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, community health workers en coaches hartelijk bedanken voor hun deelname aan het onderzoek. Verder willen zij ook graag alle projectcoördinatoren bedanken voor hun steun aan deze studie.

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Nationaal InterMutualistisch College (NIC) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Auteurs: Caroline Masquillier, Theo Cosaert & Edwin Wouters

Gelieve naar het rapport te verwijzen als: Masquillier Caroline, Cosaert Theo en Wouters Edwin (2022), Community health workers in België – rapport 2021, Universiteit Antwerpen: Antwerpen, 150 p., ISBN: 9789057287343

Depotnummer: D/2022/12.293/06

Illustratie Cover: Annelien Smet

I. Samenvatting	6
II. Inleiding	10
Doel van het project community health workers	12
Opbouw rapport	12
III. Implementatie van het community health worker project in België	14
1. Structurele omkadering	15
1.1 Bestuursstructuur	15
1.1.1 Federale bestuursstructuur	15
1.1.2 Regionale bestuursstructuur	16
1.1.2.1 Vlaanderen.....	16
1.1.2.2 Brussel.....	18
1.1.2.3 Wallonië en Duitstalige gemeenschap.....	19
1.2 Personeelszaken	20
1.2.1 Vacature en functieomschrijving.....	20
1.2.2 Rekrutering	22
1.2.3 Profiel	25
1.2.3.1 Profiel community health workers	25
1.2.3.2 Profiel coaches	27
1.2.4 Verloning en andere bijkomende voordelen	27
1.2.5 Opvolging en coaching.....	28
1.3 Ondersteunende materialen.....	30
1.3.1 Interventie materiaal	31
1.3.2 IT-materiaal	32
1.4 Opleiding.....	32
1.5 COVID-19 bescherming	33
1.6 Werkgever.....	33
1.7 Privacy- en security-maatregelen	34
1.8 Budget.....	35
2. Implementatie op het terrein	35
2.1 Selectie wijken en verdeling community health workers per wijk.....	35
2.1.1 Selectie wijken	35

2.1.2	Verdeling community health workers over de verschillende wijken.....	38
2.2	Stakeholder analyse per wijk	39
2.2.1	Vlaanderen	39
2.2.2	Brussel	41
2.2.3	Wallonië en Duitstalige gemeenschap	41
2.3	Partnerschappen opzetten.....	43
2.3.1	Federaal	43
2.3.2	Vlaanderen	44
2.3.3	Brussel	47
2.3.4	Wallonië en Duitstalige gemeenschap	48
IV.	Kwalitatief onderzoeksluik	50
1.	Kwalitatief onderzoekskader	51
1.1	Theoretisch Kader	51
1.2	Methode	52
1.2.1	Ethische goedkeuring	52
1.2.2	Dataverzameling	53
1.2.3	Respondenten.....	55
1.2.4	Data-analyse	56
1.2.5	Feedback sessies met community health workers	57
1.3	Wetenschapscommunicatie.....	57
2.	Kwalitatieve resultaten.....	57
2.1	Onderzoeksvraag 1: wie heeft het community health worker project bereikt?	57
2.1.1	Mensen die leven op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden	57
2.1.2	Verscheidenheid aan zorgnoden	58
2.1.3	Outreach-strategiën om mensen uit de doelgroep te bereiken	61
2.2	Onderzoeksvraag 2: Hoe ondersteunen community health workers mensen in hun toegang tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde zorg?	64
2.2.1	Ervaren barrières bij toegang tot zorg	64
2.2.1.1	Overkoepelende barrières langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm.....	65
2.2.1.2	Barrières specifiek aan de stappen van het toegang-tot-zorg-continuüm	67
2.2.2	Community health workers bieden ondersteuning met betrekking tot barrières bij toegang tot zorg 72	
2.2.2.1	Overkoepelende ondersteuning die community health workers bieden langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm	72

2.2.2.2	Ondersteuning die community health workers bieden bij barrières specifiek aan stappen in het toegang-tot-zorg-continuüm.....	75
2.2.3	Signaalfunctie	80
2.3	Onderzoeksvraag 3: Welke successen en uitdagingen stelden zich in het community health worker project? En hoe kunnen we deze verbeteren naar de toekomst toe?	83
2.3.1	Bestuursstructuur	83
2.3.2	Personeelszaken	84
2.3.3	Ondersteunende materialen	95
2.3.4	Opleiding.....	102
2.3.5	Lokale inbedding.....	105
3.	Reflectie over de kwalitatieve studie	109
V.	Discussie.....	111
1.	Onderzoeksvragen.....	112
1.1	Wie heeft het community health worker project bereikt?	112
1.2	Hoe ondersteunen community health workers mensen in toegang tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde zorg?	113
1.3	Community health workers ondersteunen mensen langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm	114
1.3.1	Overkoepelende barrières langsheen toegang-tot-zorg-continuüm.....	114
1.3.2	Barrières per stap in het toegang-tot-zorg-continuüm	116
1.4	Welke successen en uitdagingen stelden zich in het community health worker project? En hoe kunnen we deze verbeteren naar de toekomst toe?	119
1.4.1	Bestuursstructuur	119
1.4.2	Personeelszaken	120
1.4.3	Ondersteunende materialen	123
1.4.4	Opleiding.....	124
1.4.5	Lokale inbedding.....	125
1.4.5.1	Inbedding in gemeenschap	125
1.4.5.2	Aansluiting bij gezondheidszorg	126
2.	Leren van community health worker programma's wereldwijd	127
2.1	Geschiedenis van community health worker programma's tot vandaag	127
2.2	Belgische community health worker project in het wereldwijde landschap	128
2.2.1	Grote diversiteit in community health worker programma's.....	129

2.2.2	Community health worker project: balanceren tussen een gestandaardiseerde en lokaal aangepaste context	129
2.2.3	Community health workers, een belangrijke en unieke, maar complexe rol tussen de gezondheidszorg en gemeenschap.....	131
2.2.3.1	Inbedding in de gemeenschap	132
2.2.3.2	Samenwerking met actoren in de gezondheidszorg.....	133
2.2.4	Sociale determinanten van gezondheid	134
2.2.5	Community health workers en de COVID-19 crisis	135
2.3	Blik naar de toekomst	136
2.3.1	Community health workers na de COVID-19 pandemie?	137
2.3.2	Lange termijnvisie en duurzame financiering.....	137
VI. Conclusie		139
VII. Bibliografie.....		142

I. Samenvatting

Voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden vormt de toegang tot gezondheidszorg een belangrijke en groeiende uitdaging (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, OECD 2017, De Ridder 2019). De COVID-19 pandemie heeft de bestaande sociale ongelijkheden in toegang tot zorg nog verscherpt (Peretz, Islam et al. 2020, Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, Burns, Graversen et al. 2021). Mensen met een beperkte of geen toegang tot de gezondheidszorg worden vaak omschreven als “hard to reach”. Maar vanuit hun perspectief zijn het de gezondheidsdiensten die moeilijk te bereiken zijn (Onyango, Schatz et al. 2017: p. 25-26). Innovatieve manieren zijn nodig om gezondheidszorg meer toegankelijk te maken voor deze onderbediende kwetsbare populaties (Arrazola de Oñate 2022) – tijdens en na de COVID-19 pandemie.

In lage-en middeninkomens en meer recent in hoge inkomenslanden, zet men hiervoor onder meer in op *community health workers* of kortweg CHWs. CHWs zijn vertrouwde leden van lokale gemeenschappen, die een gedeelde levenservaring hebben met de mensen die ze ondersteunen. Ze hebben een beperkte opleiding genoten om, onder meer, mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden te helpen navigeren door het gezondheidssysteem. Ze brengen de zorg dichterbij de patiënt, zijn gezin en gemeenschap (Peretz, Islam et al. 2020, Perry and Hodgins 2021). De academische literatuur toont aan dat CHWs ondersteuning kunnen bieden bij het versterken en toegankelijker maken van de eerstelijnsgezondheidszorg – om zo vooruitgang te boeken in billijke toegang tot kwaliteitsvolle en omvattende gezondheidszorg (Perry 2020, Afzal, Pariyo et al. 2021, Hodgins, Kok et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021, Perry and Hodgins 2021).

Tegen het licht van deze voorbeelden, keurde de Federale Ministerraad de opstart van het project *Community health workers* (CHWs) in België goed op 15 januari 2021 op initiatief van Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Nationaal InterMutualistisch College (NIC) kregen de opdracht om in 2021 het Belgische CHW-project vorm te geven met als doel toegang tot eerstelijns- en COVID-19 gerelateerde zorg te verbeteren voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden.

Dit rapport geeft een overzicht van de implementatie van het eerste project jaar en van de resultaten van het kwalitatief onderzoek aan de hand van de volgende drie onderzoeksvragen: (1) *Wie heeft het CHW-project bereikt?*; (2) *Hoe ondersteunen CHWs mensen in toegang tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde zorg?*; (3) *Welke successen en uitdagingen stelden zich in het CHW-project? En hoe kunnen we deze verbeteren naar de toekomst toe?* Verschillende onderzoeksmethoden werden gehanteerd in deze kwalitatieve studie (ethische toestemming van het Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen (SHW_21_55)): vijftien CHWs namen deel aan een *photovoice*-studie die vier fasen omvatte (i.e. een *photovoice*-training; participerende observaties; semigestructureerde diepte-interviews; en focusgroep discussies); dertien personen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden namen deel aan een semigestructureerd diepte-interview; en twee focusgroep discussies vonden plaats met in totaal negen coaches. Tot slot werden ook feedback sessies georganiseerd met de CHWs die deelnamen aan het onderzoek.

Met de bestaande wetenschappelijke literatuur indachtig van de noodzaak van een goed ondersteunend kader voor CHW-programma's (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021, Zulu and Perry 2021), werd in het eerste projectjaar binnen de beperkte tijd en met beperkte middelen hier een basis voor gelegd – onder meer met betrekking tot personeelszaken, interventie- en IT-materiaal, opleiding, COVID-19 bescherming en privacy en securitymaatregelen. Om dit project in goede banen te leiden, werd een federale en regionale bestuursstructuur opgezet, die de fundamenteën heeft gelegd om op lokale basis te kunnen werken en erg context specifiek te kunnen antwoorden aan lokale noden en te kunnen aansluiten bij bestaande lokale structuren. Bij de start van het project werd een selectie van de wijken gemaakt waar de CHWs actief zullen zijn. Verder werd binnen deze wijken een eerste stakeholder analyse uitgevoerd, gevolgd door het opzetten van lokale partnerschappen om de inbedding van de CHWs in de lokale wijken te faciliteren. Het opbouwen van een kader om de CHWs optimaal te ondersteunen in hun werk vergt echter tijd en middelen. Dit eerste projectjaar kan gezien worden als een pilootjaar, waarbij de eerste fundamenteën werden gelegd, waarop in een tweede jaar verder kan worden gebouwd – met aandacht voor (a) een duidelijk gedefinieerde rol als CHW; (b) kwalitatieve en voortdurende training van CHWs en coaches; (c) gedefinieerde carrièrepaden; (d) goede verloning en supervisie; (e) kwantitatieve opvolging van hun activiteiten aan de hand van een toegankelijke registratietool; (f) de nodige ruimte en materiaal voor hun werking; (g) de ontwikkeling van ondersteunende materialen om hun werk uit te voeren in samenspraak met de doelgroep; (h) het streven naar structurele aansluiting met gezondheidszorg en (i) verdere inbedding in de lokale wijken; (j) en het uitwerken van een systeem voor opvolging van signalen over structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021).

De kwalitatieve resultaten tonen aan dat CHWs mensen bereiken die leven op een kruispunt van verschillende kwetsbaarheden, die met elkaar verweven zijn en die elkaar kunnen versterken. Deze diversiteit in de mensen die de CHWs bereiken, resulteert in een grote verscheidenheid aan en veelal ook een combinatie van verschillende zorgnoden. Deze noden hebben betrekking tot COVID-19 gerelateerde zorg, eerstelijnszorg, vragen omtrent de ziekenfondsen en meer welzijns-gerelateerde vragen. In dit onderzoek botsten mensen uit de doelgroep op verschillende barrières die het continuüm van toegang tot zorg kunnen onderbreken – zoals geconceptualiseerd in het theoretisch kader van deze kwalitatieve studie op basis van het werk van Levesque en collega's (2013). Het kwalitatief onderzoek dat wordt gepresenteerd in dit rapport, toont aan dat CHWs de diverse barrières van een persoon pogen in ogenschouw te nemen bij het bieden van ondersteuning. Zo kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren aan het toeleiden van mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden naar de reguliere gezondheidszorg – op een manier die aangepast is aan de behoeften van de doelgroep. Centraal in hun werk staat het opbouwen van vertrouwen en het geven van onbevooroordeelde hulp op een *outreaching* wijze, waarbij ze tijd kunnen nemen voor onderbediende kwetsbare populaties. CHWs kunnen aldus een waardevolle brugfunctie vervullen

tussen het Belgische gezondheidssysteem en mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden die weinig of geen toegang hebben tot de reguliere gezondheidszorg.

Om het potentieel van CHWs in de Belgische gezondheidszorg waar te maken, vereist dit een beleid met een langetermijnvisie en duurzame financiering om een kader te creëren dat CHWs ondersteuning verleent in hun taken. Dit niet alleen tijdens de COVID-19 pandemie, maar ook nadien. Toegang tot gezondheidszorg was, is en zal immers in de toekomst een belangrijke uitdaging blijven in België (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020, Burns, Graversen et al. 2021).

II. Inleiding

België bevindt zich onder het Europese gemiddelde met betrekking tot gelijke toegang tot gezondheidszorg, ondanks de verscheidene maatregelen om de gezondheidszorg betaalbaarder en toegankelijker te maken (Buffel and Nicaise 2018). Terwijl in 2008 1,4% procent van de laagste inkomens aangeeft niet aan de nodige zorg te geraken, groeit de kloof tot 8 procent in 2016 (De Ridder 2019). Vooral mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties vinden moeilijk hun weg naar de gezondheidszorg. Meer specifiek bestaat deze groep voornamelijk uit mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen (De Ridder 2019, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020). Omwille van een complex samenspel van barrières vinden mensen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven moeilijk hun weg naar de gezondheidszorg, met onder meer uitstel of vermijden van zorg tot gevolg (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020). Daarnaast tonen studies aan dat mensen die leven in kwetsbare omstandigheden een hoger risico hebben om in slechtere gezondheid te verkeren en dus hogere zorgnoden hebben (Onyango, Schatz et al. 2017, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020). De wereldwijde COVID-19 pandemie heeft de bestaande ongelijkheden in toegang tot gezondheidszorg nog vergroot en deze kloof meer zichtbaar gemaakt (Peretz, Islam et al. 2020, Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, Burns, Graversen et al. 2021). Innovatieve manieren zijn nodig om gezondheidszorg meer toegankelijk te maken voor deze onderbediende kwetsbare populaties (Arrazola de Oñate 2022) – tijdens en na de COVID-19 pandemie.

Lage-en-midden-inkomens landen hebben gelijkaardige uitdagingen met toegang tot gezondheidszorg voor personen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties – zij het op een grotere schaal. Doordat een groot deel van de bevolking hiertoe behoort, hebben deze landen voortdurend moeten innoveren om toegang tot zorg te verzekeren in een context van beperkte middelen (Ahmed, Ahmed et al. 2017, Skopec, Issa et al. 2019). Eén van deze innovaties is de introductie van CHWs in het gezondheidssysteem, wiens voorgeschiedenis teruggaat tot onder meer de Alma-Ata Verklaring ter versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. CHWs zijn vertrouwde leden van lokale gemeenschappen, die een gedeelde levenservaring hebben met de mensen die ze ondersteunen. Ze hebben een beperkte opleiding genoten om, onder meer, mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden te helpen navigeren door het gezondheidssysteem. Ze brengen de zorg dichterbij de patiënt, zijn gezin en gemeenschap (Peretz, Islam et al. 2020, Perry and Hodgins 2021). In lage-en-midden-inkomens landen zijn CHWs gangbaar en hebben studies aangetoond dat deze programma's bijdragen aan het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg (Perry, Chowdhury et al. 2021). Een meer recente evolutie is dat ook hoge inkomens landen, en dan voornamelijk de Angelsaksische landen, de mogelijkheden om CHWs in te zetten in hun gezondheidssysteem verkennen (Hayhoe, Cowling et al. 2018, Javanparast, Windle et al. 2018, Singh et al. 2018). De COVID-19 pandemie heeft het belang van CHWs wereldwijd onderstreept en vormde voor België een katalysator om CHWs te introduceren in het Belgische gezondheidszorgsysteem.

Tegen het licht van deze voorbeelden, keurde de Federale Ministerraad de opstart van het *project Community health workers* in België goed op 15 januari 2021 op initiatief van Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke. Dit met het oog op het niet groter maken van de ongelijkheid in de COVID-19 crisis en ervoor te zorgen dat er maximaal ingezet

zou worden op het verhogen van de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Nationaal InterMutualistisch College (NIC) kregen de opdracht om dit project concreet vorm te geven en uit te voeren.

Doel van het project community health workers

De bestaande ongelijkheid in de toegankelijkheid naar gezondheidszorg werd onderstreept tijdens de COVID-19 crisis. Teneinde de kloof te verkleinen, worden CHWs ingezet in de wijken gekenmerkt door een laag gemiddeld inkomen met als doel het verbeteren van de toegankelijkheid tot de eerstelijnsgezondheidszorg voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden. Hierbij identificeren ze de barrières in toegang tot zorg en bieden ze ondersteuning op maat van de individuele persoon. Verder hebben de CHWs tot opdracht mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties toe te leiden en te ondersteunen in het gebruik van de gezondheidszorg en de ongelijkheid in de toegang tot de zorg te verkleinen. De CHWs signaleren structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg, met extra aandacht voor COVID-19-gevolgen.

Een belangrijke bijdrage aan de bestaande gezondheidszorg is het feit dat de CHWs *outreaching* werken om de brug te slaan tussen mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties en de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze werken buiten de muren van de gezondheidszorg en zoeken de mensen op in hun eigen leefwereld. CHWs werken in de straat, op pleinen, bij mensen thuis en in lokale organisaties. CHWs leggen contacten met mensen die zelf niet noodzakelijk een zorgnood hebben geuit en bouwen vertrouwen op. Deze manier van werken heeft tot doel om barrières in de toegang tot de zorg bloot te leggen zodat deze kunnen aangepakt worden om zo mensen op weg kan helpen naar bijvoorbeeld de huisarts, tandarts of het ziekenfonds.

Het project is opgestart op 26 januari 2021, datum van ondertekening van de overeenkomst met het RIZIV in toepassing van artikel 56 §1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en loopt af op 31 december 2021.

Gelet op de positieve ervaringen met het project in de loop van het eerste werkjaar, werd door het NIC een verlengingsaanvraag ingediend bij het RIZIV. Hiervoor werd een dossier opgesteld dat werd voorgesteld aan het Begeleidingscomité op 16 november 2021, dat positief adviseerde. Op 30 november 2021 werd de verlengingsaanvraag ook verdedigd voor de federale interkabinettenwerkgroep. Dit alles heeft geleid tot een positieve beslissing tot verlenging van het project door het Verzekeringscomité van het RIZIV op 13 december 2021.

Opbouw rapport

In hoofdstuk III, krijgt de lezer een overzicht van de implementatie van het *project Community Health Workers in België* tijdens het eerste jaar. In hoofdstuk IV, presenteren we de resultaten van het kwalitatief onderzoek waarbij werd gebruik gemaakt van de *photovoice* onderzoeksmethode, alsook

diepte-interviews en focusgroep discussies. Dit rapport wordt afgesloten met een discussie (V) en conclusie (VI) met betrekking tot het eerste project jaar, alsook een blik naar de toekomst.

III. Implementatie van het community health worker project in België

1. Structurele omkadering

Om het innovatieve project *CHWs in België* te implementeren, werden eerst belangrijke fundamenten gelegd. In dit hoofdstuk bieden we een overzicht van deze fundamenten, onder meer met betrekking tot personeelszaken, opleiding en privacy en securitymaatregelen. Om dit project in goede banen te leiden, werd een federale en regionale bestuursstructuur opgezet. Bij de start van het project werd een selectie van de wijken gemaakt waar de CHWs actief zullen zijn. Verder werd binnen deze wijken een eerste stakeholder analyse uitgevoerd, gevolgd door het opzetten van lokale partnerschappen.

1.1 Bestuursstructuur

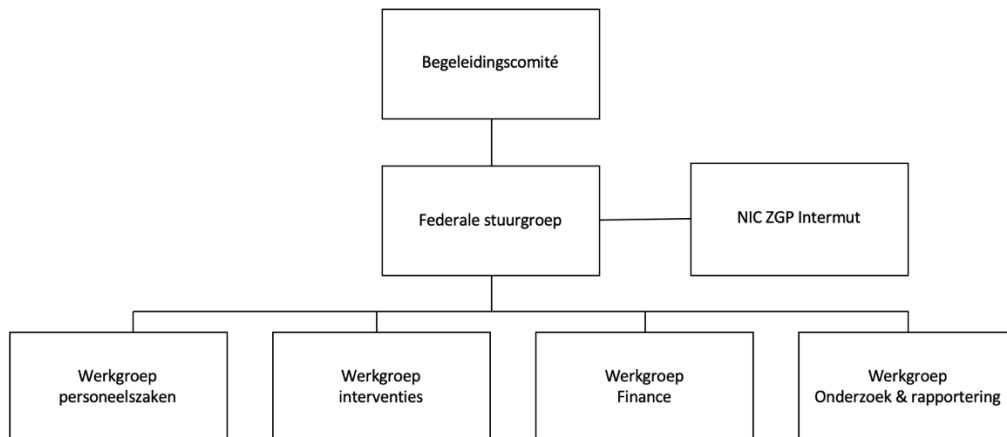
Het CHW-project kent een federale coördinatie om de krijtlijnen gezamenlijk uit te tekenen en te zorgen voor een gemeenschappelijke basis over de steden en regio's heen. Daar het CHW-project actief is in Vlaanderen, Brussel, Wallonië en de Duitstalige gemeenschap is er ook een regionale coördinatie aangesteld om de lokale inbedding te verzekeren.

1.1.1 Federale bestuursstructuur

Figuur 1 geeft een overzicht van de federale bestuursstructuur. Op federaal niveau staat een begeleidingscomité in voor de ondersteuning bij de implementatie. Daarnaast fungeert dit comité als klankbordgroep voor de federale stuurgroep. Het begeleidingscomité wordt voorgezeten door Tina Van Havere (Kabinet Vandenbroucke) en kwam in totaal in het eerste project jaar vier keer samen. Via zijn vertegenwoordigers in het begeleidingscommissie werd ook het verzekeringscomité, dat de samenwerkingsovereenkomst met ZGP Intermut goedkeurde, op de hoogte gehouden. Ook het 'NIC politiek' volgt het project op.

De federale stuurgroep wordt voorgezeten door de federale coördinator en bestaat uit de regionale coördinatoren, een vertegenwoordiger van elke verzekeringsinstelling en Caroline Masquillier, expert rond CHWs en onderzoekster aan de Universiteit Antwerpen. Rik Dessein, sponsor van het project en Tina Van Havere (Kabinet Vandenbroucke) vervoegen de vergadering wanneer nodig. Tijdens de opstartfase in het eerste project jaar, kwam de stuurgroep wekelijks samen. Vanaf juli was er een tweewekelijks overleg en naar het einde toe kwam de stuurgroep opnieuw wekelijks samen om het tweede projectjaar voor te bereiden en het eerste jaar af te sluiten. De stuurgroep vergaderingen dienen een divers doel: goedkeuring van de activiteiten per beheer fase, opvolging voortgang en bespreken van bijsturing waar nodig, projectdoelstellingen concretiseren, goedkeuring van de tussenresultaten, knelpunten oplossen, budget bewaken en eindresultaat valideren.

Figuur 1: Federale bestuursstructuur CHW-project België



De federale werkgroepen ‘personeelszaken’, ‘interventies’, ‘budgetopvolging’ en ‘onderzoek en rapportering’ gaven advies aan de federale stuurgroep en zorgden voor de uitwerking van de overkoepelende ondersteuning. Meer specifiek werd de volgende omkadering op federaal niveau overkoepelend georganiseerd: een arbeidskader (vb. functieomschrijving, rolbeschrijving, contract, verloning en personeelsadministratie); IT-ondersteuning; interventies die de CHW kan uitvoeren; registratiesysteem; monitoring budget en onderzoek. Deze omkadering is voor alle regio’s hetzelfde binnen dit federale project. Verder krijgt de rol van de CHWs concreet vorm op maat van elke wijk waar het CHW-project actief is. De federale werkgroepen ondersteunden de opstart van het CHW-project in de eerste helft van het eerste projectjaar en zijn stop gezet zodra de implementatie op het terrein een feit was. In het licht van de verlenging van het project, werden de werkgroepen terug opgestart eind 2021 met het oog op het formuleren van verbetervoorstellen en de uitvoering ervan voor de werking in het tweede project jaar, ditmaal in samenwerking met de CHWs zelf, wat niet mogelijk was bij de opstart van het project aangezien er nog geen aanwervingen hadden plaatsgevonden.

1.1.2 Regionale bestuursstructuur

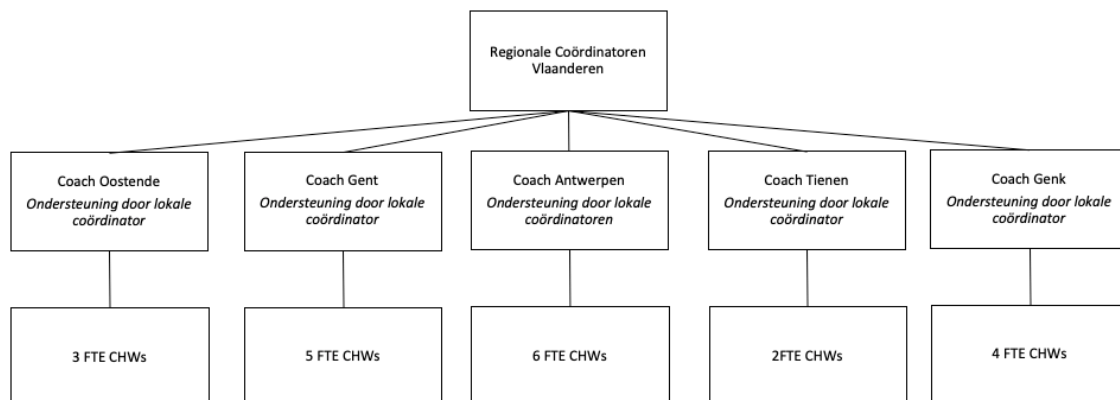
1.1.2.1 Vlaanderen

Figuur 2 geeft een overzicht van de bestuursstructuur in de regio Vlaanderen. Twee halftijdse regionale Vlaamse coördinatoren (1 voltijds equivalent (FTE) in totaal), die ook deel uit maken van de federale stuurgroep, sturen vijf Vlaamse coaches aan en overzien de werking in alle vijf Vlaamse steden die deel uit maken van het CHW-project. Sommige coaches in Vlaanderen zijn medewerkers van de ziekenfondsen, terwijl andere coaches ervaring hebben opgebouwd binnen externe organisaties als SAAMO (Samen maatschappelijk Opbouwwerk) en het lokale armoede netwerk. De coaches hebben de leiding over een team van CHWs, dat per stad in aantal voltijds equivalenten (FTE) verschilt.

Per stad krijg elke coach ook ondersteuning van een lokale coördinator, die een medewerker is van een lokaal ziekenfonds. De rol van de lokale coördinatoren verschilt van stad tot stad. In Gent en Genk waren zij bij de start van het project betrokken voor het leggen van de noodzakelijke contacten met het middenveld en bekendmaking van het project. Ze boden bij deze opstart ook een vogelperspectief van het lokale terrein en waren een sparringpartner voor de coaches om zaken af te toetsen en te bevragen. Deze nabijheid en beschikbaarheid zorgde voor een betere lokale verankering. In de verdere uitrol spelen zij nog steeds een belangrijke rol als klankbord voor de coaches. Voordat de coaches in Tienen en Oostende werden aangeworven, waren de lokale coördinatoren ook betrokken bij de opstart van de lokale implementatie van het project. Zo waren zij onder meer betrokken bij de bekendmaking van het project in de respectievelijke steden, het verspreiden van vacatures en aanwerving van verschillende medewerkers. Sinds de coaches zijn gestart om de dagelijkse leiding over de CHWs op te nemen, volgen de lokale coördinatoren het project op van een afstand. In Antwerpen waren twee lokale coördinatoren, verbonden aan lokale ziekenfondsen betrokken bij het leggen van contacten en opstarten van lokale partnerschappen. De concrete afspraken tussen partners en CHWs wordt door de coach opgevolgd. De lokale coördinatoren zijn in Antwerpen nog steeds van dichtbij betrokken, door onder andere een kort wekelijks overleg met de coach over de stand van zaken en nemen bij drukke momenten of vakanties wekelijkse interviews over.

In sommige wijken werden bijkomend lokale overlegorganen georganiseerd. Bijvoorbeeld in Oostende werd een stuurgroep opgericht waar verschillende lokale stakeholders aan deelnemen, zoals: de stad Oostende, de Eerstelijnszone, Federatie van Mondiale en Democratische Organisaties (FMDO), lokaal InterMutualistisch overleg met onder meer de diensten maatschappelijk werk en 'Samen is Beter' (Sibe). Ook werd in Oostende het project voorgesteld bij de voorzitter van de huisartsenkring en Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) overleg. In Gent, nam de coach deel aan verschillende bestaande overlegorganen, waaronder de stuurgroep van de Gezondheidsgidsen Gent, de stuurgroep van het Gents Solidariteitsfonds (GSF) en de stuurgroep van de Eerstelijnszone Gent. Verder werden er terugkerende overlegmomenten met de dienst gezondheid van de stad Gent georganiseerd alsook vergaderingen met de regiomanager van de Bond Moyson. In Antwerpen is de coach aanwezig op het bestaande welzijnsoverleg van de wijk 2060. In Tienen neemt men deel aan vergaderingen georganiseerd vanuit de eerstelijnszone en werd men uitgenodigd voor GROS-vergaderingen wat een intergemeentelijk overlegorgaan is waar veel lokale buurtverenigingen aansluiten. In Genk neemt de coach systematisch deel aan de werkgroep kwetsbare doelgroepen Eerstelijnszone Kempen en Duin. Verder zijn er daar verschillende overlegmomenten geweest met de stuurgroep Genk Preventief Gezond. De CHWs nemen daarnaast ook maandelijks deel aan het wijkoverleg.

Figuur 2: Regionale bestuursstructuur Vlaanderen



1.1.2.2 Brussel

De regionale coördinator, die werkzaam is bij een landsbond, zetelt in de federale stuurgroep en geeft ondersteuning aan de CHW-Coördinator. De CHW-coördinator is verantwoordelijk voor het opvolgen van de implementatie van de strategie op het terrein en is het centrale aanspreekpunt voor het project op het niveau van Brussel. Tevens is de CHW-coördinator verantwoordelijk voor het management van het project met betrekking tot personeelszaken en budget van het Brusselse CHW-team (cf. Figuur 3).

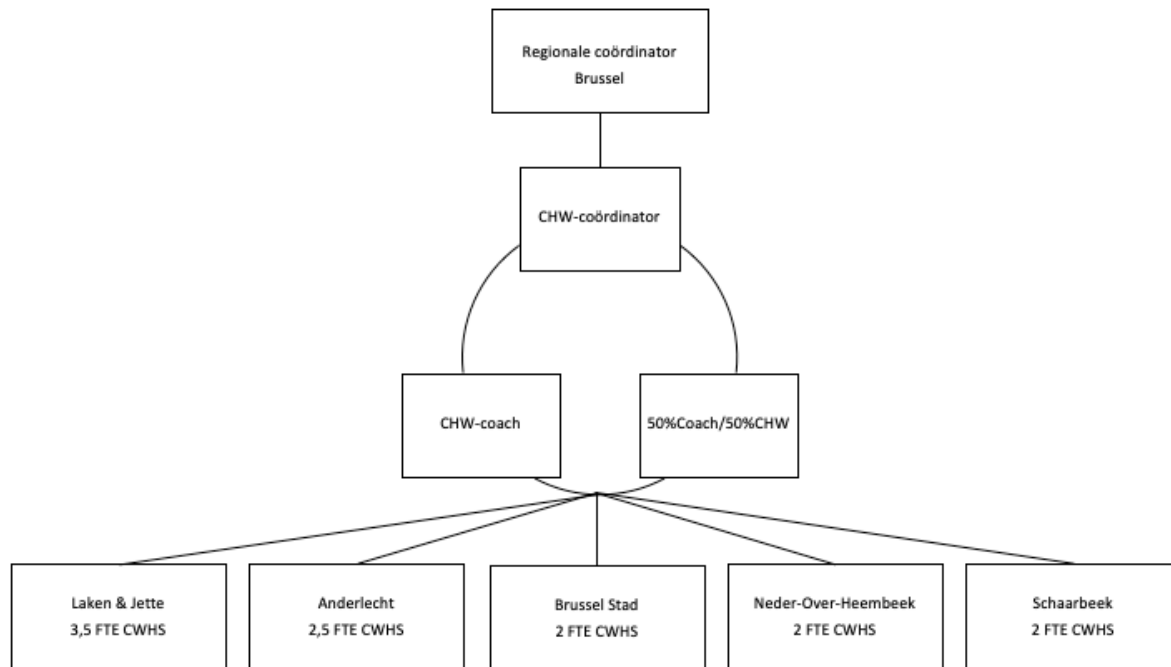
De CHW-coach geeft belangrijke informatie van het terrein door aan de CHW-Coördinator. Deze informatie is essentieel voor de opvolging van de strategie, waarbij de activiteiten worden gemonitord en de uitdagingen op het terrein worden besproken. Daarnaast zorgt de CHW-Coach voor de supervisie van het team en biedt deze ondersteuning aan de CHWs bij de planning en opvolging van de activiteiten – zowel de individuele ondersteuning van de doelgroep als groepsactiviteiten. Verder volgt de CHW-coach de netwerking met lokale wijkorganisaties op.

Een persoon met een gemengde functie (50% coach en 50% CHW) staat in voor de ontwikkeling van sensibiliseringsmateriaal die de CHWs gebruiken in hun contact met de doelgroep. Eveneens is deze persoon verantwoordelijk het verbeteren van de zichtbaarheid van het CHW-team in de lokale wijken via de ontwikkeling van tools en kernboodschappen.

Het CHW-team bestaat uit 12 FTE die zijn verdeeld over verschillende wijken in zes Brusselse gemeenten. De geselecteerde wijken werden ook afgestemd met het *'Les relais action quartiers'* (RAQ)-project dat wordt uitgevoerd door *'La Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires (FdSSB)'* in opdracht van het Kabinet van Minister Alain Maron van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering. Zo werd gezorgd voor een verdeling van de wijken tussen de CHWs en RAQs om een zo breed mogelijk gebied te kunnen bedienen in Brussel met beide projecten. Daarnaast neemt de CHW-coördinator ook deel aan het maandelijkse ALCOV-overleg (*'Agir localement contre le virus'*). Hoewel de reikwijdte en de uitvoering van het RAQ-project verschillen van die van de CHWs, zijn

gemeenschappelijke methodologieën en instrumenten nuttig voor beide projecten. In dit verband zijn er gezamenlijke opleidingscursussen georganiseerd voor zowel de RAQ als de CHW. Ook hebben de twee teams en hun coördinatoren regelmatig goede praktijken uitgewisseld.

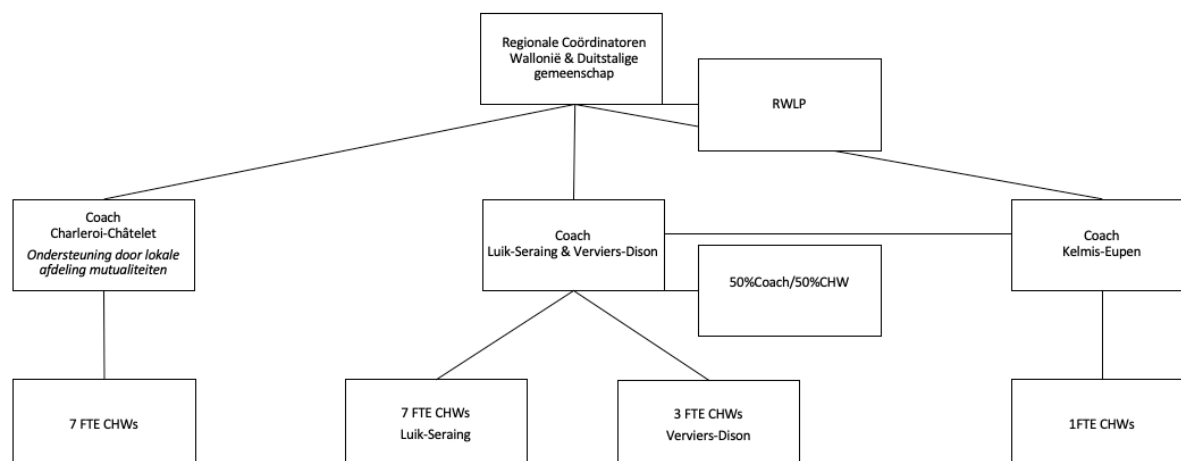
Figuur 3: Regionale bestuursstructuur Brussel



1.1.2.3 Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Figuur 4, geeft een overzicht van de bestuursstructuur in de regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap. Om de CHWs in te bedden in de lokale structuren, sloot men in deze regio een samenwerkingsovereenkomst met de vereniging zonder winstoogmerk (vzw) *‘Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté’ (RWLP)*. RWLP ondersteunt de regionale coördinatie van Wallonië en de Duitstalige gemeenschap in het opmaken van de buurtanalyse, opzetten van samenwerkingen met lokale verenigingen die ten dienste staan van de doelwijken, bijdragen tot de rekrutering van de CHWs, onder meer door het sensibiliseren van de organisaties zodat ze kandidaten identificeren en deelnemen aan de sollicitatie, concretiseren van een permanente samenwerking met de ervaringsdeskundigen van het RIZIV, ondersteuning bij de dagelijkse werking van de CHWs aan de hand van de nodige tools, middelen en begeleiding en opvolgen van de activiteiten van de CHWs.

Figuur 4: Regionale bestuursstructuur Wallonië en Duitstalige gemeenschap



1.2 Personeelszaken

1.2.1 Vacature en functieomschrijving

Overeenkomstig de interventies die werden ontwikkeld, werd de functieomschrijving van de CHW en de coach beschreven. Dit werd aangevuld op basis van de bestaande literatuur met CHW-profielkenmerken, zoals het hebben van specifieke sociale vaardigheden, lid zijn van of een sterke affiniteit hebben met de doelgroep, alsook aanvaard worden door de doelgroep (Brooks, Davis et al. 2014, World Health Organization 2018, Peretz, Islam et al. 2020).

Community health worker

In de functieomschrijving van de CHW werd aangegeven dat men in één of verschillende wijken van de desbetreffende stad wordt ingezet om actief aan het werk te gaan met personen en/of gezinnen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven en nood hebben aan betrouwbare informatie en advies over onder meer gezondheidszorg en welzijn. Aan de hand van één of meerdere gesprekken met de persoon of kwetsbaar gezin, gaat de CHW na of er bepaalde problemen zijn met de (toegang tot) gezondheidszorg – zoals een huisarts, een tandarts, een ziekenfonds, thuisverpleging – en helpt hen op weg. Er werd verduidelijkt dat het niet de bedoeling is dat de CHW zelf de taken van een zorg- of gezondheidsprofessional uitvoert, maar wel zorgt voor de ondersteuning en hulp aan personen en gezinnen die in maatschappelijk kwetsbare posities leven zodat zij gebruik kunnen maken van het nodige zorg- en welzijnsaanbod. Daarbij maakte de profielomschrijving ook kenbaar dat de CHW ook aandacht heeft voor de geldende COVID-19-maatregelen en onderkent hij/zij het belang van vaccinatie. De CHW maakt deel uit van een team van CHWs waardoor ze kunnen leren van elkaars ervaringen. Die ervaringen delen zij ook met de coach en de coördinatoren tijdens intervisiemomenten.

De kerntaken van de CHW werden als volgt omschreven:

- Actief benaderen van gezinnen in maatschappelijk kwetsbare situaties in de wijk
- Huisbezoeken uitvoeren (indien mogelijk in het kader van de COVID-19 maatregelen)
- Aanwezig zijn in (zorg)instellingen
- Contacten leggen in de buurt
- Detecteren van vragen en noden bij de kwetsbare gezinnen in de wijk
- Structurele problemen of tekortkomingen in de toegang tot gezondheidszorg signaleren aan de coach
- De gezinnen informeren, adviseren, en toeleiden naar professionele zorg op basis van de tools die de CHWs ter beschikking krijgen
- Registratie van gegevens

Qua profiel van de CHW werd gezocht naar iemand die voeling heeft met de doelgroep en wijken die geselecteerd werden (cf. 2.2.1) in de desbetreffende stad waar de CHW actief zou zijn. Er werd geen diplomavereiste gesteld, al werd een diploma middelbaar onderwijs gezien als een pluspunt. Kennis van Nederlands of Frans was noodzakelijk en een bijkomende taal die gangbaar is bij de doelgroep van de desbetreffende wijk werd gezien als een grote meerwaarde. Verder werd het hebben van de volgende vaardigheden als essentieel gezien om aan de slag te gaan als CHW: graag omgaan met mensen; makkelijk een gesprek aanknopen; eerlijk en oprecht in contacten met anderen; goed kunnen luisteren en een gesprek aangaan in vertrouwen; vanuit interesse en/of vanuit persoonlijke ervaringen, kennis en begrip hebben van bepaalde problemen die mensen in kwetsbare posities kunnen hebben met de gezondheidszorg; kunnen omgaan met moeilijke en/of emotionele gesprekken en situaties; aandacht hebben voor (culturele) diversiteit; respect en belangstelling voor andere leef- en zienswijzen; oplossingsgericht werken; vertrouwelijk en discreet kunnen omgaan met gevoelige informatie.

Coach

De coach staat in voor het begeleiden, opvolgen, en aansturen van de CHWs die actief zijn in kwetsbare wijken. Dit gebeurt voor een deel vanop afstand en voor een deel door mee te gaan op het terrein. Daarbij ondersteunt de CHW diens team met terreinkennis en legt hij/zij contacten met lokale organisaties. De coach is ook verantwoordelijk voor het opstellen van een planning en het maken van de taakverdeling. Verder zal de coach bijkomende opleidingsmomenten organiseren in samenwerking met andere organisaties op basis van noden aangegeven door de CHWs.

De kerntaken van de coach werden als volgt omschreven:

- Contact leggen en onderhouden met lokale organisaties en gezondheidswerkers en inzetten op samenwerkingsverbanden
- Helpen met de rekrutering van de CHWs voor diens team
- Inleven/inwerken in de problematiek van de wijken waar diens team actief is
- Het opstellen van een maand-, week-, en dagplanning voor de CHWs en organiseren van overlegmomenten
- De dispatching van opdrachten naar diens team

- Het coachen van CHWs en het opvolgen van hun prestaties
- De grenzen van de opdracht van de CHW bewaken aan de hand van een duidelijke taakomschrijving en interveniëren indien er vragen zijn die niet helemaal binnen het project passen.
- Steeds ter beschikking staan ingeval van vragen, onduidelijkheden of problemen
- Het opvolgen van de training aan nieuwe CHWs en het geven van opfrissingsopleidingen
- Het voorstellen van verbeteringen op basis van diens ervaringen en die van zijn/haar team
- Het bijwonen van intervisies samen met collega-coaches
- Het organiseren van wekelijkse intervisies met zijn/haar team, waar ervaringen uitgewisseld worden, casussen besproken worden en men kan leren van elkaar
- Netwerken, opportuniteiten zoeken en uitwerken met (lokale) partners in gezondheidszorg, preventie en welzijn
- Rapportage van het werk van de CHWs naar de projectleiding
- Samenwerken met waardevolle partners in de wijk, die gemeenschappelijke doelen hebben

Bij het profiel van de coach werd specifiek gezocht naar werkervaring in de gezondheids- en/of socio-culturele sector of een diploma dat daarbij aansluit. Ervaring met *outreaching* werken werd gezien als een meerwaarde, alsook het hebben van affiniteit en een netwerk met de desbetreffende stad waar de coach aan de slag zou gaan. Noodzakelijk was een goede kennis van het gezondheidszorglandschap in België en Vlaanderen of een bereidheid zich hierin te verdiepen. Kennis van Nederlands en/of Frans was noodzakelijk. Kennis van andere bijkomende talen (vb. Engels, Turks, Arabisch en Oost-Europese talen) werd gezien als een pluspunt. Verder werden de volgende vaardigheden beschouwd als essentieel om aan de slag te kunnen gaan als coach: competenties en ervaring om een team te coachen; hebben van aandacht voor (culturele) diversiteit; oplossingsgericht kunnen werken; vertrouwd met informaticatools; sterke luister- en communicatievaardigheden; een mature persoonlijkheid; goede analysevaardigheden; organisatorisch en planmatig ingesteld; vlot overweg kunnen met administratie; mensen kunnen aansturen, motiveren, ondersteunen in hun opdrachten; het hebben van een goed leervermogen; zelfstandig zijn en graag werken in teamverband.

1.2.2 Rekrutering

Over de regio's heen, werd eenzelfde vacature opgesteld voor respectievelijk de CHWs en coaches. Deze werd aangepast aan de lokale context bij verwijzing naar steden en wijken. Per regio werden de vacatures voor CHWs en coaches via diverse geschikte kanalen verspreid. Door de vacature kenbaar te maken bij lokale organisaties in elk van de geselecteerde wijken, beoogde het CHW-project om personen te rekruteren die afkomstig zijn uit de wijk of met een goede kennis van de wijk en die bekend zijn met de moeilijkheden waarmee het doelpubliek wordt geconfronteerd. Er werd eerst door de lokale coach en/of coördinator, soms in samenspraak met iemand van de werkgroep personeelszaken, een selectie gemaakt op basis van de ingediende kandidatuur voor zij die werden uitgenodigd voor een gesprek. Verschillende redenen konden aan de basis liggen om niet uitgenodigd te worden voor een gesprek, waaronder: niet passen bij het gezochte profiel; niet onmiddellijk beschikbaar; geen relevante ervaring of opleiding; en geen netwerk hebben in de wijk. Tijdens het

gesprek werd er gepeild naar eigen levenservaring, voeling met de doelgroep, visie en waarden, werkhouding, aansluiting met het team, netwerk of link met de desbetreffende wijken en sociale vaardigheden. Meertaligheid werd gezien als een extra troef, rekening houdend met de doelgroepen die in de geselecteerde wijken dienden bereikt te worden. Tijdens dit gesprek werd er ook de aanpak van een specifieke casus besproken. Bij de samenstelling van het team werd er ook gekeken naar een complementair team met goede verhouding qua gender, ervaring, opleiding, levenservaring en talen.

Community health workers

In Vlaanderen werd per stad de vacature voor de rol als CHW gedeeld via het lokale netwerk van de coördinator en/of coach met organisaties die actief zijn in de desbetreffende wijken of lokale organisaties die werken met de doelgroep. Daarnaast werden in Oostende sommige mensen persoonlijk gecontacteerd om de oproep onder de aandacht te brengen. In de kuststad solliciteerden in totaal 10 mensen en werden er 5 uitgenodigd voor een gesprek. Begin mei was het team in Oostende volledig. In Antwerpen werd er naast de verspreiding van de vacature ook gevraagd bij potentiële partnerorganisaties of daar mensen waren met een einde contract die in aanmerking zouden komen en werd er ook gekeken naar de wervingsreserve bij de mutualiteiten. Voor het Antwerpse team, solliciteerden er in totaal 18 mensen voor de functie als CHW midden april, waarvan 11 werden uitgenodigd voor het gesprek. Begin juni was het Antwerpse team voltallig. In Gent, solliciteerden in totaal 22 mensen in mei, waarvan er 16 een uitnodiging ontvingen tot gesprek. Het Gentse team was voltallig op 1 juli. In Tienen ontving men 7 sollicitaties, die allemaal op gesprek kwamen. Eind juni was de Tiense equipe voltallig. Tot slot, in Genk solliciteerden 10 personen voor de job als CHW midden april. Er werden vijf mensen uitgenodigd voor een interview. Eind mei was het Genkse team volledig. De coach van deze Limburgse stad merkte wel dat de tijdelijkheid van het project een drempel vormde voor de sterkere profielen, die wel informeerden naar de betrekking maar uiteindelijk niet solliciteerden.

In Brussel, werd de vacature verspreid via 'Actiris', 11.be, VDAB en 'Alterjob'. Meer dan 200 personen stelden zich kandidaat voor de vacature van CHW. De verantwoordelijken voor personeelszaken selecteerden hier 50 kandidaturen uit, waarvan 16 personen werden uitgenodigd voor een interview. De rekrutering begon begin april en het team was volledig begin september.

In Wallonië en de Duitstalige gemeenschap startte de rekrutering in april door de vacature te verspreiden via de ledenorganisaties van RWLP. Hun terreinkennis en jarenlange ervaring met werken met mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, zorgde ervoor dat zij personen konden aanspreken die leven in gelijkaardige situaties, wat een belangrijke meerwaarde kan betekenen als CHW. Daarnaast werd de vacature ook verspreid in lokale netwerken, binnen de mutualiteiten, sleutelpersonen in wijken en 'Le Forem' (Charleroi). In Luik stelden 13 personen zich kandidaat, waarvan 12 mensen op gesprek werden uitgenodigd. Voor Verviers waren dit 13 kandidaten met 7 gesprekken. Charleroi kende 30 kandidaten en 13 gesprekken. Kelmis-Eupen had twee kandidaten, waarvan één gesprek. De teams in Luik, Verviers en Kelmis-Eupen waren voltallig in juni en in Charleroi in augustus.

Coaches

Om de coaches snel te kunnen aanwerven en geen vertraging op te lopen met de implementatie van het CHW-project, werd de vacature van de coaches verspreid binnen bestaande netwerken, sociale media en onder medewerkers van mutualiteiten. Potentiële kandidaten met gedegen kennis en ervaring werden ook actief aanschreven om de vacature onder de aandacht te brengen en hen uit te nodigen om te solliciteren. In Gent solliciteerden vijf personen, waarvan twee kandidaten niet werden uitgenodigd voor een gesprek omwille van slechts deeltijdse beschikbaarheid of niet meteen beschikbaar voor de opstart van het project. In Genk, solliciteerden drie personen. Alle potentiële kandidaten werden uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek, waarbij er gepeild werd naar relevante ervaring, coaching skills, netwerk, meertaligheid, progressiemarge en beschikbaarheid. In Genk en Gent werd er ook nog aanvullend een persoonlijkheidstest online afgenomen. In Tienen en Antwerpen werden mensen met leidinggevende ervaring van binnen de ziekenfondsen aangesproken voor de functie als coach. In Oostende heeft men een specifieke potentiële kandidaat aangesproken om te solliciteren die reeds zeer lang actief was in het armoedenetwerk als deel van haar rol voor het ziekenfonds.

Voor Brussel werd de functie van coach twee weken lang extern gepubliceerd en mensen werden actief aangeschreven die mogelijk in aanmerking kwamen voor deze positie. Naast één persoon die via deze laatste weg zich kandidaat stelde, waren er ook nog zes andere kandidaturen. Deze laatste kandidaten voldeden echter niet aan het gezochte profiel. Er werden twee rekruteringsgesprekken gehouden met de eerste persoon. Bij het vertrek van deze coach in juni, werd een tweede rekruteringsronde gehouden. De vacature werd online gepubliceerd. Drie CHWs stelden zich ook kandidaat voor de functie als coach, waarvan één geselecteerd werd. Tijdens de zomermaanden, zocht het Brusselse team extra CHWs. Bij deze selectieronde, stelde een persoon zich kandidaat die een goed profiel had voor CHW-coach. Na een positief selectieproces werd zijn aangenomen als coach en kreeg de eerder aangeworven coach de rol van CHW-coördinator.

De gebruikte kanalen voor verspreiding van de vacature voor coach waren identiek aan de rekrutering van de CHW in Wallonië en de Duitstalige gemeenschap. In Charleroi was er een voltijdse functie als coach beschikbaar, waarvoor vijf kandidaten solliciteerden en werden uitgenodigd voor een selectie gesprek. In Luik-Verviers stelde men een vacature open voor een gemengde functie, namelijk 40% coach en 60% CHW. Hier werden de ontvangen kandidaturen geanalyseerd voor de functie CHW en werden interviews uitgevoerd voor de vijf personen, die interesse toonden voor de gemengde functie en waarvan het profiel in aanmerking kwam. De gemengde functie werd gecreëerd om van bij aanvang van de activiteiten supervisie te kunnen organiseren op het terrein met iemand die een nauw contact had met zowel de CHWs als de bredere omkadering. Het bood ook een antwoord aan de behoefte aan flexibiliteit binnen het teamkader, bijvoorbeeld als back-up. Voor de positie als coach voor de Duitstalige gemeenschap (0,2 FTE) werd een persoon van een ziekenfonds gedetacheerd om deze taak op te nemen. Deze coach heeft een nauwe samenwerking met de coach van Luik-Verviers.

1.2.3 Profiel

We bespreken achtereenvolgens het profiel van de CHWs en de coaches in dit project, met aandacht voor de diversiteit tussen en binnen de regio's.

1.2.3.1 Profiel community health workers

Vlaanderen

In Gent zijn er zeven CHWs actief, waarvan drie personen halftijds werken. Het team bestaat uit 6 vrouwen en één man. Ze beheersen naast het Nederlands een ruim aanbod aan talen, zoals Arabisch; Bulgaars; Duits; Engels; Frans; Koerdisch; Romanes; Servo-Kroatisch; Spaans; Tigre; Tigrinya; Tunesisch Arabisch en Turks. De jongste CHW is 28 jaar oud, en de oudste 60 jaar. Ze hebben een zeer gevarieerd opleidingsniveau, gaande van geen opleiding, over een graduaat en Bachelor, tot een master in Tandheelkunde (behaald in Syrië). De Gentse CHWs hebben een zeer verscheiden en uitgebreide levenservaring, zoals een eigen armoede-ervaring, vluchtervaring, oorlogstrauma's en gezinshereniging. Daarnaast hebben enkele CHWs werkervaring in de sociale sector, als verpleegkundige en zorgkundige.

In Tienen werken twee vrouwelijke CHWs met een migratie-achtergrond, die beiden hoogopgeleid zijn met een diploma in het buitenland. Beide vrouwen zijn woonachtig in Tienen en zijn 32 en 40 jaar. Ze spreken beide Nederlands en Engels. Daarnaast spreekt één CHW ook nog Frans, Oekraïens, Russisch en Duits. De andere CHW spreekt ook Javaans en Indonesisch. Ze hebben ervaring in het vrijwilligerswerk, bijvoorbeeld bij Vluchtelingenwerk Vlaanderen en een lokale NGO. Eén van beide CHWs heeft zelf een vluchtervaring van haar geboorteland naar België.

Oostende telt drie CHWs. Twee CHWs zijn niet woonachtig in de wijken waar ze werken, terwijl de derde CHW woont in één van de wijken waar zij werkzaam is. Hun leeftijd varieert van 41 tot 62 jaar. Eén CHW heeft een migratie-achtergrond en heeft in Marokko een universitair diploma in behaald in de fysica en een diploma technicusbeheer; in België behaalde ze het diploma dentaaltechnicus. De tweede CHW is opvoeder van opleiding en heeft een rijke werkervaring met dak- en thuislozen. De derde CHW is opgeleid als ervaringsdeskundige in armoede. In het CHW-team worden de volgende talen gesproken: Nederlands, Frans, Engels en Arabisch.

In Antwerpen zijn zeven CHWs actief, vier vrouwen en drie mannen, die een diverse achtergrond en ervaring kennen. Ze zijn tussen de 33 en 62 jaar. Vijf CHWs hebben een diploma behaald buiten de Europese Unie: Ingenieur bouwkunde; Master in de literatuur; Bachelor Economische wetenschappen; Master Psychologie en Master pedagogiek. Drie CHWs met een buitenlands diploma hebben nieuwe studies aangevat in België. Twee CHWs hebben gestudeerd in België en hebben een Master in toegepaste ingenieurs wetenschappen en Orthopedagogie behaald. De meeste hebben een relevante werkervaring opgebouwd door buurtbemiddeling, gewerkt bij SAAMO of rond inburgering bij de stad Antwerpen. Ook zijn er 3 collega's die vrijwilligerswerk doen binnen de moskee of het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW). Door de diversiteit aan culturele achtergronden worden er in het volledige Antwerpse team 15 verschillende talen gesproken, namelijk: Nederlands; Arabisch; Berbers; Creools; Engels; Farsi; Frans; Hausa; Italiaans; Itshekiri; Portugees; Roemeens;

Spaans; Yoruba; en Farsi Dari. Door de diversiteit aan talen is elke CHW actief in alle wijken. De meeste komen uit de wijken of de rand van de wijken waar ze werken.

De CHWs in Genk zijn allen afkomstig van de stad of opgegroeid in de wijk waar ze werken. Van de vier CHWs zijn er drie vrouwen en één man met een leeftijd tussen de 27 en 54 jaar. Eén CHW heeft een diploma lager secundair onderwijs, twee CHWs hebben een diploma hoger secundair onderwijs, terwijl één CHW ook een Bachelor in Maatschappelijk werk heeft. Ze hebben allen een migratieachtergrond en spreken naast Nederlands ook Turks, Frans, Arabisch, Engels en Duits. Twee CHWs zijn actief in het verenigingsleven van Genk. Daarnaast hebben twee CHWs ook werkervaring als straathoekwerker en buurtopbouwwerker. Eén van de CHWs heeft een eigen vereniging opgestart en zet zich reeds jaren in voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden.

Tijdens het eerste projectjaar, bleven de teams in Oostende en Antwerpen dezelfde. In Gent vertrok één persoon in de loop van het eerste projectjaar omdat de job niet aansloot bij diens verwachtingen. Naar het einde van het eerste projectjaar besloot ook een andere CHW niet mee te gaan in de verlenging van het tweede projectjaar. In Genk werd de samenwerking met één CHW beëindigd omdat deze niet over de nodige competenties en reeds bestaand netwerk beschikte. In Tienen is de samenwerking met één CHW stopgezet omdat deze persoon niet voldeed aan de functiebeschrijving.

Brussel

Het CHW-team in Brussel bestaat uit 14 personen (12 FTE), waarvan 6 mannen en 8 vrouwen, tussen de 25 en 46 jaar. In het Brusselse team worden 11 verschillende talen gesproken: Frans, Nederlands, Duits, Spaans, Italiaans, Russisch, Arabisch, Riff, Créole, Togolees en Engels. De CHWs zijn verdeeld over de verschillende wijken, maar doen beroep op elkaar op basis van taalnoden. De CHWs hebben verschillende opleidingen genoten zoals deze tot sociaalassistent, verzorgster, een master in *Public Health*, master in communicatiewetenschappen, en vertaler-tolk. Ook qua werkervaring is er een grote diversiteit: sommige CHWs zijn pas afgestudeerd; anderen zijn nooit eerder actief geweest in de sociale sector; en sommige CHW kenden reeds een uitgebreide ervaring in de sociale sector met een focus op gezondheid.

In het eerste projectjaar zijn er twee CHWs vertrokken, één persoon omdat ze een andere job kreeg aangeboden en een andere CHW omdat zij zich niet goed voelde in haar functie als CHW.

Wallonië en Duitstalige gemeenschap

In Luik-Verviers zijn 11 CHWs actief, waarvan 8 vrouwen en drie mannen tussen de 23 en 49 jaar oud. Allen spreken Frans. Daarnaast spreken sommige CHWs ook Engels, Italiaans, Spaans, Arabisch), Duits, Koerdisch. De meerderheid van hen (i.e. 9 CHWs) wonen ook in de wijk waar ze werken. Sommige CHWs hebben een gedeelde levenservaring met de doelgroep of hebben zelf te maken gehad met onzekerheid of moeilijkheden bij hun toegang tot zorg. Vijf van de CHWs hebben een diploma hoger secundair onderwijs. Verder hebben twee CHWs een opleiding als bachelor sociaalassistent. Twee CHWs zijn nog aan deze opleiding bezig. Sommige personen hadden een voorgaande ervaring als vrijwilliger of werkervaring, zoals administratief bediende, hulp bij een verzorgingstehuis,

huishoudhulp. In Kelmis-Eupen is één CHW, man van 31 jaar, voltijds aan de slag. Hij spreekt naast Frans, Duits, Engels en Nederlands. Tot slot, zijn 8 CHWs werkzaam in Charleroi, waarvan vier mannen en vier vrouwen, gaande van 22 tot 47 jaar. Allen wonen ze in de wijken waar ze werkzaam zijn. Ze spreken allen Frans. Twee CHWs spreken ook Engels. Vijf CHWs hebben een diploma hoger secundair onderwijs, en twee CHWs hebben een Bachelor Sociaal werk. Tot slot heeft één CHW een opleidingsniveau lager secundair onderwijs. Sommige CHWs in dit team hebben reeds werkervaring, onder meer in de verkoop, sociale sector en het onderwijs.

Eén CHW voldeed niet aan de opdracht, ondanks extra begeleiding van de coach. De arbeidsovereenkomst werd beëindigd in augustus. Daarnaast, wenste in oktober een CHW diens werktijd te verminderen naar een deeltijdse aanstelling omdat de werkbelasting voltijds op dat moment te moeilijk was. Eind september is een nieuwe kracht gestart in het Waalse team als CHW. Tijdens het eerste project jaar werden sommige CHWs intensiever opgevolgd en op het einde van het eerste jaar werd het contract van één CHW niet vernieuwd naar het tweede jaar toe.

1.2.3.2 Profiel coaches

In Vlaanderen heeft elke stad een specifieke coach. Buiten Tienen en Oostende, waar de coach halftijds aan de slag is, werken alle coaches voltijds. De drie vrouwelijk en twee mannelijke coaches hebben allen reeds ervaring in de sociale sector. Sommige van hen reeds in een leidinggevende rol. Voor anderen was dit een nieuwe werkervaring. Drie coaches hadden reeds werkervaring bij één van de ziekenfondsen, terwijl twee coaches extern werden gerekruteerd.

Tijdens maart en december van het eerste projectjaar zijn er heel wat veranderingen geweest op het niveau van de coach in Brussel. De coach, die voltijds in Brussel aan de slag is op het einde van het eerste projectjaar, heeft een uitgebreide werkervaring in gezondheidspromotie en als interculturele bemiddelaar bij niet-gouvernementele organisaties, zoals het Rode Kruis en Artsen zonder Grenzen. Eveneens werkte zij als afgevaardigde bij de Verenigde Naties in Libanon rond de thematiek van mensenrechten. Zij heeft eveneens ervaring met het managen van teams.

Alle coaches in het Waalse team en de Duitstalige gemeenschap zijn vrouwen. In Luik zijn twee coaches actief (0,9 FTE), die deels verbonden zijn aan de mutualiteiten. Ze hebben een voorgaande werkervaring in de sociale sector, horeca en animatie. In Verviers-Dison is één coach actief (0,4 FTE). Zij is een sociaal verpleegkundige met een deeltijdse aanstelling bij de mutualiteiten. In Kelmis-Eupen is één coach actief (0,2 FTE) die in de sociale sector heeft gewerkt en deels is verbonden aan de mutualiteiten. In Charleroi is één voltijdse coach aan de slag met werkervaring in de sociale sector. Zij is niet verbonden aan één van de mutualiteiten.

1.2.4 Verloning en andere bijkomende voordelen

De barema's zijn gekoppeld aan het indexcijfer der consumptieprijzen, en worden dienovereenkomstig geïndexeerd conform de wettelijke en reglementaire bepalingen. Voor de CHW zijn er twee barema's. Afhankelijk van hun ervaring komen ze in het junior (geen ervaring) of senior (ervaring in soortgelijke functie) barema terecht. De range ligt tussen de 2158.52 en 2699.04 euro.

Voor de coaches is er één barema. Afhankelijk van hun ervaring krijgen zij tussen de één jaar en zeven jaar anciënniteit. De range ligt tussen de 2865,33 (jaar 1 barema) en 3332,41 (jaar 7 barema).

Daarnaast krijgen de CHWs een dertiende maand toegekend die wordt uitbetaald in de maand december. De referteperiode loopt van 1 december tot 30 november. Het dubbel vakantiegeld volgt de wettelijke regeling ten bedrage van 92%. De CHWs krijgen een maaltijdvergoeding ten bedrage van zeven euro netto.

Verplaatsingen op vraag van werkgever zijn dienstverplaatsingen. De werknemer kan ofwel vervoersbewijs openbaar vervoer op voorhand aanvragen, vooruitbetalen en een terugbetaling vragen voor openbaar vervoer, een kilometervergoeding vragen voor de afgelegde kilometers (0,24 € voor de verplaatsing met fiets, 0,3707€ voor een gemotoriseerd privévervoermiddel). Er worden enkel professionele verplaatsingskosten terugbetaald aan de forfaitaire kilometer-bedragen (0,24 euro per km voor fiets en 0,3707 euro per km voor wagen).

De CHWs hebben een arbeidsongevallenverzekering alsook een omniumverzekering dienstverplaatsingen.

De arbeidsovereenkomst is van bepaalde duur, lopende van de aanwerving tot 31 december 2021. Sinds de bekendmaking van de verlenging, kunnen voor het jaar 2022 nieuwe contracten van bepaalde duur afgesloten worden met als uiterste datum 31 december 2022. Daarnaast is er een toevoeging clause maaltijdvergoeding alsook een bijlage beroepsgeheim/discretieplicht.

1.2.5 Opvolging en coaching

De CHWs worden voor hun dagelijkse werking begeleid door een lokale coach per stad. De opvolging van de CHWs door de coach gebeurt aan de hand van intervisie momenten in groep, casusbesprekingen en individuele gesprekken. Afhankelijk van elk team nemen deze intervisie momenten een andere vorm aan. Bijvoorbeeld in Gent kwamen de volgende intervisie thema's aan bod die door het team zelf werden aangegeven: deontologie en ethiek; cultuursensitief werken; en de basishouding als hulpverlener. In Oostende werd ook aandacht besteed aan het bespreken van de visie en missie, alsook de aanpak van de CHWs en het technische aspect. De intervisiemomenten werden in het begin van het project driemaal per week georganiseerd. Gaandeweg evolueerde dit naar eenmaal per week, in combinatie met individuele gesprekken. In Tienen, startte men met een tweewekelijks overleg. Dit evolueerde naar éénmaal per week, waarbij er aandacht is voor het bespreken van praktische zaken, casussen en dilemma's. Verschillende thema's komen aan bod, zoals uniform gegevens ingeven in de applicatie, algemene houding naar externen/doelgroep, grenzen stellen, en assertief optreden. Individuele gesprekken, zoals een doelstellingengesprek en tussentijdse evaluaties, vinden daarnaast ook plaats. In Genk worden tijdens de intervisie momenten praktisch zaken besproken, alsook de samenwerkingen met partnerorganisaties. Verder zoomt men ook in op casussen tijdens een wekelijks overleg. Op vraag van de CHWs zijn er intervisiemomenten georganiseerd rond communicatieve vaardigheden aan de hand van rollenspelen; werd er een kwaliteitenspel georganiseerd met aandacht voor de valkuilen; werd een sessie georganiseerd over

hoe om te gaan met beroepsgeheim; en besprak men hoe grenzen te stellen in het werk als CHW. Daarnaast werden individuele coaching gesprekken gevoerd met de CHWs in het Genkse team. Bij aanvang van de implementatie in Antwerpen, is men gestart met een tweewekelijks overleg. Dit om de collega's te leren kennen, kennis van de wijken uit te wisselen en een aangename werkwijze te ontwikkelen. Na verloop van tijd is dit verminderd naar éénmaal per week. Op dit wekelijks overleg worden praktische zaken besproken alsook specifieke casussen. Daarnaast werden twee diepgaandere intervisiemomenten gehouden waar verschillende thema's aan bod zijn gekomen, zoals het werkkader, samenwerking met andere organisaties, doelstellingen en een *'Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats' (SWOT)-analyse*.

Er worden in elk Waals team wekelijks bijeenkomsten georganiseerd door de coaches ter opvolging van de CHWs. Daarnaast worden er sinds de start van de activiteiten van de CHWs ook maandelijks intervisie momenten georganiseerd in samenwerking met RWLP. Tijdens deze intervisie momenten bespreken de CHWs samen de uitdagingen van hun werk. Over deze intervisies geeft Christine Mahy, algemeen en politiek secretaris RWLP, aan dat deze *" een bijzonder ontmoetingsmiddel [zijn] tussen professionele gelijken met de bedoeling om informatie uit te wisselen. Dit is een bijzonder ondersteuningsmiddel gebleken dat noodzakelijk is voor professionals in begeleiding: het is een tool die helpt om de moeilijkheden van deze beroepen het hoofd te bieden. Deze professionals worden immers vaak geconfronteerd met tegenstrijdige belangen tussen de eisen van vereenvoudigde antwoorden die gemakkelijk kunnen worden geëvalueerd en de complexe situaties en behoeften van burgers en instellingen."* De intervisies kunnen de CHWs helpen om samen deze uitdagingen te analyseren en waar mogelijk deze om te buigen in kansen voor ontwikkeling en innovatie.

In Brussel komen alle CHWs, de CHW-coördinator en CHW-coach, samen tijdens een wekelijkse bijeenkomst, waarbij er een uitwisseling is over de gerealiseerde activiteiten en de uitdagingen. Tijdens deze meeting worden oplossingen gezocht voor deze uitdagingen, en wordt besproken welke ondersteuning de CHWs nodig hebben in de komende weken. Voor bepaalde specifieke thema's werden er werkgroepen georganiseerd, waar CHWs in zetelen, zoals over vaccinatie en de presentatie van het CHW-project naar lokale actoren. Eveneens zijn er CHWs die thematische referenten zijn. Dit zijn personen die veel kennis hebben rond een bepaalde thematiek waarbij de andere CHWs terecht kunnen in het geval van vragen rond thema's als verslaving, personen zonder verblijfsdocumenten en personen die dakloos zijn. Tot slot, is er ook individuele begeleiding en de begeleiding per wijk die door de CHW-coach wordt gegeven aan de CHWs via terreinbezoeken en individuele bijeenkomsten.

De coaches kregen geen bijkomende opleiding, maar wel intervisie momenten. Zo was er een federaal georganiseerd intervisie moment, waarbij alle coaches van alle teams over de regio's heen ervaringen uitwisselden. Daarnaast namen coaches in Wallonië en de Duitstalige gemeenschap ook deel aan intervisie momenten specifiek op hen gericht. Deze werden georganiseerd op dezelfde wijze als deze van de CHWs. In Vlaanderen werd samen met een coach van de ziekenfondsen ook een intervisie opgezet voor de coaches met focus op het leiden van een team.

1.3 Ondersteunende materialen

Op basis van academische literatuur en beschikbare rapporten werd een olijsting gemaakt van de meest voorkomende barrières voor toegang tot zorg bij mensen die leven in kwetsbare omstandigheden. Op basis van deze literatuur werden zes groepen barrières geïdentificeerd met betrekking tot de volgende thema's: (1) financiële drempels (vb. directe, indirecte en alternatieve kosten); (2) administratieve complexiteit (vb. complexe administratieve processen voor terugbetaling); (3) praktische obstakels (vb. geografische mobiliteit en precare job situatie); (4) taal (vb. taalbarrière bij gesprek arts-patiënt); (5) cultuur (vb. andere culturele opvatting met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg); en (6) vertrouwen (vb. gebrek aan vertrouwen in gezondheidspersoneel en angst voor gevolgen bij onwettig verblijf) (Levesque, Harris et al. 2013, Chauvin, Simonnot et al. 2014, Huis voor gezondheid 2014, RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Benamar, Buzaku et al. 2015, Onyango, Schatz et al. 2017, R. W. Aldridge, K. Miller et al. 2017, Buffel and Nicaise 2018, Corscadden, Levesque et al. 2018, Devos, Cordon et al. 2019, Thys 2020). Deze lijst met barrières werd verder afgetoetst met de doelgroep in samenwerking met RWLP die een focusgroep discussie organiseerden met ervaringsdeskundigen in armoede. Daarnaast werden ook in samenwerking met de Christelijke Mutualiteit te Oostende en Federatie van Mondiale en Democratische Organisaties (FMDO) Oostende gesprekken gehouden met mensen uit de doelgroep om deze lijst met barrières verder te verfijnen en optimaliseren. Er werd aandacht geschonken aan toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg, met bijkomend specifieke aandacht naar COVID-19.

Om te beantwoorden aan het algemene doel van het project CHW (cf. Inleiding rapport), werd als primaire focus van de activiteiten van de CHWs gekozen voor: (1) het opbouwen van vertrouwen en in kaart brengen van de barrières met betrekking tot toegang tot gezondheidszorg die de doelgroep ervaart; (2) verbeteren van kennis van het Belgische gezondheidssysteem en de kennis van de beschikbare rechten; (3) verbeteren van kennis in verband met COVID-19 en de actuele maatregelen. Bij elk van deze drie thema's werd gekeken hoe de transversale barrières (taalbarrière, culturele barrières, gebrek aan vertrouwen, administratieve barrière, praktische barrière en financiële barrières) die hieraan gerelateerd zijn, kunnen worden beantwoord door de CHWs.

Centraal in het werk van de CHW staat het opbouwen van vertrouwen. Daarbij is het eerste contact van essentieel belang. De CHW krijgt de ruimte om voldoende tijd te nemen om de individuele situatie en verwachtingen van de persoon te begrijpen en diens noden *betreffende* gezondheidszorgen in kaart te brengen. Om de onderbediende kwetsbare personen (opnieuw) te kunnen bereiken, is het belangrijk dat voor deze activiteit voldoende tijd wordt genomen. Daarnaast worden afhankelijk van elke individuele situatie ook andere activiteiten voorzien door de CHW, zoals het fysiek begeleiden bij sommige administratieve handelingen of om naar de arts te gaan. Voor een groot aantal van deze mensen kan opvolging na het consult of na het begin van de behandeling nodig zijn om er, bijvoorbeeld, voor te zorgen dat voorschriften voor geneesmiddelen worden gebruikt of dat aanvullende onderzoeken worden uitgevoerd.

Ook brengen de CHWs in kaart welke drempels ze observeren met betrekking tot toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ze maken hier melding van bij hun coach. Een overzicht van de signalen die werden gemeld kan gevonden worden in hoofdstuk IV.

CHWs worden ingezet in de wijken die werden geselecteerd (cf. Tabel 1 onder 2.1.1). Belangrijke kanttekening is dat CHWs ook mensen ondersteunen op straat of in een lokale vereniging, die niet in deze wijken wonen. Dit contact kan ontstaan op basis van een flyer, een visitekaartje of via elk ander middel dat wordt gebruikt om de taak van de CHW kenbaar te maken. De positieve ervaringen kunnen mogelijk leiden tot spontane contacten met andere personen uit de beoogde doelgroep van het project. Mond-aan-mondreclame blijkt een belangrijk onderdeel van het "promoten" van het werk van de CHWs.

1.3.1 Interventie materiaal

Om het werk van de CHW te ondersteunen werden bestaande tools verzameld en bekeken welke nieuwe zaken dienden ontwikkeld te worden. De bestaande tools werden in een geheel gegoten dat werkbaar is voor de CHW. Daarnaast werd rond de drie primaire activiteiten van de CHW ook een illustratie ontwikkeld in samenwerking met een illustratrice: informatie over het gezondheidssysteem; identificeren van barrières die de persoon ervaart in diens toegang tot zorg; en informatie over COVID-19 gerelateerde zorg en regels. Bij elke illustratie werd voor de CHWs een bijbehorende gespreksleidraad ontwikkeld die ondersteuning kon bieden bij het aangaan van een gesprek rond gezondheidszorg en barrières die de persoon uit de doelgroep al dan niet ervaart. Deze illustratie en gespreksleidraad werd afgetoetst met medewerkers van SAAMO. Door de beperkte tijd die beschikbaar was om de materialen te ontwikkelen en feit dat nog geen CHWs aangeworven waren, was er geen ruimte om deze af te toetsen met de doelgroep en CHWs zelf. Dit kan gezien worden als een belangrijke beperking tijdens de ontwikkeling. De illustraties werden ter beschikking gesteld voor de CHWs om te gebruiken indien ze dit in interactie met de doelgroep op dat moment gewenst vonden. Ze zijn beschikbaar als een A4 pagina, maar ook als aparte kaartjes om op enkele specifieke thema's dieper in te gaan. Figuur 5 toont een voorbeeld van een illustratie, rond het continuüm van toegang tot zorg en de barrières die een patiënt hierbij kan ervaren. Dit continuüm van toegang tot zorg werd gebaseerd op het theoretisch model van Levesque en collega's (2013), dat verder zal toegelicht worden in deel IV van dit rapport.

Figuur 5: Voorbeeld van illustratie 'zorgpad'



1.3.2 IT-materiaal

Bij de start van de aanwezigheid op het terrein, kregen de CHWs een telefoon en tablet ter beschikking. Op deze tablet was de applicatie Streetsmart (ontwikkeld door de Mobile School vzw) aanwezig, die vragen omvat die de CHWs konden invullen bij elke activiteit die ze uitvoerden. Gaandeweg kregen de tablets ook nog een extern toetsenbord om de werkbaarheid te verbeteren. Echter gaven de CHWs aan dat de telefoon en tablet niet optimaal waren om hun werkzaamheden te ondersteunen. Daarom werd besloten om over te schakelen op smartphones en laptops om aan deze bezorgdheid te kunnen beantwoorden.

1.4 Opleiding

In Vlaanderen kregen CHWs aan het begin van het project een startersopleiding van drie dagen rond gesprekstechnieken, *outreaching* werken, het gezondheidszorgsysteem, doorverwijzing en het COVID-19 beleid. In Vlaanderen, werd deze opleiding gegeven door een medewerker van de mutualiteiten die een ruime ervaring heeft met het geven van opleidingen. In Wallonië, kregen CHWs een basisopleiding van vier dagen, met aandacht voor een presentatie van het project en de rol van de CHW, een vorming over barrières in toegang tot zorg, informatie over de sociale zekerheid, aandacht voor mogelijke interventies en hoe het werk als CHW te organiseren, training over de registratietool en aandacht voor een niet beoordelende aanpak. In Brussel duurde de

startersopleiding 1 week. Deze werd samen met de RAQ georganiseerd en de lesgevers waren afkomstig uit verschillende organisaties en instanties, zoals *'La Commission communautaire commune (Cocom)'*, *'Arc Bruxelles'*, *'Fédération Bruxelloise de la Promotion de la Santé, Cultures et Santé'*, *'Brusano'* en *'La Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires (FdSSB)'*. De opleiding was vooral theoretisch van aard en omvatte volgende aspecten: deontologisch kader voor sociaal werk, tools voor gezondheidspromotie, hoe de digitale kloof dichten, een overzicht van de sociale actoren in Brussel, en actoren betrokken bij de COVID 19 respons in Brussel.

Na deze startersopleiding werden nog bijkomende opleidingen voorzien, op vraag van de CHWs. Deze opleidingen werden regionaal of per stad georganiseerd. Zo werden de CHWs in Vlaanderen bijkomend getraind in omgaan met agressie en communiceren met mensen vanuit diverse culturele achtergronden. Deze opleidingen waren onder meer in samenwerking met externe organisaties, zoals Gezond Leven. In Gent kregen de CHWs ook nog bijkomende uitleg over het gezondheidssysteem en de werking van de ziekenfondsen, alsook uitleg over vaccinatie en COVID-19 beleid op lokaal niveau in Gent, handvaten rond toekomstgericht werken met en voor mensen zonder wettige verblijfspapieren, informatie over verschillende verblijfsstatuten en een opleiding over deontologie. In Oostende kregen de CHWs onder meer bijkomende informatie over de ziekteverzekering, verhoogde tegemoetkoming en het Globaal Medisch Dossier. In Antwerpen werd er meer aandacht geschonken aan de vaccinatiewijzer. In Brussel kregen CHWs de volgende bijkomende vormingen: een heel praktische vorming van meerdere dagen over "hoe *outreaching* werken via straatrondes" (vorming georganiseerd door DoucheFlux), geweldloze communicatie (vorming gegeven door *'Association pour la Communication NonViolente de Belgique Francophone' (ACNV-BF)*), Eerste Hulp Bij Ongevallen (georganiseerd door *'Vivance'*), en een opfrustraining over COVID-19 vaccinatie – vanuit een biomedisch perspectief (Cocom) en vanuit het perspectief van gezondheidsgelletterdheid (*Cultures & Santé*). In Wallonië werden ook aanvullende opleidingen georganiseerd, over thema's als COVID-19 vaccinatie; pedagogische tools om de dialoog met de doelgroep te versterken; deontologie en beroepsgeheim.

1.5 COVID-19 bescherming

Het project voorzag in het nodige beschermingsmateriaal voor de CHWs met betrekking tot COVID-19. Meer specifiek werden mondkapen, handgel, ontsmettingspray en papieren zakdoekjes voorzien. Daarnaast werden de CHWs in Vlaanderen tot een specifieke datum op de prioritaire lijst gezet voor COVID-19 vaccinatie. De CHWs die na deze datum werden aangeworven, kregen een vaccin zoals de algemene bevolking. In Wallonië en Brussel werden CHWs gevaccineerd volgens de reguliere kanalen.

1.6 Werkgever

Het project werd toegewezen aan de Verzekeringsinstellingen. Er werd gekozen voor één uniforme werkgever voor alle CHWs meer bepaald de InterMunicipaliteit (I.M vzw) waarop de medewerkers werden aangeworven met een gelijk kader van loon- en arbeidsvoorwaarden.

De vereniging I.M vzw heeft tot doel het gemeenschappelijk organiseren, coördineren, uitvoeren van diensten, alsook aankopen te realiseren, ten behoeve van haar leden, teneinde door schaalvergroting te komen tot een economischer beheer in deze sociale sector. De diensten of leveringen gebeuren ten dienste van haar leden en gebeuren tegen kostprijs, eventueel verhoogd met een administratiekost.

De vereniging I.M vzw mag in het algemeen alle handelingen verrichten die rechtstreeks of onrechtstreeks noodzakelijk of nuttig zijn voor haar doel, met inbegrip van het uitoefenen van eigendoms- of andere zakelijke rechten in verband met roerende en onroerende zaken.

1.7 Privacy- en security-maatregelen

Het CHW-project nam maatregelen rond bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De betrokken Verzekeringsinstellingen werden geraadpleegd en nauw betrokken bij de uitvoering van de onderstaande acties via diverse overlegorganen. De coördinatie voor het privacy en security luik werd georganiseerd vanuit het privacy- en security-team (Departement RSL) van de Christelijke Mutualiteiten (CM), in nauw overleg en samenwerking met 'DPO Intermut' (ad hoc InterMutualistisch overleg in verband met privacy). De informatie en communicatie rond de privacy- en security-maatregelen werd naar de CHW-stuurgroep gecommuniceerd.

Met betrekking tot privacy en security werden verschillende acties ondernomen tijdens het CHW-project, waaronder een Data Protection Impact Assessment (DPIA)¹. Deze DPIA werd uitgevoerd voor het CHW-project om eventuele privacy risico's in kaart te brengen, zodat deze vervolgens kunnen worden behandeld door het implementeren van de nodige mitigerende acties.

Aan de CHW-medewerkers die in dienst treden bij I.M vzw werd gevraagd om de volgende documenten te ondertekenen: 'Verklaring Beroepsgeheim – Discretieplicht – Deontologie en 'Individuele overeenkomst Terbeschikkingstelling computer/laptop/tablet en/of internetverbinding'. Met deze laatste overeenkomst worden de medewerkers geïnformeerd over het gebruik van het materiaal evenals over een aantal privacy en security principes.

Voor het personeel van I.M vzw werd er een interne privacyverklaring opgesteld. Daarnaast werd er ook een privacyverklaring en een cookiebeleid opgesteld voor het CHW-project. Deze is gepubliceerd op de CHW-website in het Nederlands, Frans, Engels en Duits (je kan deze [hier](#) raadplegen).

¹ 'Artikel 35 van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) legt aan de verwerkingsverantwoordelijke onder andere als verplichting op dat vóór de verwerking een gegevensbeschermingseffectbeoordeling moet worden uitgevoerd wanneer die verwerking een hoog risico inhoudt voor de rechten en vrijheden van natuurlijke personen. Deze procedure laat toe om zowel de risico's in te schatten als de manier waarop deze kunnen worden beheerd.' Zie voor meer informatie: <https://gegevensbeschermingsautoriteit.be/professioneel/avg/effectbeoordeling-geb>

Ad-hoc werd er ook privacy en security ondersteuning en advies geleverd tijdens de loop van het project. Bijvoorbeeld, over het gebruik van communicatieapplicaties.

Voor het kwalitatief onderzoeksluik van dit project werd er een samenwerkingsovereenkomst, alsook verwerkingsovereenkomst gesloten met de Universiteit Antwerpen. Voor de kwantitatieve dataverzameling werd een privacy en security assessment uitgevoerd bij Mobile School vzw. Deze vragenlijst peilde naar het privacy- en security-niveau van de betrokken leverancier. Vervolgens werd een samenwerkings- en verwerkingsovereenkomst gesloten met Mobile School vzw.

1.8 Budget

Het toegekende budget, werd in de loop van de opstart geherstructureerd, zonder te raken aan het voorziene totaalbedrag. In het initieel budget was enkel voorzien in de aanwerving van CHW. Bij de start werd duidelijk dat er ook nood was aan coachen om de CHW te begeleiden in hun werking. Ook op vlak van coördinatie, was onmiddellijk duidelijk dat er naast een Intermutualistische federale coördinator ook een coördinatie noodzakelijk was op regionaal niveau. Het budget werd dan ook conform de voorziene project bestuursstructuur aangepast. Daarnaast bleken de verplaatsingskosten en beschermingsmateriaal te hoog ingeschat waardoor een deel van het daarvoor voorziene budget werd verschoven naar andere bestaande en nieuwe posten. Omdat het opzetten van een omkaderende structuur – zoals uiteengezet is dit eerste deel van het rapport – tijd vergde, zijn de CHWs slechts aangeworven vanaf april. Doordat de loonkost van de CHWs de grootste kostenpost is, ontstond er hierdoor budgettaire ruimte in het eerste projectjaar.

2. Implementatie op het terrein

Na de selectie van de wijken en de verdeling van de CHWs per wijk, werd een stakeholder analyse uitgevoerd in elke buurt. Op basis van deze analyse werden partnerschappen opgezet met lokale organisaties.

2.1 Selectie wijken en verdeling community health workers per wijk

Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) publiceerde in 2019 een rapport rond ongelijkheden in gezondheid (Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste 2019). De auteurs besluiten: “hoe dieper men de sociale ladder afdaald, hoe slechter de gezondheidstoestand wordt en hoe ernstiger, chronischer en invaliderender de ziektes worden” (Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste 2019: p. 4). Er is een clustering naar sociaal-economische positie in verschillende buurten of wijken (Avalosse, Maron et al. 2019). In dit kader zal het CHW-project zich focussen op kwetsbare wijken.

2.1.1 Selectie wijken

Om een selectie te maken van de wijken in Belgische steden die in aanmerking kwamen voor het CHW-project, werd een beroep gedaan op data aangeleverd door het IMA. Het IMA maakte een rangschikking van de steden en wijken per stad volgens het gemiddelde inkomens per gezin. Verder gaf deze lijst ook een overzicht van de grootteorde van het aantal kwetsbare personen in de stedelijke wijken (indicatie van het aantal gezinnen op basis van aantal belastingaangiftes per wijk). Daarnaast

werd een inschatting gemaakt van de interventie-capaciteit per voltijdsequivalent CHW. Hiertoe werd een gemiddelde werkweek van een CHW uitgetekend, met ruimte voor uitvoeren van individuele interventies en groepsactiviteiten en tijd voor vormingen en administratie. Verder werd geraamd hoeveel interventies een CHW gemiddeld zou kunnen realiseren. Meer specifiek werd er een schatting gemaakt dat een voltijdse CHW 117 interventies zou kunnen uitvoeren tijdens 9 maanden.

De ranking van de wijken en de inschatting van de interventie-capaciteit werden naast elkaar gelegd. Op basis daarvan werd een voorlopige lijst wijken opgesteld die een voldoende grote populatie hadden en een laag gemiddeld inkomen per gezin. Deze voorlopige lijst werd afgetoetst bij het begeleidingscommissie en bij lokale actoren, waaronder SAAMO, FMDO, Kind & Preventie, en werd voor Vlaanderen vergeleken met de kansarmoede-index per gemeente. Deze oefening bevestigde grotendeels de gemaakte selectie en resulteerde in kleine aanpassingen. Bij de selectie van de steden werd ook gezorgd voor spreiding over de provincies door in elk Vlaamse provincie een stad te selecteren. Om de wijken finaal te selecteren, werd er ook gekeken of de geselecteerde wijken een logisch werkbaar gebied vormen waar meerdere voltijds equivalenten kunnen worden ingezet. Door de krachten te bundelen en verschillende CHWs per wijk te kunnen tewerkstellen, beoogde het project zoveel mogelijk slagkracht te genereren. Tabel 1 geeft een overzicht van de finaal geselecteerde wijken per stad.

In Brussel werd overleg en samenwerking aangegaan met het project RAQ dat wordt uitgevoerd door FdSSb. Voor de selectie van de wijken in Brussel werd er rekening gehouden met het profiel en de noden van de bewoners. Het project RAQ focust op 12 gemeentes van het Brussels Gewest met 18 RAQs. De 12 CHWs zijn verdeeld over 6 andere gemeenten. In samenspraak met het project RAQ werden Brusselse wijken verdeeld over beide projecten om een goede spreiding in Brussel te bewerkstelligen. Sommige zones werden uitgebreid om de samenwerkingsmogelijkheden met de lokale partners te verhogen.

In Wallonië werd er besloten om de inspanning te concentreren en te focussen op drie zones rondom de steden Verviers, Luik en Charleroi die bijzonder kwetsbaar zijn. Op uitdrukkelijke vraag vanuit het interkabinettenoverleg werden twee zones toegevoegd die deel uitmaken van de Duitstalige gemeenschap: Kelmis en Eupen. De lijst van wijken werd verder beperkt op basis van twee criteria: (1) territoriaal: waarbij de geïsoleerde wijken of gemeentes werden uitgesloten; (2) inkomen: waarbij de gemeentes of wijken werden uitgesloten die allemaal (of de overgrote meerderheid) over een gemiddeld inkomen hoger dan € 21.685 beschikten. In tegenstelling tot de andere regio's, kent Wallonië veel rurale gebieden. Omwille van logistieke redenen en het beperkt aantal CHWs was het evenwel niet haalbaar om deze landelijke wijken met een laag inkomen, die vaak geïsoleerd zijn, te selecteren.

Bijzonderheden naar aanleiding van de overstromingen: De ernstige wateroverlast die verschillende regio's in Wallonië trof in juli betrof zones die initieel reeds waren betrokken in het CHW-project. Er werd besloten om de activiteiten van de CHWs daar te intensifiëren, teneinde mee te kunnen helpen in deze wijken – die vandaag nog steeds zware gevolgen kennen van de wateroverlast. De watersnood

had tot gevolg dat de reeds aanwezige behoeften nog groter werden binnen deze buurten. De toegang tot menswaardig onderdak is voor duizenden mensen een prioriteit, maar ook de toegang tot gezondheidszorg, in het bijzonder geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke nood die steeds groter werd. Tijdens deze crisisperiode deden CHWs vaak deur-aan-deur gesprekken samen met andere lokale partners om noodhulp aan te bieden. Hieruit volgden vele contacten en begeleidingsvragen in het kader van de CHW-opdracht. Positief gevolg was dat de integratie van de CHWs in het lokale landschap met bewoners en partners actief in deze wijken, werd versneld. De regelmatige aanwezigheid in sommige wijken, zoals in Angleur, is met de komst van de winter beperkter geworden omdat andere partners hun permanenties, waar de CHWs gebruik van maken, terugschroefden. Ook verlieten vele inwoners hun verblijfplaats tijdens de winter in afwachting van de herstellingswerken, zoals de herstelling van de gasleidingen.

Tabel 1: Geselecteerde wijken per stad

Vlaanderen	
Genk	Kolderbos, Nieuw-Sledderlo, Zwartberg-Noord, Nieuw-Texas en Waterschei-Noord.
Gent	Brugse Poort, centrum, Bloemekeswijk, Watersportbaan, Nieuw Gent, Sint-Amandsberg, Dampoort, Rabot, Muide, Sluizeken
Oostende	Wijk oud centrum, Hospitaalwijk, Westerkwartier, Mariakerke, Zandvoorde, Raversijde, Stene, Konterdam, Vuurtorenwijk, Zandvoorde
Antwerpen	Den dam, Stuivenberg, Amandus-Atheneum, Borgerhout (Intramuros), Wijk Centraal Station
Tienen	Lunevillelaan, Kapucijnenhof, Rozenhof, Nieuw Overlaar
Brussel	
Anderlecht	Centrum, Peterbos, Moortebeek, Scherdemael, Veewijde, Rad, Klaverswijk, Bizet, Roue, Ceria, Park Astrid, Veemeyde-Aurore
Brussel (stad)	Marollen, Anneessens, Dansaert, Kaaien, Beguinage-Dixmude, Martyrs, Grand Place, Stalingrad
Neder-over-Heembeek	Versailles, Zavelput, Heembeek
Schaerbeek	Gare de schaerbeek, Helmet, Conscience, Paix
Jette/Laken	Modelwijk, Houba, Leopold, Bockstael, vieux Laeken Ouest, Vieux Laeken Est, Heysel, Esseghem
Wallonië en Duitstalige gemeenschap	
Dison	Dison Centrum, Pisseroule, Renoupré
Verviers	Abattoir Charrons, Chapelier Ensival Centre, Dison Fyon, Gérarchamps Besme, Hodimont, Jean Lambert, Laines, Limbourg, Marché, Martyr, Pré Javais, Surdents Haute Crotte Couvalle, Verviers Centre
Luik	<u>Luik</u> : Amercoeur, Bressoux 1-3, Droixhe, Liège-centre 1, Longdoz, Outremeuse 1-2, Saint-Léonard 1-3, Sclessin, Sous-les-vignes de Sclessin, Tribouillet

	<u>Saint-Nicolas</u> : Hauts de Tilleur, Tilleur Centre, Tilleur Cimetière <u>Seraing</u> : Beau Site, Belle Pierre, Biez du Moulin, Jemeppe, La Bergerie, Laveu, Le Val Potet, Lize Makets, Ougrée Centre, Seraing Centre, Vieille Espérance
Charleroi	<u>Charleroi</u> : Couillet Centre, Dampremy Centre, Fourcalt-Coucou, Gilly Haies, La Bouchetere, La Docherie, La Ville Basse, La Ville Haute, Le Faubourg, Le Sart Albert, Les Fiestaux, Les Quatre Bras de Gi, Les Trieux-Saint-Jean, Marchienne Etat, Marchienne Est-Forêt, Matadi, Montignies Centre <u>Chatelet</u> : Avenue Pastur, Boubier, Chatelet Centre, Chatelineau Centre, Chatelineau Cimetière, Hôpital, La Chambre, Le Faubourg, Rue de Namur
Kelmis-Eupen	Wijken van la Calamine en van Eupen

De selectieprocedure en lijst van wijken werd voorgelegd aan een begeleidingscomité met experts uit het veld, die veel gelijkenissen zagen met hun ervaring uit andere projecten en hun akkoord gaven met de geselecteerde wijken en overeenkomstige steden.

2.1.2 Verdeling community health workers over de verschillende wijken

In de overeenkomst met het RIZIV werd opgenomen dat 50 FTE CHWs tewerkgesteld zouden worden. Om te weten hoeveel wijken bemand kunnen worden met deze 50 FTE CHW, werd eerst de verdeling over de regio's berekend. Hiervoor werden verschillende scenario's opgesteld, waarvan het scenario van verdeling over de regio's op basis van het gemiddelde inkomen van de laagste 20%, gewogen naar het overeenkomstige bevolkingsaantal, werd weerhouden. Dit resulteerde in de volgende verdeling over de drie regio's in België: Vlaanderen stelt 21 CHWs te werk; Wallonië en Duitstalige gemeenschap heeft 17 CHWs ter beschikking en Brussel kreeg 12 CHWs toegewezen. Na deze oorspronkelijke verdeling bij de start, zijn de coördinatoren per regio aan de slag gegaan met het berekenen van hoeveel CHWs op basis van de geselecteerde wijken in een stad beschikbaar konden worden gesteld. Vervolgens werden CHWs aangeworven volgens de noden binnen het hen toebedeelde budget. Tabel 2 geeft een overzicht van de verdeling van aantal FTE CHWs per stad dat initieel werd aangeworven.

Tabel 2: Aantal CHWs per geselecteerde stad

Regio Vlaanderen		Regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap		Regio Brussel	
Tienen	2 FTE CHWs	Verviers-Dison	3 CHWs	Anderlecht	2,5 FTE CHWs
Antwerpen	6 FTE CHWs	Luik	7 CHWs	Brussel (stad)	2 CHWs
Oostende	3 FTE CHWs	Charleroi	7 CHWs	Neder-over-Heembeek	2 CHWs
Gent	5 FTE CHWs	Kelmis-Eupen	1 CHWs	Schaarbeek	2 CHWs
Genk	4 FTE CHWs			Jette/Laken	3,5 CHWs

2.2 Stakeholder analyse per wijk

De lokale teams in de wijken gingen aan de slag met een stakeholder analyse voor hun buurt. De verschillende bestaande organisaties die actief zijn in de wijk werden in kaart gebracht. Hierbij werd bekeken welke organisaties geïnformeerd moesten worden over het project CHWs en met welke van deze partnerschappen konden worden opgezet. Voor de implementatie van het CHW-project op het terrein, werd sterk ingezet op samenwerking met de lokale actoren die al jaren actief zijn in de desbetreffende wijk. Deze samenwerkingen waren bij de opstart van het CHW-project belangrijk om, onder meer, CHWs te kunnen rekruteren met een connectie met de doelgroep. Verder stelde het CHW-project in staat om mensen uit de socio-economisch kwetsbare doelgroep sneller en beter te kunnen bereiken.

2.2.1 Vlaanderen

Per stad werd een stakeholder analyse uitgevoerd. Bij de opstart ondersteunden lokale coördinatoren in sommige Vlaamse steden deze oefening (cf. 2.1.2.1). In Tienen, Oostende en Antwerpen, startte de stakeholder analyse met een oplijsting van diverse organisaties actief rond armoede, diversiteit en laagdrempelige gezondheidszorg. Vervolgens werden deze organisaties gecontacteerd om het CHW-project voor te stellen en te bekijken waar er mogelijkheden waren voor samenwerking. Op basis van deze gesprekken werden in bepaalde steden ook nieuwe suggesties voor potentiële partners gedaan, die op hun beurt werden gecontacteerd. In Gent en Genk werd er meer op wijkniveau gewerkt voor de buurtanalyse. In Oostende stonden de CHWs zelf in voor de eerste buurtanalyse.

Tienen

In Tienen werden de volgende organisaties opgelijst en gecontacteerd: Inloopcentrum Amerant, ERM 'N ERM, Bezorgd Om Mensen (BOM), Mensen In Nood (MIN) / Kerk in nood, Soepcafé, Broeders Alexianen, Wijkgezondheidscentrum, Vierkappes, Toegankelijk Tienen, Huis van het kind, Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) Oost Brabant, Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), stad Tienen (Sociaal Huis), Stadsakker, Hestia, OverKophuis Tienen, Veerhuis Siddhartha, Kringwinkel HagelandTienen, Huisartsenwachtpost, Tiense wereldvrouwen, Voschod, SAAMO Vlaams Brabant, Arktos, Burgemeester Tienen, Integratie en inburgering Vlaams-Brabant, Eerstelijnszone Zuidoost Hageland en Verbonden in ZOHrg. Om het CHW-project in Tienen kenbaar te maken, werd er gestart met een presentatie waarin diverse stakeholders werden uitgenodigd. Daarnaast werd ook veel geflyerd in sociaal kwetsbare wijken, stond er een artikel in een lokaal magazine over de CHWs en sprak men organisaties en mensen actief aan om het project voor te stellen.

Oostende

In Oostende, werden onder meer de volgende organisaties op de hoogte gebracht van het CHW project en met sommige organisaties verder gekeken hoe er mogelijk samengewerkt kon worden: De Beweging van Mensen met Laag Inkomen en Kinderen, All Together for Dignity (ATD) Vierde Wereld, Samen DiVers, SAAMO, Arktos, Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV), De takel, Klein verhaal, CAW, De katrol, Arcade, Avansa, Ligo, FMDO, Straathoekwerk, Stad Oostende (armoedecoördinator en signalenbeleidscoördinator), Jakoeboe, OCMW, Colsol en Dokters van de wereld.

Antwerpen

In Antwerpen werd het CHW-project onder andere aan de volgende organisaties voorgesteld, waaruit soms een samenwerkingsverband is ontstaan: CAW, SAAMO, Gezondheidskiosk (initiatief van Logo Antwerpen en Universiteit Antwerpen), Atlas, Dokters van de Wereld, Dienst Extra (Stad Antwerpen), Welzijnsoverleg Den Dam & Borgerhout, STA-AN, 1 gezin 1 plan, de verschillende mutualiteiten, verschillende buurthuizen (De Buurt, De wijk, Elegast, 't werkhuis), zorgteam CAW en Huis van het kind. Bij de buurtanalyse in Antwerpen, werd er ook specifiek aandacht besteed aan het profiel van de bewoners en diens noden.

Gent

In Gent werd er per wijk een overzicht gemaakt van de algemene wijkinformatie, dat werd aangevuld met een overzicht van de diverse gezondheidsactoren, relevante stedelijke diensten (buurtstewards, straathoekwerk, stedelijk opvanginitiatief, dienst gezondheid), wijkgezondheidscentra, lokale vzw's, welzijns- en sociale actoren die actief zijn in die wijk, waaronder SAAMO, CAW en inloopcentra. Daarnaast werden de bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken in kaart gebracht – in samenwerking met wijk- en sociale regisseurs: Gentse Solidariteitsfonds, Kring Rond Armoede in de Stad (KRAS)-diensten en wijkactieteams. De Gentse coach was reeds betrokken bij verschillende van deze bestaande netwerken. Ook werd er overleg gepleegd met de Gezondheidsgidsen Gent (een project van het OCMW Gent en Stad Gent). In Gent werd besloten de wijkgerichte aanpak lost te laten en werd er vooral samengewerkt met reeds bestaande samenwerkingsverbanden die mensen die leven in sociaal kwetsbare omstandigheden bereiken, zoals het Gentse Solidariteitsfonds en de KRAS-diensten.

Genk

De stad Genk heeft een geïntegreerde gebiedsgerichte werking, waarbij ze maximaal inzetten op samenwerkingen tussen de verschillende wijkactoren en stedelijke diensten. De diensten beschikken over sterke cijfermatige analyses en informatie over de 30 wijken in Genk, waar het CHW-project op beroep kon doen. Er werd hiervoor nauw samengewerkt met de wijkmanagers, die de regie hebben over deze geïntegreerde wijkwerking, en de Dienst Gebiedsgerichte werking. De wijk schetsen geven de situering aan met de straatnamen, statistische gegevens, beschrijving van de wijk, de werkloosheidscijfers, scholen en de stedelijke diensten. Het lokale team vulde de wijk schets verder aan met gegevens over eerstelijnszorgactoren, lokale verenigingen, sociale en welzijnsdiensten, moskeeën, vrije tijdsorganisaties en parochiale werkingen. Er werd nagegaan met welke organisaties een samenwerking mogelijk was aan de hand van diverse criteria, zoals multidisciplinair werken, aanbod diensten, doorverwijsmogelijkheden, wachtlijsten, bestaande samenwerkingsverbanden. Op basis van de verzamelde informatie werd daarna contact opgenomen met verschillende diensten en organisaties om het CHW-project toe te lichten en te bekijken hoe de CHWs een aanvulling konden vormen op het bestaande aanbod in de wijk. Er werden tijdens deze overlegmomenten ook afspraken gemaakt over toeleiding. Naast de toelichting van het CHW-project aan diverse organisaties en diensten, werd het project in Genk ook kenbaar gemaakt door deelname aan buurtactiviteiten, via een Facebookpagina en Instagram, door een publicatie in 3600Genk Magazine, met deur aan deur

activiteiten, via het wijkteam, door middel van flyers met foto's van de CHWs, mond-aan-mondreclame, tijdens de campagne prikmomenten en bij zitdagen.

2.2.2 Brussel

De actoren van de wijken werden in kaart gebracht door de CHW, verantwoordelijk voor deze wijk. Voor de buurtanalyse kon gebruik gemaakt worden van het partnernetwerk '*Brussel Social*' en '*Le Bon Plan*'. De integratie van het CHW-project in de lokale wijk werd opgestart door gesprekken met de lokale actoren verankerd in de wijk om de behoeften van de bewoners van de wijk beter te begrijpen. Er werden eveneens overlegmomenten georganiseerd met de groepen in de wijk om de gezondheidsprioriteiten voor de bewoners te bespreken.

2.2.3 Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Bij de start werd er eerst op regionaal niveau gekeken naar de gehele Waalse regio, met de bedoeling om de complementariteit tussen de potentiële organisaties te bepalen en dubbel werk te voorkomen. Hierbij werd er overleg gepleegd tussen RWLP, de coaches en de regionale coördinatoren. In samenwerking met RWLP werden aangesloten organisaties die deel uit maken van het RWLP-netwerk gecontacteerd en geïnformeerd over het CHW-project, namelijk: organisaties die actief zijn in de strijd tegen armoede, jeugdverenigingen en preventiediensten, vakbondsorganisaties en verenigingen voor sociale promotie, gezondheidscentra, sociale diensten van de ziekenfondsen, gemeentes en OCMW. Vervolgens werd er voor elk van de steden en desbetreffende wijken een lijst opgemaakt van lokale instanties door RWLP. De organisaties op deze lijst werden gecontacteerd om het project voor te stellen teneinde de integratie in de wijk te vergemakkelijken en om potentiële kandidaten te informeren over de vacature van CHW.

Bij de buurtanalyse was er ook aandacht voor het profiel van de bewoners en diens noden. Aandacht werd onder meer besteed aan de vertegenwoordigde gemeenschappen en socio-demografische kenmerken van de bewoners. Echter was het met de beschikbare gegevens niet mogelijk om de ervaren behoeften en de begeleidingsnoden nauwkeurig en gedetailleerd in kaart te brengen voor de start van het CHW-project. Men vertrok eerder van wat gekend was om dit vervolgens te verfijnen op basis van ontmoetingen, ervaringen en interventies op het terrein. Vaak werden de specifieke noden en behoeften die bij de lokale bewoners van de wijk leven via ontmoetingen met lokale verenigingen onder de aandacht gebracht. Individuele contacten tijdens straatrondes in de buurt lieten eveneens toe om kennis te vergaren over de specifieke behoeften van de bewoners van de verschillende wijken.

Luik

In Luik werd de analyse op meerdere niveaus uitgevoerd. In samenwerking met RWLP werden de lokale organisaties in Luik in kaart gebracht voordat de CHWs werden aangeworven. Hierdoor kon een doelgerichte rekrutering worden opgestart. Zodra de CHWs actief waren op het terrein, werden te contacteren organisaties verdeeld over de verschillende CHWs in functie van de wijken waar zij werkzaam waren. Zij stelden het CHW-project voor via e-mail, per telefoon en soms ook ter plaatse. Vervolgens werd de bestaande lijst aangevuld door zowel de 7 CHWs als de 2 coaches van het team Luik / St-Nicolas / Seraing op verschillende manieren: door de kennis van de CHWs van de wijken

waarin ze actief zijn omdat ze meestal afkomstig zijn uit dezelfde buurt; de CHWs hebben een hele reeks straatrondes in de wijk uitgevoerd om de verschillende organisaties en instellingen te detecteren en in kaart te brengen die actief zijn met betrekking tot het doelpubliek en waar het project kenbaar moet worden gemaakt; tijdens de verschillende voorstellingen van het CHW-project attendeerden de aanwezige personen het CHW-team vaak spontaan op andere organisaties, instellingen en partners; mond-aan-mond naar aanleiding van ontmoetingen met verschillende lokale organisaties en spelers; bij de interne voorstelling van het project bij CM, werden ook enkele potentiële partners gesuggereerd; bij het zoeken naar individuele antwoorden op specifieke problemen van mensen uit de doelgroep kwamen CHWs ook in contact met andere organisaties.

Bijzonderheden naar aanleiding van de overstromingen: als gevolg van de wateroverlast, werden de interventies geconcentreerd op de wijken die zwaar zijn getroffen. De bewoners werden individueel door de CHW benaderd. Hierdoor konden de behoeften van het moment in kaart worden gebracht en konden de CHWs hun werk dienovereenkomstig hierop afstemmen. Zo namen de CHWs deel aan de maaltijdbedeling waar ze een groot aantal mensen hebben ontmoet. Later, vanaf eind augustus, werd een samenwerking met een psychotherapeut opgezet die een mobiele praktijk in Angleur had opgestart, waar de CHWs twee dagen per week permanentie hielden.

Verviers

Bij de uitrol van het CHW-project te Verviers baseerde men zich op de contactlijst van RWLP. Deze lijst werd voortdurend aangevuld na gesprekken met lokale actoren en mensen uit de doelgroep. Sommige partners zorgden voor nieuwe contacten die ze hen interessant leken voor het lokale CHW-team. Meteen bij de start van het project werden bijeenkomsten georganiseerd met alle medische huizen (i.e. '*maisons médicales*') in de geselecteerde wijken om kennis te vergaren over de bestaande structuren en op de hoogte te zijn van hun werking en de beschikbare plaatsen. Nadien werden ook huisartsen en apothekers in de buurt gecontacteerd. Formelere contacten met zorgstructuren, gemeentes en OCMWs werden door de coach georganiseerd en deze nodigde één of meerdere CHWs uit om aanwezig te zijn voor een presentatievergadering. Een groot aantal van de contacten werden eveneens gelegd naar aanleiding van een voorgaande begeleiding van een persoon uit de doelgroep. Het ging dan om organisaties of instellingen waarvoor de CHW nog geen oplossing ter beschikking had in de bestaande contactenlijst. Al deze informatie werd vervolgens gecentraliseerd in een interne werkljst en de informatie werd tijdens de wekelijkse briefing onder de CHWs gedeeld.

Bijzonderheden naar aanleiding van de overstromingen: de opdrachten in Verviers werden aangepast om beter te kunnen beantwoorden aan de nieuwe behoeften ontstaan ten gevolge van de watersnood. Verschillende weken hebben de CHWs samengewerkt met de hulpdiensten. Ze waren ook aanwezig in het verwoeste gebied om getroffen personen door te verwijzen naar de aangewezen diensten, en indien nodig iemand ter plaatse te brengen. Door deze samenwerkingen leerden de CHWs het lokale netwerk beter kennen waardoor zij meer hulp en bijstand konden leveren aan bewoners van deze wijken.

Charleroi

Naast de contacten van RWLP en de lokale pilootstuurgroep, deden ook de coach en CHWs in Charleroi beroep op hun eigen lokaal netwerk. De lokale pilootstuurgroep bestond uit leden van Solidaris (afdeling preventie en gezondheidsbevordering) die de coach ondersteunen bij zijn beheer en bij de integratie van de activiteiten in de wijken. Gaandeweg werd de lijst met contacten aangevuld op basis van ontmoetingen op het terrein. Deze lijst werd onderverdeeld per type organisatie, waaronder organisaties die werken rond gezondheid, sociale actie, (her)integratie in het beroepsleven of socio-professionele organisatie, hulp bij de administratie, juridische bijstand, onderdak en sociale woningen en voeding.

Kelmis-Eupen

De coach, die een hoofdopdracht binnen het ziekenfonds heeft als verantwoordelijke van de lokale sociale dienst, beschikte reeds over een netwerk van lokale actoren en instellingen, waaronder organisaties met een publieke opdracht zoals het OCMW, lokale vzw's en het Rode Kruis. Hierop werd verder gebouwd van zodra de CHW actief werd op het terrein door contacten te leggen met onder meer artsen, apothekers, zelfstandige verpleegkundigen/thuiszorg, parochiesecretariaat/pastoor, en de interventieploegen in de wijken van Eupen in juli die te kampen hadden met de wateroverlast.

2.3 Partnerschappen opzetten

Partnerschappen met lokale organisaties, bestaande structuren en netwerken werden zoveel als mogelijk afgestemd op het lokale karakter van elke stad en wijk. Dit met het oog op het zo complementair mogelijk werken met wat reeds aanwezig is in elke wijk. Bij elk samenwerkingsverband werd er dus gestreefd naar het bieden van een goede aanvulling aan het aanbod van de bestaande organisatie. De CHWs bieden een aanvulling op bestaande activiteiten door de extra talen die zij spreken, door het *outreaching* werken en de link te vormen tussen de organisaties en de wijken. Daarnaast vormen de CHWs een aanvulling op de bestaande organisaties doordat zij mensen kunnen ondersteunen en de tijd kunnen nemen om de rechthebbende te begeleiden en hem/haar een goede, volledige opvolging te bieden.

De partnerschappen kennen diverse vormen. Sommige samenwerkingen werden geformaliseerd in een overeenkomst om bepaalde afspraken vast te leggen, bijvoorbeeld met betrekking tot gebruik van lokalen. Andere samenwerkingen zijn minder formeel en betreffen bijvoorbeeld overlegmomenten of afspraken rond doorverwijzing van mensen uit de doelgroep.

2.3.1 Federaal

Tijdens het eerste project jaar werden de vertegenwoordigers van de kabinetten van de deelstaten geconsulteerd en geïnformeerd over het project dat zich zeer lokaal afspeelt, niettegenstaande het een federaal project is. Het belang van een goede samenwerking en uitwisseling over de grenzen van bevoegdheden heen, is essentieel om kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg voor iedereen te garanderen, ook voor mensen die leven in de meest kwetsbare omstandigheden.

Verder werd op federaal niveau ook gesproken met Federale Overheidsinstanties, om na te gaan of een samenwerking mogelijk is. Met medewerkers van programmatorische overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie werd een overleg gehouden over het project 'ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting'. Zij verleenden waardevolle ondersteuning bij de opstart van het CHW-project door informatie te delen over het profiel, aanwerving, selectie en werking van de ervaringsdeskundigen. Daarnaast werd het CHW-project ook toegelicht door leden van de stuurgroep aan medewerkers van de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid van het project 'interculturele bemiddelaars'. Tijdens twee overlegmomenten werd bekeken of een samenwerking met dit project mogelijk was. Er werd hierover ook verder afgestemd op regionaal niveau.

Om het project kenbaar te maken bij het grote publiek, werd op 2 juli 2021 een moment georganiseerd in aanwezigheid van Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke en Luc Van Gorp, voorzitter van het NIC. Op dit moment was ook de pers uitgenodigd, wat resulteerde in artikels in diverse kranten: De Standaard, GVA, De Morgen, La Capitale en Nieuwsblad. Ook werd er aandacht geschonken aan het CHW project op tv (ATV, RTBF en VRT). Verder werd een artikel gepubliceerd op Sociaal.Net, SAMPOL, FOS.ngo, lavenir.net, Grenz Echo, l'observatoire, Education Sante, De Wereld Morgen en Le Specialiste. Daarnaast werd op 7 augustus een interview over het project CHWs in Brussel gehouden in de ochtend op Radio 1. Verder werd het project in de Duitstalige gemeenschap ook in de kijker gezet in BRF Nachrichten.

2.3.2 Vlaanderen

In alle Vlaamse steden waar het CHW-project actief is, werden de volgende partners betrokken: Wijkgezondheidscentra; SAAMO; FMDO; De zorgraad en populatiemanagers van de Eerstelijnszones (ELZ); Diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten, Familiehulp en het OCMW. Daarnaast werden specifieke partnerschappen afgesloten per stad. De rol en functie van de CHW zijn doorheen deze samenwerkingen verder verfijnd en verscherpt. Naargelang de organisatie waarmee een samenwerking werd aangegaan, werd er zeer specifiek gekeken op welke manier de CHWs een waardevolle aanvulling konden betekenen op het bestaande aanbod, bijvoorbeeld, via doorverwijzingen van diensten naar de CHW of omgekeerd, of een vast permanentiemoment waar de CHW aanwezig is in de desbetreffende organisatie.

Antwerpen

Antwerpen is een heel diverse stad met vele kleine organisaties die binnen de wijken actief zijn voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare posities. Hieronder een greep uit de samenwerkingen die nu lopen: Inloopmomenten bij Buurtwerking Den Dam om mensen te helpen bij vragen omtrent gezondheid, COVID-19 of vaccinatie; CHWs zorgen bij 't Werkhuys en CAW-huis 't Centrum voor een persoonlijke begeleiding waar de partners geen tijd voor zouden hebben; de CHWs ondersteunden Dokters van de wereld onder meer in een COVID-19 vaccinatiecampagne; aanwezigheid bij de Gezondheidskiosk in samenwerking met Logo Antwerpen en de Universiteit Antwerpen waar laagdrempelig en correcte informatie over gezondheidsbevordering, preventie en eerstelijnszorg wordt geboden; samenwerking met het Zorgteam CAW dat gezondheidszorg aanbiedt voor mensen die geen of verminderde toegang hebben tot reguliere gezondheidszorg; en een

samenwerking met SAAMO. Ook lopen er doorverwijzingen via het project zorgzame straten. Daarnaast zet het project in Antwerpen sterk in op *outreaching* werk op specifieke pleinen in de stad.

Genk

In Genk is de werking en de structuur in de stad heel fel toegespitst op een concrete wijkverdeling met duidelijke rollen voor wijkmanagers, straathoekwerkers, stadstoezichthouders en straathoekwerkers per wijk. Er werden concrete afspraken gemaakt om samen te werken met deze bestaande actoren om de doelgroep te bereiken en zo complementair te werken aan de structureren die reeds aanwezig waren in de Genkse wijken. De manier waarop de wijken zijn georganiseerd en de taakverdeling van de betrokken actoren zorgt ervoor dat de samenwerking efficiënt verloopt. Alle betrokken wijkpartners zitten samen in een wijkteam dat maandelijks samenkomt onder leiding van de wijkmanager. De organisaties worden afgestemd op elkaar en er wordt informatie uitgewisseld om de samenwerking te stimuleren en te zorgen voor cohesie en verbondenheid in de wijken. Mensen met een zorgvraag worden vanuit de wijkactoren doorverwezen naar de CHW van de wijk. Per wijk zijn er ook lokale initiatieven waar concrete samenwerkingen werden opgezet met de volgende organisaties en diensten: Wijkmanagers Waterschei/Nieuw Texas/ Nieuw Sledderlo/Kolderbos/Zwartberg-Noord; Stebo Sledderlo; Stadstoezichthouder Sledderlo; Straathoekwerkers; Campus O3; Opgroeien; Nieuw Dak; Gigos; Wijksschool Waterschei; Moskee Yunus Emre; Apotheken; Sirona Gezondheidscentrum; Kind en Taal; Wijkverpleegkundigen; Klinisch psycholoog; Tandartsen; Rimo; College School; ACV; Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België (ACLVB); dokters en huisartsenpraktijken; Jobcoach Nieuw Sledderlo/Waterschei-Nood/Nieuw Texas; Wijkteams Waterschei-Noord/Nieuw Sledderlo en Zwartberg-Noord; Lokale afdelingen van de mutualiteiten; Geneeskunde van het Volk Kolderbos; Althea Waterschei; en Samana. In verband met samenwerkingen met eerstelijnsactoren worden de eerste stappen gezet. Met de artsen verloopt de samenwerking goed maar eerder éénzijdig. De CHWs leiden de buurtbewoners door naar de artsen. Dit kan gaan over het vastleggen van een afspraak bij een huisarts tot het meegaan naar de zorgverlener. Er is een samenwerking opgezet met Geneeskunde voor het Volk (Kolderbos). De CHWs worden door deze partner gecontacteerd om patiënten te benaderen die niet bereikbaar zijn, die nood hebben aan administratieve ondersteuning of een taalprobleem ervaren. Ook hebben CHWs huisbezoeken uitgevoerd bij patiënten die niet gevaccineerd waren. In sommige gevallen worden de CHWs gecontacteerd door eerstelijnsvoorzieningen met betrekking tot een eerdere toeleiding. Dit heeft voornamelijk betrekking op de taalbarrière. Bijvoorbeeld, indien er bijkomende vragen zijn in het dossier dan neemt de zorgverlener of dienstverlener soms contact op met de CHW zodat deze de vertaalslag kan maken naar de patiënt of cliënt. Er zijn concrete samenwerkingsverbanden opgezet met sociale diensten en diensten maatschappelijk werk van lokale afdelingen van mutualiteiten. Het Genkse team merkt op dat de samenwerking met het OCMW en CAW goed is. Echter, geven de CHWs aan dat het moeilijk is om op korte termijn een afspraak vast te leggen voor de zorgvrager.

Tienen

Doordat Tienen een kleiner team heeft dan de andere steden, is men hier zeer gericht aan de slag gegaan met onder meer de volgende concrete samenwerkingen: meedraaien in de werking en stuurgroep van Bezorgd Om Mensen; nauwe samenwerking met CAW waar de CHWs toegang hebben

tot een gesprekslokaal en regelmatig contact hebben met de toegewezen medewerker van het CAW betreffende de doelgroep over afstemming, doorverwijzing en aanvullende werking; meelopen met de mobiele teams van Erm in Erm; meelopen met de werking van SAAMO in specifieke wijken teneinde de gezinnen te leren kennen; en een wekelijks bezoek bij Tiense Wereldvrouwen, waar onder meer verschillende informatie sessies (vb. rond COVID-19) werden georganiseerd. Daarnaast hebben de CHWs vaste inloophmomenten in het inloophuis.

Gent

In Gent werd er overleg gepleegd met het bestaande project Gezondheidsgidsen. Het CHW-project, werkt complementair aan de Gentse Gezondheidsgidsen, door mensen te ondersteunen in hun toegang tot de gezondheidszorg. Waar de Gezondheidsgidsen veel meer vraaggericht werken en mensen extra ondersteunen die hun weg reeds vonden naar de gezondheidszorg, zijn de CHWs pro-actief op zoek naar mensen die hun weg moeilijker vinden binnen het gezondheidssysteem. In Gent werd besloten om meer doelgroep-gericht dan wijkgericht te werken omdat men wil inzetten op het ondersteunen van groepen die niet of nauwelijks worden bereikt door de reguliere voorzieningen. Daarom is er ingezet op samenwerking met het 'sociaal schaduwwerk'; i.e. informele spelers in het welzijnslandschap met een waaier van vaak onzichtbare sociaalwerkpraktijken. Een uitzondering is de wijk de Watersportbaan waar een CHW onder meer in contact komt met mensen uit de doelgroep via de wijkregisseur. Via deze wijkregisseur heeft de CHW contact met alle organisaties in deze wijk en kan de CHW mee op huisbezoek in sociale woonblokken. Deze activiteit wordt ook georganiseerd op vraag van het lokale wijkgezondheidscentrum, omdat zij vele bewoners uit deze appartementsblokken niet bereiken. De CHW sluit daarnaast ook aan bij de koffieronde van het buurtwerk en bij huisbezoeken met de mobiele werkers van het PAKT (netwerk voor geestelijke gezondheidszorg). In Gent werden daarnaast ook samenwerkingen opgezet met de volgende organisaties: De Rode Lotus – Brugse Poort, Werkgroep Vluchtelingen, De Olijfboom/Een hart voor vluchtelingen, Hand in Hand, en de Tinten. Per organisatie werd bekeken op welke manier de inzet van een CHW een meerwaarde kan betekenen voor de doelgroep, maar ook voor de doelstellingen van de organisatie zelf. Deze aanpak heeft geleid tot succesvolle en langdurige samenwerkingen op vier sporen: (1) interventies op korte en middellange termijn en begeleiding op lange termijn (vb. een CHW helpt mee bij voedselbedeling, wordt op die manier een vertrouwd gezicht en kan van daaruit in gesprek gaan over gezondheid onder meer bij de Rode Lotus, Sivi en De Tinten); (2) vormingen en groepswork (bijvoorbeeld: in bepaalde organisaties worden groepen aangesproken in functie van vorming en gezondheidsbabbels (vb. Olijfboom: Womens health group; Arabische dames over gezondheid; Rode Lotus: naaigroepjes met mama's van diverse afkomst, als middel om over gezondheids-gerelateerde thema's te spreken als besnijdenis, opvoeding kinderen en gezonde voeding); (3) ondersteunen bij gebruik maken van gezondheidsrechten bijvoorbeeld bij een vereniging waar armen het woord nemen, vzw SIVI (vb. in sommige organisaties brengt de CHW het gezondheidszorggebruik van de bezoekers in kaart met het oog op het verbeteren van diens toegang tot zorg, met aandacht voor onder meer hoeveel mensen een vaste huisarts hebben, toegang tot een tandarts hebben, recht op verhoogde tegemoetkoming realiseert, rechten van ziekenfonds uitput); (4) signalen capteren en oplossingen voorstellen: in samenwerking met bestaande netwerken en stedelijke partners worden signalen opgelijst en verder uitgewerkt. Samen wordt nagegaan welke oplossingen of verbeteringen mogelijk zijn.

Oostende

In Oostende konden door de voorgaande ervaring van de coach snel contacten gelegd worden met thuisbegeleidingsdiensten, wijkopbouwwerk, stadsdiensten en kleinere vzw's die actief zijn in de wijken. Deze samenwerkingen zijn divers. Enerzijds gaat het over doorverwijzen en bekendmaken van het project. Anderzijds ondersteunen de CHWs de organisaties bij concrete cases die in lijn liggen met de opdracht van de CHW. Daarnaast ging men ook enkele concrete samenwerkingen aan met onderstaande partners: Project gezondheidsambassadeurs FMDO; Inloopmomenten bij SAAMO Oostende; vast permanentie moment bij Antenne; Inloopmomenten bij de socio-culturele organisatie Klein Verhaal; CAW; OCMW, dienst dak en thuisloosheid van het OCMW; Nachtopvang; De Takel (thuisbegeleidingsdienst); de voedselbedeling van Colsol; De katrol; De brugfiguren van stad Oostende; vast permanentiemoment in de ontmoetingscentra van stad Oostende; vast permanentiemoment bij De viertorre; scholen; Opgroeien; diensten voor familiale hulp aan huis; sociale diensten ziekenfondsen; en het Jongeren Advies Centrum (JAC). In Oostende werden geen specifieke samenwerkingsverbanden opgezet met eerstelijnsactoren, maar zijn er wel ad hoc contacten. Zo zijn de CHWs er vaak tussenpersoon en communicatiefacilitator tussen personen uit de doelgroep en zorgverleners. Huisartsen en specialisten vragen in sommige gevallen ook of de CHW bij een volgende afspraak aanwezig kan zijn. Soms verwijst men vanuit het wijkgezondheidscentrum door naar de CHWs als een persoon meer ondersteuning nodig heeft. De CHW zal in voorkomend geval actief bevragen of mensen zich, ondanks de patiëntenstop toch kunnen inschrijven bij dit wijkgezondheidscentrum, of bij een lokale huisarts of tandarts. Dit loop echter moeizaam omdat men door de patiëntenstop niet snel geneigd is om extra patiënten aan te nemen bij huisartsen, tandartsen en wijkgezondheidscentra in de buurt. Ook voor psychologische hulp zal de CHW informatie verschaffen, een afspraak maken en deze opvolgen, maar op dit vlak zijn nog geen concrete samenwerkingsovereenkomsten gemaakt.

2.3.3 Brussel

Elke CHW is verantwoordelijk voor diens wijk, waarbij ze zelf een overzicht maken van de bestaande organisaties en zelf contact leggen met onder andere de vereniging voor sociale gezondheidszorg en de gemeenten. Deze interne werkljst omvat ook gegevens van eerstelijnsactoren die bij de start van het CHW-project werd opgemaakt en permanent wordt aangevuld. Daarnaast proberen de CHWs om samenwerkingen met de lokale actoren op te zetten. Ze werken in duo of trio's maar zijn elk verantwoordelijk voor het aanvullen van de lijst met organisaties van hun wijk. Veel van deze contacten leidden tot eenmalige of permanente partnerschappen. Er werden verschillende vormen van samenwerkingsverbanden ontwikkeld: er zijn organisaties waar de CHWs permanent een bureau ter beschikking hebben of organisaties waarbij de CHWs op specifieke momenten permanenties houden waarbij potentiële mensen uit de doelgroep in contact komen met de CHWs. Ten slotte zijn er ook organisaties waarbij er op specifieke momenten samen met de CHWs activiteiten worden georganiseerd. De organisaties waar de CHWs wekelijks aanwezig zijn op vaste momenten zijn in Jette en Laken: *'Commune de Jette'*; *'Bureau de Partenamut'*; *Socialistische Mutualiteit (FMSB)*; *'L'Abordage'*; *'Centre d'Entraide Sociale de Laeken'*; in Schaarbeek: *'La maison du travail'*; *'FA Bon Air'*; *'FA Droits de l'homme'*; in Neder-Over-Hembeek: *'LDC Icarus'*; *Socialistische Mutualiteit*; in Anderlecht: *'LDC De Kaai'*; *'Service social Anderlecht'*; *'Coordination sociale de Forest'*; *'Maison*

médical Helix; in Brussel stad: *'LDC Forum'*; en *'LDC Het Anker'*. Enkele voorbeelden van organisaties waarmee op een meer sporadische manier wordt samengewerkt zijn onder andere: Dienst Jeugd van de gemeente Anderlecht, Anderlechtse Haard (Sociale huisvesting), SAAMO, Sociale restaurants, *'Maisons de quartiers'*, *'Transit'*, *'de Schaekel'*, *'Maisons de jeunes'*, *'Centro Amani'*.

Bij de opstart van het project, bleek het contacteren van organisaties in Brussel moeizaam te verlopen. Sommige afspraken mondten uit in een samenwerking, maar door de lockdown kostte dit veel tijd met een beperkt resultaat. Er werd doelgericht gecommuniceerd naar potentiële partners en de doelgroep. Daarnaast opende het Brusselse CHW-team ook een Facebook-pagina ([Community Health Worker Brussels | Facebook](#)). Deze Facebook-pagina hielp om de bekendheid van het project ten aanzien van andere organisaties te verhogen omdat evenementen en activiteiten op de Facebookgroepen van specifieke wijken en gemeenten gedeeld konden worden. Na de eerste lockdown, wanneer verschillende lokale organisaties terug konden opstarten ging dit mondjesmaat beter. Sinds begin september is het CHW-project meer bevestigd en zijn de samenwerkingen duurzamer geworden.

2.3.4 Wallonië en Duitstalige gemeenschap

De huidige samenwerkingsovereenkomsten in de Waalse regio hebben voornamelijk betrekking op de oriëntatie van mensen uit de doelgroep, het houden van permanenties, verder kenbaar maken van de activiteiten van de CHWs en het occasionele gebruik van lokalen.

Luik - Verviers

In Luik en Verviers werden de medische huizen en andere zorgactoren van de verschillende wijken bezocht om het project voor te stellen. De CHWs staan vaak in contact met meerdere huisartsen en doen op hen een beroep in functie van de nood aan opvolging. De CHWs proberen een adresboekje samen te stellen in functie van de verschillende artsen – met aandacht voor onder meer diens specialiteit en talenkennis – teneinde de personen zo goed mogelijk te oriënteren tijdens de individuele opvolging. In Luik is dit een moeilijke opdracht gezien het gebrek aan plaats in het lokale medisch huis en het teveel aan patiënten bij artsen. In Seraing zijn er regelmatige contacten met de medische huizen. De relaties met lokale organisaties ontwikkelen zich voortdurend, naar aanleiding van ontmoetingen met nieuwe verenigingen en de noden die tijdens individuele gesprekken worden opgetekend door mensen uit de doelgroep. Zo werd er onder meer een afspraak gemaakt met het project 107 (eerstelijns psychiatrie). Dit project om de eerstelijns psychiatrische mobiele zorgteams te ondersteunen is vanaf november actief. Er werd een sporadische samenwerking sinds dat moment opgestart. Daarnaast werden samenwerkingen opgezet in Luik met Caritas, *'CIAJ AMO'*, *'vzw Smile'*, dagopvang van Saint Leonard, Sant'egidio, een lokale school, *'point d'appui'*, *'Plan de cohésion sociale (PCS) Seraing'*, *'Master plan Social'*, *'PCS Seraing 5'*, en *'Vie féminine Seraing'*. In Verviers werden onder meer partnerschappen opgezet met *'La Page'*, *'Centre Culturel éducatif vervietoais (CCEV)'*, *'La Belle Diversité'*, *'Terrain d'aventures'*, *'Espace 28'*, en *'Plan de Cohésion Sociale Dison'*. Ook naar aanleiding van de overstromingen werden nieuwe samenwerkingen gestart, waaronder met de *'Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale (Realism)'*, en het luisterpunt (*'mobil home'*).

Charleroi

Sinds de start van het project, werden in verschillende wijken samenwerkingen afgesloten met lokale medische huizen en afdelingen van het Rode Kruis. Zo houden CHWs 2 keer per maand permanenties in verschillende medische huizen. Ook zijn CHWs soms aanwezig op de spoeddienst van het *'Grand Hôpital van Charleroi (GHDC)'*. Daar ervaart men dat mensen die niet in orde zijn met het ziekenfonds, meteen naar een spoedafdeling gaan om gebruik te kunnen maken van zorgen omdat deze niet meteen worden gefactureerd. De aanwezigheid van de CHW laat toe om deze mensen aan te spreken en hen de mogelijkheid te bieden zich (opnieuw) administratief in orde te stellen om te kunnen genieten van zorg in een medisch centrum waar ze snel en regelmatig kunnen worden opgevolgd. Daarnaast werden ook per wijk, samenwerkingsverbanden gesloten met lokale organisaties: de Stad Charleroi, *'La Sambrienne'*, *'Le Centre Régional d'Intégration de Charleroi (CRIC)'*, *'Soins psychiatriques à domicile (SPAD)'*, *'Le regain'*, *'Le conseil supérieur de la justice (CSJ)'*, *'Entraide Saint-Vincent de Paul vzw'*, *'L'ADEPS Charleroi'*, *'Avanti vzw'*, *'Comme chez nous vzw'*, *'Urgences sociales'*, *'Espace citoyen porte ouest (Marchienne-au-Pont)'*, *'Maison plurielle'*, *'Point jaune'*, *'Les Régies de Quartiers en Formation-Action-Développement-Durable-Solidarité (FAAD)'*. In de meeste gevallen startten de CHW zelf de samenwerkingen op. Soms kwam de vraag vanuit de organisatie zelf. Daarnaast heeft ook de coach enkele initiatieven genomen voor het contacteren van verenigingen met vraag tot samenwerking. Deze samenwerkingsverbanden worden sinds de start van het project tot op vandaag verder aangevuld en uitgewerkt.

Kelmis-Eupen

Verschiedende lokale organisaties en diensten verdeelden flyers en visitekaartjes van de CHWs. De gemeente heeft ook de aanwezigheid van de CHW aangekondigd via sociale media en hun nieuwsbrief. Kaleido (*'Zentrum für die gesunde Entwicklung'*) heeft aandacht besteed aan het CHW-project op hun evenement begin november. Verder hebben vele organisaties aangegeven dat ze een bureau ter beschikking kunnen stellen voor de CHW indien gewenst. Men ervaart in deze buurt dat het belangrijk is om regelmatig terug contact op te nemen met de verschillende organisaties en personen die bij het begin van het project werden bezocht ter herinnering en om de betrouwbaarheid van het project verder te onderstrepen.

IV. Kwalitatief onderzoeksluik

1. Kwalitatief onderzoekskader

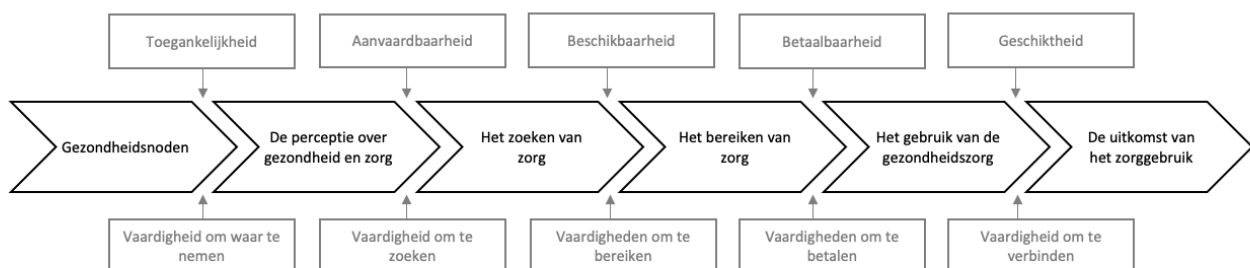
Deze kwalitatieve studie focust op het eerste jaar van het Belgische CHW-project aan de hand van de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Wie heeft het CHW-project bereikt?
2. Hoe ondersteunen CHWs mensen in toegang tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde zorg?
3. Welke successen en uitdagingen stelden zich in het CHW-project? En hoe kunnen we deze verbeteren naar de toekomst toe?

1.1 Theoretisch Kader

Toegang tot gezondheidszorg is een complex begrip dat op verscheidene wijzen werd geconceptualiseerd in de academische literatuur. Vele studies zien toegang tot gezondheidszorg voornamelijk als het initiële contact of gebruik van gezondheidsdiensten (Levesque, Harris et al. 2013, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020). Dit is echter een nauwe visie op toegang tot zorg. In dit rapport conceptualiseren we toegang tot gezondheidszorg als een continuüm, zoals ontwikkeld door Levesque en collega's (Levesque, Harris et al. 2013). Deze auteurs definiëren toegang tot gezondheidszorg als een continuüm dat start bij het hebben van een gezondheidsnood, waarna de auteurs nog vijf andere fasen beschrijven: (1) de perceptie over de gezondheids- en zorgnood; (2) de mogelijkheid om de juiste zorg te vinden; (3) deze juiste zorg op een tijdige manier te bereiken; (4) gepast gebruik te kunnen maken van deze zorg; en (5) de eigenlijke gezondheidsnood hebben vervuld door deze gezondheidszorgdiensten (cf. *Middenste deel, Figuur 1*) (Levesque, Harris et al. 2013). Verder stellen de auteurs dat deze toegang tot gezondheidszorg kan belemmerd worden door zowel barrières op het individuele niveau van de patiënt, als door organisationele barrières. Een mogelijke oplossing moet bijgevolg barrières over het hele continuüm aanpakken.

Figuur 1: Toegang-tot-zorg-continuüm (aangepast op basis van werk van Levesque et al. (2013))



Om succesvol doorheen het continuüm van toegang tot gezondheidszorg te navigeren, heeft een individu bepaalde vaardigheden nodig (cf. *Onderste deel, Figuur 1*), die de auteurs van dit conceptueel model definiëren als: (1) 'de vaardigheid om waar te nemen', wat mede bepaald wordt door gezondheidsvaardigheden en overtuigingen met betrekking tot gezondheid; (2) 'de vaardigheid om te zoeken' wat gerelateerd is aan het kennen van diens gezondheidsrechten en de werking van het gezondheidssysteem; (3) 'de vaardigheid om te bereiken' wat onder meer betrekking heeft op mobiliteit en flexibiliteit met betrekking tot werk; (4) 'de vaardigheid om te betalen' wat verwijst naar de betaalbaarheid van de gezondheidszorg, zonder de middelen voor basisbehoeften uit te putten; en

(5) *‘de vaardigheid om te verbinden’* met de gezondheidsprofessional en diens behandelingsbeslissing (Levesque, Harris et al. 2013). Mensen die in socio-economisch kwetsbare situaties leven hebben soms beperkte vaardigheden door, onder meer, taalbarrières, sociale isolatie, mobiliteitsuitdagingen, precare job omstandigheden en financiële moeilijkheden (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Baeten, Spasova et al. 2018). Bijgevolg voelen mensen die leven in socio-economisch kwetsbare posities zich soms minder in staat om op een goede manier om te gaan met hun gezondheidsnood en vinden ze moeilijker te juiste weg naar de gezondheidszorg (Levesque, Harris et al. 2013, Baeten, Spasova et al. 2018).

Vaak worden mensen met een beperkte of geen toegang tot de gezondheidszorg omschreven als *“hard to reach”*. Maar van hun perspectief is de gezondheidszorg *“hard to reach”* (Onyango, Schatz et al. 2017: p. 25-26). De gezondheidsdiensten zijn niet altijd ontworpen en georganiseerd om onderbediende kwetsbare populaties te bereiken en te helpen (Onyango, Schatz et al. 2017, Arrazola de Oñate 2022). Naast de individuele barrières, identificeren de auteurs ook organisationele barrières gerelateerd aan de toegankelijkheid van gezondheidszorgdiensten (*cfr. Bovenste deel, Figuur 1*): (1) *‘Benaderbaarheid’* van de gezondheidszorgdiensten verwijst naar het feit dat deze diensten bekend zijn; (2) *‘Aanvaardbaarheid’* relateert aan de culturele en sociale factoren die de mogelijkheid bepalen voor mensen om de diensten te aanvaarden; (3) *‘Beschikbaarheid’* verwijst naar het feit dat de diensten zowel fysiek als op een tijdige wijze kunnen bereikt worden; (4) *‘Betaalbaarheid’* reflecteert de middelen en tijd die nodig is om gebruik te maken van de gezondheidszorg; (5) *‘Geschiktheid’* verwijst naar de aansluiting van de gezondheidszorgdiensten en de noden van de patiënt (Levesque, Harris et al. 2013).

1.2 Methode

Verscheidende onderzoeksmethoden werden gehanteerd in deze kwalitatieve studie. Eerst werd er een *photovoice*-studie uitgevoerd waaraan vijftien CHWs deelnamen. De *photovoice*-studie werd georganiseerd per regio (vijf CHWs per regio) en omvatte vier fasen: een *photovoice*-training per regio; participerende observatie met elke CHW individueel; een semigestructureerd diepte-interview met elk van de vijftien CHWs; en een afsluitende focusgroep discussie met vijf CHWs per regio. Daarnaast namen dertien personen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden deel aan een semigestructureerd diepte-interview. Op het einde van de dataverzamelingsperiode vonden ook twee focusgroep discussies plaats met in totaal negen coaches. Daarnaast werden de signalen vanuit het werkveld ook aangevuld met de input van de regionale en federale coördinatoren. Het kwalitatief onderzoek werd afgesloten met feedback sessies over de onderzoeksresultaten met de CHWs die deelnamen aan het onderzoek.

1.2.1 Ethische goedkeuring

De studie werd ingediend bij het Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen, waar Ethische toestemming werd ontvangen (SHW_21_55).

Nadat een respondent positief reageerde op de uitnodiging voor de *photovoice*-studie (CHWs), diepte-interviews (mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden en steun ontvangen van

de CHW) of focusgroep discussies (coaches), werden de informatiefolder en het toestemmingsformulier samen met hen overlopen en toegelicht. Hier werd steeds benadrukt dat de deelname volledig vrijblijvend was en ze deze te allen tijde konden stopzetten, ook al hadden ze positief gereageerd op de uitnodiging. De informatiefolder bevatte ook de contactgegevens van de onderzoeker, voor het geval de respondent nog verdere vragen had. Nadat de respondenten het toestemmingsformulier hadden ondertekend, kon men deelnemen aan de studie. Indien de respondent toestemming gaf, werden de semigestructureerd diepte-interviews en de focusgroep discussies opgenomen met een audiorecorder. Drie mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden wensten niet dat het diepte-interview werd opgenomen, onder meer, uit angst dat dit een invloed zou kunnen hebben op hun verblijfsvergunning. De onderzoeker nam in dat geval notities. Binnen de *photovoice*-studie dienden CHWs ook steeds geschreven toestemming te verkrijgen van elke persoon identificeerbaar op een foto voordat ze deze foto mochten nemen en gebruiken in de interviews of focusgroep discussies. De semigestructureerd interviews duurden gemiddelde één uur, terwijl de focusgroep discussies gemiddelde twee en een half uur duurden. De interviews en focusgroep discussies waarvoor toestemming werd verkregen voor een audio-opname, werden nadien getranscribeerd en gepseudonimiseerd verwerkt. De audio-opnames werden door een extern bedrijf getranscribeerd. Overeenkomstig de privacy-richtlijnen, werd er een “verwerkingsovereenkomst” afgesloten met dit bedrijf.

1.2.2 Dataverzameling

***Photovoice*-studie met CHWs**

Er werd een *Photovoice*-studie uitgevoerd met vijftien CHWs. *Photovoice* is een “*Community Based Participatory Research method*”, waarbij de CHWs actieve deelnemers zijn aan het onderzoek (Hergenrather, Rhodes et al. 2009). Zij nemen foto's met betrekking tot de onderzoeksvragen. Deze foto's worden als gespreksstimuli in diepte-interviews en focusgroep discussies gebruikt.

Fase 1: training

Na het verkrijgen van schriftelijke geïnformeerde toestemming namen de CHWs deel aan een vorming gedurende één dag omtrent van de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het onderzoek. Voorkennis was niet vereist. Dit betrof een gedetailleerde uitleg over het onderzoeksproces, het gebruik van de camera, het gebruik van fotografie in onderzoek, en ethiek in onderzoek en fotografie (Hergenrather, Rhodes et al. 2009, Musoke, Ekirapa-Kiracho et al. 2015). CHWs werd gevraagd om foto's te maken die het succes en de uitdagingen van het werk dat ze als CHWs doen in kaart te brengen en erover te reflecteren. Verder werd ook gevraagd om foto's te nemen over de manier waarop zij mensen uit de doelgroep ondersteunen in hun toegang tot zorg en welke veranderingen hun werk zou kunnen verbeteren.

Fase 2: nemen van foto's en participerende observatie

Vervolgens kregen de CHWs drie weken de tijd om foto's te nemen met betrekking tot de onderzoeksvragen. Na een tweetal weken, bezocht de onderzoeker elke CHW individueel die deelnam aan de *photovoice*-studie om te bespreken hoe het nemen van de foto's verliep, om de onderzoeksvragen op te frissen en eventuele vragen te beantwoorden. Tijdens dit bezoek op het

terrein liep de onderzoeker ook met elke CHW een dag mee als participerende observator. Hierbij nam de onderzoeker de “*observer-as-participant*” rol in. De onderzoeker “is bekend en erkend, maar uitsluitend gerelateerd aan de respondenten van studie, als onderzoeker” (Angrosino 2007: p. 54). Tijdens deze participerende observaties werden de CHWs gevolgd bij hun dagelijkse taken om de werkcontext te leren kennen en te observeren met betrekking tot de onderzoeksvragen. Gestructureerde veldnotities werden gemaakt tijdens deze observatieperiodes, waaronder een beschrijving van de specifieke setting, een opsomming van de deelnemers, en een beschrijving van gedragingen en interacties. Voordat de observatie begon besprak de CHW eerst samen met de persoon die steun van de CHW ontving of de onderzoeker welkom was om deze persoon te ontmoeten, met als doel de privacy van deze personen te beschermen en de persoon in kwestie zo comfortabel mogelijk te maken. Als de onderzoeker welkom was, werd het doel van de studie, het opzet, en aspecten zoals vrijwilligheid en vertrouwelijkheid op een begrijpelijke manier uitgelegd aan de deelnemer.

Fase 3: individueel semigestructureerd diepte-interviews

Nadat de CHWs beelden hadden gemaakt met betrekking tot de onderzoeksvragen, werden de foto's gebruikt als visuele stimuli tijdens de diepte-interviews. Dit had tot doel meer informatie te verkrijgen over wat de foto's afbeeldden en waarom ze genomen werden (Kolb 2008). Tijdens het semigestructureerd diepte-interview werden de foto's persoonlijk met elke CHW besproken volgens de *photovoice* SHOWeD richtlijnen, die het gesprek structureren en discussie op gang brengen (Musoke, Ndejjo et al. 2016). De onderwerpen die in de diepte-interviews met de CHWs besproken werden, betroffen de volgende thema's: hoe CHWs de toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg al dan niet verbeteren; wie ze ondersteuning bieden; en de moeilijkheden en uitdagingen die ze in dit project ervaren hebben. Verder werd in de interviews nagegaan wat er goed ging en hoe dit project naar de toekomst toe zou kunnen verbeteren. De methode was participatief in de zin dat de respondenten zelf de keuze hadden welke foto's ze namen en welke beelden ze prioritair wilden bespreken tijdens de diepte-interviews. Verder verschaften de CHWs zelf een analyse bij de beelden tijdens het interview (Musoke, Ndejjo et al. 2016). De respondenten gaven bijschriften bij elk van de vijf geselecteerde foto's, die een antwoord gaven op de onderzoeksvragen.

Fase 4: Focusgroep discussie

Om het *photovoice* traject af te sluiten, presenteerden alle CHWs per regio deze selectie van foto's aan elkaar tijdens een focusgroep discussie. Hierna bood de focusgroep discussie de CHWs een platform om de onderzoeksvragen te bespreken en hun eigen ervaringen en standpunten te delen met de andere CHWs uit dezelfde regio. In totaal werden drie focusgroep discussies gehouden, met telkens vijf CHWs.

De diepte-interviews en focusgroep discussies werden uitgevoerd in de voorkeurstaal van de respondent. De deelnemers aan de *photovoice*-studie beheersten ofwel het Nederlands ofwel het Frans, waardoor de dataverzameling in één van beide talen plaats vond.

Semigestructureerde diepte-interviews met de mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden en steun ontvingen van de CHWs

Er werden 13 diepte-interviews afgenomen met mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden en ondersteuning van een CHW ontvingen. Onderwerpen die werden besproken tijdens deze semigestructureerd diepte-interviews waren: het continuüm van toegang tot zorg en de barrières die hierbij werden ervaren; geschiedenis en huidig gebruik van gezondheidsdiensten; de huidige zorgnoden; kennis van gezondheidsdiensten; en hun ervaring van de CHW steun die ze hebben ontvangen.

Interviews met mensen die steun van CHWs ontvingen gingen door in het Nederlands, Frans of een taal naar keuze van de respondent. In het laatste geval werden twee semigestructureerd diepte-interviews afgenomen in het Arabisch met behulp van professionele vertalers, die ervaring hadden met interviews met mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden. De betrokken vertalers ondertekenden een geheimhoudingsverklaring.

Focusgroep discussies met coaches

Twee focusgroep discussies met negen coaches van CHWs werden georganiseerd per taal (Nederlands en Frans). Onderwerpen die werden besproken in de focusgroep discussies omvatten: het werk van de CHW in het verbeteren van toegang tot zorg; de moeilijkheden en uitdagingen die de CHW-coaches ervaren in het project; administratie; opvolging van de coördinator; vergoeding en waardering; en suggesties naar de toekomst van het CHW-project toe. De focusgroep discussies werden begeleid door een interviewleider. Daar alle CHW-coaches het Nederlands of het Frans beheersten, werden de focusgroep discussies in één van beide talen gevoerd.

1.2.3 Respondenten

***Photovoice*-studie met CHWs**

CHWs werden door de coaches op de hoogte gebracht van de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek. CHWs, die hadden aangegeven geïnteresseerd te zijn tot deelname, werden vervolgens door de onderzoeker gecontacteerd en uitgenodigd. Per regio namen vijf CHWs deel. In Vlaanderen participeerden vijf vrouwelijke CHWs met een leeftijd tussen 30 en eind 50 jaar. In Brussel, zijn twee vrouwen en drie mannen op de uitnodiging voor deelname aan de studie in gegaan. Hun leeftijd varieerde van eind 20 tot begin 40 jaar. In Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap namen vier mannen en één vrouw deel met een leeftijd tussen midden 20 en midden 30 jaar.

Semigestructureerde diepte-interviews met mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden en steun van de CHW hebben ontvangen

De CHWs die deelnamen aan de *photovoice*-studie werden uitgenodigd om het onderzoek voor te stellen aan mensen aan wie ze ondersteuning hadden verleend. CHWs vroegen aan deze personen of zij bereid zouden zijn om deel te nemen aan het onderzoek door middel van een semigestructureerd diepte-interview. We beoogden een diversiteit qua respondenten met betrekking tot socio-demografische en socio-economische status en regio. Op de dagen dat de onderzoeker participerende

observatieactiviteiten uitvoerde bij de CHWs, werd vervolgens een kort bezoek gepland bij de personen die via de CHW toestemming hadden gegeven om deel te nemen aan het onderzoek. Tijdens dit korte eerste bezoek besprak de onderzoeker met deze persoon uit de doelgroep het onderzoek en werd een moment afgesproken om het diepte-interview af te nemen. Deze stappen waren bedoeld om een basis van vertrouwen te creëren en zo ruimte te laten voor een weloverwogen beslissing om al dan niet deel te nemen. Echter werd er ook aan de respondenten de mogelijkheid gegeven om het interview op dat moment te laten plaatsvinden indien dit de voorkeur droeg van de respondent.

In totaal namen dertien personen, waarvan zes mannen en zeven vrouwen, uit de doelgroep deel aan een diepte-interview. Zij waren tussen de 20 en 85 jaar en leven allemaal op kruispunten van verschillende omstandigheden die hen kwetsbaar maken, waaronder onzekerheden met betrekking tot het verblijfsstatuut, armoede en migratie-achtergrond.

Focusgroep discussies met de coaches

Er werden twee focusgroep discussies met negen coaches georganiseerd in twee talen (Nederlands en Frans). In de Nederlandstalige focusgroep waren vijf personen aanwezig waarvan drie vrouwen en twee mannen. De Franstalige focusgroep bestond uit coaches uit Brussel en Wallonië; waarvan één persoon een dubbele rol coach-CHW had. Deze laatste focusgroep was samengesteld uit drie vrouwen en één man.

1.2.4 Data-analyse

De transcripties en de observatienota's werden in NVivo (versie 1.2) geïmporteerd voor analyse. De transcripties zorgen voor een gedetailleerde weergave van de antwoorden van de respondent. In twee situaties werd de transcriptie ook vertaald vanuit het Arabisch naar het Engels. Voor de semigestructureerd interviews met mensen uit de doelgroep, waarvoor geen toestemming werd verkregen voor audio-opname, werden de gedetailleerde notities van tijdens het interview geïmporteerd in Nvivo.

Dataverzameling en lezen van de transcripties werd afgewisseld om de volgende diepte-interviews en focusgroep discussies verder te kunnen informeren en te evalueren wanneer saturatie werd bereikt. De foto's die door de CHWs werden genomen, werden enkel gebruikt als gespreksstimuli bij de interviews. Deze foto's werden niet door de onderzoeker als data geanalyseerd, maar enkel de beschrijving van de CHWs tijdens de semigestructureerd interviews en focusgroep discussies werd geanalyseerd. De data werd geanalyseerd door zorgvuldig de transcripties te lezen en herlezen, alsook de veldnota's. De data werd eerst open, dan axiaal en vervolgens selectief gecodeerd (Strauss and Corbin 1998). Tijdens deze fase van codering werden ook memo's gemaakt. Een *sub-sample* van de transcripties werd ook door een andere onderzoeker gecodeerd om zo gelijkenissen en verschillen te vergelijken en bespreken met het oog op intercoder-betrouwbaarheid (Creswell and Poth 2007). De analyse werd uitgevoerd in overeenstemming met de abductieve analyse procedures, beschreven door Timmermans en Tavory (Timmermans and Tavory 2012).

1.2.5 Feedback sessies met community health workers

Belangrijk is op te merken dat de dataverzameling plaats vond in de eerste maanden van de implementatie van het CHW-project op het terrein. Dit omwille van de beperkte looptijd van het project. De onderzoeksresultaten moeten in dit licht gelezen worden. Om deels tegemoet te komen aan deze beperking van de studie, werden na de data-analyse in januari 2022, twee feedback sessies gehouden, waar alle CHWs die meewerkten aan het onderzoek werden uitgenodigd. Omwille van de COVID-19 maatregelen werden deze feedback sessies online georganiseerd per taal (één in Nederlands; één in Frans). Tijdens deze bijeenkomsten werden de resultaten gepresenteerd. Na deze presentatie, werd feedback gevraagd van de CHWs, werden bepaalde thema's nog verder samen uitgediept en werd er expertise uitgewisseld tussen CHWs. Ook werd de wetenschapscommunicatie poster besproken. Deze feedback van de CHWs werd mee verwerkt in dit rapport.

1.3 Wetenschapscommunicatie

Om de onderzoeksresultaten naar mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden te communiceren, werd een poster ontworpen. CHWs worden uitgenodigd om deze poster op te hangen in de buurt waar zij actief zijn. Deze poster illustreert het werk van de CHW en beschrijft op een toegankelijke wijze de grote lijnen van de onderzoeksresultaten. Daarnaast heeft de poster tot doel om ook het werk van de CHW in de buurt meer kenbaar te maken. Er is ruimte voor elke individuele CHW om diens contactgegevens achter te laten op de poster. Daarnaast worden er scheurstrookjes voorzien, zodat mensen die interesse hebben in het werk van de CHW de contactgegevens van de CHW kunnen meenemen.

2. Kwalitatieve resultaten

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten met betrekking tot elk van de drie onderzoeksvragen, zoals beschreven in de inleiding van dit kwalitatief onderzoekluik.

2.1 Onderzoeksvraag 1: wie heeft het community health worker project bereikt?

Een diverse groep mensen wordt bereikt, die leven op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden die elkaar kunnen beïnvloeden en versterken. Dit kan resulteren in complexe zorgnoden. Welke mensen bereikt worden, hangt voornamelijk af van de betreffende wijk en de *outreach*-aanpak van de CHW.

2.1.1 Mensen die leven op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden

De mensen die bereikt worden door de CHWs in dit project hebben sterk gevarieerde socio-demografische kenmerken. Een ruime leeftijdsgroep wordt bereikt, gaande van jongeren tot senioren. De kwalitatieve resultaten tonen aan dat de CHWs mensen met de Belgische nationaliteit ondersteunen, alsook mensen met een migratie-achtergrond, verzoekers om internationale bescherming en mensen zonder geldige verblijfsvergunning. Waar er een diversiteit in leeftijd, geslacht en migratie-achtergrond kan genoteerd worden binnen de doelgroep, delen zij vrijwel allemaal een lagere socio-economische status. Al kijken de CHWs in de eerste plaats naar de zorgnood en helpen zij zo ook een erg kleine groep mensen die minder financiële noden heeft. Belangrijk is op te merken dat de mensen die bereikt worden door de CHWs niet te reduceren zijn tot één socio-

demografisch of socio-economisch kenmerk. Deze personen bevinden zich als het ware op een kruispunt van verschillende kwetsbaarheden die met elkaar verweven zijn en die elkaar kunnen versterken – in lijn met het concept *intersectionaliteit* dat Crenshaw (1989, 1991) introduceerde. Meer specifiek gaat het om de volgende potentiële kwetsbaarheden: het hebben van een laag opleidingsniveau; leven met risico op armoede en ernstige materiële deprivatie; geen of beperkte kennis van Nederlands (Vlaanderen) en Frans (Brussel/Wallonië); een oudere leeftijd hebben; beperkt sociaal netwerk hebben; nieuwkomer zijn; geen wettelijke verblijfsstatus hebben of in een verzoek zijn om internationale bescherming; een fysieke beperking hebben; leven met een psychische aandoening; dak- of thuisloos zijn. Een illustratie hiervan is een vrouw die woont in Wallonië, rond de 80 jaar, met beperkte kennis van het Frans. Ze heeft een gebroken arm. In haar omgeving is geen ziekenhuis waar ze verzorging kan verkrijgen. Door haar fysieke beperking kan ze niet met de auto naar een verder gelegen ziekenhuis rijden. Haar afgelegen woonplaats en beperkt sociaal netwerk laten haar niet toe om via het openbaar vervoer, een sociale taxidienst of kennissen naar het ziekenhuis te gaan. Ze heeft daarnaast geen computer of smartphone en geraakt niet wijs uit de administratieve brieven die ze krijgt van het ziekenhuis, waardoor ze het moeilijk heeft om rekeningen te betalen. Deze vrouw is één van de mensen die moeilijkheden ervaart in toegang tot zorg door een samenspel van verschillende kwetsbaarheden. Deze mensen vormen de doelgroep van het CHW-project.

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat CHWs erin slaagden om een aantal doelgroepen die moeilijk te bereiken zijn, toch deels te bereiken, zoals bijvoorbeeld personen die sociaal geïsoleerd en/of beperkt mobiel zijn. Uit de interviews met de CHWs komt naar voor dat zij er via samenwerkingen met gespecialiseerde organisaties en mond-aan-mond reclame soms toch in slagen om deze groep te bereiken. Daarnaast merken de CHWs op dat huisvrouwen en -mannen, die zich voornamelijk bezighouden met het huishouden, eerder beperkte tijd hebben voor eigen zorgvragen. Een andere moeilijk te bereiken groep zijn personen met een preciaire job. Dit actieve deel van de bevolking is vaak niet beschikbaar tijdens de traditionele werkuren. Om deze groep toch te kunnen bereiken, werken CHWs vaak met een flexibel uurrooster en zijn ze ook actief na 17u en in het weekend.

Een bijzondere doelgroep binnen dit project zijn de personen die getroffen zijn door de overstromingen die in juli 2021 plaatsvonden in de provincie Luik. De CHW-teams die actief zijn in deze provincie namen dan ook actief deel aan de ondersteuning van de getroffen bewoners in gemeentes als Eupen, Verviers, Pepinster en Luik. Hoewel dit vooral in de zomer een groot aandeel van hun werk in beslag nam, geven meerdere CHWs aan nog steeds betrokken te zijn bij het helpen van slachtoffers. Zo zijn er CHWs die, bijvoorbeeld, specifiek mensen met een trauma naar psychologische ondersteuning toeleiden of helpen met welzijnsnoden, zoals ondersteuning bij woonproblemen.

2.1.2 Verscheidenheid aan zorgnoden

Deze diversiteit in de mensen die de CHWs bereiken, die ieder leven op een kruispunt van verschillende kwetsbaarheden die met elkaar verweven zijn en elkaar kunnen versterken, resulteert in een grote verscheidenheid aan en dikwijls ook een combinatie van verschillende zorgnoden. Deze

noden hebben betrekking tot COVID-19 gerelateerde zorg, eerstelijnszorg, vragen omtrent mutualiteiten en meer welzijns-gerelateerde vragen.

La santé, arrivant rarement seule, si on avance mandat uniquement santé, il y a des cas qu'on ne peut pas du tout aider alors que c'est flagrant qu'il y a un souci de santé. Peut-être la langue mélangée avec un problème de logement, financier. On n'a pas de levier.

Coach, regio Brussel

In bepaalde situaties hebben personen een zorgnood met een complexiteit die het werk van de CHW overstijgt. Sommige mensen ervaren specifieke bijkomende zorgnoden, zoals nood aan extra ondersteuning omwille van het leven met een fysieke beperking, met een psychische aandoening zoals depressie of omwille van een afhankelijkheid aan drugs. Een voorbeeld hiervan zijn personen die thuisloos zijn en leven met een afhankelijkheid aan drugs. De begeleiding en zorgnood van deze groep is zo specifiek dat de rol die een CHW kan spelen beperkt is tot het toeleiden naar gespecialiseerde diensten en het opvolgen van hun dossier. Een gelijkaardige uitdaging stelt zich bij mensen zonder geldige verblijfsvergunning. In dit geval zijn de legale barrières van dien aard dat de persoon in kwestie sterk beperkt is in het recht op zorg, waardoor een CHW ook hier vooral toe zal leiden naar gespecialiseerde diensten, zoals deze van Dokters van de Wereld en Artsen Zonder Grenzen, of zal helpen met het verkrijgen van een medische kaart. De kwalitatieve data toont dat CHWs vaak in contact komen met deze laatste groep mensen.

COVID-19 zorg

Een aanzienlijk deel van de zorgnoden van de doelgroep hebben betrekking op COVID-19 gerelateerde zorg. Concreet zijn mensen, enerzijds, voornamelijk op zoek naar informatie rond COVID-19 vaccins, zoals de mogelijke bijwerkingen, de verschillen tussen de soorten vaccins, de vaccindosis en waar men een vaccin en vaccinatiecertificaat kan krijgen. Anderzijds zijn er ook vragen gerelateerd aan COVID-19 tests, zoals ondersteuning bij de bijhorende administratie en bij de procedure om een test te kunnen laten afnemen.

Donc voilà, surtout avec la covid, on a remarqué qu'il y avait beaucoup de choses qui se sont numérisées, beaucoup de choses ne pouvaient plus se faire en présentiel. Et la plupart des personnes avaient du mal en fait à par exemple s'inscrire à la mutuelle, prendre des rendez-vous pour la vaccination, prendre des rendez-vous pour les tests. À ce niveau-là aussi, nous on peut être plus qu'utiles en fait pour ces personnes-là.

CHW, regio Brussel

Eerstelijnszorg

Een tweede belangrijke nood heeft betrekking op de eerstelijnszorg. De noden die onder deze categorie vallen, zijn zeer uiteenlopend. Uit de interviews met de CHWs en personen uit de doelgroep komt naar voor dat dit voornamelijk gaat over de diagnose en de opvolging van lichamelijke klachten,

zoals bijvoorbeeld bij pijn of bij aanhoudende epileptische episodes, en het vinden van een huisarts. De CHWs gaven daarnaast aan dat er een hoge vraag is naar tandartsen, zeker vanuit mensen zonder geldige verblijfsvergunning. Bij deze groep is er ook een grote vraag naar een medische kaart, die de bezitter een beperkte toegang tot gezondheidszorg verschaft. Al helpen de CHWs voornamelijk met noden rond fysieke zorg, toch blijkt er ook een prominente behoefte aan mentale gezondheidszorg te zijn. Onderwerpen als depressie, trauma en chronische stress komen dan ook regelmatig naar boven tijdens de interviews met personen uit de doelgroep

Mutualiteiten

Ten derde richt een deel van de zorgnoden zich naar de mutualiteiten. Deze vragen gaan voornamelijk over wat mutualiteiten zijn, hoe men deze kan vinden en hoe men zich kan inschrijven. Daarnaast wordt er ook gevraagd naar de voordelen van zich aan te sluiten bij een mutualiteit en naar de werking van de terugbetalingsprocedures.

[Naam CHW] est venue avec moi à la mutuelle. Elle a des possibilités que toute personne n'a pas. On devrait faire quelque chose avec toutes les possibilités que les gens peuvent avoir. Tout le monde n'est pas au courant que l'on a le droit à ceci ou cela.

Persoon uit de doelgroep, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Welzijnsnoden

Buiten deze drie domeinen gaat ook een deel van de noden van de doelgroep niet rechtstreeks over gezondheidszorg maar eerder over welzijn-gerelateerde vragen. De twee grootste noden die in het kwalitatief onderzoek aangehaald werden zijn de nood aan leefbare huisvesting en de nood aan een wettelijke verblijfsvergunning. Hoewel deze niet rechtstreeks gelinkt zijn aan gezondheidszorg, kunnen zowel iemands huisvestingssituatie als iemands verblijfsstatuut via indirecte mechanismen wel een sterke impact hebben op de mentale en fysieke gezondheid van een persoon. Zo kan een precarie huisvestingssituatie leiden tot stress en depressie en kan het hygiëne en zelfzorg bemoeilijken, wat mogelijk een negatieve impact op iemands gezondheid kan hebben. Daarnaast perkt het ontbreken van een wettelijke verblijfsvergunning het recht op toegang tot zorg sterk in, wat de preventie en behandeling van aandoeningen vaak bemoeilijkt.

The only problem is with housing, and that's the problem with people who get sick. [...] If you for example don't find a place to live, you will get very stressed. You will get so stressed until you get sick. You will have to sleep in the street and you will fall sick. So you will sleep in the street and your situation won't get better. So you will fall sick little by little with pressure and all, and that's what happens to people, and then people start to become aggressive.

Persoon uit de doelgroep, regio Brussel

Doorheen de verschillende regio's en teams blijkt het vinden van een balans tussen vragen die rechtstreeks over gezondheid gaan en vragen die breder rond welzijn draaien maar wel urgent zijn een gedeeld probleem. Zoals verder in dit rapport besproken zal worden, kan het nefast zijn voor het vertrouwen in de CHW om selectief niet rond urgente welzijnsnoden te werken. Naarmate het project vordert, lijken teams meer het werk van de CHWs af te bakenen en prioriteiten te stellen in functie van rechtstreekse gezondheidszorgvragen.

2.1.3 Outreach-strategieën om mensen uit de doelgroep te bereiken

In het CHW-project werd er in vrijwel alle steden, op Gent na, gekozen om wijkgericht te werken in plaats van doelgroepgericht. Als onderdeel van de *outreach* methodologie worden diverse strategieën gehanteerd om een zo breed mogelijke groep van mensen te kunnen bereiken. Hier wordt een niet-exhaustieve opsomming gemaakt van concrete strategieën die CHWs inzetten.

Een eerste *outreach* strategie betreft het aanwezig zijn in de publieke ruimte, waar men een breed publiek kan bereiken. Elke CHW gaat de straat op, maar in verschillende regio's kwam een verschillende invulling hiervan naar voor. In een Brusselse wijk organiseren CHWs, bijvoorbeeld, activiteiten in een park met spelletjes voor kinderen, muziek, gratis drank en eten om zo mensen aan te trekken en het project te introduceren. In een Vlaamse stad werd er, bijvoorbeeld, een informatiestand opgezet op een lokale markt, waar de CHWs mensen aanspreken en informatie verschaffen omtrent COVID-19. In Wallonië, zijn er CHWs aanwezig op straat in het gebied dat getroffen werd door de watersnood om mensen aan te spreken, die ondersteuning zouden kunnen nodig hebben.

On a mis le jus, les gens sont venus demander le jus et on a profité de l'occasion. C'est comme si tu utilisais pour pêcher le poisson. Imagine: bonsoir, c'est quoi ici ? Vous faites quoi? C'est gratuit le jus? C'est gratuit, mais vous faites quoi? Après on explique le projet, tu participes à l'activité tout ça? Et ils participent grâce au jus.

CHW, regio Brussel



We hebben verschillende collega's, dus we hebben collega's die heel sterk zijn en zulke dingen doen van "kom we gaan op de markt staan. We gaan een vaccinatie dag houden, we gaan de mensen informeren" dus niet overtuigen maar informeren. En dan kunnen we ook samen onze eigen organisatie of project een beetje voorstellen. Dus win-win eigenlijk. En dan zijn we dan op de markt gaan staan met ons eigen middelen, ons eigen tafel, we hebben het zelf zo een beetje in elkaar gestoken.

Foto en citaat: CHW, regio Vlaanderen

Een tweede strategie die CHWs hanteren is zich specifiek richten op plaatsen waar de doelgroep vaak aanwezig is. In een Waalse wijk zijn er, bijvoorbeeld, CHWs die in samenspraak met de lokale sociale huisvestingsorganisatie van deur tot deur gaan in sociale woonblokken om te vragen of daar mensen zijn die ondersteuning nodig hebben. Daarnaast houden CHWs permanentie in een sociaal restaurant in een Brusselse buurt. Dit met het oog op het bereiken van ouderen die sociaal geïsoleerd zijn en slechts voor een maaltijd naar buiten gaan. Een gelijkaardig voorbeeld is te vinden in een Vlaams team, waar de lokale CHWs wekelijks een permanentie organiseren bij een voedselbank of in een daklozencentrum.

Interviewer: Waar hebben jullie elkaar ontmoet?

Respondent: In het [naam daklozencentrum] zeker. [...] Dan heb ik gezegd hoe dat het met mijn voeten gaat. Dan kwam ze af met schoenen maat 45. Ik zei: "merci [naam CHW], maar een beetje klein". [...] Ik dacht eigenlijk eerst dat ze een dakloze was ook. En ook haar manier van doen. Ze hoort erbij, ze praat ook zo. Wat was het, plotseling zei ze dat dan [dat ze een CHW is]. "Ah jij werkt hier". Dan hebben we even geconverseerd, precies dat soort dingen, dan legt ze dat uit.

Persoon uit de doelgroep, regio Vlaanderen

Een derde strategie om de doelgroep te bereiken is het nauw samenwerken met lokale organisaties. Enerzijds, kunnen deze organisaties van een niet-medische aard zijn. In een Vlaamse buurt is er, bijvoorbeeld, een CHW die nauw samenwerkt met een lokale organisatie voor vrouwelijke nieuwkomers. Hier geeft de CHW in kwestie af en toe informatiesessies over het Belgische gezondheidssysteem en helpt deze nieuwkomers verder wanneer ze specifieke zorgnoden hebben. Anderzijds, kunnen er ook nauwe samenwerkingen ontstaan met gezondheidszorgdiensten. In een Waalse stad is een CHW op bepaalde momenten aanwezig op de spoedafdeling van een lokaal ziekenhuis. De CHW ondersteunt hier mensen uit de doelgroep met bijkomende vragen, over bijvoorbeeld aansluiting bij de mutualiteiten. Wanneer een persoon onnodig naar spoeddienst gaat voor een niet dringende zorgvraag, kan de CHWs ook onmiddellijk verder helpen indien nodig. Daarnaast zijn er ook beperkte samenwerkingen met onder andere wijkgezondheidscentra en apothekers. In meerdere teams laten CHWs, bijvoorbeeld, flyers of visitekaartjes achter bij lokale apothekers of organiseren ze hier permanenties. Verschillende CHWs geven aan dat apothekers namelijk voor veel mensen een eerste vertrouwenspersoon zijn bij gezondheidsproblemen of vragen rond COVID-19. In sommige gevallen kunnen CHWs dan een deel van de werklast van de apothekers overnemen door, bijvoorbeeld, te helpen met het verstrekken van COVID-19 gerelateerde informatie op een toegankelijke manier of met het toeleiden naar relevante diensten wanneer mensen uit de doelgroep bij de apotheker voor advies komen.

Een vierde strategie die CHWs hanteren is het mee op stap te gaan met andere organisaties. Dit heeft verschillende voordelen. Deze organisaties zijn reeds langer ingebed in de buurt dan het CHW-project en hebben bijgevolg specifieke kennis over bepaalde doelgroepen in deze wijk. Daarnaast hebben deze organisaties in vergelijking met het CHW-project vaak meer bekendheid en geloofwaardigheid, waardoor ze als het ware als *gatekeepers* kunnen fungeren die de CHWs op straat in contact brengen met de doelgroep. In Wallonië, gaan CHWs, bijvoorbeeld, mee op stap met een organisatie die werkt rond mentaal welzijn. In Brussel is er, bijvoorbeeld, een wijk waar de CHWs in het begin van het project samen op stap gingen met de gemeenschapswacht. Deze konden de CHWs bepaalde plekken aanwijzen waar mogelijks mensen uit de doelgroep aanwezig zijn, en hen introduceren aan een aantal personen. In een Vlaamse stad is er dan weer een CHW die regelmatig meeloopt met een straathoekwerker. Als duo reiken ze samen de hand uit naar mensen uit de doelgroep of verwijzen ze personen naar elkaar door afhankelijk van de noden van het individu.

Tot slot, maken CHWs ook publiciteit op verschillende manieren om zo de doelgroep op een indirecte wijze te bereiken. Dit kan op papier zijn, zoals bijvoorbeeld het gebruik maken van flyers over het project in verschillende talen. Publiciteit kan echter ook in een digitale vorm plaatsvinden. In Brussel is er, bijvoorbeeld, een wijk waar de CHWs actief zijn op diverse sociale media platformen die gericht zijn op buurtcohesie, zoals *Hoplir* en *Helper*. Ook geven CHWs aan dat buurtgerichte facebookgroepen een goede plaats zijn om personen van de doelgroep te bereiken. In alle regio's, zijn CHW-teams ook actief op sociale media, zoals facebook, waar ze berichten plaatsen over hun werking.

Aussi, comme autre stratégie, c'est cibler tous les groupes de quartier sur les réseaux sociaux, par exemple sur Facebook, qui fait partie des différents groupes, qui a dans le quartier, donc c'est comme quelqu'un qui habite à le quartier. J'habite pas à Laeken, mais c'est comme si je vivais tout ce qui se passe dans le quartier. Je suis comme un voisin, il y a aussi d'autres applications, deux ou trois applications sur lesquelles tu peux, esque comme un habitant du quartier voit les personnes qui ont des besoins. Voilà.

CHW, regio Brussel

2.2 Onderzoeksvraag 2: Hoe ondersteunen community health workers mensen in hun toegang tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde zorg?

De maatschappelijke positie van een persoon op een kruispunt van verschillende kwetsbaarheden leidt tot specifieke zorgnoden en een complex samenspel van barrières met betrekking tot het inlossen van die zorgnoden. Bijgevolg wordt naast de brede variatie aan zorgnoden – zoals beschreven onder onderzoeksvraag 1 – ook een sterke verscheidenheid aan ervaren drempels tot zorg vastgesteld bij de doelgroep. Afhankelijk van het kruispunt van kwetsbaarheden waar een individu zich op bevindt, komen specifieke drempels over het toegang-tot-zorg-continuüm samen voor. Deze drempels zorgen ervoor dat mensen moeilijkheden ervaren in hun toegang tot zorg, wat ertoe kan leiden dat diens zorgnoden verergeren. Een illustratie hiervan is dat een persoon zijn jaarlijks tandartsbezoek uitstelde vanwege beperkte beschikbaarheid van tandartsen, alsook wantrouwen en angst, met als gevolg dat diens tandproblemen pas behandeld werden in een ver gevorderd stadium en deze persoon ook minder terugbetaling kon ontvangen. Belangrijk is op te merken, dat de COVID-19 pandemie en bijbehorende maatregelen een aantal barrières naar alle waarschijnlijkheid verder hebben vergroot, zoals de digitale kloof en de moeilijkheden om te navigeren in het zorgsysteem door de tijdelijke sluiting van bepaalde diensten en organisaties.

Nadat we bij de vorige onderzoeksvraag de zorgnoden van de mensen uit de doelgroep in kaart hebben gebracht, wordt bij deze onderzoeksvraag eerst ingegaan op de verschillende barrières tot het inlossen van deze zorgnoden. Vervolgens bekijken we de manieren waarop CHWs helpen met het overstijgen van deze barrières.

2.2.1 Ervaren barrières bij toegang tot zorg

Net zoals zorgnoden, hangen ook de barrières die iemand ervaart om toegang te krijgen tot zorg samen met het kruispunt van kwetsbaarheden waarop iemand zich bevindt. Zoals uiteengezet in het theoretisch kader, bekijken we barrières over het continuüm van toegang tot zorg (Levesque, Harris et al. 2013). In dit deel maken we een onderscheid tussen overkoepelende barrières die een invloed hebben op het volledige toegang-tot-zorg-continuüm en barrières die gelinkt zijn aan een specifieke fase in het toegang-tot-zorg-continuüm.

2.2.1.1 Overkoepelende barrières langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm

Uit het kwalitatief onderzoek komen enkele barrières naar voor die mensen uit de doelgroep langs het hele toegang-tot-zorg-continuüm kunnen ervaren: een gebrek aan vertrouwen; administratieve complexiteit; de digitale kloof; en een taalbarrière. Daarnaast ondersteunen CHWs ook mensen zonder wettig verblijfsstatuut. Zij ervaren een bijkomende juridische barrière die ook impact heeft op hun hele zorgtraject.

Vertrouwen

Uit de interviews met de doelgroep en de CHWs blijkt dat een voorgaande negatieve ervaring met zorgpersoneel, zoals racisme, discriminatie of het gevoel niet serieus genomen te worden, het vertrouwen van mensen in de zorgsector kan schaden. Dit verhoogt de drempel om opnieuw hulp te zoeken. Iemands vertrouwen kan ook geschaad worden door de slechte kwaliteit van een eerdere behandeling. Zo kwamen uit de interviews met de CHWs en mensen uit de doelgroep de voorbeelden naar voor dat een slecht geplaatste tandvulling of een huisarts die weinig hulpvaardig was, ervoor zorgde dat personen minder vertrouwen hadden in de betreffende gezondheidsdiensten en weigerachtig stonden om opnieuw hulp te vragen. Dit gebrek aan vertrouwen heeft een impact doorheen alle stappen van het toegang-tot-zorg-continuüm.

Il y a un monsieur qui m'appelle, si on avait commencé à trois heures on aurait fini à quatre heures, j'aurais été avec lui chez le médecin traitant. Il va y aller tout seul, je lui ai écrit ce qu'il doit demander. Il dit que le médecin voit n'y connaît rien, on dirait qu'il ne rend pas le service comme il se doit. C'est pour ça qu'il veut que j'aille avec lui comme ça il va savoir qu'il n'est pas tout seul.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Administratie

Uit de interviews met CHWs en de doelgroep komt naar voor dat ook de administratie en het papierwerk rond het zorgsysteem een belangrijke barrière vormen. Vrijwel alle mensen die door de CHWs geholpen worden ervaren deze barrière en ze komt voor in zo goed als alle stappen in het toegang-tot-zorg-continuüm. De complexiteit en het moeilijke taalgebruik van de bijhorende administratie zorgt ervoor dat mensen niet steeds begrijpen op welke rechten ze beroep kunnen doen, wat van hen wordt verwacht, of aan wie ze zich moeten richten om bepaalde zorg of ondersteuning te krijgen. Dit kan ervoor zorgen dat mensen niet op tijd de zorg en ondersteuning krijgen waar ze recht op hebben.

Interviewer: Pourquoi as-tu pris contact avec [naam CHW]?

Respondent: Pour elle, je ne m'en sortais plus, je ne savais plus où la diriger. On avait été voir le CPAS [Centre Public d'Action Sociale], elle n'avait droit à rien. Il y avait des huissiers, on n'arrivait pas à avoir les documents.

Persoon uit de doelgroep, regio Wallonië en de Duitstalige gemeenschap

Digitale kloof

Een andere belangrijke barrière langsheen het gehele continuüm van toegang tot zorg is de digitale kloof. Niet iedereen beschikt over de digitale toestellen of benodigde vaardigheden om vlot digitaal te navigeren in het gezondheidssysteem. De digitalisering is onder druk van de COVID-19 epidemie verder toegenomen, en bemoeilijkt zo de toegang tot zorg voor bepaalde groepen, zoals bijvoorbeeld ouderen en anderstaligen. Zo komt uit gesprekken met personen uit de doelgroep en CHWs regelmatig naar voor dat het gebruik van de kaartlezer voor het maken van een vaccinatie- of testafpraak, of het verkrijgen van een *Covid Safe Ticket* via *Itsme* een drempel is. Ook het online maken van afspraken of raadplegen resultaten zijn niet eenvoudig voor iedereen.

Taal

In verschillende interviews met zowel mensen uit de doelgroep als CHWs kwam de taalbarrière tussen iemand met een zorgnood en de zorgverlener naar voor als een belangrijke drempel langsheen het gehele continuüm van toegang tot zorg. Dit probleem stelt zich niet enkel tijdens consultaties, maar ook bij de administratie die bij het zorgsysteem komt kijken en verkrijgen van informatie over, bijvoorbeeld, COVID-19 maatregelen en vaccinatie. Veel zorgverleners bieden zelf geen vertaaldiensten aan en verwachten van de persoon met zorgnoden dat deze zelf een oplossing voorziet. Vertaaldiensten die niet ingebed zijn in een zorginstelling zijn echter overbevraagd of kostelijk, waardoor men vaak terugvalt op informele ondersteuning bij vertaalnoden. Daarnaast kunnen ook mensen die Frans of Nederlands als eerste taal hebben een taalbarrière ervaren omdat zij medisch jargon niet begrijpen of moeilijkheden hebben met het verwoorden van hun zorgvraag.

C'est ça et il n'y a rien dans les structures qui facilite cette communication. Dans la plupart des structures ils leur demandent de ramener un interprète avec eux, il y en a qui ne connaissent personne, ils ramènent un enfant. Le médecin en face parle pendant quinze minutes, l'enfant dit deux mots ou une phrase, on n'est même pas sûr que l'information soit passée correctement.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Wettelijk statuut

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat een belangrijk deel van de doelgroep bestaat uit personen zonder wettige verblijfsvergunning. Het al dan niet hebben van een wettelijk verblijfsstatuut bepaalt in belangrijke mate welke rechten iemand heeft met betrekking tot gezondheidszorg. De afwezigheid van een wettelijke verblijfsvergunning kan dus voor een bijkomende juridische barrière zorgen doorheen alle stappen van het toegang-tot-zorg-continuüm. De CHWs geven ook aan dat zij het gevoel hebben dat sommige OCMW-medewerkers niet altijd voldoende ondersteuning bieden om een medische kaart of dringende medische hulp te verlenen. Uit de interviews met mensen zonder wettige verblijfsvergunning komt daarnaast ook naar voor dat ze enerzijds niet steeds weten waar ze recht op hebben en anderzijds bang zijn om gebruik te maken van de medische kaart vanuit een angst dat hulpverleners hen zouden aangeven bij officiële instanties. CHWs gaven in de interviews ook aan dat

het niet hebben van een rijksregisternummer het verkrijgen van COVID-19 vaccinaties bemoeilijkt. Dit kan in principe via een BIS-nummer, maar de CHWs geven aan dat dit in sommige gevallen moeizaam verloopt.

2.2.1.2 Barrières specifiek aan de stappen van het toegang-tot-zorg-continuüm

Stap 1: De perceptie over gezondheid en zorg

Uit de interviews met de CHWs blijkt dat mensen uit de doelgroep in hun interacties met de CHWs niet altijd onmiddellijk eenduidig aangeven wat hun verschillende zorgnoden en barrières zijn. Dit kan volgens de geïnterviewde CHWs verschillende oorzaken hebben, zoals het hebben van wantrouwen of argwaan of moeilijkheden ervaren met het zelf identificeren of verwoorden van de zorgvraag. Voor een deel van de personen uit de doelgroep is gezondheid niet de eerste prioriteit. Bijvoorbeeld, mensen met huisvestingsproblemen of zonder wettelijke verblijfsvergunning kunnen de nood aan leefbare huisvesting, een verblijfsstatuut of een inkomen als urgenter ervaren dan een gezondheidsnood. Dit kan ervoor zorgen dat zorgnoden worden uitgesteld tot deze hoogdringend zijn, met het mogelijke verergeren van deze gezondheidsproblemen als gevolg.

Dat hangt er dan ook van af wat dat dat gezin of die mama ziet als prioriteit, en die ziet als prioriteit geld. Terwijl, ze is heel zwaarlijvig dus ze moet op dieet van haar dokter, maar dat is het laatste van haar gedachten. Maar daardoor heeft ze wel heel veel gezondheidsproblemen. Ziet ge, da's echt een multiprobleem. Wij kunnen wel helpen in het toeleiden naar een wijkgezondheidscentrum en dieet maar ze heeft al geen geld om eten te kopen, en als ze geld heeft ja wat koopt ze dan, goedkoop eten. En dat is niet gezond he. Dus ja, die mama die moet heropgevoed worden in gezond koken. Ja sorry, maar die is daar totaal niet me bezig.

Coach, Regio Vlaanderen

Met de hoeveelheid aan informatie die vandaag beschikbaar is via diverse kanalen, gaven de CHWs aan dat het voor mensen niet altijd eenvoudig is om te weten welke informatie correct is en welke niet. Deze zogenaamde *infodemic* werd onderstreept tijdens de COVID-19 epidemie. Zo kwam uit gesprekken met de CHWs regelmatig naar voor dat mensen twijfelden over de veiligheid van vaccins vanwege berichten die ze hadden gelezen op sociale media. Gebrekkige of verkeerde informatie kan ervoor zorgen dat mensen angst van en wantrouwen tegenover zorg en zorgverleners hebben. Naast angst en wantrouwen kan misinformatie ook ertoe leiden dat mensen een verkeerde perceptie over zorgnood hebben, weigerachtig zijn om zorg te zoeken of twijfel ervaren over het nut ervan, bijvoorbeeld, bij vaccinatie.



Cette photo, c'est un bus de vaccination mobile. Et le commentaire, c'est que c'est un bus qui utilise seulement le vaccin Johnson and Johnson. Alors tu vois qu'il n'y a personne. Ça, c'est une variable aussi. Quand j'ai eu par exemple [naam], il m'appelait pour le vaccin et il m'a dit je n'ai aucun papier, je veux le vaccin. Je lui ai dit oui, Johnson and Johnson tu peux l'avoir maintenant. Il m'a dit: "non je ne veux pas Johnson and Johnson, je veux Pfizer".

Citaat en foto: CHW, regio Brussel

Stap 2: Het zoeken van zorg

De kwalitatieve resultaten tonen aan dat mensen uit de doelgroep niet altijd weten hoe ze moeten navigeren binnen het gezondheidssysteem. Uit interviews met de CHWs komt enerzijds naar voor dat deze barrière ontstaat omdat mensen niet op de hoogte zijn van welke zorgdiensten en ondersteuning er bestaan. Zo zijn er bijvoorbeeld personen die bij zorgvragen direct naar een ziekenhuis gaan, of die niet weten dat ze psychologische ondersteuning kunnen krijgen. Anderzijds is er ook een groep die wel weet welke diensten bestaan, maar moeite ervaart om hierover meer informatie in te winnen of contact te leggen. Dit laatste kan zowel door een te beperkt aanbod aan diensten veroorzaakt worden, als door een teveel als diensten waardoor men door de bomen het bos niet meer ziet. Deze barrière komt in het kwalitatief onderzoek voornamelijk voor bij anderstalige nieuwkomers die het gezondheidssysteem nog niet goed kennen. Ook ouderen die sociaal geïsoleerd zijn ervaren deze uitdagingen met betrekking tot het vinden van de juiste zorgen, omdat ze niet op eigen sociale contacten kunnen terugvallen voor suggesties en advies.



Je ne sais pas si vous connaissez, c'est un petit projet Food Sharing? Tu peux aller poser tes aliments pour que les gens qui ont en besoin peuvent les consommer. Et c'est vide. C'est toujours vide. Mais c'est un peu symbolique parce que ça montre un peu que les gens ne savent juste pas que ça existe. Vraiment c'est un peu dans un coin un peu perdu à [naam regio] et je pense que c'est juste le manque d'informations aux gens. C'est un peu pour le service aussi, ce n'est pas utilisé comme ça pourrait être.

Foto en citaat: CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Stap 3: Het bereiken van zorg

Moeilijkheden ervaren om gezondheidsdiensten te bereiken vormt een letterlijke barrière tot gezondheidszorg. Niet iedereen heeft de mogelijkheden om zelfstandig bij een zorgverlener te geraken. Zeker voor mensen met een beperkte mobiliteit zijn alternatieve transportmethodes vaak essentieel, maar soms onbereikbaar, onbekend of onbetaalbaar. Het openbaar vervoer is echter niet altijd toegankelijk voor iedereen. Zo komt uit een aantal interviews naar voor dat bushaltes te ver zijn, bussen te onregelmatig rijden of te duur zijn. Taxidiensten gelinkt aan zorginstellingen zijn dan weer ongekend, verzadigd of rijden slechts onder bepaalde voorwaarden, zoals het hebben van een erkende handicap. Deze barrière treft voornamelijk mensen met een beperkte mobiliteit en mensen die niet in het centrum van een gemeente of stad wonen. In de Duitstalige gemeenschap werd bijvoorbeeld door een CHW aangegeven dat dit een veelvoorkomende barrière is.

Gebrek aan mobiliteitsmogelijkheden gaat hand in hand met het feit dat ook de geografische locatie van zorgdiensten een barrière kunnen vormen. Bijvoorbeeld, wanneer een ziekenhuis of huisarts zich buiten de stad of op een heuvel bevinden. Ook wegenwerken rondom een zorgdienst kunnen deze ontoegankelijk maken. Sommige zorg is daarnaast slechts beschikbaar op een beperkt aantal locaties,

zoals in grootsteden. Dit gaat dan ten koste van de toegankelijkheid, aangezien mensen niet steeds in staat zijn zich over lange afstanden te verplaatsen vanwege fysieke of financiële barrières.

Dat is de lijst, ik kan ze naar [naam organisatie] daar in Brussel doorsturen waar je de psychologen hebt specifiek voor oorlog en vluchtelingen. Hoe gaan wij die in Brussel krijgen?

CHW, regio Vlaanderen



Foto: CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Een barrière die regelmatig werd vermeld in de gesprekken met CHWs en personen uit de doelgroep is het beperkte eerstelijnszorg aanbod. Concreet gaat het doorgaans om verzadigde wijkgezondheidscentra of een tekort aan huisartsen en tandartsen in een buurt, met een patiëntenstop of een wachtlijst als gevolg. CHWs geven aan dat ook de wachttijden voor specialisten in sommige regio's kunnen oplopen tot wel een jaar. Door deze lange wachttijden zijn sommige mensen genooddaakt om zorg uit te stellen. Uit de interviews met CHWs en personen uit de doelgroep komt naar voor dat een verzadiging van zorgdiensten volgens hen voornamelijk mensen treft in socio-economisch kwetsbare wijken, waar de CHWs in hoofdzaak actief zijn, gekenmerkt door een grote vraag naar betaalbare gezondheidszorg.

Il y a des difficultés avec certaines personnes, des fois on est bloqué. Par exemple, j'ai une situation, j'ai un jeune homme qui habite sur le territoire de [naam wijk] en situation irrégulière, il y a une seule maison médicale mais toutes les places sont occupées. Les médecins à qui on téléphone aux alentours ne prennent plus de nouveaux patients ce qui fait que la situation est bloquée. On a demandé un rendez-vous à l'hôpital, il l'a au moins de décembre, il doit attendre trois mois, cela fait déjà quelques mois qu'il attend. Ce sont

des choses qui avancent au ralenti, ce sont les difficultés que l'on peut rencontrer dans notre métier.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Daarnaast kan ook de manier waarop afspraken worden gemaakt een drempel vormen. Voornamelijk het maken van afspraken op een digitale wijze brengt moeilijkheden met zich mee. Bijvoorbeeld, wanneer men een afspraak dient te maken voor een COVID-19 test of -vaccin met behulp van een eID-kaartlezer. Ook het telefonisch maken van afspraken vormt een drempel, wanneer men lang aan de lijn moet blijven door een verzadiging van diensten. Deze barrière treft voornamelijk mensen met beperkte digitale vaardigheden waaronder ouderen of mensen met beperkte toegang tot internet of een computer, zoals mensen die op straat leven.

Stap 4: Het gebruik van zorg(aanbod)

Indien mensen de weg naar de juiste zorg hebben gevonden, kunnen ook tijdens het bezoek aan de zorgverlener drempels ervaren worden. Zo vormt de kostprijs van consultaties in de eerstelijnszorg een probleem, vooral voor mensen die niet over een geldige verblijfsvergunning beschikken en met een medische kaart slechts over een beperkt aantal rechten beschikken. Een belangrijke kanttekening die hierbij dient gemaakt te worden is dat mensen in sommige gevallen wel recht hebben op terugbetaling, maar hier niet van op de hoogte zijn. Enkele CHWs geven aan dat mensen uit de doelgroep hierover niet altijd voldoende geïnformeerd worden door zorgpersoneel of door medewerkers van de mutualiteiten. Tot slot, gaf een CHW in een interview ook aan dat deze meerdere personen tegenkwam die geen bewijs van consultatie hadden gekregen en dus geen terugbetaling konden verkrijgen, omdat – volgens de CHW – deze huisartsen consultaties in het zwart uitvoerden. Ook na een consultatie kunnen financiële drempels ervaren worden. Zo geven zowel CHWs als personen uit de doelgroep aan dat voornamelijk de kost van medicatie een probleem vormt, omdat terugbetaling niet altijd mogelijk is. Dit kan ertoe leiden dat mensen het advies van de arts niet altijd kunnen opvolgen.

Donc, structurellement quelque part il y a un truc qui ne fonctionne pas. Parce que le mec, c'est le 15 du mois comme tu dis, il n'a plus de thune et il ne s'est pas acheté des médicaments. Cela veut dire que, soit rien n'est mis en place pour qu'il puisse les acheter, soit il n'a pas la volonté de le faire ou soit c'est toi qui lui donne. Cela veut dire que quelque part il y a un truc qui ne fonctionne pas.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Stap 5: De uitkomst van zorggebruik

Het is voor mensen niet altijd vanzelfsprekend om het advies van een zorgverlener goed op te volgen omwille van verschillende redenen. Bijvoorbeeld, omdat arts en patiënt elkaars taal niet begrijpen, omdat een arts vakjargon gebruikt, of de patiënt angst en wantrouwen ervaart. Hierdoor is het soms moeilijk voor mensen uit de doelgroep om bijkomende vragen te stellen. Enerzijds kan dit problemen

geven bij het begrijpen en interpreteren van, bijvoorbeeld, de resultaten bij een huisarts. Anderzijds kan het in zulke situaties onduidelijk zijn voor de persoon in kwestie wat er net verwacht wordt of wat de volgende stappen zijn. Dit kan een probleem vormen wanneer het een doorverwijzing naar een andere zorgverlener betreft. Uit de interviews met de CHWs kwam naar voor dat mensen niet altijd weten wat ze dan concreet moeten doen na een doorverwijzing en ze lopen dan ook het risico om niet tijdig de nodige zorg te krijgen.

2.2.2 Community health workers bieden ondersteuning met betrekking tot barrières bij toegang tot zorg

Zoals de voorgaande resultaten tonen, kan iemand met een zorgvraag op verschillende barrières botsen die het continuüm van toegang tot zorg kunnen onderbreken. Het kwalitatief onderzoek toont aan dat de unieke rol van de CHW erin bestaat om personen uit de doelgroep te ondersteunen om deze barrières te overstijgen langs het toegang-tot-zorg-continuüm. Elke persoon uit de doelgroep heeft individuele zorgnoden, en ervaart specifieke barrières. De CHWs hebben geen uniforme aanpak, maar bieden ondersteuning op maat. De verschillende vormen van ondersteuning lopen echter ook uiteen omdat de CHWs uiteenlopende voorgaande opleidings- en beroepservaringen hebben, alsook een verschillende werkwijze. De kwalitatieve resultaten leren dat de sterkte van de CHWs volgt uit hun *outreach* aanpak, hun mogelijkheid om de tijd te nemen om vertrouwen op te bouwen en hun flexibiliteit om personen over heel het toegang-tot-zorg-continuüm mee te volgen en te ondersteunen waar nodig. Daarnaast hebben de CHWs ook een signalisatiefunctie om structurele barrières in kaart te brengen en door te geven. Het doorgeven en opvolgen van deze signalen kent echter nog geen gestructureerde en uniforme aanpak.

Sommige zorgnoden en barrières kunnen teruggebracht worden tot een eenvoudige vraag, waar de CHW relatief snel een antwoord op kan bieden. Vaak ervaart iemand echter een complex samenspel van zorgnoden en barrières die een aanpak van de CHW vergen over een langere periode. Een verzoeker om internationale bescherming kan, bijvoorbeeld, verschillende barrières samen ervaren zoals moeilijkheden met het navigeren in het zorgsysteem, een taalbarrière en financiële drempels. Afhankelijk van de noden kan de ondersteuning éénmalig maar ook langdurig zijn.

2.2.2.1 Overkoepelende ondersteuning die community health workers bieden langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm

Vertrouwen

Overkoepelend over alle barrières heen, speelt de CHW een belangrijke rol als luisterend oor. Personen uit de doelgroep voelen zich soms niet gehoord en niet begrepen of hebben een beperkt sociaal netwerk. Het luisteren naar hun ervaringen en verhalen is doorgaans een eerste stap tot een vertrouwensband. Deze vertrouwensband vormt een essentiële basis van waar de CHW kan vertrekken om andere barrières aan te pakken. Het opbouwen van vertrouwen vergt echter tijd. CHWs geven aan dat zij in het begin in sommige gevallen ook ondersteuning moeten bieden bij noden die niet gerelateerd zijn aan zorg zoals eten en onderdak, om de fragiele vertrouwensband niet te schaden. De CHWs geven ook aan dat het daarom belangrijk is dat ze onafhankelijk functioneren.

Wanneer ze vereenzelvigd worden met andere organisaties waar men negatieve associaties mee heeft, door bijvoorbeeld voorgaande ervaringen, kan dit nefast zijn voor het vertrouwen in de CHW. Naast het creëren van een vertrouwensband heeft de CHW ook een motiverende en activerende functie, met als doel personen uit de doelgroep te ondersteunen om autonomer aan de slag te gaan bij het overkomen van de barrières. Zo vertellen een aantal CHWs dat ze bijvoorbeeld de eerste keer tonen hoe ze een digitale afspraak moeten maken, of één keer meegaan naar een zorgverlener als vertrouwenspersoon, maar nadien vooral aansturen op zelfstandigheid.

Quelques jours après [naam CHW] m'a téléphoné, vous avez besoin d'aide. Oui j'ai besoin d'aide, je ne m'en sors pas avec mes papiers, je suis toujours seule. C'est à partir de ce moment-là qu'[naam CHW] est venu une fois par semaine. Je suis très heureuse qu'il vienne et d'avoir quelqu'un maintenant. Si j'ai un problème ou que cela ne va pas aujourd'hui, maintenant je sais qu'il y a quelqu'un qui m'écoute et cela me fait terriblement du bien. [...] Avec les papiers, quand je dois trouver une adresse et puis je peux aussi parler avec lui, quand j'ai quelque chose qui me fait mal je lui raconte. Je peux parler, j'avais un grand poids ici et maintenant je sais que j'ai quelqu'un avec qui parler, lui raconter mes problèmes, lui dire que j'ai besoin de ça, tout ça m'aide beaucoup.

Persoon uit de doelgroep, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Oui, voilà. Donc, je peux me prendre le temps, me mettre avec les personnes, voir ce qu'il y a comme problème et beaucoup les orienter, leur donner de l'aide pour une longue durée, même si je ne suis plus là, qu'elles savent : « O.K. Je peux aller là et là et demander de l'aide là. » Et ça rassure les gens surtout.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Administratie

Een andere overkoepelende barrière waar CHWs ondersteuning bieden is met betrekking tot administratie. Dit komt naar voor in zo goed als alle stappen in het toegang-tot-zorg-continuüm. De CHW helpt dan, bijvoorbeeld, met het verzamelen van de benodigde documenten of het uitleggen van complexe termen wanneer iemand zich wil inschrijven bij een mutualiteit, wanneer men geld wil terugvorderen na het maken van medische kosten of wanneer men een afspraak wil verzetten voor een COVID-19 vaccin. Vaak sturen ze de persoon in kwestie ook door naar gespecialiseerde diensten om specifieke papieren in orde te brengen, zoals de sociale dienst van de mutualiteit. Doorgaans zal de CHW ter voorbereiding eerst met de persoon overlopen wat van hen verwacht zal worden om hen gerust te stellen, en zal de CHW opvolgen of alles goed verloopt.

Also concerning health, if I receive a paper or a bill at home that I don't understand, I take a picture and send it to him [CHW], then he tells me what's going on. [...] Yes, anything concerning health, anything [...] And he goes with me to the lawyer.

Digitale kloof

Zoals werd vermeld, vormt de digitale kloof een belangrijke barrière bij mensen uit de doelgroep die geen internet of geen toegang tot digitale toestellen hebben of deze slechts beperkt kunnen gebruiken. De CHW kan hier op verschillende manieren ondersteuning bieden, bijvoorbeeld, door het helpen met het maken van een online afspraak bij een arts of door documenten op te vragen via de online administratie van een mutualiteit. Specifiek met betrekking tot COVID-19 hielpen CHWs in dit kader mensen, bijvoorbeeld, met het verkrijgen van het vaccinatiecertificaat aan de hand van een kaartlezer. De CHW toont op een toestel van de persoon in kwestie wat deze moet doen of de CHW gebruikt diens eigen toestel.

Taal

De CHW ondersteunt mensen ook in hun communicatie met de gezondheidsdiensten in alle stappen van het toegang-tot-zorg-continuüm. Dit kan gaan om zowel het communiceren van een probleem van een persoon naar een zorgverlener toe, als het vertalen van informatie van een zorgverlener naar een persoon. Concreet kan de CHW, bijvoorbeeld, informatie omtrent COVID-19 vaccinatie vertalen, maar ook vertalingen maken tijdens een bezoek aan een huisarts. Indien de CHW de taal in kwestie spreekt, springen sommige CHWs zelf in als vertaler. In andere gevallen redden ze zich met gebaren, het tekenen van symbolen, het gebruik maken van vertaalapplicaties, of brengen ze de personen uit de doelgroep in contact met een tolk die hen dan verder ondersteunt, eventueel in samenwerking met de CHW. CHWs merkten op dat zij ook ondersteuning kunnen bieden bij mensen die het Frans of Nederlands machtig zijn, maar moeite hebben met het medisch jargon of complexe taal die wordt gehanteerd in administratieve documenten.

I knew [naam CHW] through another [naam land] person. In Ramadan I needed some help with getting food and also, I needed some help in translation and this person connected with [naam CHW] and gave me his number. I did not know that [naam CHW] works within the medical area. I thought that what [naam CHW] was doing was coming out of kindness.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Tout ce qui est domaine médical je fais des accompagnements moi-même parce qu'il est difficile qu'ils soient rapidement autonomes vu qu'ils ne parlent pas la langue. La barrière de la langue est une grosse barrière que j'ai rencontrée ici.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Wettelijk statuut

Zoals eerder werd beschreven, kan ook iemands wettelijke status een barrière tot gezondheidszorg vormen. Uit interviews met CHWs en personen uit de doelgroep komt naar voor dat CHWs in eerste

instantie zullen proberen te zorgen dat de persoon in kwestie een medische kaart verkrijgt via het OCMW. Daarnaast verwijzen de CHWs personen door naar organisaties die specifiek met deze doelgroep werken, zoals Dokters van de Wereld en Artsen Zonder Grenzen. In urgente gevallen kan de CHW helpen met het verkrijgen van een terugbetaling van medische kosten via het OCMW. In de interviews met de CHWs wordt echter aangegeven dat mensen zonder wettelijke verblijfsvergunning regelmatig wantrouwig staan tegenover het OCMW als gevolg van voorgaande negatieve ervaringen.

2.2.2.2 Ondersteuning die community health workers bieden bij barrières specifiek aan stappen in het toegang-tot-zorg-continuüm

Stap 1: De perceptie over gezondheid en zorg

De vertrouwensrelatie die CHWs uitbouwen met de personen uit de doelgroep vormt één van de hoekstenen van hun werk – zoals hierboven beschreven. Zowel CHWs als personen uit de doelgroep geven aan in de interviews dat een kwalitatieve aanpak waarbij men de tijd kan nemen om in gesprek te gaan met mensen een essentiële basis vormt voor succesvolle ondersteuning. Tijdens een eerste ontmoeting kunnen of willen mensen soms niet eenduidig vertellen wat hun zorgnoden en barrières zijn. Dit kan uit een onvermogen zijn of uit een wantrouwen naar de CHW toe. Door de tijd te nemen en het creëren van een vertrouwensband, is de CHW doorgaans wel in staat om “de vraag achter de vraag” (CHW, regio Vlaanderen) te ontdekken.



Cette photo représente une polyclinique juste à côté du commissariat de [ville]. Les freins mis en avant dans cette photographie sont la longueur des rendez-vous chez les spécialistes mais aussi la relation de confiance avec la personne. La peur de ne pas avoir les moyens de régler la consultation, le jugement sur leur situation, ... Ses personnes reportent donc leurs soins ou ne prennent tout simplement pas de rendez-vous. Les services déjà existant ont une relation de contrôle. Nous devons lors de plusieurs rendez-

vous rassurer la personne que nous ne sommes pas dans le contrôle, mais plutôt dans de l'accompagnement.

Foto en citaat: CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Eén van de manieren waarop CHWs personen uit de doelgroep ondersteunen is door hen correcte gezondheidsinformatie te verschaffen en advies te geven waar nodig, aan de hand van, bijvoorbeeld, informatiefiches over zwangerschap. Hoewel niet alle CHWs een achtergrond in de zorg hebben, kunnen ze de doelgroep wel informeren over zaken als de werking van het gezondheidssysteem en sensibiliseren omtrent gezondheid in het algemeen. Daarnaast worden er in samenwerking met gespecialiseerde organisaties ook workshops en informatiesessies gegeven aan groepen over specifieke thema's, zoals dringende medische hulp, seksuele gezondheid en digitale vaardigheden.

Du coup nous sommes importants et c'est pour ça qu'il y a une association [naam organisatie] qui nous a proposé la dernière fois de faire un atelier numérique justement pour ce type de personnes, leur apprendre un peu comment utiliser de manière générale un ordinateur. Comment aller sur le site de la Mutuelle, comment s'inscrire, faire un petit atelier là-dessus pour voilà ; pour les aider quoi. Bon, à ce niveau-là je pense que notre rôle est pertinent en fait.

CHW, regio Brussel

Met betrekking tot COVID-19 bestaat een belangrijk deel van het werk van de CHW uit correcte informatie verschaffen over het virus, preventie, de maatregelen die van kracht zijn en de beschikbare vaccins. Bijvoorbeeld, wanneer een CHW iemand tegenkomt die nog geen tweede of derde vaccinatie heeft gekregen helpen ze met het belang hiervan uit te leggen. Naast het beantwoorden van vragen worden ook infosessies georganiseerd voor groepen, steeds in samenwerking met lokale organisaties of lokale artsen. In zeker één team werd ook geholpen bij een vaccinatiecampagne gericht naar mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden van Dokters van de Wereld. Er worden ook *outreach*-activiteiten georganiseerd, zoals het informeren en sensibiliseren van mensen op de lokale markt omtrent de COVID-19 vaccins. De CHWs benadrukken dat ze zich bewust zijn van de gevoeligheid van dit onderwerp. Wanneer ze informatie verschaffen over vaccinatie, geven ze aan dit niet doen om te overtuigen maar wel om de persoon met de nodige info in staat te stellen eigen keuzes te maken. CHWs proberen een dialoog aan te gaan en zonder oordeel te luisteren naar de onzekerheden en twijfels van mensen omtrent, onder meer COVID-19 vaccinatie.

On a même le projet de faire un petit groupe de discussion avec eux, passé à beaucoup de jeunes qui ne sont pas vaccinés là-bas. Pas nécessairement de là à dire voulez-vous faire vacciner ou non, mais pour voir un petit peu pourquoi ils ne voulaient pas se faire vacciner? Pourquoi? Quelle information? Vous avez? Juste discuté un peu.

CHW, regio Brussel



“De voorzitter van deze organisatie vraagt mij om meer uitleg te geven voor de nieuwkomers over de COVID-maatregelen of hoe kan je een Corona attest via internet krijgen of zo iets. Na dat krijg ik meer bellen van die mevrouwen met verschillende vragen over niet alleen de gezondheidszorg maar ook over alles. Straks kan je hen “nee” niet zeggen. Eerst moet ik een vertrouwen winnen en daarna leg ik alles uit.”

CHW, regio Vlaanderen

Stap 2: Het zoeken van zorg

Centraal in het werk van de CHW staat het wegwijs maken van personen uit de doelgroep in het gezondheidssysteem. Concreet geven ze toelichting over de verschillende organisaties in het zorglandschap en verwijzen ze hen door naar de juiste actoren. Zo helpen ze, bijvoorbeeld, bij het vinden van een huisarts, een wijkgezondheidscentrum of een andere specifieke diensten. CHWs proberen hierbij aandacht te besteden aan het vinden van zorgverleners zonder wachtlijst of patiëntenstop, om zo de persoon tijdige zorg te kunnen aanbieden. Indien bepaalde noden beter ingelost kunnen worden door een instantie die niet rechtstreeks gelinkt is aan gezondheid, oriënteren CHWs hen daarheen. Concreet gaat dit dan bijvoorbeeld over het OCMW, een sociale huisvestingsorganisatie of een advocaat in het kader van iemands verblijfsstatuut. Zoals eerder besproken kan het maken van een afspraak soms moeilijk zijn vanwege de digitale kloof of een taalbarrière. Om deze drempel te overwinnen, zal de CHW bij het doorverwijzen de persoon in kwestie helpen met het maken van een afspraak.

S'il y a quelque chose qu'on peut relier tu dis à la personne: « moi je vais faire de mon mieux et je vais relier l'information par exemple vers le CPAS pour peut-être avoir une adresse provisoire ou une aide médicale ». Comme ça il est très bien que ton premier rôle c'est relier l'information vers quelqu'un d'autre, mais pas surement de l'avoir, parce que je ne suis pas sûr que je vais avoir ce que je demande pour lui. C'est juste relier l'information et attendre que l'autre service soit il accepte soit il n'accepte pas.

CHW, regio Brussel

Dan heb ik twee meisjes via [lokale organisatie] leren kennen. Het ene meisje is gruwelijk slachtoffer geweest in Afghanistan. Ik werd daar eigenlijk echt niet goed van en die is ondertussen illegaal. Een negatieve procedure, maar dat is gruwelijk wat dat meisje heeft meegemaakt. Die heeft geen papieren, had ook geen medische kaart trouwens, dus dat was dan een begeleide doorverwijzing naar het Zorgcentrum na seksueel geweld.

CHW, regio Vlaanderen

Stap 3: Het bereiken van zorg

Mobiliteit is een veelvoorkomende barrière. De CHW gaat op zoek naar de meest aangepaste ondersteuning, op basis van de specifieke nood. Enerzijds, helpen zij met barrières ten aanzien van de fysieke verplaatsing. Zo kan de CHW helpen met het vinden en regelen van een taxidienst naar een zorgverlener. Vaak zijn deze echter relatief duur en zijn sociale taxidiensten overbevraagd. In uitzonderlijke situaties brengen CHW de persoon zelf met de auto naar de zorgverlener. De CHW kan ook samen met de persoon in kwestie kijken of het openbaar vervoer tot de mogelijkheden behoort. Hier speelt echter ook een financiële barrière, die sommige CHW oplossen door te bekijken of een sociaal tarief mogelijk is of door de vervoerskosten van het openbaar vervoer te betalen of voor te schieten. Anderzijds, tonen de interviews met de CHWs ook aan dat mensen soms ondersteuning nodig hebben bij het nemen van het openbaar vervoer. Zo zal de CHWs soms meegaan met de persoon in kwestie om deze gerust te stellen en te motiveren of hen het traject te tonen.

Oui, il m'a conduite à l'hôpital, j'avais un rendez-vous, il est resté avec moi jusqu'à ce que j'ai fini. C'était pour le bras.

Persoon uit de doelgroep, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Des fois, une personne isolée ne sait tout simplement pas comment atteindre le bus et comment faire pour arriver à l'hôpital, etc. Donc, ce que je fais, je peux les accompagner une première, une deuxième, une troisième fois pour les mettre un peu en confiance avec elles-mêmes, de voir comment et quoi je dois prendre comme bus, je peux aussi les mettre en contact avec les organisations de transport qui existent.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Voor personen uit de doelgroep die een preciaire job hebben is het maken van een afspraak niet altijd evident, bijvoorbeeld, wanneer men lang aan de lijn moet blijven alvorens men een afspraak kan maken bij de mutualiteit of het OCMW. Sommige CHWs geven aan dat ze in zo'n situatie een afspraak maken voor de persoon in kwestie. Indien het niet mogelijk is om voor de consultatie een dag vrij te nemen, zal de CHW op zoek gaan een manier om een afspraak te kunnen vastleggen na de werkuren.

La mobilité, j'arrive à expliquer comment on peut faire. On donne les options qu'on a et on fait avec, mais j'ai déjà eu la situation aussi où on ne savait pas comment atteindre les rendez-vous parce que ça n'allait tout simplement pas, la personne n'allait pas bien, on ne pouvait pas vraiment prendre le bus, il n'y avait pas de service qui était libre cette journée-là. Donc, j'ai dû prendre ma voiture même si ce n'est pas conseillé, je le sais bien, on essaie de l'éviter au maximum par sécurité. Mais des fois, on n'a tout simplement pas l'option.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Stap 4: Het gebruik van zorg(aanbod)

In sommige situaties zal de CHW de persoon vergezellen bij diens bezoek aan gezondheidsdiensten zoals de huisarts, de mutualiteit of het vaccinatiecentrum. Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn, afhankelijk van de barrières. Een CHW kan, bijvoorbeeld, meegaan om te vertalen of te helpen met communicatie, om fysieke ondersteuning te bieden in geval van verminderde mobiliteit of om personen gerust te stellen. Dit laatste is vooral belangrijk wanneer personen weinig vertrouwen hebben in zorgverleners. Afhankelijk van de zorgverlener, de persoon in kwestie en de CHW zal de CHW al dan niet aanwezig zijn bij de consultatie met de zorgverlener of wachten in de wachtzaal en voordien en/of nadien met de zorgverlener praten. Zowel personen uit de doelgroep als CHW geven aan dat betrokken diensten en zorgverleners soms toegankelijker en hulpvaardiger zijn wanneer ze vergezeld worden door een CHW, en dat de zorgvraag van de persoon in kwestie serieuzer wordt genomen. Ook in dat opzicht kan hun aanwezigheid dus faciliterend werken.

Sommigen wel, ze zijn bang of zo. Sommigen naar de tandarts, meestal zijn ze bang en ze willen niet een afspraak maken, maar ik leg het uit: het zou beter zijn om een afspraak te maken een keer per jaar, dan zou je minder betalen. Met mij gaan ze wel het doen. Daarom ga ik ook naar de tandarts.

CHW, regio Vlaanderen

Wanneer een persoon een financiële barrière ervaart bij het wensen gebruik te maken van het zorgaanbod, helpen CHW op verscheidene manieren. Zo zijn er CHWs die helpen met het verkrijgen van terugbetaling van de mutualiteit of financiële ondersteuning van het OCMW. Daarnaast kan een CHW ook ondersteuning bieden in geval van schulden na onverwachts hoge medische kosten. Zo gaf

een persoon uit de doelgroep tijdens een interview aan dat deze geholpen werd door een CHW bij het verkrijgen van schuldbemiddeling. Om urgente situaties vlot te laten verlopen, zijn er tot slot ook CHWs die in uitzonderlijke gevallen zelf medische kosten zoals een ziekenhuisopname of medicatie voorschieten en nadien terugvorderen bij de bevoegde instanties. Naast financiële ondersteuning omtrent zorg zijn er ook CHWs die mensen op pad helpen door informatie te geven over andere vormen van financiële ondersteuning, zoals bijvoorbeeld korting voor het openbaar vervoer.

Comme je dis, l'objectif n'est pas de tout financer, mais c'est comme une sorte d'avance que l'on récupère via le CPAS surtout si la personne n'a pas les moyens. Voilà, c'est pour débloquer une situation, ce n'est pas une finalité mais juste pour ouvrir une porte.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Stap 5: De uitkomst van zorggebruik

Ondersteuning bij communicatie tussen patiënt en zorgverlener gaat verder dan een nood aan vertalen. Ook al spreekt men dezelfde taal, toch is het niet altijd eenvoudig voor beide partijen om zich verstaanbaar te maken en de ander te begrijpen. De CHW helpt in zulke situatie door uit te leggen wat men exact kan vragen aan of verwachten van een zorgverlener. Daarnaast helpen CHWs ook bij het interpreteren en uitleggen van resultaten wanneer deze complex of niet volledig duidelijk zijn. De CHWs geven aan dat ze vrijwel altijd contact opnemen met de persoon uit de doelgroep na een afspraak om te luisteren hoe deze verlopen is. Hierbij kan de CHW dan opvolgen of volgende stappen moeten worden ondernomen. Uit de interviews met de CHWs blijkt immers dat mensen niet altijd weten wat ze moeten doen met het advies van de zorgverlener. Bijvoorbeeld, indien de persoon in kwestie een doorverwijzing naar een specialist of een andere dienst heeft ontvangen. Uit de interviews met de personen uit de doelgroep komt naar voor dat deze opvolging erg gewaardeerd wordt en ze zich hierdoor goed ondersteund voelen.

Het gaat ook over de samenwerking misschien met de andere organisaties. Ik bel er naartoe en de tablet is ook een symbool of zo. Ik help met die dingen ook. Dat is belangrijk om te surfen, om te tonen: wat moet de persoon doen. Meestal hebben ze geen internet, dus ze vragen mijn hulp met mijn tablet. Ik heb de verplaatsing van een afspraak of iets of bevestiging of soms bel ik om resultaten te krijgen. Sommige mensen begrijpen de dokter niet, de resultaten, dus ze zitten bij mij en wij bellen naar de dokter om de resultaten te kennen of een afspraak te maken.

CHW, regio Vlaanderen

2.2.3 Signaalfunctie

Naast de opdracht die de CHWs hebben om mensen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven te ondersteunen in hun toegang tot de gezondheidszorg, hebben zij ook de opdracht om ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg te signaleren. Dit onderdeel van het project staat echter nog in de kinderschoenen. Verschillende teams

doen dit op verschillende manieren. Zo geven de coaches zulke signalen in bepaalde steden door naar lokale schepenen en besturen binnen de zorgsector, terwijl anderen hier minder mee aan de slag gaan. Een uniforme systematische aanpak en visie over deze signaalfunctie en de opvolging ervan ontbreekt echter momenteel.

De volgende signalen werden opgemerkt door CHWs gedurende het eerste projectjaar. Deze werden aangevuld met de signalen aangegeven door de projectcoördinatoren.

Tekort aan huisartsen, tandartsen en psychologische zorg

Met betrekking tot de eerstelijnsactoren, werd er aangegeven dat er een tekort is aan huisartsen in bepaalde kwetsbare wijken, waardoor lokale zorg vaak moeilijk te vinden is. CHWs ervaren dat niet alleen huisartsen, maar ook wijkgezondheidscentra vaak een patiëntenstop inlassen in buurten waar zij werkzaam zijn. Verder gaven CHWs aan dat er een groot tekort is aan toegankelijke psychologische ondersteuning voor de doelgroep. Vaak zijn hier erg lange wachttijden, ver van de woonplaats. Ook specifieke thema's, als oorlogstrauma's en vluchttrauma's, zijn niet voor iedere psycholoog evident om goed te kunnen behandelen. CHWs geven aan dat de nood aan ondersteuning bij mentale gezondheid door de COVID-19 pandemie is toegenomen. Ook het vinden van een tandarts in de buurt die geen patiëntenstop heeft en geconventioneerd is, blijkt zeer moeilijk. Met betrekking tot tandzorg werd aangegeven dat soms mensen uit de doelgroep naar andere steden moeten uitwijken om dringende hulp te kunnen krijgen. Daarnaast vormen de hoge kosten voor tandzorg ook een grote drempel.

Nood aan begrijpelijke taal en zorg

Verder is er ook een grote nood aan zorgverleners die de taal van de doelgroep spreken en aan structurele ondersteuning voor de huisartsen met betrekking tot deze taalbarrières. CHWs gaven ook aan dat er een gebrek is aan voldoende tolkmogelijkheden om in de eigen taal je persoonlijke verhaal te kunnen doen als patiënt. Het beschikbare tolken-aanbod is zeer beperkt en erg duur. Dit heeft tot gevolg dat vaak familie en vrienden optreden als tolk, wat niet altijd wenselijk is. CHWs signaleerden dat de mondkemperplicht de uitdagingen nog groter maakt om een goed begrip te creëren tussen zorgverlener en patiënt, die elkaars taal niet machtig zijn. Aansluitend komt vanuit de CHWs en de projectcoördinatie het signaal dat er nood is aan laagdrempelige verwoording van gezondheidsinformatie. Communicatiecampagnes vanuit bovenlokale niveaus zijn vaak niet aangepast aan verschillende doelgroepen. Concreet zijn er, bijvoorbeeld, mensen die niet naar het vaccinatiemoment gaan op het moment van hun afspraak omdat ze hun COVID-19-vaccinatie-uitnodigingsbrief niet begrijpen.

Patiënt-georiënteerde en cultuur-sensitieve zorg

Ook gaf een CHW aan dat het interessant zou zijn moesten er vormingen kunnen gegeven worden over gezondheidsthema's in de taal van de doelgroep. Wanneer de COVID-19 maatregelen dit toelaten, faciliteren sommige CHWs reeds zulke infosessies in groep. Daarnaast gaven CHWs aan dat vormingen voor zorgverleners over bepaalde thema's, zoals "impliciete bias", "*motivational interviewing*" en "*shared decision making*" ook interessant en nodig zijn. CHWs gaven aan dat

zorgverleners al te vaak over de hoofden van mensen spreken, zeker indien deze de taal niet voldoende machtig zijn. Hieraan gelinkt signaleren CHWs een nood aan cultuur-sensitieve zorgverleners die oog hebben voor specifieke noden en een mediator-rol op zich kunnen nemen tussen verschillende doelgroepen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg. Een coach voegt hieraan toe dat vooral binnen de geestelijke gezondheidszorg een groot tekort is aan cultuur-sensitieve zorgverleners.

Erkenning van buitenlandse diploma's in zorgberoepen

Een ander knelpunt dat de CHWs aangeven is het belang om te zorgen dat mensen die een buitenlandse opleiding hebben genoten in de zorg, die hier niet erkend wordt, zich op een eenvoudige manier kunnen bijscholen. Zo zouden ze uiteindelijk wel actief kunnen zijn in de gezondheidszorg met als grote meerwaarde dat ze de taal, cultuur, gewoonten van specifieke groepen kennen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven.

Wantrouwen tegenover welzijnsorganisaties

Ook geven de CHWs aan dat er een wantrouwen heerst bij specifieke doelgroepen, zoals mensen zonder een wettelijk verblijfsstatuut, naar organisaties als het CAW en het OCMW. De CHWs merken verder op dat in verschillende steden de samenwerking met deze organisaties vaak moeizaam verloopt. In een aantal gevallen geven de CHWs aan dat zij daar proberen te helpen waar het OCMW geen verdere ondersteuning geeft of waar personen uit de doelgroep negatieve ervaringen hebben gehad met deze organisatie.

Vervallen van ledenvoordeel bij mutualiteiten

Verder werd aangegeven door een coach dat het vervallen van ledenvoordeel bij mutualiteiten, voor wie twee jaar of langer geen lidgeld heeft betaald bij een ziekenfonds, een grote impact heeft voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden. Deze personen krijgen een wachttijd van twee jaar opgelegd voor aanvullende voordelen van het ziekenfonds wanneer ze zich terug aansluiten.

Administratieve vereenvoudiging en de digitale kloof

CHWs en een projectcoördinator geven aan dat het niet altijd eenvoudig is te weten of terug te vinden waarop iemand recht heeft. CHWs vullen verder aan dat de administratieve handelingen die nodig zijn om deze rechten te kunnen uitoefenen, een barrière vormen. Sommige administratieve procedures, zoals de erkenning van een fysieke beperking, zijn ook voor de CHWs een complexe opgave. Daarnaast vormt de verdere digitalisering in de zorg een grote drempel voor mensen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven. De maatregelen in verband met de COVID-19 pandemie hebben deze digitale kloof nog verder onderstreept, bijvoorbeeld, met betrekking tot het verkrijgen van een vaccinatie-afspraken en het *CovidSafeTicket*. Ook het feit dat door de maatregelen telewerk aangeraden of verplicht werd en meer op afspraak werd gewerkt, zorgde voor een minder toegankelijk aanbod. Dit had in sommige gevallen zware gevolgen, zoals verlies van rechten of vertraagde betalingen.

2.3 Onderzoeksvraag 3: Welke successen en uitdagingen stelden zich in het community health worker project? En hoe kunnen we deze verbeteren naar de toekomst toe?

Bij het bekijken van de successen, uitdagingen en verbeteringen naar de toekomst, focussen we ons op de volgende thema's, die reeds aan bod kwamen in hoofdstuk III van dit rapport: bestuursstructuur; personeelszaken (inhoud rol, aanwerving, loon en andere voordelen, supervisie en team); ondersteunend materiaal; opleiding; en lokale inbedding.

2.3.1 Bestuursstructuur

Successen

Uit de gesprekken met de coaches en de CHWs komt naar voor dat het project sterk lokaal verankerd is. Hoewel het een federaal project is, hebben de verschillende lokale teams vrij veel autonomie in hun aanpak en het opzetten van samenwerkingen. Veel samenwerkingen werden opgezet met lokale organisaties, eerder dan met grote (inter)regionale spelers. De aanpak van de lokale teams is gevormd door lokale noden. Daarnaast werken veel CHWs in de buurt waar ze leven. De CHWs werken voor eenzelfde werkgever, die de mutualiteiten overkoepelt. Dit brengt vele voordelen met zich mee, zoals dezelfde arbeids- en loonvoorwaarden.

In dit federale project werden eerste stappen gezet in het samenbrengen van CHWs en coaches over de verschillende teams binnen en tussen de regio's. Een intraregionaal voorbeeld hiervan zijn de maandelijkse uitwisselingsmomenten voor alle Waalse CHWs die worden georganiseerd door le *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté*. Al blijft hier de uitwisseling beperkt tot de Waalse regio. Verder werd in de tweede helft van het eerste project jaar een intervisiemoment tussen de coaches over de regio's heen georganiseerd, wat positief werd onthaald.

Uitdagingen

Een uitdaging die een aantal CHWs uit verschillende teams aanhaalden is de communicatie met de werkgever. Gegeven de structuur van het CHW-project werd de HR-ondersteuning voorzien vanuit één van de mutualiteiten. In één regio gaven, bijvoorbeeld, meerdere CHWs aan dat ze geen rechtstreekse link hadden met de dienst *Human Resources* (HR) en dat de communicatie steeds via een coach of coördinator moest lopen. Dit kan de vertrouwelijkheid van de HR-ondersteuning compromitteren. Daarnaast kwam in een aantal Franstalige teams naar voor dat de HR-ondersteuning initieel enkel Nederlandstalig was, waardoor de communicatie gebrekkig verliep of ook bij hen via een (tweetalige) coördinator moest gaan. In een focusgroep discussie met de coaches werd tevens beaamd dat de HR-ondersteuning niet op punt stond bij aanvang van het project en dit ook voor hen een last was omdat zij deels dit werk moesten opvangen. Een aantal CHWs geven aan dat een gelijkaardig probleem zich stelde bij de IT-ondersteuning. Ook deze werd voorzien door één mutualiteit en liep regelmatig vast op de beperkingen die op de tablets gezet waren door de desbetreffende mutualiteit die verantwoordelijk was voor de toestellen.

Je trouve que peut-être parce que on discute avec mes collègues, on a une problématique de RH. Notre canal avec le RH [ressources humaines] ça passe par beaucoup de personnes.

C'est comme notre intimité elle est bafouée, donc tu ne peux pas parler comme ça directement avec un RH ou tu peux expliquer: 'j'ai besoin de ça', sans passer par plusieurs personnes. [...] Maintenant ça passe par tout le monde, par [naam coach], par [naam coach], par [naam coördinator]. C'est un enchainement. Ça prend beaucoup de temps et les problèmes ne sont pas réglés.

CHW, regio Brussel

De lokale verankering van het project heeft echter ook een keerzijde voor het federale niveau. Door hun grote autonomie zijn er een aantal teams die een eigen koers varen binnen hetzelfde project. Een gevolg van deze lokale diversiteit en autonomie is dat de opvolging en het behouden van het overzicht op federaal niveau zeer uitdagend is.

Suggesties

Ondanks de geografische spreiding en lokale focus kan het federale karakter van het project ook als sterkte worden ingezet. Door meer systematische interacties en uitwisselingen te organiseren tussen CHWs, coaches en coördinatoren van verschillende teams en regio's, kunnen zij meer van elkaar leren over lokale succesvolle innovaties en over lokale uitdagingen. Op deze manier kunnen de ervaringen die lokaal worden opgedaan ten volle benut worden en tot sterkere werkingen leiden voor alle teams. Verder kan een rechtstreekse link met een tweetalige IT- en HR- dienst het werk van de CHWs faciliteren en dat van de coach minder belasten, waar eerste stappen in werden gezet naar het einde van het eerste project jaar.

2.3.2 Personeelszaken

2.3.2.1 Inhoud rol

Successen

Vrijwel all CHWs die werden geïnterviewd omschreven spontaan de *outreach* methodologie als een belangrijke kwaliteit van en een meerwaarde aan hun job. Dit zowel om de doelgroepen te bereiken als hen ook door te verwijzen en te begeleiden naar de juiste instellingen of personen. De CHW fungeert hier als een soort van "*de bibliotheek van organisaties (nous la bibliothèque des organisations)*" (CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap). Naast de *outreachende* werkwijze geven de CHWs aan dat de mogelijkheid om tijd te nemen bijdraagt aan het bieden van ondersteuning op een kwalitatieve wijze. Beide elementen werden door een aantal CHWs met een voorgaande ervaring in de sociale sector aangegeven als een belangrijk verschil met bestaande functies in deze sector – die die een tijdlimiet kennen, binnen de muren van een organisatie plaatsvinden en waar de focus op kwantiteit sterker zou doorwegen. Dit zijn dan ook enkele van de grote sterktes van dit project. Door middel van de *outreachende* werkwijze slagen de CHWs er in een diverse groep personen te bereiken die met uiteenlopende zorgnoden te kampen hebben en op verschillende barrières in toegang tot zorg botsen. Dit zijn personen die anders doorgaans door de mazen van het zorgsysteem vallen en weinig formele zorg krijgen.

Et le manque d'infos aussi je pense. [onverstaanbaar] c'est juste que les gens ne savent pas que c'est là. Tu as des structures, des organisations qui s'occupent de beaucoup de choses, mais les gens quand ils ne savent pas où aller, ils n'y vont pas. Donc, c'est un peu nous la bibliothèque des organisations sur place parce qu'avec le temps on connaît, c'est normal. Au début, je ne savais pas non plus où aller, mais chaque fois que je demande ma coach et à la prochaine fois que je rencontre ça, je sais où aller, vers qui me diriger. C'est beaucoup plus facile pour les gens de se retrouver et de se repérer.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap



De boodschap is dat wij op straat ons altijd aanpassen. Soms mogen we binnen, soms buiten. Het was mooi weer en heel toevallig dat we langs een bewoner passeerde, en ze had een vraag. Dus mochten we eigenlijk van een koffie aangeboden op straat. En dat gaf mij het gevoel van eigenlijk hier moet ik een foto van nemen hoe laagdrempelig en kwetsbaar wij ons zelf opstellen omdat wij naar medemensen gaan en dat wij ons aanpassen naar de mensen toe.

Foto en citaat: CHW, regio Vlaanderen

Wanneer de CHWs praatten over hun rol, kwamen ook een aantal kernkwaliteiten naar voor die centraal staan in hun werk. Een aantal CHWs geven aan dat autonomie en flexibiliteit belangrijk zijn voor het *outreaching* werken. Mede omdat men het eigen terrein vaak zelf beter kent dan de

ondersteunende coaches die minder in het veld staan, en omdat personen uit de doelgroep soms hun afspraken verplaatsen, afzeggen of op onregelmatige momenten beschikbaar zijn. Het is daarnaast volgens meerdere CHW ook belangrijk dat men goede communicatievaardigheden heeft en eerlijk en betrouwbaar is, zodat men een goede band kan opbouwen met de doelgroep.

In de meeste interviews kwam naar voor dat de job als CHW in belangrijke mate voor zingeving zorgt. Specifiek gaat het hier om het sociale aspect, en het rechtstreeks helpen van anderen op een betekenisvolle en tastbare manier. Daarnaast geven een aantal CHWs aan dat ze nieuwe zaken bijleren, via onder meer hun collega's, en ook een beter inzicht krijgen in wat de uitdagingen zijn binnen de gezondheidszorg.

Uitdagingen

Aangezien dit een nieuw beroepsprofiel is zonder specifieke voorgaande opleiding, bleek uit de interviews echter dat het voor de CHWs niet altijd duidelijk was wat hun rol net inhield. Deze rolambigüiteit bleek dan ook een belangrijke moeilijkheid te zijn voor elke CHW die geïnterviewd werd. Het gebrek aan heldere omkadering en beschrijving van de CHW-rol werkte voor sommigen demotiverend en heeft er ook toe geleid dat er in de verschillende regio's enkele CHWs, onder meer omwille van deze reden uit het project zijn gestapt. Deze rolonduidelijkheid komt enerzijds naar voor in de vraag tot hoe ver men mag gaan bij het helpen van een persoon en anderzijds met welke vragen men juist iemand mag helpen, wat hieronder respectievelijk behandeld wordt. Op de terugkoppelingsmomenten met de CHWs kwam naar voor dat dit in meerdere teams al sterk verbeterd is in vergelijking met de begindagen van het project. De rol van de CHWs is gaandeweg verduidelijkt met behulp van de coaches, door het stellen van grenzen en prioriteiten en door ervaring op het terrein. Er is echter nog ruimte voor verbetering om de rol als CHW scherp te stellen.

Wat zeggen mensen: "ik wil mensen helpen. Ik ga mensen naar de dokter brengen. Ik ga met vluchtelingen werken. Ik ga met arme mensen werken". Dan denk ik: naar waar leidt dit eigenlijk, dus iedereen maar een beetje zeggen wat die wil. Had ik gezegd: "ik ga met dementerende bejaarden werken in [naam woonzorgcentrum]", het ging ook goed geweest zijn, bij manier van spreken.

CHW, regio Vlaanderen

De rolonduidelijkheid maakt dat CHWs verschillende visies hebben over op welke wijze men iemand mag helpen. Over de taak van de CHW om personen uit de doelgroep niet enkel door te verwijzen maar ook te vergezellen lopen de visies van verschillende CHWs uiteen. Sommige CHWs werken nauw samen met de personen in kwestie om een oplossing te vinden en begeleiden hen intensief mee in het overstijgen van barrières, door bijvoorbeeld zelf voor hen een afspraak te maken. Een andere aanpak ligt bij het motiveren en ondersteunen van mensen om zelf bepaalde barrières te overstijgen. De klemtoon ligt hier op de visie om personen uit de doelgroep zo autonoom mogelijk te maken en manieren te vinden waardoor ze niet afhankelijk blijven van externen. Hierbij dient de kanttekening

gemaakt te worden dat de aanpak niet enkel individueel door de CHWs bepaald is, maar vaak ook afhangt van de barrière waarop een persoon uit de doelgroep botst.

Naast verschillende werkwijzen, zijn er ook uiteenlopende visies op de inhoudelijke afbakening van het werk door de rolonduidelijkheid. CHWs hebben verschillende visies over met welke vragen mensen bij hen terecht kunnen. Waar sommige CHWs hun werkt zien als het toeleiden van personen naar eerstelijnszorg, zijn er andere CHWs die zich ook bezighouden met gezondheidspreventie. Nog andere CHWs helpen met zaken die eerder een indirecte impact hebben op iemands gezondheid, zoals huisvesting en verblijfstatuut. Een illustratie hiervan is een CHW die diens rol begrijpt als “*het deblokkeren van een situatie (débloquer une situation)*” (CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap), namelijk een barrière opheffen om zo terug beweging te krijgen in een situatie die vastgelopen is. Deze CHW beargumenteert dat als een medische situatie vastzit bij legale problemen of bij huisvestingsproblemen deze eerst moeten worden opgelost teneinde de medische situatie te “*deblokkeren*”. Daarnaast is, bijvoorbeeld, ook de eerder besproken signalisatiefunctie van de CHWs voor velen onder hen naar de achtergrond verschoven omdat hier nog geen duidelijk structuur rond bestaat.

Een andere moeilijkheid is dat het niet altijd eenvoudig is om mensen te ondersteunen in hun noden. De CHWs haalden verschillende moeilijkheden aan die ze tijdens hun werk hebben ervaren. Enerzijds kunnen er onrealistische verwachtingen zijn vanuit de doelgroep. Dit kan, bijvoorbeeld, gaan om de wens dat de CHW steeds bereikbaar is, sneller werkt, als taxidienst fungeert, helpt bij illegale praktijken zoals hekserij of met zaken die niet rechtstreeks gerelateerd zijn aan gezondheid, zoals het zoeken van werk. Anderzijds zijn er ook gezondheids-gerelateerde barrières waar de CHW toch niet mee kan helpen. Een voorbeeld hiervan zijn mobiliteitsproblemen, aangezien CHWs in principe zelf geen personen uit de doelgroep mogen vervoeren in hun privéwagen. In zo’n gevallen kan de CHW soms weinig doen. Aangezien er geen uniforme vorming bestaat, hebben sommige CHWs daarnaast soms niet de nodige kennis om een probleem op te lossen. Meerdere CHWs die nog geen ervaring hadden in de sociale sector gaven, bijvoorbeeld, aan dat ze in het begin regelmatig niet wisten hoe iemand te ondersteunen omdat hun eigen kennis van het gezondheidssysteem en de bijhorende procedures nog te beperkt was.

Een laatste uitdaging heeft betrekking tot de *outreach* methode. Tijdens de interviews kwam naar voor dat een aantal CHWs zich niet altijd comfortabel voelen tijdens het *outreachend* werken, mede doordat ze hier niet voldoende in gevormd zijn. Bijvoorbeeld, het uitvoeren van een huisbezoek, het aanspreken van mensen die men niet kent op straat, of interacties met agressieve personen of personen onder invloed van drugs. Zeker wanneer het *outreachende* werk inhoudelijk over COVID-19 gaat geven een aantal CHWs aan dat ze dit als delicaat ervaren, omdat vaccinaties een gevoelig onderwerp kunnen zijn waarop mensen uiteenlopend reageren.

Aanbeveling

Aangezien vele noden indirect een bepaalde impact kunnen hebben op iemands gezondheid, is het voor meerdere CHWs niet duidelijk waar ze de doelgroep al dan niet mee mogen en kunnen helpen.

Ook geven CHWs aan dat de wijze waarop ze mensen al dan niet mogen helpen niet altijd helder is voor hen. Uit de interviews kwam naar voor dat er nood is aan een concrete omkadering die voor de CHWs duidelijk maakt bij welke problemen ze ondersteuning kunnen bieden en hoever ze daarin mogen gaan. Daarnaast is deze duidelijke rolafbakening ook belangrijk in de communicatie naar de doelgroep toe, alsook naar andere organisaties, zodat zij realistische verwachtingen hebben over waarbij de CHW kan helpen. Het uitwerken van een helder kader en eenduidige doelen kan de CHWs helpen om hen een concrete richting te geven in hun werk. Verder is het belangrijk om een uniforme werkwijze te ontwikkelen over de manier waarop signalen over ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg te verzamelen en op te volgen.

2.3.2.2 Aanwerving

Successen

Tijdens de aanwerving van de CHWs lag de focus niet zozeer op iemands diploma, maar werd eerder rekening gehouden met levens-en werkervaring. De CHWs die geen voorgaande werkervaring in de sociale sector hebben, hebben meestal een gedeelde levenservaring met mensen uit de doelgroep, zoals een migratieachtergrond of leven in armoede. Zulke levenservaring is volgens de CHWs zinvol voor deze job. Zij kunnen zich gemakkelijk oriënteren en weten snel gepaste ondersteuning te bieden. Een CHW gaf aan dat de job niet eenvoudig is zonder voorgaande werkervaring, omdat de vormingsdagen relatief beperkt waren.

J'estime en tout cas qu'on fait un travail où on a été en partie choisie pour notre côté humain parce que ce n'est pas un travail qui nécessite un diplôme. Très honnêtement, je pense que cela demandait quand même des connaissances au préalable, ce n'est pas mal de choses dans le social que je n'avais pas spécialement au début et que je découvre tous les jours des choses. C'est à la fois une qualité, un défaut, c'est de ce côté, on n'est pas formés à la base.

CHW, regio Wallonië en de Duitstalige gemeenschap

Net zoals er aandacht was voor levenservaring, werd ook gezocht naar een variatie in culturele en migratie-achtergrond in de lokale CHW-teams. Dit met als doel om een divers publiek te bereiken en eenvoudiger het vertrouwen te kunnen opbouwen met mensen met een verschillende culturele achtergrond. Verder is dit ook belangrijk bij het overstijgen van de taalbarrière met anderstalige personen.

Om vlot de weg te vinden naar de juiste organisaties en zorginstellingen, werd bij de aanwerving ook gekeken naar iemands kennis over een bepaalde wijk. Uit de interviews en participerende observaties blijkt ook dat CHWs die bij aanvang van de job al goed ingebed zijn in een wijk via informele netwerken en bestaande contacten met lokale organisaties eenvoudiger mensen uit de doelgroep kunnen bereiken.

Vous avez vraiment cherché des gens qui connaissent l'endroit où ils vont travailler, et je vous dis que c'était vraiment un avantage parce que déjà rien qu'en allant dans les organisations, ce sont tous des gens qui viennent d'ici. Donc, j'ai été dans pas mal d'endroits où je connaissais déjà la personne ou je connaissais quelqu'un qui connaissait la personne, et ça a beaucoup aidé à construire le réseau. Donc, c'était : « Ah, mais je te connais ! » Même les bénéficiaires m'ont déjà vu et ça rend la chose un peu plus familiale, ça a vraiment aidé à construire le projet.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Tot slot, kwam uit een aantal interviews naar voor dat eigenschappen zoals autonomie, betrouwbaarheid, goede communicatievaardigheden en het nemen van initiatief belangrijke eigenschappen en relevante selectiecriteria zijn volgens CHWs.

Uitdagingen

Uit de gesprekken met de coaches kwam naar voor dat het niet voor iedereen steeds duidelijk was welke profielen net werden gezocht. Zo werd er volgens sommige coaches verwacht dat er voornamelijk gezocht werd naar mensen die niet hooggeschoold waren of geen professionele ervaring hadden in de sociale sector. Zij gaven echter aan dat dit na de aanwerving in meerdere gevallen botste met de werkcontext van CHWs die een sterke zelfstandigheid vereist en waarbij men vaak autonoom van de coach en het team moet kunnen functioneren.

Naast de voordelen van een gedeelde achtergrond tussen de CHW en de doelgroep, gaven enkele CHWs aan dat dit ook resulteert in specifieke uitdagingen. Zo kan een gedeelde culturele achtergrond bepaalde verwachtingen met zich meebrengen, die niet kunnen ingelost worden. In dat geval kan dit de deur sluiten voor de CHW om verdere ondersteuning te bieden bij deze persoon. Bijvoorbeeld, een CHW werd gevraagd om informatie en ondersteuning te geven omtrent hekserij, wat op onbegrip stootte van de persoon uit de doelgroep toen de CHW aangaf dat dit illegale praktijken zijn. Daarnaast gaven enkele CHWs ook aan dat een grondige ondersteuning door de coaches noodzakelijk is bij alle CHWs, maar dat er daarnaast ook voldoende aandacht moet zijn voor het mentaal en fysiek welzijn, van elke CHW. Bijvoorbeeld, door het faciliteren van psychologische ondersteuning bij trauma's uit een eigen vluchtverleden. Dit is belangrijk om CHWs in staat te kunnen stellen de juiste ondersteuning te kunnen bieden.

Omdat het makkelijk is om de verbinding te maken met die mensen van uw eigen origine, maar tegelijkertijd botst ge op zo gemeenschappelijke dingen die in deze maatschappij niet bestaan. Zoals bijvoorbeeld hekserij en zoals bijvoorbeeld mensen van Congo willen absoluut geen vaccinatie omdat daar heel veel proeven zijn gedaan en mensen ziek zijn geworden, en dan val je in zo'n discussies. Of mensen die voor hun geestelijke gezondheid eigenlijk een tovenaars of zo willen en daar eigenlijk naar vragen en dan boos zijn dat ge dat niet kunt aanbieden, dat ge uw cultuur hebt verloochend. En dat ik zeg van, eigenlijk moet er meer ondersteuning gegeven worden zodat ge daar een antwoord op kunt geven

hé. Hetgeen dat ons verbindt is tegelijkertijd ook hetgeen waarin je afgestoten wordt, en natuurlijk in zo'n gemeenschap wordt dat ook heel snel gezegd en dan heb je geen toegang meer. Dan ben jij diegene die de blanke dingen heeft overgenomen, dus je bent gewoon de blanke. En dan sluiten de deuren...

CHW, regio Vlaanderen

Aanbevelingen

Uit de interviews met de CHWs en coaches komt als suggestie naar voor dat meer kan worden nagedacht en beter kan worden gecommuniceerd welke profielen exact gezocht worden om aan te werven als CHWs en welke eigenschappen al dan niet essentieel of relevant zijn. Daarnaast wordt door enkele CHWs ook voorgesteld om bij aanwervingen te denken aan de samenstelling en de noden van het lokale team. Zoals onder de titel supervisie en team uitbreider wordt besproken, kan de samenstelling van een team een impact hebben op de cohesie en bijgevolg ook op de werking hiervan.

In lijn met de bovenstaande uitdagingen kan er ook gewerkt worden aan een betere rolverduidelijking naar de doelgroep toe over wat CHWs al dan niet doen, alsook goede communicatietraining voor CHWs om mensen met andere culturele visies op gezondheid ondersteuning te bieden. Omtrent dit laatste thema werd in Vlaanderen, bijvoorbeeld, een training voorzien op vraag van een CHW. Het is belangrijk hier blijvend op in te zetten, ook over de regio's heen. Daarnaast is het belangrijk om CHWs de mogelijkheid te bieden psychologische ondersteuning te verkrijgen. Dit niet alleen omdat zij soms zelf met moeilijke levenservaringen te kampen hebben, maar ook mensen ondersteunen die in moeilijke omstandigheden leven.

2.3.2.3 Loon en andere voordelen

Successen

De CHWs hebben een vast arbeidscontract en worden vergoed voor hun werk. Ze krijgen een financiële vergoeding volgens de loonschaal van één van de mutualiteiten. Deze vergoeding is niet gelinkt aan iemands opleidingsniveau maar aan de functie die wordt vervuld. De schaal voor de CHWs komt overeen met de verloning van een administratief bediende, zoals een dossierbeheerder of een *payroll officer*. Daarnaast is er ook een loonverschil tussen junior en senior werknemers, waarbij men vanaf één jaar werkervaring wordt uitbetaald als senior. Eén CHW haalt aan dat ze blij is dat ze betaald wordt voor het werk dat ze voordien vrijwillig deed. Naast hun loon krijgen de CHWs ook vormingen en geven meerdere CHWs aan dat ze dit een leerrijke en waardevolle werkervaring vinden.

[L'expérience professionnelle] va être incroyable, c'est sûr. L'expérience humaine qu'on vit en ce moment c'est vraiment trop bien. Je parle pour moi parce que rencontrer des gens qui ont plein de problèmes de santé, ce n'est pas facile tous les jours, mais je trouve que les valeurs qu'on défend sont vraiment bien. Effectivement, je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire, donc je trouve ça très bien.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Uitdagingen

Een aantal geïnterviewde CHWs geven aan dat ze dit werk niet vanuit een financiële motivatie doen maar voornamelijk graag mensen willen helpen. Daartegenover staan echter andere CHWs die aangeven dat ze hun loon laag vinden, vooral wanneer ze een vooropleiding hebben gehad en veel werkervaring hebben in de sociale sector. Specifiek beargumenteren ze dat de verwachtingen van het *outreach* werk, zoals veel buiten zijn, flexibel zijn en te maken krijgen met emotioneel en soms ook fysiek confronterende situaties, niet proportioneel zijn aan het loon. Het valt op dat de meeste coaches dit beamen tijdens de focusgroep discussies.

C'est une question d'inconfort. Quand on fait du travail de nuit, on a une prime de nuit parce que c'est inconfortable de travailler la nuit. Ici c'est un travail d'extérieur, difficile et je pense qu'il faut le faire pas une journée mais plusieurs jours d'affilée, quand il fait dégueulasse, quand on va dans des logements, quand on s'assied à des endroits où ce n'est pas OK de s'asseoir, où personne ne devrait s'asseoir à cette place et qu'on le fait. Tout cela est un inconfort, et en plus on n'a pas de lieu attribué où on peut aller se remettre en sécurité ne serait-ce que se ressourcer, s'asseoir sur une chaise propre avec des toilettes pas loin, un verre d'eau, un collègue pour déposer ou son coach.

Coach-CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Aanbevelingen

Sommige CHWs blinken uit in bepaalde aspecten van hun rol of hebben specifieke vaardigheden of kennis verworven in een gespecialiseerde vooropleiding. Dit potentieel wordt echter niet altijd ten volle benut en op dit moment kunnen CHWs niet doorgroeien in hun job – behoudens de uitzonderingen die hierna zullen worden besproken, waarbij enkele CHWs andere taken hebben gekregen. Het strekt tot de aanbevelingen om een vooropgesteld traject uit te werken waarin CHWs met bepaalde kwaliteiten of vaardigheden kunnen doorgroeien naar functies waar ze hun capaciteiten ten volle kunnen benutten.

2.3.2.4 Supervisie en team

Net zoals de CHWs hebben ook de coaches die zijn aangenomen voor dit project uiteenlopende profielen en voorgaande ervaringen. Een groot deel van de coaches werkt voor één van de Belgische mutualiteiten en heeft op die manier een aanbod gekregen om voor dit project te werken. Zij komen van verschillende diensten binnen de mutualiteiten, zoals *contacttracing*, de sociale dienst, en de jeugddienst. Coaches aangeworven buiten de ziekenfondsen hebben dan weer meestal specifieke ervaring in het aansturen van teams die werken met een *outreach*-methodologie, zoals bij Artsen Zonder Grenzen of Samenlevingsopbouw.

Successen

Elk team van CHWs heeft minstens één coach, die hen ondersteunt en opvolgt. Deze begeleiding gaat, bijvoorbeeld, over het helpen met doorverwijzen en vinden van organisaties, over het mediëren van

conflicten binnen het team en over het bieden van een luisterend oor. Daarnaast helpen de coaches ook met het afbakenen van de rol van de CHW door het stellen van grenzen omtrent waar CHWs al dan niet ondersteuning kunnen bieden wanneer ze concrete casussen bespreken. Uit de interviews komt naar voor dat deze individuele opvolging en ondersteuning een sterkte is van het project. Naast een begeleidende en coachende functie, hebben de coaches ook een belangrijke administratieve opdracht. Concreet bereidt de coach, bijvoorbeeld, teammeetings voor en faciliteert ze, houdt deze zich bezig met de administratie van het team en formaliseert deze de relaties met externe organisaties.

De terugkoppeling tussen coaches en CHWs varieert echter sterk van team tot team. Zo wordt bijvoorbeeld in minstens één team gevraagd aan de CHWs om na elke werkdag een kort verslag te maken, terwijl dit in een ander team op wekelijkse basis is. Elk team heeft doorgaans minstens één meeting per week, waarin de dagelijkse werking wordt besproken. Daarnaast organiseert de coach ook supervisiemomenten waarin casussen en moeilijkheden worden besproken. Dit gebeurt soms in groep en soms individueel.

In Wallonië houden de verschillende teams ongeveer maandelijks een collectief intervisiemoment, dat gefaciliteerd wordt door het regionale *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté*, een gewestelijke armoedeorganisatie. De Waalse CHWs spreken zich positief uit over deze sessies, die een aantal verschillende doelen hebben. Enerzijds vormen ze een terugkoppelingsmoment waarop CHWs die in verschillende contexten werken ervaringen met elkaar kunnen delen en moeilijke casussen kunnen bespreken in groep. Ze geven aan dat dit ook goed is voor de teamspirit en dat het interessant is om te zien hoe de andere teams functioneren. Anderzijds worden op deze intervisiemomenten soms ook vormingen gegeven, waarmee onmiddellijk alle Waalse CHWs bereikt worden en ze onderling tot een gelijkaardig niveau worden gebracht.

Oui, ce sont des interventions plus ou moins une par mois, je crois toutes les six semaines peut-être. Ça dépend un peu, mais c'est plus ou moins toutes les quatre semaines, cinq semaines. C'est une journée où on se rencontre à Namur, tous les CHW de La Wallonie en tout cas. On se donne rendez-vous, on est plus ou moins 20 je crois de [stad], [stad], [stad] et moi-même, et c'est toujours super intéressant parce qu'on se donne des échanges, on voit les méthodes des autres, comment ils travaillent, on reçoit des petites formations. [...] On sort un peu de son monde personnel et on voit un peu le métier en global dans les autres coins de la Belgique. Donc, ça fait avancer, on peut poser nos questions qu'on rencontre dans la journée, on peut les partager avec les collègues, on peut voir comment ils réagissent dans quelle situation, des trucs comme ça. Et ça m'a beaucoup apporté à chaque fois, clairement.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Binnen het team gaan CHWs op verschillende manieren te werk. Uit de interviews met de CHWs komt naar voor dat sommigen verkiezen om steeds in duo op pad te gaan wanneer ze *outreaching* werken.

Dit kan, bijvoorbeeld, zijn uit veiligheidsoverwegingen wanneer men op huisbezoek gaat of omdat een meertalig duo een grotere groep mensen kan bereiken tijdens het *outreaching* werken. Daarnaast zijn er echter ook CHWs die verkiezen om alleen te werken, omdat het zo, bijvoorbeeld, gemakkelijker kan zijn om het vertrouwen met mensen op te bouwen.

Uitdagingen

Enkele CHWs gaven in het interview aan dat de beperkte aanwezigheid van de coaches op het terrein voor hen als een nadeel werd ervaren. Bijvoorbeeld, wanneer CHWs nood hadden aan meer omkadering en ondersteuning van de coaches bij het invullen van hun rol. Omdat de coaches echter niet vaak in het veld aanwezig waren tijdens de *outreaching* activiteiten van de CHWs voelden de CHWs zich niet altijd erkend of serieus genomen in hun vraag naar ondersteuning. De CHWs gaven wel aan dat ze zich er bewust van waren dat de coaches doorgaans geen tijd hadden om mee te lopen met hen omdat ze een hoge administratieve werklast hadden. Daarnaast zijn er ook meerdere coaches die deeltijds werken, wat het voor hen nog moeilijker maakt om tijd vrij te maken voor een terreinbezoek.

Gelijkaardig aan het gevoel dat een aantal CHWs hebben bij de beperkte aanwezigheid van coaches op het terrein, gaven enkele CHWs in de interviews ook aan dat ze een grote afstand ervaren tegenover de projectcoördinatoren. Dit leidde in sommige gevallen tot frustraties bij CHWs omdat zij het gevoel ervoeren niet gehoord te worden. Zij gaven aan dat ze het gevoel hadden dat belangrijke beslissingen over project gemaakt worden door medewerkers die ver van het terrein staan en de dagelijkse werking van de CHW te weinig kennen.

CHWs geven aan dat er soms spanningen ontstaan met de coaches, die stress teweegbrengen en een impact hebben op hun werk en hun welzijn. Zo geven sommige CHWs aan dat ze ervaren ontmoedigd te worden om autonoom te werken door coaches die hun persoonlijke initiatieven, zoals bijvoorbeeld een publiciteitscampagne of een samenwerking met een lokale organisatie, niet ondersteunen of afkeuren. Daarnaast gaven sommige CHWs ook aan dat zij het gevoel hadden dat de coach soms vrij wantrouwig tegenover hen stond. Dit kon zich op verschillende manieren manifesteren. Zo kwam er, bijvoorbeeld, bij twee interviews naar voor dat de CHW het gevoel had *gemicromanaged* te worden omdat ze naar haar aanvoelen onnodig veel en gedetailleerd overzichten moesten maken van hun dagelijkse activiteiten of hun verplaatsingen. Anderen gaven aan dat ze elke uitgave moesten beargumenteren en ze hierdoor niet steeds op hun eigen manier konden werken, zoals door bijvoorbeeld kleine kosten te maken in de vorm van het aanbieden van een koffie of een busticket – met het oog op het versterken van de vertrouwensband met iemand uit de doelgroep.

Uit zowel de interviews met de coaches als de interviews met de CHWs kwam naar voor dat een goed functionerend team met een sterke cohesie een uitdaging is. Omdat de concrete rolverwachtingen van de CHWs en de coaches bij aanvang van het project niet steeds duidelijk waren en een grote autonomie werd verwacht van de CHWs, zorgde dit in sommige teams voor interne spanningen. Concreet speelde deze spanning zich in een paar teams, bijvoorbeeld, af tussen CHWs met en zonder voorgaande professionele ervaring in de sociale sector. Bijvoorbeeld, CHWs die ervaring hebben als

sociaalassistent grijpen vaak hiernaar terug om de initiële rolonduidelijkheid van hun werk mee in te vullen, terwijl CHWs zonder ervaring soms meer moeite hebben om zelfstandig *outreaching* aan de slag te gaan en eerder op andere dingen gingen focussen, zoals het opzetten van samenwerkingen met andere organisaties. Deze verschillen in aanpak en visie omtrent heeft in een aantal teams in zekere mate tot interne spanningen geleid.

Coach 1: Eigenlijk moesten we in het begin echt inzetten op coachen en een team vormen en hoe gaan we dat hier samen aanpakken en blablabla. Maar daar was er eigenlijk veel te weinig tijd voor.

Coach 2: Dat is iets wat ik wel heel sterk gedaan heb, ja ik heb wel drie keer in de week met hem samen gezeten om echt naar een teamgevoel te komen en een gezamenlijke visie. Maar ja, dat was zeer intensief.

Coaches, regio Vlaanderen

Aanbevelingen

Tijdens de interviews suggereerden CHWs regelmatig dat een grotere aanwezigheid van de coaches op het terrein zou kunnen bijdragen aan een betere werkrelatie tussen hen. Op deze manier zouden de coaches een betere voeling hebben met het dagdagelijkse werk van de CHWs en de problemen die zich stellen, en zouden de CHWs zich ook meer gehoord en serieus genomen voelen. Enkele CHWs geven aan dat ze de werkbezoeken die de coaches gebracht hebben in het veld sterk appreciëren. Deze werkbezoeken vaker uitvoeren, zou kunnen bijdragen tot een beter wederzijds begrip. Naar de projectcoördinatoren toe werd door enkele CHWs eenzelfde suggestie gemaakt. Een grotere aanwezigheid op het terrein zou de kloof met de CHWs kunnen dichten en het gevoel van onbegrip reduceren dat bij sommige CHWs heerst bij beslissingen die worden gemaakt.

Momenteel experimenteren verschillende teams met nieuwe functies. In minstens twee teams hebben CHWs doorheen het eerste projectjaar formeel een bijkomende ondersteunende rol toegewezen gekregen. Dit ging steeds om CHWs met specifieke voorgaande werkervaring die zinvol bleek voor het project. In één team is dit een coachende rol, waarin de CHW deeltijds collega's begeleidt in het werkveld en zo de werklust van de coach verlicht, die zich dan meer kan toespitsen op administratieve taken. Hoewel de andere CHWs van het team hier positief tegenover staan, geeft de persoon in kwestie aan dat het moeilijk is om beide functies te combineren. Dit omdat de vele verplaatsingen en de flexibiliteit die verwacht worden van een CHW niet altijd te rijmen zijn met de betrouwbaarheid en beschikbaarheid die van een coach verwacht worden. Afhankelijk van de context en mits een grondige voorbereiding kunnen deze problemen echter voorkomen worden, en het zou dan ook een interessante oplossing kunnen zijn om de kloof die er soms bestaat tussen CHWs en de coaches te dichten, zeker wanneer een coach slechts deeltijds werkt en weinig tijd heeft voor aanwezigheid op het terrein. In een ander team is er een CHW die deeltijds praktische ondersteuning biedt aan het team bij, bijvoorbeeld, de ontwikkeling van *outreach* materialen, zoals visitekaartjes en spelen, en communicatiemiddelen, zoals de presentatie van het team en werk naar externe organisaties toe. Daarnaast is er ook een team waarin de coach eerst een tijd als CHW heeft gewerkt

binnen hetzelfde team. De andere CHWs staan hier eerder positief tegenover, omdat deze hierdoor de werkcontext van de CHWs uit eigen ervaring kent en zich beter kan inleven in hun noden.

La difficulté en ayant une fonction mixte, c'est que moi, je rencontrais aussi des personnes à accompagner et donc, je dépends aussi de leurs agendas. Donc, je ne peux pas bloquer. Au départ, on avait imaginé que j'allais bloquer deux jours par semaine pour le rôle de coach, mais c'est ingérable parce que quand j'ai une personne à accompagner chez le médecin, en inscription à la maison médicale ou autre, je dépends de la maison médicale et de ces disponibilités, de la personne. Et donc, les jours où je suis censée être coach et faire des choses vraiment en lien c'est-à-dire les entretiens individuels ou les accompagner sur le terrain, ou remplir un document, répondre à des e-mails, parfois je dois couper ma journée, je vais avoir une réunion avec Dorothée de 9h à 10h par exemple puis je vais partir sur Seraing accompagner des gens et revenir au domicile continuer le travail et parfois repartir. Donc, j'ai énormément d'aller-retours, c'est super riche comme fonction et en même temps, c'est très difficile de coupler les deux.

Coach-CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Si je devais juste dire une chose, je trouve que ça aurait été plus simple pour [naam coach] qu'elle soit en même temps facilitatrice et en même temps coach. Elle aurait eu la même vision que nous du terrain.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Belangrijk is om in het tweede projectjaar deze nieuwe functies verder te evalueren en gaandeweg aan te passen.

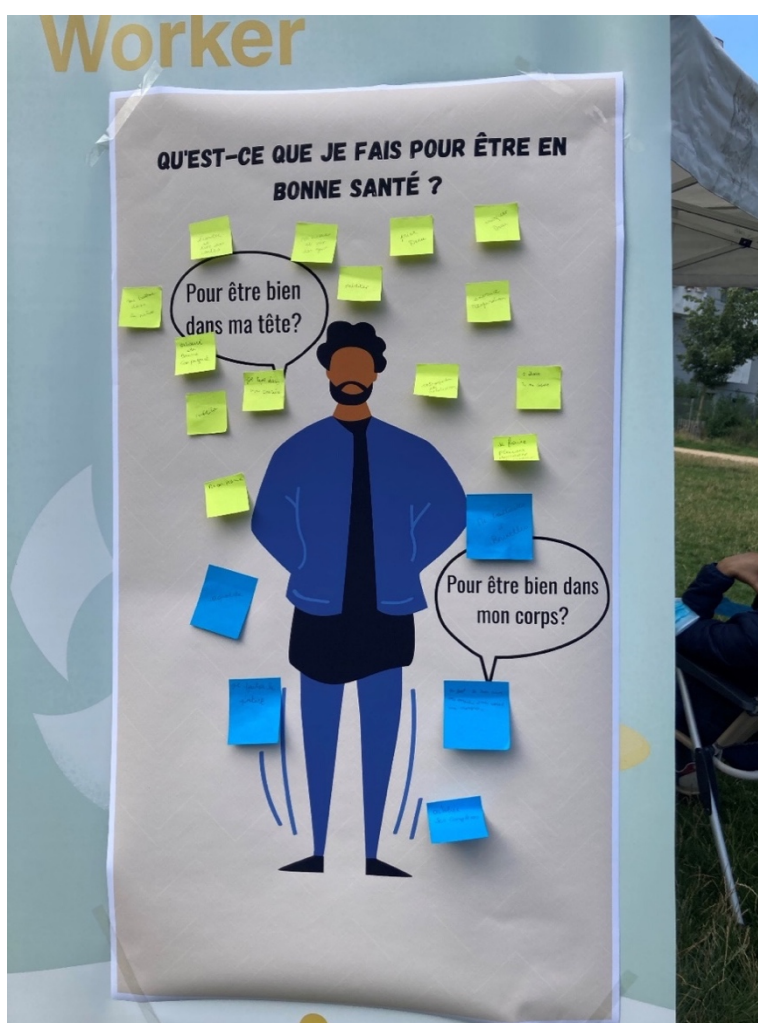
2.3.3 Ondersteunende materialen

Successen

De verscheidenheid aan profielen van de CHWs en de verscheidenheid aan contexten waarin ze werken heeft tot innovatieve ondersteunende materialen geleid. Zo hebben een aantal CHWs verschillende spelen uitgewerkt om op een creatieve en verstaanbare manier in interactie te gaan met mensen uit de doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn een gezondheidsquiz rond COVID-19 maatregelen, en een zoektochtspel dat gaat over hoe te navigeren in het gezondheidssysteem. Andere CHWs hebben in verschillende teams een boekje gemaakt met een uitgebreid overzicht van alle relevante lokale diensten en organisaties en hun contactgegevens, iets wat zeer bruikbaar blijkt te zijn tijdens het *outreaching* werken. In sommige teams gaat dit om vrij specifieke informatie, zoals welke talen een zorgverlener spreekt of welke specialisaties een bepaalde arts heeft, met als doel personen zo goed mogelijk te kunnen oriënteren. Ook zijn er CHWs die experimenteren met bepaalde communicatie-ondersteuning, zoals het gebruiken van schema's, symbolen en andere visualisaties om de taalbarrière te overstijgen. Tot slot zijn ook in meerdere teams eigen visitekaartjes ontworpen met contactgegevens op, die men dan aan personen uit de doelgroep kon geven of kon achterlaten op

strategische locaties. Dit is slechts een greep uit de verscheidenheid aan innovatieve materialen die de CHWs zelf hebben ontwikkeld en die een belangrijke sterke van het project vormen.

Naast de eigen ontwikkelde materialen, deden CHWs ook beroep op materialen die werden ontwikkeld door een andere organisatie. Zo maakten de CHWs gebruik van een applicatie voor straathoekwerkers die met jongeren werken. Deze applicatie fungeerde zowel als registratietool als conversatiehandleiding. In enkele interviews gaven de CHWs aan dat zij de structuur van de vragen in de applicatie hanteerden voor het structureren van het gesprek met de persoon uit de doelgroep. De applicatie wordt bij de uitdagingen verder besproken. Verder maakten de CHWs ook gebruik van bestaand informatiemateriaal, bestaande spelen of leenden zij, bijvoorbeeld, *conversatietools* uit van gespecialiseerde organisaties, zoals LOGO (LOkaal GezondheidsOverleg) en *Cultures & Santé*. Een voorbeeld hiervan is de zogenaamde '*Bonhomme de Santé*', die hieronder beschreven staat.



Le bonhomme vraiment, c'est basique, c'est vraiment l'être humain, un corps humain et tout. Et l'idée, c'est vraiment de donner le choix aux participants de coller des post-it selon où ils ont mal, où ils sentent mal sur le bonhomme et après selon ce qu'ils ont identifié comme maux, nous maintenant on peut revenir derrière pour proposer un entretien, pour discuter en détails de qu'est-ce que vous allez faire par hasard par rapport à ce mal que vous avez identifié, est-ce que vous avez rencontré un médecin, est-ce que vous avez besoin d'un médecin, est-ce que voilà ! L'idée, c'est vraiment de générer la discussion.

Foto en citaat: twee CHWs, regio Brussel

De CHWs hebben tijdens hun training ook meerdere materialen gekregen die voordien waren ontwikkeld om hun werk zo vlot mogelijk te kunnen uitvoeren en conversaties met personen uit de doelgroep te vergemakkelijken. Een voorbeeld hiervan is een reeks geplastificeerde afbeeldingen van het zorgtraject en een aantal veel voorkomende barrières (cf. Figuur 5, hoofdstuk III). Aan de hand van deze afbeeldingen kunnen gesprekken over het zorgtraject op een visuele manier ondersteund worden wanneer er bijvoorbeeld een taal- of kennisbarrière is. Deze werden gemengd ontvangen door de CHWs. Sommige CHWs gaven aan dat ze goed werken en handig zijn in bepaalde situaties zoals, bijvoorbeeld, bij mensen die recent in België zijn komen wonen, de taal niet spreken en nog geen kennis hebben van het gezondheidssysteem. Andere CHWs wisten daarentegen niet wat ze ermee konden doen of vonden ze te complex omdat het gebruik ervan in de opleiding niet aan bod was gekomen. Vanuit de coördinatoren werd aangegeven dat de afbeeldingen soms de gesprekken eerder afremden en niet zorgden voor een gemeenschappelijke taal om op een meer diepgaande manier over de ervaren barrières te spreken.

Uitdagingen

De CHWs kregen bij de start van het project een klassieke GSM en een tablet om contact te onderhouden, informatie op te zoeken en hun administratieve taken uit te voeren. De toestellen bleken echter niet gebruiksvriendelijk te zijn en waren onvoldoende afgestemd op de noden van de CHW. Zo waren, bijvoorbeeld, een aantal functies en de meeste applicaties geblokkeerd op de tablets uit veiligheidsoverwegingen. Dit maakte de CHWs echter minder toegankelijk, daar vele personen uit de doelgroep gebruik maken van smartphone-applicaties als *WhatsApp*. Bijgevolg zijn veel CHWs hun persoonlijke smartphone beginnen gebruiken als alternatief. Dit had echter een impact op hun vrije tijd en werk-leven balans, omdat ze via hun persoonlijke toestel continu gecontacteerd werden buiten de werkuren, tijdens de weekends en tijdens vakantie. Daarnaast bleek het schrijven van, bijvoorbeeld, mails naar externe organisaties ook moeilijk te gaan op de tablets vanwege het scherm. Dit is na een tijd opgelost door de CHWs van monteerbare klavieren te voorzien. Onvoldoende IT-ondersteuning dicht bij/op het terrein zelf, bemoeilijkte ook de werking wanneer er problemen waren met één van de toestellen. Zowel om te communiceren met de doelgroep, als om administratief werk te verrichten en om een gezonde scheiding te behouden tussen werk en privé gaven de CHWs aan dat een smartphone en een laptop betere werkinstrumenten zouden zijn. Op het einde van het eerste werkjaar zijn klassieke GSM en de tablet dan ook bij alle CHWs vervangen door een smartphone en een laptop. De CHWs gaven tijdens een feedback sessie aan dat ze dit als positief ervoeren en dat dit

administratieve zaken vereenvoudigde, omdat het hen bijvoorbeeld in staat stelde om een kaartlezer te gebruiken.

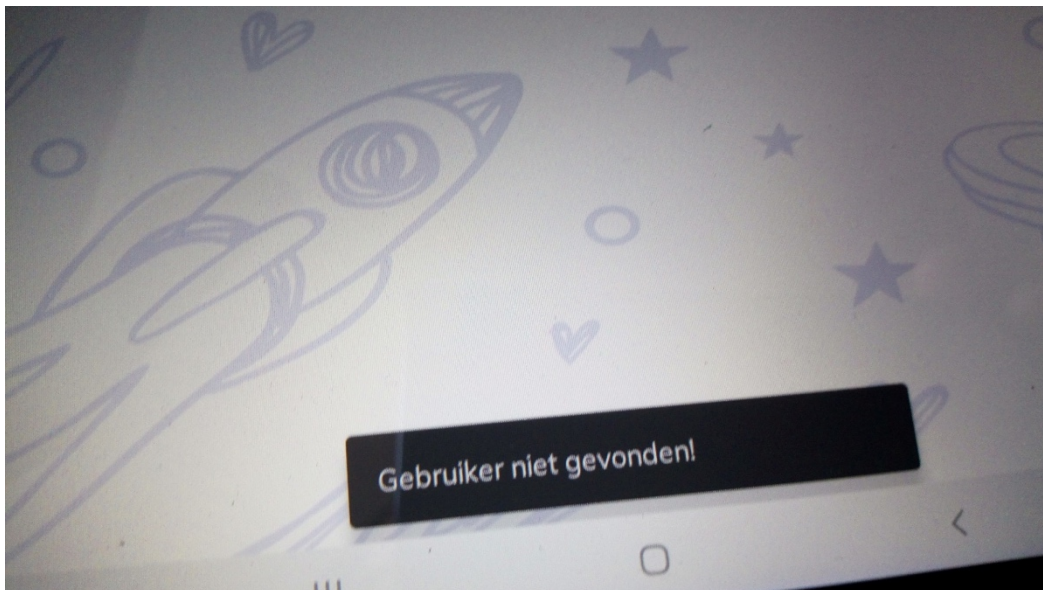
Le problème [avec les tablettes], c'est que; comme je l'ai dit il n'y a pas de lecteur carte pour brancher la carte d'identité parce que pour ça, tu dois avoir un PC. Sinon si t'as la tablette, il y a l'application Itsme, les seniors et les personnes âgées, par exemple les sans-papiers aussi il n'y a pas option de faire. Ils n'ont pas carte d'identité, ils n'ont pas Itsme. Ils peuvent aller chez leur médecin traitant pour avoir ça. Mais comme eux, c'est des sans-papiers, ils ne peuvent pas voyager, ils n'ont pas besoin d'avoir une attestation de vaccination. Ils n'ont pas besoin de voyager. Ils ont besoin seulement d'une preuve qu'après le vaccin, ils ont une petite carte comme ça comme attestation. Mais pour les seniors quand même, ils ont besoin de demander.

CHW, regio Brussel

Er zijn mensen die geen belwaarde hebben of die gewoon makkelijker overweg zijn met een WhatsApp en via Facebook. Als het gaat om bereikbaarheid. We moeten wel laagdrempelig zijn. We moeten de markt toegankelijk zijn, maar ik vind ons telefoon niet echt euh euh echt toegankelijk eigenlijk.

CHW, regio Vlaanderen

Zoals hierboven kort werd aangehaald gebruikten de CHWs een applicatie als registratietool om de contactmomenten met mensen uit de doelgroep te registreren. Hier konden ze, bijvoorbeeld, ingeven welke zorgnoden iemand had en welke barrières tot zorg deze persoon ervaarde. Op deze manier kon een profiel worden aangemaakt en was opvolging door dezelfde of een andere CHW mogelijk. Uit de interviews met zowel de coaches als de CHWs kwam naar voor dat de applicatie echter enkele problemen kende, zo waren er onder andere verschillende *bugs* waardoor data niet werd opgeslagen. Daarnaast werd de gegevensinvoer als onoverzichtelijk en tijdrovend gezien, waardoor sommige CHWs dit na een tijd eerder als een administratieve last dan een ondersteuningsmiddel zagen. De ontwikkelaars van applicatie waren steeds ondersteunend en zeer bereid om vragen te beantwoorden en mee naar oplossingen te zoeken. Niettemin zijn sommigen de applicatie minder gaan gebruiken, omdat ze deze niet gebruiksvriendelijk genoeg vonden. Hoewel een korte vorming werd gegeven over de applicatie, bleek deze voor sommige CHWs en coaches niet voldoende te zijn. Daarnaast ontbrak ook een handleiding op maat van de CHWs waar zij op konden terugvallen na de training. Een gevolg hiervan is dat in verschillende teams op andere manieren aan de slag werd gegaan met het invoeren van de data in de applicatie, waardoor gegevens uit verschillende teams moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Sommige teams zette in op het gedetailleerd registreren van alle activiteiten, terwijl andere teams meer moeilijkheden ervoeren met registratie. Zoals uit onderstaand citaat blijkt, had één van de teams grote moeilijkheden met de applicatie, waardoor zij niets registreerden. Naar het einde van het eerste project jaar werd ingezet op het starten van het ontwikkelen van een eigen registratietool op maat van de CHWs.



Tot nu toe gebruikt niemand van ons team deze app, tablet wordt enkel gebruikt voor 4G en belwaarde. Niemand registreert iets, behalve wat in schriftjes. Vorige week maakte ik een amateuristische registratiefiche die we manueel zullen invullen. [...] De administratieve en ICT strubbels geven iedereen wel een slecht gevoel.

Foto en citaat: CHW, regio Vlaanderen

CHWs en coaches gaven aan dat een gebrek aan een vast bureau of lokaal bij de meeste teams als een belangrijke beperking werd gezien. Een aantal teams of individuele CHWs hebben afspraken met lokale organisaties waarvan ze een ruimte kunnen gebruiken, al is dit eerder een uitzondering. Dit is echter ook niet optimaal omdat CHWs dan rekening moeten houden met de openingsuren van deze organisaties. Het gebrek aan een vast lokaal brengt een aantal problemen met zich mee, zoals geen eigen ruimte hebben om personen uit de doelgroep te ontvangen, terwijl CHWs aangeven dat ze zich niet altijd veilig voelen bij, bijvoorbeeld, huisbezoeken. Een ander probleem is dat CHWs vaak buiten zijn om *outreaching* te werken en ze zonder lokaal geen vaste plaats hebben waar ze kunnen eten of administratief werk doen wanneer het regent. Naar huis gaan is in dit geval niet altijd een mogelijkheid omdat in de praktijk niet alle CHWs dicht wonen bij de wijk waar ze aan het werk zijn. Sommige CHWs lossen dit op door te eten in hun auto, maar niet iedereen heeft deze mogelijkheid. Een gelijkaardig probleem stelt zich voor een toiletbezoek. Uit de interviews komt naar voor dat CHWs nu soms de toiletten van horecazaken gebruiken, wat een kost met zich meebrengt. Coaches gaven ook aan dat het hebben van een vast lokaal de opvolging van de CHWs kan bevorderen. Zo zouden ze elkaar aan het begin of einde van de werkdag kort kunnen ontmoeten in deze ruimte om af te toetsen hoe het werk verloopt.

En tout cas, il faut revoir le confort minimum des besoins vitaux comme aller aux toilettes, avoir un endroit où manger parce que là on a commencé au mois de Mai, mais d'ici

quelques semaines qu'est-ce qu'on va avoir comme conditions climatiques. Quand il va faire froid, ils vont être toute la journée à l'extérieur passer d'un rendez-vous à l'autre. S'il n'y a même pas un endroit où se poser, manger, se réchauffer, c'est compliqué.

Coach, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap



Foto: CHW, regio Brussel

Aanbevelingen

CHWs gaven aan dat niet alleen toegang tot een vast lokaal, maar ook een printer hun werk zou kunnen ondersteunen om, bijvoorbeeld, doorverwijzingen of *CovidSafeTickets* kunnen afdrukken. Op dit moment doen CHWs dit met eigen middelen, waar ze onkosten voor kunnen inbrengen, of bij lokale organisaties, al is dit moeizaam om systematisch te doen. Daarnaast kan toegang tot een printer CHWs ook helpen om bestaand ondersteuningsmateriaal en informatie van andere organisaties af te drukken, zoals folders met tips over wat men moet vragen wanneer men op consultatie is bij de huisarts.

Is dat een luxe als ik zeg, een printer dat we soms echt willen printen. Je moet soms doorverwijzingen doen of toeleiding doen, of een brief samen met de cliënt misschien opstellen voor een dokter of voor een mutualiteit. Als je zegt van die cliënt kan zelf gaan, maar we kunnen daar effe een dingetje aandoen he, iets opzoeken of iets is uitprinten: dat is wel nodig. Maar ook voor je eigen zelf, voor uw documenten uit te printen. Soms wil je informatie opzoeken waarvan je denkt van dat zijn zorg- van organisaties die ook rond zorg werken, dat je dat ook kunt uitprinten en dat je daar bij hebt iedere keer, want we moeten ons constant verplaatsen.

CHW, regio Vlaanderen

De CHWs gaven ook aan dat een identificatiebadge of identificeerbare kledij handig zouden zijn tijdens het *outreaching* werken. Aangezien de CHWs op dit moment relatief weinig bekend zijn is het niet vanzelfsprekend dat ze als legitiem worden gezien. Een duidelijke manier van identificatie zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. In de loop van het eerste jaar werd zulke identificatiebadge voorzien. Daarnaast werd in een aantal steden tijdens de interviews met CHWs aangehaald dat ze nood zouden hebben aan een uitklaptafel en een partytent, omdat deze teams veel activiteiten organiseren in de publieke ruimte om mensen te ontmoeten. Ook kwam naar voor dat toegang tot fietsen handig zouden zijn, zodat CHWs zich vlot kunnen verplaatsen in de wijken waar ze actief zijn. Sommige wijken zijn namelijk erg uitgestrekt en in deze gevallen zouden fietsen een flexibel en gezond transportmiddel kunnen zijn.

Tot slot geven CHWs aan dat ze diverse kosten maken tijdens het *outreaching* werken. Dit gaat bijvoorbeeld over kleine informele uitgaven, zoals het aanbieden van een koffie of het betalen van een busrit, die mee een basis kunnen leggen voor het opbouwen van vertrouwen. Een aantal CHWs stellen voor om een beperkt wekelijks of maandelijks forfaitair budget te voorzien per CHW voor dit soort kosten.

En dan zou het natuurlijk fijn zijn, als ik een badge heb, dat ik echt die herkenbaarheid heb. Anders gaan ze me gewoon niet erkennen he. Anders zien ze gewoon iemand, met een iPad voor zich, wie is dat? Om het wat toegankelijker te maken voor de mensen. [...] Het zou handig zijn als we zo T-shirts kunnen krijgen met CHW ja, als we zo op de markt moeten staan of zo. [...] Het zou fijn zijn als we een fiets zouden kunnen krijgen of zo. Euh. Waarom? Euh. Om ons te verplaatsen binnen de wijk. Dat is toegankelijker, kan je makkelijker met mensen praten. Hoef je de auto niet te nemen, is ook ecologischer? Heeft veel positieve redenen.

CHW, regio Vlaanderen

2.3.4 Opleiding

De CHWs hebben in het begin van hun tewerkstelling gedurende enkele dagen een opleiding ontvangen waar enkele basiszaken besproken werden. Deze trainingen werden in alle regio's georganiseerd op een verschillende wijze, waardoor het formuleren van een algemene reflectie op de vorming niet eenvoudig is. In wat volgt, worden enkele algemene lijnen besproken die terugkwamen bij alle interviews met de CHWs over de regio's heen.

Successen

Vanwege hun voorgaande werkervaring haalden een aantal CHWs tijdens de interviews aan dat de vorming eenvoudig was. In hun beleving was de vorming toereikend en niet te zwaar. CHWs met weinig of geen werkervaring in de sociale sector gaven aan dat ze de training noodzakelijk en boeiend vonden. Een aantal CHWs gaven aan dat het interessant was om een deel van de opleiding te krijgen van ervaringsdeskundigen in armoede, omdat deze personen een interessant perspectief bieden en veel praktische tips kunnen geven. Daarnaast gaf een CHW ook aan dat het interessant was om de visies en voorgaande ervaringen van andere collega's te bespreken en expertise met elkaar uit te wisselen. Meerdere CHWs die pas enkele maanden na de eerste aanwervingsperiode zijn aangenomen, volgden tijdens hun beperktere vorming ook collega-CHWs tijdens hun werk. Zij beschreven dit als een goede ervaring, die interessant zou kunnen zijn om systematisch toe te passen.

Franchement, je me sentais bien accueilli. Je l'ai dit à chaque fois, j'ai trouvé ça une chance pour moi d'arriver un mois après les autres parce que j'ai eu l'exemple, c'est ce qui manquait peut-être tout au début pour ceux qui étaient nouveaux, ce qui est normal, il n'y a pas d'exemple. Mais le fait d'arriver, d'avoir les choses en place et de voir l'exemple chez les collègues, de pouvoir poser toutes les questions qu'on a etc. je me sentais vraiment bien préparé. Je n'étais pas trop stressé au coin, j'avais envie de commencer de mon côté parce que déjà tu as une semaine de formation et après tu suis une semaine les collègues, tu peux leur poser plein de questions, tu vois comment ils présentent le projet dans les organisations par exemple.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Naast de vorming aan het begin van hun tewerkstelling krijgen de CHWs nieuwe opleidingen aangeboden. Deze zijn voor elk team verschillend en de inhoud ervan hangt doorgaans af van het lokale of regionale aanbod en is afgestemd op de noden van de CHWs. De vormingen gaan dieper in op één onderwerp en worden vaak door een specialist gegeven. Ze kunnen bijvoorbeeld gaan over het toedienen van eerste hulp, deontologie, beroepsgeheim of hoe om te gaan met mensen die onder invloed van alcohol of drugs zijn. Tijdens de interviews beschreven de CHWs deze vormingen als leerrijk en waardevol, omdat ze concrete handvaten aanreiken. In zeker één team ging in samenspraak met de coach een lijst rond tussen de CHWs, met vormingen die ze graag zouden willen krijgen. In sommige gevallen was het echter wel zo dat de CHWs zelf naar vormingen moesten vragen of zoeken.

Uitdagingen

De moeilijkheidsgraad en toegevoegde waarde van de basistraining werd verschillend gepercipieerd door CHWs met en zonder voorgaande werkervaring in de sociale sector. Zo stelden enkele CHWs die weinig tot geen voorgaande werkervaring hadden in deze sector dat de vorming kort en goed gevuld was, maar ontoereikend om hen voldoende voor te bereiden op hun werk. Een aantal CHWs met voorgaande werkervaring in de sociale sector vonden daarentegen dat de vorming te lang, te algemeen en te theoretisch was, en hen geen nieuwe zaken aanleerde. CHWs die geen voorgaande ervaring hadden met *outreaching* werken gaven daarnaast aan dat ze hier niet voldoende op werden voorbereid tijdens de vorming. Verder gaven sommige CHWs aan dat er voor hen een te sterke focus lag op individuele ondersteuning en empowerment, terwijl het ontbrak aan een kadering van barrières binnen structurele problemen in de gezondheidszorg, zoals een verzadiging van gezondheidsdiensten in bepaalde buurten of de legale barrières die mensen zonder wettige verblijfsvergunning ervaren. In zeker één vormingsmoment zorgde het verschil in ervaring, kennis en verwachtingen tot een spanning tussen CHWs met meer en met minder voorgaande werkervaring. Beide groepen gaven aan dat ze het meest hebben geleerd door in het veld te staan.

We zitten echt met collega's, die een studieachtergrond hebben. En collega's die ervaring, kennis of een netwerk hebben. Dus twee soorten collega's. Tijdens de training merkten we echt dat dat een probleem was. Want collega's, ik onder anderen bijvoorbeeld, hebben de ervaring, kennis, hulpverlening achtergrond, gesprekstechnieken. Dat kennen we allemaal. We weten dat sociale kaart, hoe we dat kunnen raadplegen, enzovoort. Het was voor ons nuttiger geweest om inhoudelijk te werken. Dan collega's, die hebben nog wel handvaten nodig. Die hebben een andere manier van training nodig en daar ging het precies een beetje mis tijdens de eerste training. We merkten dat voor ons bepaalde zaken vanzelfsprekend zijn, maar voor anderen, nieuw. En aan sommige collega's hebben zich daar een beetje aan gestoord, waardoor ik de collega's die het wel nodig zouden hebben, het slachtoffer zijn geworden.

CHW, regio Vlaanderen

Daarnaast gaven enkele CHWs aan dat tijdens de vorming weinig informatie over het project en de rol van de CHW werd verschaft. Verder werd er ook geen helder deontologisch kader meegegeven met richtlijnen over, onder andere, privacy en beroepsgeheim. Dit kan potentieel een probleem vormen voor CHWs die weinig of geen voorgaande ervaring in de sociale sector hebben. Ook ontbrak een fysiek handboek of syllabus. Zo haalde een CHW aan zeer weinig onthouden te hebben van de vormingen door het gebrek aan een naslagwerk, terwijl een andere CHW zelf een handboek heeft gemaakt om de leerstof uit de vorming goed te kunnen memoriseren.

Een deel van de CHWs is echter niet bij de aanvang van het project aangenomen geweest. Uit de interviews met CHWs en coaches blijkt dat de meeste CHWs die later zijn aangenomen slechts een beperktere of zelfs geen training hebben gekregen. Zoals eerder aangegeven gingen zij in sommige gevallen mee op pad met een meer ervaren CHW uit hetzelfde team. Dit zorgt echter ook voor een

extra werklast op de schouders van deze collega-CHW, die de facto de verantwoordelijkheid krijgen om hun nieuwe collega's te informeren en op te leiden, terwijl zij daar zelf niet de nodige opleiding voor hebben genoten.

De coaches van de verschillende teams hebben een zeer beperkte training ontvangen bij aanvang van dit project. Uit de focusgroep discussies met de Nederlandstalige en de Franstalige coaches kwam naar voor dat meer aandacht voor training zinvol was geweest, omdat zowel het project als het coachen van de CHWs ook voor hen een zoektocht is. De Vlaamse coaches hebben echter wel regelmatig individuele en collectieve terugkoppelingsmomenten met de regionale coördinatoren, die hen sterk ondersteunen. Daarnaast krijgen ze af en toe ook intervisies en vormingen van externe organisaties die hierin gespecialiseerd zijn. De coaches in de Waalse en Brusselse regio's worden een gelijkaardige manier ondersteund door hun regionale coördinatoren. Net zoals voor de CHWs organiseert het *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* in Wallonië ook intervisies en vormingen voor de Waalse coaches. Tot slot werd er eind September ook een intervisie moment georganiseerd met alle coaches overheen de regio's. Dit werd als zeer waardevol ervaren.

Aanbeveling

Tijdens de interviews met de CHWs werden suggesties gegeven voor een nieuwe basisopleiding. Ten eerste, als oplossing voor onderlinge verschillen in voorgaande kennis en ervaring werd in een aantal interviews voorgesteld om met een programma van modules te werken, die al dan niet verplicht zijn naargelang iemands voorgaande kennis en werkervaring. Op deze manier kan de vorming beter worden afgestemd op het persoonlijke niveau en kunnen CHWs met verschillende werk- en levenservaring toch met een meer gelijke basis beginnen. Ten tweede, stelde één CHW voor om in de vorming in te zetten op teambuilding, zodat men elkaar onmiddellijk kan leren kennen om een goed functionerend team te creëren. De samenwerking tussen CHWs onderling heeft een belangrijke impact op hun werk en de voldoening die ze hieruit halen. Ten derde, stelden verschillende CHWs voor om rollenspelen met realistische scenario's te organiseren tijdens de vorming. Dit zou volgens hen een goede manier kunnen zijn om zich concreet voor te bereiden op het *outreach* werk, wat een centraal onderdeel is van hun job. Ten vijfde, gaven CHWs aan dat het heel waardevol zou zijn moest de rol van een CHW verduidelijkt worden en afgebakend worden waar CHWs al dan niet verwacht worden mee te helpen. Tot slot, kwam ook naar voor dat een uitgebreid deontologisch kader met heldere ethische handvaten een grote meerwaarde zou vormen.

La première semaine il fallait peut-être approfondir un peu plus dans le métier, on nous a expliqué les objectifs mais peut-être faire des petits jeux de rôle par exemple, se mettre en situation pendant la formation. On ne l'a pas fait, on n'en a pas parlé mais cela aurait été bien de faire une situation comme ça les gens peuvent voir les erreurs que l'on peut faire, ce qu'il faut dire et ne pas dire. On est vraiment carré dans notre métier, ne pas dire n'importe quoi comme information. Si on donne une information qui n'est pas juste la personne en face ne va rien voir venir mais on a donné une fausse information. Je trouve que c'est très utile de faire des mises en situation. [...] Une citation dit "dis-moi et je vais oublier, montre-moi et peut-être je me rappellerai, fais-moi participer et je me souviendrai

de tout". Si on fait un jeu de rôle, là j'ai fait une erreur, la prochaine fois il ne faut pas dire ça, je ne vais plus retomber dans la même erreur mais si on me dit juste, une fois que je serai en situation quelque chose va sortir.

CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Tijdens de interviews gaven de CHWs ook brede waaier aan voorstellen voor bijkomende opleidingen. Zo werd aangegeven dat het goed zou zijn om een aantal basis zaken te herhalen, zoals de *outreach* methodologie, en de rest van de inhoud vast te leggen in samenspraak met de coaches, aangezien deze een goed overzicht hebben van de noden van de CHW op het gegeven moment. Daarnaast werd ook voorgesteld om als onderdeel van deze vorming een moment te faciliteren waarbij CHWs uit verschillende teams elkaar kunnen leren kennen en hun ervaringen kunnen uitwisselen om van elkaar te leren. Dit laatste is iets wat de Waalse teams al doen in een maandelijks intervisiemoment, maar zou uitgebreid moeten worden over de regio's heen.

2.3.5 Lokale inbedding

Met betrekking tot lokale inbedding, bespreken we achtereenvolgens de inbedding in de gemeenschap en de aansluiting bij de eerstelijnsgezondheidszorg.

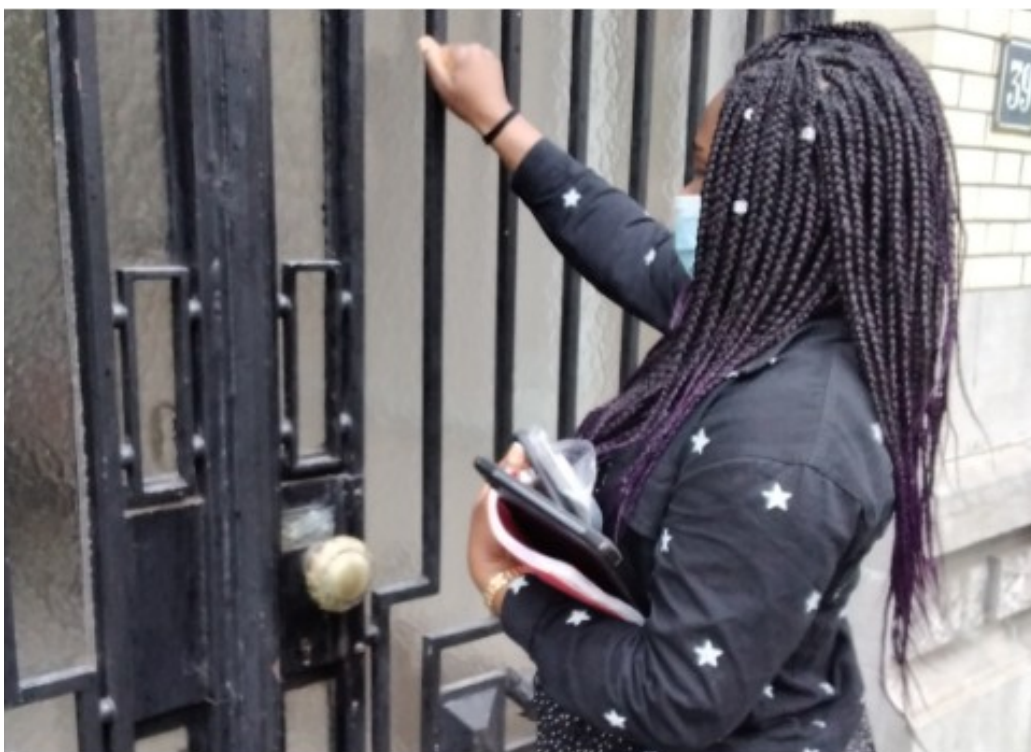
2.3.5.1 Inbedding in de gemeenschap

Successen

Uit de gesprekken met de CHWs en de coaches komt naar voor dat CHWs eenvoudiger aansluiting kunnen vinden bij de doelgroep in wijken met een sterke cohesie en die, bijvoorbeeld, een wijkregisseur hebben. Daarnaast kunnen samenwerkingen met organisaties waar mensen uit de doelgroep goede ervaringen mee hebben op een positieve manier afspiegelen op het werk van de CHWs. Dit kan het creëren van een vertrouwensband faciliteren. In een Vlaamse wijk hebben CHWs, bijvoorbeeld, via een actieve wijkregisseur en een goed ingebed wijkcentrum dat wordt gedragen door de lokale gemeenschap, relatief snel verschillende samenwerkingen kunnen opstarten met een netwerk van lokale organisaties. Zo konden zij reeds vanaf het begin van het project een groot aantal personen uit de doelgroep bereiken.

Uitdagingen

Daartegenover gaat het inwerken van de CHWs in de wijk moeizamer wanneer deze een zwakke cohesie kent en lokale sociale organisaties eerder onafhankelijk functioneren. Zo is er, bijvoorbeeld, een Brusselse wijk met een zwak sociaal weefsel en een beperkt aantal sociale organisaties, waardoor het opstarten van samenwerkingen met de lokale CHWs moeizaam verloopt, en bijgevolg CHWs moeilijker mensen uit de doelgroep bereiken bij de opstart van het project.



Malheureusement, en tout cas sur [naam wijk] les associations n'étaient pas vraiment réceptives. On n'a pas reçu beaucoup de réponses des associations pour beaucoup de raisons. D'autres étaient assez méchantes parce qu'elles ne connaissaient pas du tout le projet.

Foto en citaat: CHW, Brussel

Gelinkt aan het *outreaching* werken verlopen de samenwerkingen met externe organisaties niet steeds even voorspoedig. Zo gaven meerdere CHWs aan dat de wisselwerking tussen hen en lokale organisaties soms te eenzijdig is. Verder kunnen organisaties ook onrealistische verwachtingen hebben zonder rekening te houden met het effectieve takenpakket van de CHW. Zo zijn er, bijvoorbeeld, CHWs die bij een COVID-19-vaccinatie-moment moesten helpen als stewards om een oogje in het zeil te houden, terwijl zij tot doel hadden om inhoudelijke ondersteuning te bieden aan personen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden. Ook was zeker in één situatie een CHW voordien actief als vrijwilliger in een partnerorganisatie, waar zij nu ook een nauwe samenwerking als CHW mee onderhield. De grens tussen de voormalige vrijwillige rol en huidige CHW-rol was niet altijd helder, noch voor de CHW, noch voor de partnerorganisatie. Verder gaven CHWs in de interviews aan dat het belangrijk is om blijvend in te zetten op het kenbaar maken van het CHW-project, daar zij toch blijven botsen op bepaalde muren door, onder andere, een onvoldoende bekendheid van hun opdracht en rol.

Daarnaast kunnen samenwerkingen met bepaalde organisaties ook een negatieve impact hebben op het imago van de CHWs. Een CHW uit een team dat geen eigen lokaal ter beschikking heeft, ontvangt mensen in ruimtes van andere organisaties. Zij geeft aan bang te zijn dat voorgaande negatieve ervaringen van personen met deze organisaties in kwestie zullen afspiegelen op het werk van de CHWs.

Aanbevelingen

Op basis van de bovenstaande successen en uitdagingen, is het belangrijk om eerst grondig na te gaan welke perceptie de doelgroep heeft bij een bepaalde organisatie. Indien hieruit blijkt dat deze organisatie vooral een negatieve connotatie oproept, kan het aangewezen zijn om behoedzaam om te springen met een eventuele samenwerking. Indien echter blijkt dat de doelgroep sterke positieve associaties heeft met een organisatie kan men in dat geval actiever proberen in te zetten op een mogelijke samenwerking. Bij het aangaan van een samenwerking is het ook belangrijk om in te zetten op het maken van duidelijke afspraken. De rol afbakening van de CHW kan hierbij helpen om duidelijke verwachtingen te creëren tussen het CHW-project en de partnerorganisatie.

2.3.5.2 Aansluiting bij de eerstelijnsgezondheidszorg

Successen

De samenwerkingen met plaatselijke eerstelijnsorganisaties vertrekken vaak vanuit het persoonlijk initiatief van de CHWs. Deze zijn doorgaans vrij contextafhankelijk en ad hoc, wat zorgt voor een grote diversiteit aan lokale partnerschappen. In meerdere wijken in België zijn er samenwerkingen ontstaan met apothekers, die in sommige gevallen wekelijkse permanentiemomenten van CHWs in de apothekerspraktijk inhouden. Daarnaast is er in een Waals team ook een samenwerking tot stand gekomen met een lokaal ziekenhuis. Daar ervaren ze namelijk dat mensen die niet in orde zijn met hun aansluiting bij een ziekenfonds soms rechtstreeks naar een spoedafdeling gaan omdat kosten daar niet meteen gefactureerd worden. In zulke situatie kan de persoon in kwestie dan onmiddellijk door een CHW worden ondersteund om op termijn diens verzekering in orde te brengen. Andere actoren waar samenwerkingen mee opgestart zijn, zijn wijkgezondheidscentra en lokale psychologen, waardoor CHWs eenvoudig mensen kunnen doorverwijzen naar een psycholoog of specifieke informatie over, bijvoorbeeld, COVID-19 kunnen krijgen van een arts.



Symbolique pour la santé physique mais également comme point de repaire. Beaucoup de gens ne pensent pas avoir l'argent pour des spécialiste etc. et s'adressent d'abord à la pharmacie. La pharmacie est pour moi aussi un bon exemple pour le travail en commun avec les organisations sur le terrain.

Foto en citaat: CHW, regio Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Uitdagingen

Deze grote diversiteit aan ad hoc samenwerkingen heeft echter ook een keerzijde en belicht een uitdaging binnen het project. De CHWs hebben in de eerste maanden namelijk veel tijd geïnvesteerd in voorbereidend werk en het contacteren van organisaties, wat veel tijd om *outreaching* te werken wegnam. In de interviews gaven enkele CHWs en coaches aan dat het gebrek aan structurele samenwerkingen met grotere spelers in het zorglandschap op regionaal en op federaal niveau de opstart van het project heeft vertraagd en dat er hierdoor een extra werklast op de schouders van de CHWs terechtgekomen is.

Het gebrek aan formele samenwerkingen op een bovenlokaal niveau kan in sommige gevallen ook het werk van de CHWs bemoeilijken omdat CHWs nog niet zeer gekend zijn en daardoor niet door alle instanties erkend worden of serieus worden genomen. Een voorbeeld hiervan is een persoon zonder geldige verblijfvergunning die graag gevaccineerd wenste te worden, maar geen telefonische afspraak durfde te maken bij het OCMW uit wantrouwen naar de organisatie. Het OCMW zelf liet echter niet toe dat de CHW telefonisch een afspraak kon maken en samen met de persoon in kwestie langs zou kunnen komen.

Aanbevelingen

Tijdens de interviews met enkele CHWs suggereerden zij dat er vanuit de federale en regionale coördinatie van het project samenwerkingen zouden kunnen worden opgezet met grote organisaties actief in het Belgische of regionale zorglandschap, zoals verenigingen van huisartsen en wijkgezondheidscentra, of welzijnsorganisaties, zoals het OCMW. Op deze manier zouden de deuren binnen grotere zorgorganisaties mogelijks eenvoudiger opengaan voor CHWs en zouden ze niet op lokaal en individueel niveau afzonderlijk van elkaar een samenwerking moeten opzetten.

3. Reflectie over de kwalitatieve studie

Om de onderzoeksresultaten correct te kunnen interpreteren, is het belangrijk om ook de beperkingen van deze studie weer te geven. Ten eerste, is er een mogelijke bias bij de selectie van de respondenten, namelijk de CHWs en mensen uit de doelgroep. Bij de eerste groep werd een oproep tot deelname aan de studie bezorgd aan de coaches aan het begin van de implementatie op het terrein. CHWs konden zelf aangeven of ze interesse hadden in deelname. Deze zelfselectie kan tot een selectie-bias leiden. Daarnaast is er een mogelijke vertekening in de selectie van de mensen uit de doelgroep, doordat CHWs zelf eerst mensen uitnodigden om deel te nemen aan de studie. Deze procedure was echter zeer belangrijk om te bewerkstelligen dat mensen zich zoveel als mogelijk comfortabel voelden bij een deelname aan het onderzoek. Ten tweede, het aantal interviews met mensen uit de doelgroep was beperkt, waardoor deze bevindingen met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Een grondig onderzoek van de diverse barrières die mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden over de tijd heen ervaren, ligt buiten de scope van dit onderzoek. Verder onderzoek is bijgevolg nodig om diepgaand het complex samenspel van barrières over de tijd heen langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm in kaart te brengen in samenwerking met mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden. Ten derde, de dataverzameling vond plaats in de eerste maanden van de implementatie van het CHW-project op het terrein omwille van de beperkte looptijd van het project. De waardevolle ervaringen die de CHWs nadien opbouwden, werden niet gevat in deze dataverzameling. Om deels aan deze beperking te beantwoorden, werden feedbacksessies georganiseerd aan het begin van het tweede projectjaar met de CHWs die deelnamen aan de studie, om af te toetsen of de resultaten van het veldwerk nog steeds relevant waren voor hun huidige praktijk. Echter is het mogelijk dat hierdoor bepaalde ervaringen die later in het project werden opgedaan, onvoldoende werden gevat en beschreven. Ten vierde, met de kwalitatieve resultaten kunnen we geen uitspraken doen over de impact van het werk van de CHWs, alsook over hun bereik. In dit eerste projectjaar, wat als een pilootjaar kan gezien worden, is het zeer waardevol om diepgaand kwalitatief onderzoek te doen om een eerste schets te maken van welke mensen werden bereikt, op welke wijze, alsook de successen en uitdagingen van het eerste projectjaar. Naar de toekomst is het belangrijk om ook meer in te zetten op kwantitatieve dataverzameling om ook het bereik en de impact van het werk van de CHWs verder in kaart te brengen. Een grondige *mixed methods*-studie – met als onderdeel een *randomised controlled trial* om de nettobijdrage (de impact) objectief vast te stellen – die zowel kwantitatief als kwalitatief longitudinaal onderzoek combineert strekt hiervoor tot de aanbeveling. Ten vijfde, een focus op de bredere contextuele factoren die het CHW-project beïnvloeden, zoals de gemeenschapsdynamieken, economische en politieke context, en het gezondheidssysteem, viel buiten de scope van dit onderzoeksproject. Verder onderzoek is

aangewezen om het CHW-project in dit bredere contextuele kader te bekijken (Kok, Crigler et al. 2021), bijvoorbeeld door onder meer te bevrage hoe gezondheidszorgdiensten en zorgverleners het CHW-project ervaren. Verder onderzoek naar hoe het CHW-project aansluiting kan vinden of ingebed zou kunnen worden in het gezondheidssysteem is sterk aanbevolen.

Naast deze beperkingen noteren we enkele sterktes van de studie. Ten eerste, verschillende respondenten – namelijk, mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, CHWs en coaches – werden bevrage overheen de drie regio's wat resulteert in genuanceerde resultaten vanuit verschillende perspectieven. Ten tweede, zorgde het participatieve *photovoice* onderzoeksproces voor rijke dataverzameling doordat CHWs op verschillende momenten bevrage werden. *Photovoice* onderzoek zorgt voor een meer *insider* perspectief en verschaft inzicht in het werk van de CHWs op verschillende momenten. De CHWs nemen in deze onderzoeksmethode meer de rol op als expert en zijn ook “*co-producers*” van kennis. Onderzoeksliteratuur toont aan dat respondenten in deze methode ook meer zelfvertrouwen en zelfwaardering krijgen (Kolb 2008, Hergenrather, Rhodes et al. 2009, Pauwels 2015, Musoke, Ndejjo et al. 2016). Aandacht voor de ervaring van de CHW zelf wordt als een belangrijk element gezien voor het structureel verbeteren van CHW-programma's (Kok, Crigler et al. 2021). Ten derde, dit kwalitatief onderzoek bouwde verder op het werk van Levesque en collega's (Levesque, Harris et al. 2013), waar toegankelijkheid wordt gezien als een continuüm in tegenstelling tot vele studies waar toegankelijkheid enkel wordt gezien als “het gebruik van zorg” (Levesque, Harris et al. 2013, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020).

Tot slot is het belangrijk om stil te staan bij onze positie als onderzoekers. De auteurs van dit rapport zijn hoogopgeleide, witte onderzoekers die tot de middenklasse behoren. De respondenten kenden ons enkel als onderzoeker. In dit kader zou je onze rol kunnen beschrijven als deze van de “vreemde”, een buitenstaander (Simmel 1950). Het voordeel hiervan is dat dit voor respondenten een veilige plaats creëerde voor het delen van ervaringen. Dit kan echter ook nadelen met zich meebrengen, zoals het mogelijk anders interpreteren van dat wat werd gezegd en bedoeld door de respondenten. De interpretatie van de data en het uitschrijven van de resultaten kunnen namelijk gekleurd zijn door het perspectief dat we vanuit onze sociale positie hebben. We poogden misinterpretatie zoveel als mogelijk te beperken door een nauwgezette data-analyse en feedback sessies over de resultaten met de CHWs die deelnamen aan het onderzoek.

V. Discussie

Om dit kwalitatief onderzoeksluik af te sluiten, koppelen we eerst terug naar de drie onderzoeksvragen tegen het licht van recente wetenschappelijke literatuur. Vervolgens reflecteren we over deze kwalitatieve studie. Om te leren van andere CHW-programma's wereldwijd, plaatsen we het Belgische CHW-project in het wereldwijde landschap. We sluiten dit rapport af met een blik naar de toekomst.

1. Onderzoeksvragen

1.1 Wie heeft het community health worker project bereikt?

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat een diverse groep mensen wordt bereikt, die leven op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden, namelijk: het hebben van een laag opleidingsniveau; leven met risico op armoede en ernstige materiële deprivatie; geen of beperkte kennis van Nederlands (Vlaanderen) en Frans (Brussel/Wallonië); oudere leeftijd hebben; nieuwkomer zijn; beperkt sociaal netwerk hebben; geen wettelijke verblijfsstatus hebben of in een verzoek zijn om internationale bescherming; een fysieke beperking hebben; een psychische aandoening hebben; dak- of thuisloos zijn. De idee van kruispuntdenken is gebaseerd op het werk van Crenshaw (1989, 1991), die het concept *intersectionaliteit* introduceerde. Dit begrip stelt dat mensen zich bevinden op een kruispunt van verschillende maatschappelijke kwetsbaarheden die elkaar kunnen versterken en kunnen leiden tot complexe vormen van uitsluiting. Een recent artikel stelt dat de COVID-19 pandemie mensen die leven op een kruispunt van verschillende kwetsbaarheden, het zwaarst heeft getroffen (Barron, Laryea-Adjei et al. 2021).

De kwalitatieve resultaten leren dat mensen die leven op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden aan de ene zijde complexe zorgnoden ervaren, en aan de andere zijde diverse barrières in hun toegang tot zorg. De complexe zorgnoden zijn niet altijd enkel gerelateerd aan een specifieke gezondheidszorgvraag, maar gaan vaak eerst over nood aan het voorzien in basisbehoeften, als onderdak en voeding. Zoals ook in de literatuur beschreven, kunnen preciaire levensomstandigheden gewone gezondheidsproblemen bij deze doelgroep versterken of omgekeerd kan de huidige preciaire toestand gezondheidsproblemen veroorzaken (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014). Deze nood aan basisbehoeften werd in de regio getroffen door de watersnood op de voorgrond geplaatst, waar de CHWs ook aanwezig waren om de nodige ondersteuning te bieden. Concreet ondersteunden CHWs slachtoffers in de getroffen gemeenten door hen te oriënteren naar zorgverleners, zoals traumapsychologen, en door hen te helpen bij welzijnsnoden, zoals het krijgen van voedsel of een nieuwe inboedel.

Welke mensen bereikt worden, hangt voornamelijk af van de betreffende wijk en de *outreach*-aanpak van de CHW. De resultaten tonen aan dat CHWs in dit eerste pilootjaar innovatief te werk gingen in het ontwikkelen van diverse *outreach* strategieën om de doelgroep zo goed als mogelijk te bereiken. Een eerste *outreach* strategie die de CHWs hanteerden is het aanwezig zijn in de publieke ruimte, bijvoorbeeld op een lokale markt mensen aanspreken over COVID-19 vaccinatie. Een tweede *outreach* strategie is zich specifiek te richten op plaatsen waar de doelgroep vaak aanwezig is, zoals het deur-aan-deur gaan van mensen die leven in sociale woonblokken, of permanentie bij de voedselbanken. Een derde strategie betreft een nauwe samenwerking met zowel welzijnsorganisaties als

gezondheidszorgdiensten. Bijvoorbeeld, door informatiesessies te geven bij een organisatie voor andertalige nieuwkomers of permanentie te houden op een spoedafdeling van een lokaal ziekenhuis. Een vierde strategie die CHWs hanteren is het op stap gaan met andere organisaties. Dit heeft tot voordeel dat deze organisaties – die langer aanwezig zijn in de wijk – een betere kennis hebben van de mensen in de buurt. Daarnaast zijn deze organisaties vaak meer gekend en geloofwaardig, waardoor ze als gatekeepers kunnen fungeren om CHWs in contact te brengen met de doelgroep. Hierbij is het echter erg belangrijk om na te gaan welke perceptie heerst rond deze potentiële partnerorganisaties, daar de literatuur onderstreept dat organisaties met een slechte reputatie in de wijk, mogelijk het werk van de CHW negatief kunnen beïnvloeden (LeBan, Kok et al. 2021). Tot slot, maken CHWs zichzelf en hun werk ook breder kenbaar via online publiciteit, zoals aanwezigheid op sociale media, of via visitekaartjes en flyers in verschillende talen. Deze *outreach* strategieën zijn sterk stads- en wijk- afhankelijk. In het tweede project jaar kan het waardevol zijn om de meest succesvolle strategieën te delen met de CHW-collega's van andere steden, om zo de *outreach* aanpak verder te optimaliseren over alle regio's heen.

1.2 Hoe ondersteunen community health workers mensen in toegang tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde zorg?

De *outreach*-methode van de CHWs vormt een belangrijke troef van het project omdat de CHWs zo laagdrempelige en toegankelijke ondersteuning kunnen bieden. Hierbij vormen ze een unieke aanvulling op het bestaande zorgaanbod doordat ze via hun *outreach* werk – waar tijd is om een vertrouwensband op te bouwen – groepen mensen bereiken die momenteel nog niet of te weinig worden geholpen. CHWs brengen hierdoor de diensten naar daar waar mensen uit de doelgroep leven. Zo kunnen de CHWs, bijvoorbeeld, de tijd nemen om op bezoek te gaan bij de doelgroep thuis of in hun wijk, waar deze personen zich meer comfortabel voelen. Door de *outreach*-methode wordt de drempel om de eerste stap te zetten naar de gezondheidszorg weggenomen. Hiermee kan het CHW-project mee een antwoord bieden aan de aanbeveling van Dokters van de Wereld in hun rapport “Relance voor het Belgische gezondheids- en zorgsysteem na COVID-19?”, waarin ze stellen dat “*outreachende* zorg – op zoek naar mensen die zich niet aanmelden bij de zorg – een standaard component [moet] zijn van eerstelijnszorg, als onderdeel van inclusieve buurtzorg” (Dokters van de Wereld 2020).

Mensen uit de doelgroep leven veelal op een kruispunt van verschillende kwetsbaarheden, zoals eerder beschreven. CHWs vinden vaak aansluiting bij één van deze kwetsbaarheden. Hun gedeelde levenservaring, zoals migratie-achtergrond, socio-economische status, in dezelfde wijk wonen of deze goed kennen, zorgt er daarnaast ook voor dat zij cultuur-sensitieve steun kunnen bieden. De literatuur onderschrijft dit en stelt dat dit verder gaat dan het overkomen van een taalbarrière, maar ook het begrijpen van de sociale omstandigheden waarin mensen leven (Javanparast, Windle et al. 2018) en de lokale kennis en attitudes ten aanzien van gezondheid (Glenton, Javadi et al. 2021). Dit uniek begrip van de ervaringen, taal, cultuur en socio-economische realiteit van de mensen die ze steunen draagt bij tot het succes van CHWs (Damio, Ferraro et al. 2017). Verder toont dit kwalitatief onderzoek aan dat het belangrijk is dat CHWs de tijd kunnen nemen om de werkelijke hulpvraag te bekijken in de

brede sociale context en dat zij steeds beschikbaar zijn voor ondersteuning – ook buiten de reguliere werkuren. Sommige mensen hebben een specifieke hulpvraag, waar de CHW op korte termijn een antwoord op kan bieden. Anderen ervaren een combinatie van verschillende barrières om het gezondheidssysteem succesvol te navigeren. Bij deze complexere hulpvragen is vaak een langere opvolging door de CHW wenselijk.

1.3 Community health workers ondersteunen mensen langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm

Dit kwalitatief onderzoek bouwt verder op het werk van Levesque et al. (2013). Deze auteurs onderscheiden verschillende fases in het traject van toegang tot zorg. Toegang tot zorg kan men immers niet beperken tot één contactmoment bij de zorgverlener, maar dient gezien te worden als een continuüm, gaande van het hebben van een (al dan niet erkende) zorgnood tot de uitkomst van de verkregen zorg. Elke stap in het zorgtraject kan bemoeilijkt worden door bepaalde barrières, die het continuüm van toegang tot zorg onderbreken en ervoor zorgen dat mensen niet de zorg krijgen waar ze nood aan hebben. De oorzaak van deze barrières ligt in het samenspel tussen individuele barrières bij de zorgvrager en barrières bij de zorgverlener en gezondheidszorgdiensten (Levesque, Harris et al. 2013). In dit kwalitatief onderzoek, beschrijven we de ervaringen van de doelgroep en de CHW, eerder dan het analytisch onderscheid te behouden tussen de individuele en organisationele barrières.

1.3.1 Overkoepelende barrières langsheen toegang-tot-zorg-continuüm

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat mensen overkoepelende barrières ervaren langsheen het hele toegang-tot-zorg-continuüm: vertrouwen; administratieve last en digitale kloof; en taalbarrière. De resultaten illustreren verder dat CHWs pogen een antwoord te bieden op elk van deze overkoepelende barrières.

Vertrouwen

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat mensen uit de doelgroep vaak een gebrek aan vertrouwen in de zorg en zorgverleners ervaren, wat ingegeven kan zijn door een voorgaande negatieve ervaring. Dit wantrouwen vormt een barrière langsheen het gehele toegang-tot-zorg-continuüm. Eén van de belangrijkste hoekstenen van het werk als CHW is het opbouwen van vertrouwen door het bieden van een luisterend oor. Een recente overzichtspaper stelt dat omdat CHWs een gedeelde achtergrond hebben met hun doelgroep, zij hierdoor over meer relevante culturele competenties beschikken om ondersteuning te verlenen en vertrouwen op te bouwen. Dit maakt het meer waarschijnlijk dat zij de noden en barrières van de doelgroep beter begrijpen en dat de aanvaarding van de gemeenschap groter is (Glenton, Javadi et al. 2021). Het opbouwen van vertrouwen vormt een belangrijke basis van waar de CHW kan vertrekken om andere barrières aan te pakken. Deze bevinding is in lijn met de academische literatuur (Vanden Bossche, Willems et al. 2022). Ongeacht de diverse rollen en taken die CHWs opnemen in diverse programma's wereldwijd, hebben ze veelal deze sociale functies gemeen: het opbouwen van vertrouwen, bieden van sociale en emotionele steun en het verschaffen van hulp wanneer iemand deze nodig heeft (Glenton, Javadi et al. 2021). Vertrouwen opbouwen vergt echter tijd en is fragiel. Zo gaven CHWs in de *photovoice* studie aan mensen ook te ondersteunen bij

welzijnsvragen om dit beginnende vertrouwen niet te schaden. Verder leren de kwalitatieve resultaten dat het belangrijk is dat CHWs zich onafhankelijk kunnen opstellen om te vermijden dat ze zich zouden associëren met organisaties die een negatieve reputatie hebben bij de doelgroep. Dit is immers ook nefast voor het opbouwen van vertrouwen (LeBan, Kok et al. 2021).

Administratieve last en digitale kloof

De kwalitatieve resultaten tonen aan dat mensen uit de doelgroep moeilijkheden ervaren in het identificeren van de rechten waarop zij beroep kunnen doen – in lijn met een recent rapport van Dokters van de Wereld (Burns, Graversen et al. 2021). Verder ervaart men een grote administratieve last om gebruik te kunnen maken van de gezondheidszorg en beroep te kunnen doen op bepaalde rechten. Dit is lijn met het Witboek van RIZIV en Dokters van de Wereld die stellen dat “*‘in zijn eentje’* proberen toegang te krijgen tot het gezondheidszorgsysteem, met zijn lange en bindende procedures, geen sinecure [is]” (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014: p. 11). De CHWs zorgen ervoor dat iemand die leeft in kwetsbare omstandigheden dit niet “in zijn eentje” dient te doen. De kwalitatieve resultaten tonen aan dat in zo goed als alle stappen van het toegang-tot-zorg-continuüm de CHW poogt te helpen met administratie. Daarnaast helpen CHWs mensen ook bij het overkomen van de digitale kloof die zij ervaren – die mede door de COVID-19 pandemie nog groter is geworden (Barron, Laryea-Adjei et al. 2021). Hierbij kunnen ze bijdragen aan het dichten van de kloof “tussen wie snel mee is en wie dreigt achter te blijven door de technologiegeletterdheid [en] gezondheidscompetenties” (Raeymaeckers 2022: p. 40). Concreet helpen CHWs mensen bij deze administratieve en digitale barrières door, bijvoorbeeld, ondersteuning te bieden bij het papierwerk bij inschrijving in een mutualiteit, terugbetaling bij medische kosten, helpen bij het maken van online afspraken, verzetten COVID-19 vaccin afspraak of het verkrijgen van het COVID-19 vaccinatiecertificaat. Resultaten toonden aan dat ook daar waar zij doorverwijzen naar bevoegde instanties, bijvoorbeeld de sociale dienst van de mutualiteiten, zij veelal eerst dit bezoek samen zullen voorbereiden met de persoon uit de doelgroep door documenten op voorhand door te nemen. CHWs gaven aan dat sommige mensen te veel angst of wantrouwen hebben om hen zonder begeleiding of voorbereiding door te sturen. Zij zullen nadien ook waar mogelijk opvolging bieden of samen te bekijken of een procedure goed verloopt.

Taal

Geen of een beperkte kennis van het Nederlands (in Vlaanderen) of Frans (in Wallonië en Brussel) vormt een belangrijk barrière die in elk stap van het toegang-tot-zorg-continuüm tot uiting komt. Deze taalbarrière wordt ook onderstreept als een belangrijk obstakel in toegang tot zorg in andere Europese landen (Burns, Graversen et al. 2021). Ondersteuning met betrekking tot taal kan zowel belangrijk zijn voor mensen die Nederlands of Frans als moedertaal hebben, als voor anderstalige personen. Voor beide groepen kan jargon of complexiteit van de boodschap van de zorgverlener ertoe leiden dat de persoon die leeft in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden de informatie niet kan verwerken. In zulke situatie zal de CHW helpen bij het maken van de vertaalslag tussen zorgverlener en patiënt. Daarnaast, zullen CHWs ook mensen die Nederlands of Frans niet als moedertaal spreken ondersteunen bij diens communicatie doorheen het hele traject van toegang tot zorg. Bijvoorbeeld, bij het formuleren van de eigenlijke zorgvraag, het communiceren van een gezondheidsprobleem van

een patiënt naar een zorgverlener toe, of het vertalen van informatie van een zorgverlener naar de patiënt. Indien ze de taal in kwestie spreken, springen sommige CHWs zelf in als vertaler. Maar ook indien ze de taal van de persoon uit de doelgroep niet machtig zijn, proberen zij de persoon uit de doelgroep te helpen. Dit door hen in contact te brengen met een tolk of zelf gebruik te maken van een vertaal app, het tekenen van symbolen om de boodschap over te brengen of het toelichten van de informatie die de zorgverlener gaf aan iemand uit de sociale context van de patiënt.

Deze overkoepelende drempels zijn in lijn met de bestaande literatuur omtrent barrières in toegang tot zorg. In de literatuur wordt ook gewezen op de culturele barrière (Levesque, Harris et al. 2013, Chauvin, Simonnot et al. 2014, RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Benamar, Buzaku et al. 2015, Onyango, Schatz et al. 2017, R. W. Aldridge, K. Miller et al. 2017, Buffel and Nicaise 2018, Corcadden, Levesque et al. 2018, Devos, Cordon et al. 2019, Thys 2020). Deze drempel kwam in enkele gesprekken met CHWs naar voor als een aandachtspunt. Zo gaf een CHW aan dat een man hem contacteerde met de boodschap dat hij niet wenste dat zijn vrouw naar een mannelijk gynaecoloog zou gaan. In zulke situatie zal de CHW proberen op zoek te gaan naar een geschikte zorgverlener die aansluit bij de noden van de persoon uit de doelgroep. Verder gaven CHWs in dit onderzoek enkele keren aan dat mensen uit de doelgroep geen respectvolle behandeling kregen – wat mogelijk te wijten is aan een verschillende culturele achtergrond. In dit kwalitatief onderzoek gaven sommige mensen uit de doelgroep ook aan dat zij uitingen van racisme en discriminatie ervaren hebben in de zorg. Verder onderzoek dat zich specifiek richt op dit thema kan een belangrijke aanvulling bieden omtrent dit thema.

1.3.2 Barrières per stap in het toegang-tot-zorg-continuüm

Naast de overkoepelende barrières doorheen het gehele toegang-tot-zorg-continuüm, zijn er ook specifieke drempels die mensen ervaren bij bepaalde stappen in dit continuüm. De kwalitatieve resultaten illustreren dat CHWs ondersteuning pogen te bieden aan personen uit kwetsbare groepen langsheen het hele toegang-tot-zorg-continuüm – zoals beschreven door Levesque en collega's (2013). Een recente *scoping review* over patiënten-navigatie-interventies in lage-en middeninkomenslanden vond geen enkele interventie die op alle individuele vaardigheden inspeelt langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm (Louart, Bonnet et al. 2020). De CHWs in dit project zetten hiertoe eerste stappen. Doordat CHWs op maat kunnen werken van elk individu en langdurig iemand kunnen ondersteunen en opvolgen, kunnen zij mede een antwoord bieden aan de diverse barrières die iemand ervaart langsheen het toegang-tot-zorg-continuüm.

1. De perceptie over gezondheid en zorg

Uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat een gezondheidsnood niet altijd de eerste vraag is die mensen stellen in hun gesprek met de CHW. Zo gaan vragen soms eerst over welzijnsproblematieken, zoals huisvestingsproblemen of problemen met betrekking tot een wettelijke verblijfsvergunning. Het ervaren van deze problemen, kan voor sommige mensen uit de doelgroep resulteren in uitstel van de eigenlijke gezondheidszorgnood. Naast deze verschillende ervaring in prioriteiten, kan de hoeveelheid aan informatie ervoor zorgen dat mensen niet de juiste perceptie over hun zorgnood hebben of twijfelen aan het nut van het zoeken van zorg. Ook geven de kwalitatieve resultaten aan dat personen

die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden soms moeilijkheden ervaren met duidelijk kunnen aangeven en verwoorden van hun verschillende noden en barrières.

Nadat een zekere basis van vertrouwen is gelegd, gaan CHWs in gesprek om de zorgnoden en barrières te identificeren. De kwalitatieve resultaten geven aan dat CHWs mensen uit de doelgroep helpen bij het identificeren en verwoorden van hun zorgnoden. Indien een persoon ook noden heeft met betrekking tot basisbehoeften, als voeding en leefbare huisvesting, toont het kwalitatief onderzoek aan dat CHWs in sommige gevallen eerst ondersteuning zullen bieden bij noden die niet direct gerelateerd zijn aan gezondheidszorg, zoals voedselhulp of onderdak, om de fragiele vertrouwensband niet te schaden. Dit behoort echter niet tot de kernopdracht van de CHWs. Deze spanning tussen de focus van een CHW-programma en de effectieve noden van een doelgroep, is ook aanwezig in andere CHW-programma's. Dit spanningsveld is voornamelijk te vinden bij CHW-programma's waar de rol van de CHW enkel gefocust is op gezondheid. Literatuur toont aan dat een mismatch tussen de noden van de gemeenschap en de diensten van de CHWs kunnen leiden tot ontevredenheid bij de doelgroep en gevoelens van frustratie en machteloosheid bij de CHWs (Glenton, Javadi et al. 2021). Daarnaast helpen CHWs met het verschaffen van juiste informatie met betrekking tot eerstelijnszorg en COVID-19 gerelateerde thema's. Naast het beantwoorden van vragen worden ook infosessies georganiseerd voor groepen, steeds in samenwerking met lokale organisaties of lokale artsen. Dit onderdeel van het werk van de CHW kan mede een antwoord bieden aan de beleidsaanbeveling van Rondia en collega's in een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over gezondheidsvaardigheden, waarbij ze opriepen tot "gemeenschaps-gebaseerde initiatieven en initiatieven die kwetsbare populaties tot focus hebben" waarbij er aandacht is voor "aangepast inhoud en een toegankelijk vorm van communiceren die rekening houdt met culturele, opleidings- en socio-economische niveau" (Rondia, Adriaenssens et al. 2019: p. 61).

2. Het zoeken van zorg

De kwalitatieve resultaten tonen aan dat mensen uit de doelgroep niet altijd weten hoe te navigeren in het gezondheidszorgaanbod. Sommige mensen zijn niet op de hoogte van welke zorgdiensten en ondersteuning er bestaat, terwijl anderen wel van het bestaan afweten, maar weten niet waar of hoe deze te bereiken. Dit kan het resultaat zijn van zowel een té beperkt, als een overaanbod van diensten. Deze drempel wordt in dit kwalitatief onderzoek voornamelijk ervaren door anderstalige nieuwkomers die het gezondheidssysteem nog niet goed kennen en ouderen die sociaal geïsoleerd zijn. Ook ervaren mensen moeilijkheden bij het maken van afspraken, zij het digitaal of telefonisch doordat men lang aan de lijn dient te blijven door een verzadiging van de diensten.

De CHW kan een grote steun bieden aan mensen uit de doelgroep om het versnipperde gezondheids- en welzijnsaanbod succesvol te navigeren. Dit doen zij door toelichting te geven over verschillende zorginstanties en actoren in het gezondheidssysteem en helpen ze mensen met het vinden van de juiste diensten. CHWs kunnen helpen bij het meer zichtbaar maken van de bestaande gezondheidsdiensten (Onyango, Schatz et al. 2017). Hierbij besteden sommige CHWs specifiek aandacht aan het nagaan of een desbetreffende zorgverlener geen wachtlijst heeft, om zo tijdige zorg

te kunnen verzekeren. Indien nodig verwijzen CHWs ook door naar welzijnsdiensten of andere organisaties die kunnen helpen bij een vraag die breder gaat dan een pure gezondheidszorgnood. Echter, tekorten in het zorgaanbod in socio-economisch kwetsbare wijken, waar CHWs actief zijn, belemmert het werk van CHWs. Zo botsen ook zij op verzadigde wijkgezondheidscentra met een patiëntenstop of een wachtlijst, een tekort aan psychologen, huisartsen en tandartsen in de buurt.

3. Het bereiken van zorg

Het ervaren van moeilijkheden om zich fysiek te verplaatsen naar gezondheidsdiensten vormt een letterlijke barrière tot gezondheidszorg. Deze barrière treft voornamelijk mensen met een beperkte mobiliteit en mensen die niet in het centrum van een gemeente of stad wonen. Moeilijkheden met betrekking tot mobiliteit, gaan hand in hand met de geografische toegankelijkheid van de zorgdiensten. Dit laatste kan ook een barrière vormen door, bijvoorbeeld, verafgelegen te zijn of slecht bereikbaar door werkzaamheden.

Op maat van elk individu waarbij mobiliteit een drempel is tot zorg, zal de CHW een gepaste oplossing proberen te vinden. Dit, bijvoorbeeld, via een sociale taxidienst, al zijn deze overbevraagd. Ook bekijkt de CHW de mogelijkheden tot openbaar vervoer. Indien hier ook een financiële barrière speelt zal de CHW verder bekijken of een sociaal tarief mogelijk is. In uitzonderlijke situaties brengt een CHW de persoon zelf met de auto naar de zorgverlener of betaalt deze zelf de kosten van openbaar vervoer.

4. Het gebruik van de gezondheidszorg

Zowel bij consultaties bij de dokter als aankoop van medicatie bleken belangrijke financiële drempels te bestaan in dit kwalitatief onderzoek, voornamelijk bij mensen zonder geldige verblijfsvergunning. Belangrijk is op te merken dat in sommige gevallen iemand wel recht heeft op terugbetaling, maar hier niet van op de hoogte is.

De CHWs ondersteunen mensen uit de doelgroep in bepaalde situaties door hen te begeleiden bij een bezoek aan gezondheidsdiensten. Afhankelijk van de barrière(s) die iemand ervaart kan deze begeleiding verschillende redenen hebben: helpen bij communicatie bij taalbarrière; fysieke ondersteuning bij verminderde mobiliteit; of steun bij weinig vertrouwen in zorgverlening. Uit zowel de interviews met de doelgroep als deze met de CHWs bleek dat betrokken diensten toegankelijker en hulpvaardiger zijn wanneer de CHW ook aanwezig is. Naast de fysieke begeleiding, helpen CHWs ook bij het overkomen van financiële drempels bij het zorggebruik. Bijvoorbeeld, door ondersteuning te bieden bij het verkrijgen van terugbetaling. In sommige uitzonderlijke situaties, schieten CHWs ook dringende medische kosten voor.

5. De uitkomst van het zorggebruik

Niet alleen tijdens een consultatie zal een CHW iemand ondersteunen in het verduidelijken van diens zorgnood, maar ook nadien. Zo zal de CHW de persoon uit de doelgroep verder bijstaan bij het begrijpen van de resultaten en het advies dat de zorgverlener gaf. CHWs nemen vrijwel steeds contact op na een afspraak met de persoon om te luisteren hoe diens consultatie verlopen is, om dan samen

te bekijken of de CHW verdere ondersteuning kan bieden bij, bijvoorbeeld, het maken van een afspraak met een specialist.

Daarnaast toont het kwalitatief onderzoek dat sommige mensen specifieke bijkomende zorgnoden ervaren, zoals extra ondersteuning omwille van het leven met een fysieke beperking of een psychiatrische aandoening, wat het werk van de CHWs overstijgt. In deze situaties proberen de CHWs waar mogelijk door te verwijzen naar gespecialiseerde gezondheidszorgdiensten. Specifiek voor mensen zonder wettige verblijfsvergunning, ervaart men een bijkomende juridische drempel. CHWs krijgen veelvuldig zorgvragen van mensen zonder wettelijk verblijf, waar ook CHWs op wettelijke beperkingen botsen en slechts beperkt kunnen helpen.

1.4 Welke successen en uitdagingen stelden zich in het community health worker project? En hoe kunnen we deze verbeteren naar de toekomst toe?

Bij het bekijken van de successen, uitdagingen en verbeteringen naar de toekomst, focussen we ons op de thema's die in de structurele omkadering en implementatie in hoofdstuk III van dit rapport werden beschreven: bestuursstructuur; personeelszaken (inhoud rol, aanwerving, loon en andere voordelen, supervisie en team); ondersteunend materiaal; opleiding; en lokale inbedding.

Na de verschillende dataverzamelmomenten werd er ook feedback gegeven aan de stuurgroep over zaken die op korte termijn voor verbetering vatbaar waren tijdens het eerste projectjaar. Zo werd het CHW-project aangepast aan nieuwe inzichten gedurende dit eerste jaar, wat in lijn is met de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) die stelt dat CHW-programma's over de tijd heen aangepast moeten worden in een dynamisch proces op basis van context specifieke bevindingen (World Health Organization 2018, Afzal, Pariyo et al. 2021).

1.4.1 Bestuursstructuur

Successen

Hoewel de verschillende mutualiteiten geen voorgaande ervaring hadden met CHW-projecten, maakte hun brede netwerk, zowel federaal, regionaal als lokaal in de wijken, dat er snel geageerd kon worden voor de opstart van het project en de werving van CHWs. Ook de schaalgrootte van de diverse mutualiteiten, maakte dat er snel mensen en middelen konden worden ingezet om de fundamenteën van het project op te bouwen. Hierbij is het een meerwaarde dat de CHWs werken voor eenzelfde werkgever, die alle mutualiteiten samenbrengt.

Uitdagingen

Er stellen zich uitdagingen met betrekking tot de communicatie tussen de CHWs en ondersteunde diensten als HR en IT. Net zoals in buitenlandse CHW-programma's, is het bestuur van het Belgische CHW-project complex (Lewin, Lehmann et al. 2021). Het introduceren van een nieuw kader, zoals CHWs, is een complexe taak die grondige planning, coördinatie en samenwerkingen vergt, omdat zij op het snijpunt zitten van een gezondheidssysteem en de gemeenschap (Afzal, Pariyo et al. 2021).

Door de grote lokale diversiteit in werking van het CHW-project is het niet altijd eenvoudig om federaal een goed overzicht te bewaren.

Aanbevelingen

Ondanks de geografische spreiding en lokale focus kan het federale karakter van het project ook als sterkte worden ingezet door meer van elkaar te leren, zowel met betrekking tot de successen als de uitdagingen. Daarnaast is het aangewezen om een directe tweetalige lijn voor CHWs te voorzien met HR- en IT-ondersteuning. Het is belangrijk bij het verder uitbouwen van het ondersteunend kader om ook systematisch en rechtstreeks enkele CHWs hierbij te betrekken (Rodela, Wiggins et al. 2021). Dit kan ook bijdragen aan een beter begrip tussen CHWs en diegene die het project leiden.

1.4.2 Personeelszaken

1.4.2.1 Inhoud rol

Successen

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat de *outreaching* werkwijze, alsook de tijd kunnen nemen voor de mensen die zij ondersteunen een grote bijdrage levert aan hun werk. Het vormt daarnaast ook een mooie aanvulling op het bestaande aanbod van diensten, waardoor CHWs mensen bereiken die anders door de mazen van het zorgnet vallen. CHWs stellen dat de volgende kwaliteiten belangrijk zijn voor het uitvoeren van dit *outreaching* werk: autonomie, flexibiliteit, empathie, goede communicatievaardigheden, eerlijkheid en betrouwbaarheid. Kwaliteiten die ook worden onderstreept in de internationale wetenschappelijke literatuur als belangrijk voor een CHW (Schleiff, Aitken et al. 2021). De meeste CHWs geven aan dat deze functie hen zingeving biedt om mensen te helpen op een betekenisvolle en tastbare manier.

Uitdagingen

Er heerste rolambigüiteit bij vrijwel alle CHWs die werden geïnterviewd. CHWs gaven aan dat het voor hen niet volledig duidelijk was wat hun rol juist inhield. Bijvoorbeeld, heersten er verschillende visies over de mate waarin men mensen dient door te verwijzen of zelf te begeleiden. Daarnaast zijn er ook uiteenlopende visies op de inhoudelijke afbakening van het werk, bijvoorbeeld, of het aanpakken van welzijnsvragen al dan niet tot het takenpakket behoort. Hoewel de CHWs zeer gedreven zijn, stappen sommigen uit het project, onder andere, omwille van de rolonduidelijkheid. CHWs ervaren dat sommige mensen uit de doelgroep onrealistische verwachtingen hebben omdat deze personen de rol van de CHW en diens grenzen niet voldoende kennen. Verder gaven CHWs aan dat ze soms ook niet bij machte zijn om een persoon te helpen, onder meer omwille van eigen beperkte kennis of complexe barrières. Ook brengt het *outreaching* werken bepaalde uitdagingen met zich mee, zoals huisbezoeken alleen uitvoeren als CHW.

Aanbeveling

Het kwalitatief onderzoek toont aan dat er nood is aan een concrete omkadering die voor de CHWs duidelijk maakt bij welke problemen ze ondersteuning kunnen bieden en hoever ze daarin mogen gaan. Onduidelijke verwachtingen en slecht gedefinieerde rollen worden vaak geciteerd als één van de belangrijkste oorzaken van suboptimale CHW-programma's en demotivatie bij CHWs (Crigler, Hill

et al. 2013, Colvin, Hodgins et al. 2021). Daarnaast is deze duidelijke rolafbakening ook belangrijk om helder te kunnen communiceren naar de doelgroep waarbij CHWs al dan niet ondersteuning kunnen bieden, zodat zij realistische verwachtingen hebben (Crigler, Hill et al. 2013). Literatuur toont aan dat deze rolverduidelijking ook een bijdrage kan leveren aan een verdere inbedding in de gemeenschap en aansluiting bij eerstelijnsgezondheidszorg (LeBan, Kok et al. 2021). Belangrijk is op te merken dat reeds stappen werden gezet doorheen het eerste projectjaar voor rolverduidelijking binnen CHW-teams op een ad hoc basis. Doorheen de implementatie werden nieuwe inzichten zoveel als mogelijk toegepast, waardoor de activiteiten van de CHWs evolueerden tijdens het eerste project jaar en hun rol scherper werd. Academische literatuur toont aan dat flexibiliteit in taken van CHWs de impact van hun werk kan verminderen, maar ook dat ze langer werkzaam blijven (Kok, Dieleman et al. 2015). Naar het tweede projectjaar is het belangrijk verder in te zetten in het verduidelijken van de CHW-rol, in samenspraak met de CHWs zelf. Hierbij dient ook aandacht besteed te worden aan het ontwikkelen van een uniforme werkwijze hoe de signalen over ongelijkheid en de structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg te verzamelen en op te volgen.

Verder moet er in de toekomst nog meer ingezet worden op *evidence-based* interventies om het *outreach* werk van de CHW verder vorm te geven (Hodgins, Kok et al. 2021). Belangrijk hierbij is om deze *evidence-based* interventies aan te passen aan de lokale context (Hodgins, Kok et al. 2021) – in samenspraak met de CHWs en doelgroep zelf. Verder is het ook belangrijk dat CHWs kunnen leren van de goede praktijken over de verschillende CHW-teams heen in het Belgische project.

1.4.2.2 Aanwerving

Successen

Een behaald diploma was geen vereiste bij sollicitatie. Desalniettemin was het opvallend dat diverse mensen met een hoger opleidingsniveau solliciteerden, sommigen met een diploma behaald in het buitenland. In de plaats van diploma werd er eerder gekeken naar sociale vaardigheden, alsook welke levens- en/of werk-ervaring een kandidaat had. Deze selectiecriteria zijn in lijn met adviezen in de literatuur (Brooks, Davis et al. 2014, World Health Organization 2018, Peretz, Islam et al. 2020). Bij het samenstellen van de teams werd een diversiteit qua culturele achtergrond beoogd met als doel een meer divers publiek te kunnen bereiken. Daarnaast werd ook gepeild naar iemands kennis en inbedding in een bestaande wijk. Het kwalitatief onderzoek illustreert dat CHWs die bij aanvang goed ingebed waren in een wijk eenvoudiger mensen uit de doelgroep konden bereiken.

Uitdagingen

De coaches gaven aan dat het profiel dat werd gezocht voor de functie als CHW uitdagend was, daar er geen voorgaande werk- of opleidingservaring was vereist, maar wel diverse vaardigheden werden verwacht om het werk als CHW te kunnen uitvoeren. Daarnaast brengt een gedeelde achtergrond tussen de CHW en de doelgroep, naast voordelen, ook uitdagingen met zich mee.

Aanbevelingen

Het is belangrijk dat er voldoende aandacht wordt geschonken aan bijkomende trainingen voor alle CHWs in de verschillende regio's om basisvaardigheden en kerncompetenties verder aan te scherpen

(Schleiff, Aitken et al. 2021). Daarnaast is het ook waardevol om in te zetten op het faciliteren van psychologische ondersteuning voor CHWs in het uitvoeren van hun werk omdat zij niet alleen soms zelf met moeilijke levenservaringen te kampen hebben, maar ook mensen ondersteunen die in moeilijke omstandigheden leven.

1.4.2.3 Loon en andere voordelen

Successen

Vergoedingen verschillen zeer sterk tussen CHW-programma's wereldwijd. Waar er vele CHWs vrijwillig werkzaam zijn in lage- en middeninkomenslanden, hebben sommige CHW-programma's financiering ontvangen van externe donoren of van de overheid (Colvin, Hodgins et al. 2021). Financiële en niet-financiële stimulansen zijn belangrijk voor het welslagen van CHW-programma's (Crigler, Hill et al. 2013). In het Belgische CHW-project ontvangen de CHWs een loon dat kan vergeleken worden met dat van een administratief bediende of dossierbeheerder bij één van de mutualiteiten in dit project. Deze financiële erkenning kan ook gezien worden als een belangrijk sociaal signaal over de betekenis en waarde van CHWs in ons gezondheidssysteem.

Uitdagingen

Sommige CHWs, voornamelijk met voorgaande werkervaring en een hoger opleidingsniveau, geven aan dat zij het loon niet in verhouding vinden met de vereisten van *outreach* werk, wat onder meer veel flexibiliteit vergt, alsook emotioneel uitputtend kan zijn.

Aanbevelingen

Een vooropgesteld traject waarin CHWs met bepaalde kwaliteiten of vaardigheden kunnen doorgroeien naar functies waar ze hun capaciteiten ten volle kunnen benutten is – volgens academische literatuur – belangrijk om CHWs te motiveren en te behouden in het programma (Crigler, Hill et al. 2013, Schleiff, Aitken et al. 2021).

1.4.2.4 Supervisie en team

Successen

Elk CHW-team heeft een coach, die naast een begeleidende rol ook een belangrijke administratieve taak heeft. Terwijl in lage- en middeninkomens landen, vele CHW-supervisors gezondheidswerkers zijn, of leden van de gemeenschap, zijn de Belgische CHW coaches eerder in lijn met de meer recente trend van "*dedicated supervisors*" die specifiek de rol als coach opnemen (Westgate, Musoke et al. 2021). Hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat sommige van hen deeltijds als coach actief zijn. De kwalitatieve resultaten tonen aan dat deze individuele ondersteuning en opvolging een belangrijke meerwaarde zijn binnen het CHW-project. Het Waalse team voegt aan deze intervisie momenten per team ook maandelijks een opvolgmoment toe met alle CHWs – georganiseerd in samenwerking met RWLP. Deze ervaring wordt ook als zeer positief onthaald.

Sommige CHWs verkiezen om in duo te werken, omdat dit de veiligheid bevordert tijdens het *outreach* werk of meertaligheid van het duo een bredere groep mensen kan bereiken. Anderen verkiezen om alleen te werken, ter bevordering van het opbouwen van vertrouwen.

Uitdagingen

De beperkte voeling op het terrein van de coaches en projectcoördinatoren werd door de CHWs ervaren als nadelig in het verder uitklaren van hun functie, maar ook naar erkenning en motivatie toe. Echter dient opgemerkt te worden dat zij veel administratieve taken hebben, soms slechts deeltijds actief zijn binnen het project en in deze beperkte tijd weinig ruimte hebben om samen op het terrein aanwezig te zijn. Verder kregen de coaches geen specifieke opleiding om zich voor te bereiden op deze taken. Inadequate ondersteuning van coaches is niet alleen in het Belgische CHW project een uitdaging, maar ook in buitenlandse CHW-programma's (Westgate, Musoke et al. 2021). Zo is het belangrijk om hen voldoende te ondersteunen via een duidelijke rol beschrijving van hun werk als coach, met materialen ter ondersteuning, een gepast loon en een basis- en aanvullende training om hun rol als supervisor beter te kunnen vervullen (Schleiff, Aitken et al. 2021, Westgate, Musoke et al. 2021). Verder kunnen spanning tussen CHWs en coaches ook tot stress leiden, bijvoorbeeld doordat CHWs het gevoel hebben gewantrouwd te worden of niet ondersteund te worden bij eigen initiatieven. In sommige teams werd dit ondervangen door CHWs formeel extra ondersteunende taken te laten opnemen. Twee CHWs kregen de dubbele rol van CHW en coach, wat door collega's als positief werd ervaren, maar door één van beide werd aangegeven als moeilijk te combineren.

Aanbevelingen

Meer aanwezigheid van coaches en projectbeheerders op het terrein om een betere voeling te hebben met het dagelijks werk van de CHWs en de bijbehorende uitdagingen strekt tot de aanbeveling. Verder is het belangrijk om opleiding te voorzien voor de coaches om zich verder te ontwikkelen en ondersteunen in hun rol. Belangrijk is om in het tweede projectjaar de dubbele rol van CHW en coach verder te evalueren en aan te passen aan deze inzichten.

1.4.3 Ondersteunende materialen

Successen

Naast het gebruik maken van bestaande materialen, ontwikkelden CHWs in dit eerste projectjaar ook vele ondersteunende materialen zelf. De grote verscheidenheid aan profielen in de gehele CHW-equipe en de verscheidene contexten waarin ze werken heeft tot innovatieve ondersteunende materialen geleid die hun *outreach* werk verder kunnen ondersteunen.

Uitdagingen

De gewone telefoon en tablet die de CHWs aan het begin van het CHW-project kregen bleek ontoereikend te zijn om hen voldoende te ondersteunen in hun dagelijkse werking. Naar het einde van het eerste projectjaar werd op vraag van de CHWs overgeschakeld op smartphones en laptops wat hun werking vergemakkelijkt en ook de werk-leven balans ten goede komt. De applicatie die werd gebruikt om het werk van de CHWs te registreren werkte niet optimaal. Daarnaast was er een gebrek aan een op maat gemaakte handleiding, alsook een grondige opleiding over deze registratietool. Hierdoor is elk team op een andere manier aan de slag gegaan met het invoeren van de data in de applicatie, waardoor gegevens over de teams heen moeilijk vergelijkbaar zijn.

Het gebrek aan een eigen lokaal per team, dat in de wijk is gelokaliseerd waar ze werken wordt als een grote moeilijkheid ervaren. Niet alleen omdat zij zo geen veilige plek hebben waar ze met mensen van de doelgroep kunnen afspreken, maar ook omdat ze geen ruimte hebben om samen te komen als team, lunch te nuttigen of het toilet te gebruiken.

Aanbevelingen

Ondersteunde materialen zijn belangrijk voor CHWs om hun job goed te kunnen uitvoeren (Crigler, Hill et al. 2013). In het tweede projectjaar dient ingezet te worden op het gedetailleerd in kaart brengen van al de eigen ontwikkelde materialen door de CHWs en de *best practices* hiervan beschikbaar stellen in de andere landstalen voor alle CHWs in het project. Hierbij is het ook belangrijk om deze ontwikkelde materialen verder te verfijnen en nieuwe materialen te ontwikkelen in samenspraak met de doelgroep. Het is belangrijk om dit nieuw pakket aan materialen, samen met bestaande zaken toe te lichten tijdens een opleiding, zoals ook geadviseerd in een recent overzichtsartikel (Schleiff, Aitken et al. 2021). Daarnaast geven zowel de coaches als CHWs aan dat een vast lokaal per team in de wijk waar ze actief zijn, met toegang tot een printer en toilet, een belangrijk aandachtspunt is naar een tweede projectjaar. Ook identificeerbare kledij met het logo van het CHW-project, is belangrijk voor CHWs om zich kenbaar te kunnen maken tijdens het *outreach* werk. Verder zou ook een tafel en partytent, alsook fietsen om zich te verplaatsen een waardevolle ondersteuning kunnen bieden. Ook maken CHWs kleine kosten. Enkele CHWs suggereerden als mogelijke oplossing een klein forfaitair bedrag om deze kosten te dekken. Tot slot, is het belangrijk dat de data registratietool die op het einde van het eerste projectjaar in ontwikkeling ging, getest kan worden door de CHWs. Verder is een grondige training en duidelijke handleiding belangrijk om ervoor te zorgen dat de CHWs allemaal op eenzelfde manier de data registreren. Deze data stelt de coaches dan ook in staat om het werk van hun CHWs grondig op te volgen.

1.4.4 Opleiding

De opleidingen die de CHWs ontvingen, verschilden sterk per regio. Hieronder beschrijven we enkele grote lijnen die genoteerd konden worden in het kwalitatief onderzoek over de regio's heen.

Successen

CHWs gaven aan dat de training gegeven door ervaringsdeskundigen zeer waardevol was. Daarnaast vonden ze het uitwisselen van diverse voorgaande werkervaringen, bijvoorbeeld van straathoek- of sociaal werk, ook een grote meerwaarde. Onervaren CHWs die later aangeworven werden, kregen de mogelijkheid om tijdens de trainingsdagen mee te lopen met ervaren collega's. Ook de mogelijkheid voor nieuwe opleidingen op vraag van de CHWs werd positief onthaald.

Uitdagingen

CHWs met en zonder voorgaande werkervaring in de sociale sector percipieerden de training anders met betrekking tot moeilijkheid en relevantie. CHWs gaven aan dat er weinig informatie over het project en de rol van de CHWs werd meegegeven tijdens de training, alsook dat er geen aandacht was voor het bredere deontologisch kader waarin ze werken of de *outreaching* methodologie. Het ontbreken van een handboek of syllabus werd als een nadeel ervaren. Daarnaast hebben CHWs, die

later starten, niet altijd de volledige basisopleiding genoten. Ook de coaches kregen slechts een zeer beperkte startersopleiding.

Aanbevelingen

Het aanbieden van een opleiding mag niet gezien worden als een eenmalige activiteit bij de start, maar als een voortdurende noodzaak (Perry, Chowdhury et al. 2021). Het is belangrijk voortdurend te investeren in nieuwe opleidingsmogelijkheden voor de CHWs (Crigler, Hill et al. 2013), waarbij bepaalde zaken worden herhaald, en nieuwe opleidingen worden gegeven, zoals meer aandacht voor de *outreach* methode, verduidelijking van de rol van de CHWs, het deontologisch kader en aandacht voor structurele problemen waarmee mensen in de doelgroep kampen. Vorming met modules die al dan niet verplicht zijn naargelang iemands voorgaande kennis en ervaring strekt tot de aanbeveling. Tijdens deze modules zou er ook meer aandacht moeten zijn voor rollenspelen om de geleerde inhoud toe te passen. Trainingen over teams heen organiseren lijkt CHWs zeer waardevol om van elkaars ervaring te kunnen leren. Verder is het belangrijk om blijvende aandacht te hebben voor nieuwe trainingen op basis van de noden van de CHWs op dat moment. Ook een opleiding voor de coaches over specifieke thema's, als management en teamcommunicatie, zouden een belangrijke toegevoegde waarde kunnen betekenen.

Voor CHWs die starten in het project is het belangrijk om te verzekeren dat zij ook allemaal de basistraining krijgen, waarbij de rol van de CHW duidelijk gesteld wordt, alsook basisvaardigheden en kennis worden bijgebracht om hun job te kunnen uitvoeren – zoals ook aanbevolen in de literatuur (Crigler, Hill et al. 2013). Hierbij is het belangrijk om een handboek of syllabus te voorzien. Naast deze basistraining is het waardevol om onervaren CHWs te laten meelopen met ervaren CHWs tijdens enkele werkdagen bij wijze van training in de praktijk. Dit met aandacht voor het niet overbelasten van de ervaren CHWs met deze bijkomende opdracht.

1.4.5 Lokale inbedding

We bespreken hier de successen, uitdagingen en aanbevelingen met betrekking tot lokale inbedding in de gemeenschap en aansluiting bij de eerstelijnsgezondheidszorg van het eerste project jaar. We verwijzen de lezer graag door naar een verdere reflectie over de belangrijke en unieke, maar complexe rol van CHWs tussen de gemeenschap en gezondheidszorg in hoofdstuk 2.2.3 van deze discussie.

1.4.5.1 Inbedding in gemeenschap

Successen

Waar een goede wijkwerking en sociale cohesie reeds aanwezig was, was het eenvoudiger voor CHW om aansluiting te vinden bij de gemeenschap en diens activiteiten sneller op te zetten dan bij wijken waar dit niet het geval was. Samenwerkingen met organisaties die vertrouwd worden door de doelgroep werd als erg belangrijk ervaren door de CHWs voor een goede inbedding in de lokale gemeenschap.

Uitdagingen

Daartegenover staat dat wijken met een minder uitgebouwd netwerk van sociale organisaties, inbedding van de CHWs moeilijker maken. Daarnaast lopen de samenwerking met andere organisaties niet altijd van een leien dakje, bijvoorbeeld, door andere verwachtingen. Ook dient opgelet te worden dat er geen samenwerkingen worden aangegaan met organisaties, die een negatieve connotatie oproepen bij de doelgroep – zoals ook beschreven in de literatuur (LeBan, Kok et al. 2021).

Aanbevelingen

Een grondige buurtanalyse, waarbij aandacht is voor de perceptie van de doelgroep over mogelijk potentiële partnerorganisaties is belangrijk (LeBan, Kok et al. 2021). Daarnaast is het essentieel om goede afspraken te maken over de rol van de CHW in de samenwerking met de desbetreffende organisatie. De rolverduidelijking van de CHW kan hierbij ondersteuning bieden (Kok, Dieleman et al. 2015, Colvin, Hodgins et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Verder is het belangrijk om blijvend in te zetten op het kenbaar maken van het CHW-project bij lokale en bovenlokale organisaties om samenwerkingen aan te gaan. Verdere aansluiting zoeken bij projecten die zich richten op een gelijkaardige doelgroep is belangrijk om zo elkaars werking te kunnen versterken.

1.4.5.2 Aansluiting bij gezondheidszorg

Successen

Bij de inbedding in het terrein werd het project kenbaar gemaakt aan partners die werden geïdentificeerd op basis van de buurtanalyse. Samenwerkingen met gezondheidszorgdiensten zijn voornamelijk ontstaan door een individueel initiatief van een CHW en/of coach of als antwoord op een vraag of nood van een persoon uit de doelgroep. Zo werd er bijvoorbeeld een samenwerking opgezet tussen een CHW en wijkgezondheidscentra in Vlaanderen; tussen CHWs en een spoeddienst in Wallonië; en tussen apothekers en CHWs in Brussel.

Uitdagingen

Samenwerking met eerstelijnsorganisaties kunnen erg waardevol zijn, maar zijn nog niet structureel uitgebouwd. Gebrek aan bekendheid bij en samenwerkingen met gezondheidszorgdiensten en zorgverleners op een (boven)lokaal niveau kan in sommige gevallen ook het werk van de CHWs bemoeilijken omdat CHWs nog niet zeer gekend zijn en daardoor niet door alle zorg- en welzijnsinstanties erkend worden of serieus worden genomen.

Aanbevelingen

Het is belangrijk om naar de toekomst toe werk te maken van goede samenwerkingen met de verschillende eerstelijnspartners op lokaal niveau. Hierbij onderstreept de academische literatuur dat het belangrijk is om actoren in het gezondheidssysteem te informeren over de rol van de CHW, zodat zij deze beter begrijpen om zodoende succesvol te kunnen samenwerken (Perry, Chowdhury et al. 2021). Verder is het belangrijk om op een structurele wijze te onderzoeken op welke manier CHWs aansluiting kunnen vinden bij de eerstelijnsgezondheidszorg om zo hun werk te optimaliseren.

2. Leren van community health worker programma's wereldwijd

We plaatsen het Belgische CHW-project in de geschiedenis en bredere context van CHWs wereldwijd. Het is immers belangrijk te leren van de ervaringen van CHW-programma's doorheen de tijd en in andere landen. We ronden af met een blik op de toekomst.

2.1 Geschiedenis van community health worker programma's tot vandaag

CHWs kennen een lange geschiedenis. Het CHW-project in België start tijdens een belangrijke fase in deze geschiedenis, dat een grote evolutie heeft doorgemaakt de laatste decennia. Het begon onder meer bij de "barefoot doctors" in ruraal China (Perry, Zulliger et al. 2014, World Health Organization 2016). Het jaar 1978 kenmerkt een volgende mijlpaal in de CHW-geschiedenis, waarbij in de "Verklaring van Alma-Ata" het belang van de eerstelijnszorg en gezondheid voor iedereen onderstreept wordt met aandacht voor CHWs als het belangrijke eerste contact van individuen en gezinnen met het nationaal gezondheidssysteem (World Health Organization 1978, Schneider, Hlophe et al. 2008, Perry 2013). Echter in de jaren volgend op Alma-Ata, werden CHW-programma's gezien als een wondermiddel voor een zwak gezondheidssysteem, zonder voorgaande lessen mee in rekening te brengen. Bijgevolg werden deze programma's niet voldoende ondersteund en kende deze een grote uitval van CHWs (Perry and Hodgins 2021). Er bestond een wisselende interesse en enthousiasme voor CHW-programma's in de jaren die volgden. Tijdens deze periode waren er voor- en tegenstanders voor, aan de ene kant, meer omvattende CHW programma's die niet alleen focussen op gezondheid maar ook welzijn en, aan de andere kant, meer selectieve CHW-programma's die focussen op enkele specifieke gezondheidsgerelateerde interventies (Hodgins, Kok et al. 2021). Sinds begin jaren 2000, is er een vernieuwde interesse in CHW-programma's, onder meer in het kader van het bieden van een antwoord aan de HIV-epidemie en groeiende tekorten bij het gezondheidspersoneel (Schneider, Hlophe et al. 2008, van Ginneken, Lewin et al. 2010, Perry 2013, Perry, Zulliger et al. 2014).

De laatste jaren zien we een evolutie in de visie van CHW-programma's als tijdelijke en tweederangs oplossing, naar een visie dat deze een belangrijk en duurzaam onderdeel vormen van gezondheidssystemen wereldwijd (Glenton, Javadi et al. 2021). De overgrote meerderheid van CHW-programma's vandaag bestaan in lage-en midden-inkomenslanden – waar naar schatting meer dan 8.4 miljoen CHWs actief zijn (Perry 2020). Nationale CHW-programma's krijgen er krediet voor het bijdragen aan verbeterde gezondheid van hun bevolking (Perry 2020). Deze CHW-programma's zijn erg divers en complex (Hodgins, Kok et al. 2021). Daarnaast bestaat er een veelheid aan termen om CHWs te beschrijven, alsook de taken die ze opnemen en de inbedding in het gezondheidssysteem verschilt van land tot land (Perry 2020). CHW-programma's hebben in vele lage-en midden-inkomenslanden een verschuiving gemaakt van voornamelijk leken die gezondheidspromotie en gezondheidseducatie geven en het linken naar reguliere gezondheidszorg, naar het leveren van gezondheidsdiensten (Schleiff, Aitken et al. 2021). In het kader van *task-shifting* – waarbij specifieke gezondheidstaken worden verschoven naar lager opgeleide kaders als een antwoord op een tekort aan gezondheidspersoneel (Wools-Kaloustian, Sidle et al. 2009, Simoni, Nelson et al. 2011, Lees, Kielmann et al. 2012) – verstrekken CHWs onder andere contraceptie, diagnosticeren en behandelen

ze diarree en tuberculose, en volgen ze therapietrouwheid bij bepaalde medicatie op (Schleiff, Aitken et al. 2021). Meer en meer worden CHWs ook erkend in hun potentieel om bredere taken op te nemen als onderdeel van geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg (Perry 2020, Hodgins, Kok et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). Deze verschuiving kadert in een recente evolutie weg van verticale CHW-programma's, die focussen op één ziekte zoals HIV, naar een meer horizontale en omvattende aanpak (Perry 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021). Het Braziliaanse CHW-model is hier een schoolvoorbeeld van, waar CHWs deel zijn van een gezondheidsteam, geleid door een arts, dat verantwoordelijk is voor de gezondheid overheen de levensloop van eenieder in een afgebakende wijk (Harris 2014, Perry, Chowdhury et al. 2021). Hoewel de academische literatuur stelt dat geïntegreerde horizontale programma's efficiënt en kosteneffectief zijn, kent deze verschuiving een moeizame evolutie. Vele CHW-programma's zijn vandaag nog steeds verticaal georganiseerd (Masis, Gichaga et al. 2021).

Meer en meer krijgen CHWs ook aandacht in hoge-inkomenslanden, waar ondanks een beter uitgebouwd gezondheidssysteem grote onbillijkheden te noteren vallen in toegang tot en uitkomsten van zorg (Burns, Graversen et al. 2021, Spooner, Lewis et al. 2021, Vanden Bossche, Lagaert et al. 2021). CHWs kennen reeds een ruime geschiedenis in de Verenigde Staten en meer recent in andere landen, waaronder Canada, Nieuw-Zeeland en Australië, waar ze een belangrijke rol spelen in het toeleiden van mensen naar de gezondheidszorg, het verschaffen van cultureel aangepaste zorg, gezondheidseducatie en belangenbehartiging – met een verminderde gezondheidsongelijkheid en positieve gezondheidsuitkomsten voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden tot gevolg (Boulton, Gifford et al. 2009, Najafizada, Bourgeault et al. 2015, Callaghan, Washbur et al. 2019, Russell, Kunin et al. 2019, Vanden Bossche, Lagaert et al. 2021). Recent riep President Biden op om 100 000 bijkomende CHWs aan te werven als onderdeel van zijn strategie tegen de COVID-19 pandemie in de Verenigde Staten (Perry and Hodgins 2021). Ook in andere hoge-inkomens landen is er recent meer aandacht voor CHWs onder meer binnen de context van Universeel toegankelijke gezondheidszorg (UHC) en de derde Duurzame Ontwikkelingsdoelstelling (SDG3) “Verzekeren een goede gezondheid en promoot welzijn voor alle leeftijden” (United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development 2021). De eerstelijnsgezondheidszorg – die een essentiële basis vormt van een kwaliteitsvol gezondheidssysteem – is een belangrijke hoeksteen voor het bereiken van UHC en SDG3 (De Maeseneer, Li et al. 2020, Hanson 2022). Deze vaststelling kwam nog meer naar de voorgrond tijdens de recente COVID-19 pandemie (Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, De Maeseneer 2021), waarbij in verschillende hoge-inkomenslanden, zoals het Verenigd Koninkrijk, een roep ontstond voor het invoeren van een grootschalige CHW-programma's als antwoord op de gezondheidsongelijkheden die de pandemie zeer sterk in beeld bracht (Haines, de Barros et al. 2020).

2.2 Belgische community health worker project in het wereldwijde landschap

Tegen de achtergrond van deze evolutie, startte in 2021, het eerste grootschalige CHW-project in België. In dit hoofdstuk plaatsen we het Belgische CHW-project in het wereldwijde landschap.

2.2.1 Grote diversiteit in community health worker programma's

CHW-programma's verschillen sterk van land tot land. De eerste as waarop CHW-programma's verschillen is deze van de vergoeding. Sommige CHW-posities zijn onbetaalde of vrijwillige functies, in andere programma's zijn CHWs betaalde werkkrachten die naast een loon ook andere financiële voordelen ontvangen (Hodgins, Kok et al. 2021). CHWs in het Belgische project vallen in deze laatste categorie, daar zij naast een loon ook sociale rechten opbouwen, waaronder wettelijke pensioenrechten. De tweede as waarop CHW-programma's wereldwijd verschillen is deze van het aantal uren of dagen dat een CHW werkt, gaande van occasioneel, over deeltijds tot voltijds werk (Hodgins, Kok et al. 2021). De CHWs in het Belgische project werken deeltijds of voltijds – afhankelijk van eigen wensen van de CHW en de noden van het team. De derde as waarop CHWs wereldwijd verschillen gaat van het inzetten van leken tot professionelen. De laatste jaren is er een evolutie naar meer professionalisering van CHWs, met in sommige landen een opleiding als CHW van één tot twee jaar, die geaccrediteerd is door een formeel orgaan dat de kwaliteit van de opleiding en werk van de CHWs evalueert. Verder kennen zij een vastgestelde vergoeding. In sommige landen verenigen CHWs zich ook in professionele associaties die hun belangen behartigen (Hodgins, Kok et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). De Belgische CHWs hebben in dit eerste piloot jaar een beperkte training genoten, zonder een erkenning van deze opleiding door een officiële instantie, waardoor ze meer aan de “leken” einde van het spectrum bevinden. Hoewel er geen specifiek opleidingsniveau werd vereist, stelden verschillende personen zich kandidaat voor de positie als CHW met een diploma hoger onderwijs. Enkel van hen hadden hun diploma in het buitenland gehaald, en sommige daarvan hadden moeilijkheden met de erkenning van dit diploma in België. Teams bestonden uit CHWs met en zonder diploma, alsook met en zonder werkervaring wat soms voor uitdagingen zorgde met betrekking tot de basistraining en teamcohesie. Sociale vaardigheden blijven één van de belangrijkste basisvereisten voor een CHW. Echter kan er naar de toekomst toe gekeken worden of minder opgeleide/ervaren CHWs bijkomende trainingsmogelijkheden kunnen verkrijgen in het Belgische CHW-project. Daarnaast kunnen ervaren/opgeleide CHWs minder ervaren/opgeleide CHWs mee op sleeptouw nemen tijdens enkele werkdagen om zo van elkaar te leren. Zo kan het CHW-project ook verder bijdragen aan het promoten van socio-economische ontwikkeling van mensen met geen of beperkte opleiding- en werkervaring (Masis, Gichaga et al. 2021).

2.2.2 Community health worker project: balanceren tussen een gestandaardiseerde en lokaal aangepaste context

Met de bestaande wetenschappelijke literatuur indachtig van de noodzaak van een goed ondersteunend kader voor CHW-programma's (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021, Zulu and Perry 2021), werd in het eerste projectjaar binnen de beperkte tijd en met beperkte middelen hier een basis voor gelegd. Het Belgische CHW-project is relatief klein met 50 CHWs die in verschillende landsdelen en steden actief zijn. In dit CHW-project is er een federale overkoepelende bestuursstructuur, die de fundamenteen heeft gelegd om op lokale basis te kunnen werken en erg context specifiek te kunnen antwoorden aan lokale noden en te kunnen aansluiten bij bestaande lokale structuren. Een nauwe opvolging van een stuurgroep, die bestaat uit leden van alle regio's en

één federale coördinator beoogde deze balans zo goed als mogelijk te bewaken tussen uniformiteit op federaal niveau, en diversiteit aangepast aan het lokale niveau.

De contexten van de steden waar de Belgische CHWs actief zijn, zijn divers, qua populatie, alsook qua noden en aanbod van gezondheidszorg. Zo is de barrière van bereikbaarheid van gezondheidszorg meer aanwezig in rurale Belgische gebieden, dan in een stedelijke context. In steden geven CHWs aan dat wachtlijsten en patiëntenstops bij zorgverleners dan weer meer een uitdaging zijn. In het Belgische CHW-project werd sterk ingezet op een lokale aanpassing en inbedding, met samenwerkingen die specifiek zijn voor elke wijk. Van zodra de eerste CHWs actief waren, was er ruimte voor aanpassing aan de lokale context en experiment – getuige de diverse strategieën die CHWs ontwikkelden om mensen te ondersteunen in hun toegang tot eerstelijns- en COVID-19 gerelateerde zorg. Deze responsiviteit aan de lokale context wordt ook onderstreept in de internationale wetenschappelijke literatuur als erg belangrijk voor een succesvol CHW-programma (Hodgins, Kok et al. 2021, Perry and Hodgins 2021). Het aanpassen van de activiteiten van de CHWs aan de lokale context, stelt hen in staat om aan lokale noden te beantwoorden op een manier aangepast aan lokale gemeenschappen. Hierdoor kan het CHW-project zich ook eenvoudiger aanpassen aan veranderende omstandigheden in de wijken (Hodgins, Kok et al. 2021, Lewin, Lehmann et al. 2021). Deze aanpak wordt ook geacht duurzamer te zijn en te resulteren in betere gezondheidssuitkomsten op midden tot lange termijn (Lewin, Lehmann et al. 2021).

Echter biedt de gestandaardiseerde aanpak voordelen met betrekking tot het behouden van het overzicht, het monitoren en de planning van de activiteiten (Hodgins, Kok et al. 2021). Relatief grote CHW-programma's kunnen een spanning ervaren tussen deze gestandaardiseerde aanpak qua bestuursstructuur en implementatie, terwijl zij aan de andere kant flexibel moeten zijn om zich te kunnen aanpassen aan de lokale context en bevolking met specifieke noden (Lewin, Lehmann et al. 2021). Meer gedecentraliseerde coördinatie, financiering en programma-planning kan ervoor zorgen dat CHW rollen en taken meer kunnen aansluiten bij lokale noden in bepaalde geografische gebieden met specifieke doelgroepen (Glenton, Javadi et al. 2021). Naast de lokale aansluiting is het ook van kritiek belang om een fundamentele gedeelde basisstructuur uit te bouwen, waaronder een informatie systeem, management, supervisie en kwaliteitsbewaking (Hodgins, Kok et al. 2021). De lokale diversiteit in aanpak in het eerste project jaar maakt de opvolging en evaluatie complex, maar zorgt voor een antwoord op lokale noden en biedt naar het tweede project jaar ook de kracht om te leren van de beste praktijken van andere steden en wijken. Zoals erkend in de academische literatuur, is het belangrijk om het werk van de CHWs te onderbouwen met *evidence-based* interventies, die in samenspraak met de doelgroep en CHWs zijn aangepast aan de lokale context (Glenton, Javadi et al. 2021). Naar de toekomst toe, kan het Belgische CHW-project hier nog belangrijke stappen in zetten om de vooropgestelde doelen te behalen en tegelijkertijd goede diensten te leveren die aanvaardbaar zijn voor het doelpubliek en haalbaar om te implementeren, alsook duurzaam zijn over de tijd heen (Glenton, Javadi et al. 2021). Daarnaast is het belangrijk dat er op het overkoepelende bestuursniveau verder ingezet wordt op een gedeeld informatiesysteem, alsook ondersteuning bij supervisie en aandacht voor kwaliteitsbewaking.

2.2.3 Community health workers, een belangrijke en unieke, maar complexe rol tussen de gezondheidszorg en gemeenschap

CHWs nemen een unieke positie in tussen de gemeenschap en het gezondheidssysteem. Dit vormt een essentieel voordeel van hun werking, maar het vereist ook dat CHWs zowel ingebed zijn in de gemeenschap als een functionele relatie hebben met actoren in het gezondheidssysteem (Schneider and Lehmann 2016, LeBan, Kok et al. 2021, Lewin, Lehmann et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). Dit is een evenwichtsoefening, die vandaag in het CHW-project in België, maar ook in andere landen, een blijvende uitdaging vormt. Blijvende aandacht is nodig in het Belgische CHW-project om een goede samenwerking met zorgverleners in het gezondheidssysteem te bewerkstelligen, alsook vertrouwen op te bouwen om inbedding in de gemeenschap te stimuleren (LeBan, Kok et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). Actoren in beide contexten hebben immers andere verwachtingen en noden (LeBan, Kok et al. 2021). In het Belgische CHW-project is de inbedding in de gemeenschap meer bewerkstelligd dan de samenwerking met actoren in het gezondheidssysteem. Een duidelijke samenwerking en ondersteunende relaties tussen CHWs en zorgverleners kan doorverwijzingen van mensen uit de doelgroep optimaliseren. Verder kan deze samenwerking de rol van de CHW meer legitimeren – zowel naar het gezondheidssysteem als naar mensen uit de doelgroep toe (LeBan, Kok et al. 2021). Daar waar de CHW niet is erkend voor diens werk door zorgverleners en er geen kwalitatieve gezondheidszorg wordt geboden aan een patiënt die werd doorverwezen door een CHW, zal het vertrouwen van de gemeenschap in en respect voor de CHW ondermijnd worden en diens werk negatief beïnvloeden (LeBan, Kok et al. 2021).

Voor een goede inbedding in gemeenschap en verankering aan het gezondheidssysteem is een duidelijke rol nodig die door alle partijen erkend wordt. Rolonduidelijkheid kan daarbij een probleem vormen en geloofwaardigheid ondermijnen (Kok, Dieleman et al. 2015, Colvin, Hodgins et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Als de rol van de CHW duidelijk is en gekend door zorgverleners en zorgverleners de waarde zien van hun werk, zullen zij meer geneigd zijn om het werk van de CHW te faciliteren (Glenton, Javadi et al. 2021). Ook in de gemeenschap is het belangrijk dat de rol van de CHWs erkend, vertrouwd en geapprecieerd wordt door mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden (Colvin, Hodgins et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). De CHWs in het Belgische project hebben geen scherp afgelijnde rol in het eerste project jaar, die ook beperkt gekend is door zorgverleners en lokale organisaties. Bij de start van het Belgische CHW-project werden op basis van de voorafgaande buurtanalyse lokale organisaties in de gemeenschap, alsook sommige lokale zorgverleners uit de eerstelijns op de hoogte gebracht van het CHW-project in hun buurt. Het bekend maken van het project en opzetten van partnerschappen in de wijken, vergt echter tijd. Door de korte voorbereidingstijd die het CHW-project kende, werden CHWs door gebrek aan bekendheid niet altijd als legitiem gezien. Naar de toekomst is het belangrijk om verder in te zetten op het maken van samenwerkingsafspraken met lokale partners – zowel in de lokale gemeenschap als in het gezondheidszorgsysteem.

2.2.3.1 Inbedding in de gemeenschap

Inbedding in de gemeenschap kan gedefinieerd worden door de sociale connecties van de CHWs, alsook diens kennis van de gemeenschap (LeBan, Kok et al. 2021). Betrokkenheid bij deze gemeenschap is één van de kernaspecten van een succesvol CHW-programma (Crigler, Hill et al. 2013). Deze inbedding is essentieel om de diensten van CHWs te laten aansluiten bij de lokale noden (Afzal, Pariyo et al. 2021). Daarnaast is betrokkenheid bij de gemeenschap belangrijk om vertrouwen op te bouwen bij mensen van de doelgroep over CHWs, bewustzijn te creëren rond de rol, maar ook de grenzen van de taken van de CHWs af te bakenen (Afzal, Pariyo et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Verder is een lokale inbedding in de gemeenschap een belangrijke facilitator voor motivatie en prestaties van CHWs (LeBan, Kok et al. 2021), voor het geven van feedback op het werk van de CHWs (Crigler, Hill et al. 2013), voor sterkere lokale steun voor CHWs (Glenton, Javadi et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021) en voor het identificeren van nieuwe kandidaten voor rekrutering als CHW (Afzal, Pariyo et al. 2021).

Van bij de start van de activiteiten op het terrein, heeft het Belgische CHW-project ingezet op lokale inbedding en samenwerking met bestaande organisaties, bijvoorbeeld lokale dienstencentra en vzw's die mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden ondersteunen. Deze samenwerkingen nemen zeer diverse vormen aan, gaande van permanenties, over samen op pad gaan, tot samen activiteiten organiseren. Ze zorgen enerzijds voor een eenvoudigere toeleiding van mensen uit de doelgroep naar gezondheids- en welzijnsdiensten, anderzijds zorgen ze er ook voor dat mensen met bijkomende noden eenvoudig de weg naar de CHW vinden. Het opzetten van samenwerkingsverbanden met bestaande organisaties in het Belgische CHW-project werd bemoeilijkt door de versnippering van het bestaande aanbod in elke wijk. In wijken waar er reeds een goed bestaand netwerk aanwezig was, bijvoorbeeld via wijk- of buurtregisseurs, werden deze samenwerking gefaciliteerd en sneller opgezet – in lijn met internationale literatuur (Kok, Dieleman et al. 2015). In Wallonië faciliteerde het partnerschap met de *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* ook samenwerkingen met verschillende lokale organisaties. In wijken zonder deze bestaande structuren, vergde dit meer tijd. Het breder bekend maken van de CHWs en hun rol op lokaal en bovenlokaal niveau kan een bijdrage vormen aan de verdere aansluiting van CHWs in de gemeenschap en aan het gezondheidssysteem.

De richtlijnen van de WHO voor het optimaliseren van CHW-programma's, stelt enkele strategieën voor om betrokkenheid in de gemeenschap te bewerkstelligen: zoals het consulteren van "leiders" in de wijk, feedback krijgen van de gemeenschap, betrekken van de gemeenschap in selectie en prioriteiten stellen van CHW-activiteiten en het samenwerken met gemeenschapsorganisaties (World Health Organization 2018, LeBan, Kok et al. 2021). Een belangrijke kanttekening bij het laatste punt betreffende samenwerkingen met gemeenschapsorganisaties dient gemaakt te worden, namelijk, dat de betrokkenheid in de gemeenschap enkel zal gestimuleerd worden indien deze organisaties in de gemeenschap gerespecteerd worden. Dit heeft echter ook een keerzijde. Organisaties die een slechte reputatie blijken te hebben in de gemeenschap, kunnen mogelijk de inbedding van CHWs in de wijk ondermijnen (LeBan, Kok et al. 2021). Verder toont academische literatuur aan dat één van de belangrijkste factoren voor een gebrek aan aanvaarding van CHWs door de gemeenschap was indien

CHWs niet vanuit de gemeenschap werden gerekruteerd (LeBan, Kok et al. 2021). De inbedding in de gemeenschap in het Belgische CHW-project wordt voornamelijk bewerkstelligd door het rekruteren van mensen met een gedeelde levenservaring uit de wijken waar de CHWs actief zijn. Echter niet alle CHWs zijn afkomstig uit de wijken waar ze werken. Daarnaast werden ook samenwerkingen opgezet met lokale organisaties met wisselend succes. Dit onderstreept het belangrijk van een goede kennis van de wijk en grondige buurtanalyse met aandacht voor de perceptie van mensen uit de doelgroep over potentiële partnerorganisaties. In het tweede projectjaar kan bekeken worden hoe de lokale inbedding verder te bewerkstellingen, bijvoorbeeld, door het faciliteren van lokale aansprakelijkheid waarbij burgers de mogelijkheid hebben om feedback te geven over de kwaliteit van het werk van de CHWs (Lewin, Lehmann et al. 2021).

Een verdere betrokkenheid stimuleren, zoals aanbevolen door onder meer de WHO (World Health Organization 2018), vormt een uitdaging in het Belgische CHW project, daar de wijken in het Belgische CHW-project zeer omvangrijk zijn, en er mensen met zeer diverse achtergronden wonen. Literatuur toont aan dat deze inbedding ook tijd en middelen vergt om ervoor te zorgen dat de gemeenschap de rol van de CHW leert kennen en ten aanzien hiervan realistische verwachtingen heeft (LeBan, Kok et al. 2021). Daarnaast toont academische literatuur aan dat de druk van financiële donoren om snelle resultaten te generen voorbij gaat aan “het trage sociale proces dat vereist is voor het opbouwen van sterke banden tussen de gemeenschap en CHWs” (LeBan, Kok et al. 2021: p. 8). De auteurs in het recente overzichtsartikel gaan verder door te stellen dat “overheden en ontwikkelingsorganisaties mogelijk de voorkeur geven aan investeringen in interventies met eenvoudig te meten uitkomsten en minder investeren in het meer ontastbare sociale proces en gemeenschapsparticipatie dat essentieel is voor lange termijn succes en duurzaamheid” (LeBan, Kok et al. 2021: p. 8). Ook het Belgische CHW-project kende slechts een beperkte looptijd van initieel één jaar, wat een grondige en duurzame inbedding in de gemeenschap mede heeft bemoeilijkt.

2.2.3.2 Samenwerking met actoren in de gezondheidszorg

CHWs zijn actoren die zich bewegen tussen de gemeenschap en het gezondheidssysteem. Dit gezondheidssysteem is een complex, dynamisch geheel met diverse actoren die verschillende belangen, perspectieven en waarden hebben (Sacks, Morrow et al. 2019, Hodgins, Kok et al. 2021). Om een waardevolle rol te kunnen spelen als CHWs binnen dit gezondheidssysteem, leert de academische literatuur dat hun rol duidelijk moet zijn, goed begrepen, gerespecteerd en gepast ondersteund door de diverse actoren in het gezondheidssysteem (Hodgins, Kok et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Deze erkenning en goede communicatie tussen CHWs en zorgverleners heeft een positieve invloed op de uitvoering van het werk van de CHWs (Kok, Dieleman et al. 2015). Het gebrek aan integratie en synchronisatie tussen CHW-programma's en lokale gezondheidssystemen, zorgt voor gefragmenteerde dienstverlening (Afzal, Pariyo et al. 2021) en kan ervoor zorgen dat de effectiviteit van CHW-programma's beperkt wordt (Mupara, Mogaka et al. 2021).

Om ervoor te zorgen dat elke persoon de gezondheidsdiensten ontvangt die deze nodig heeft, is het belangrijk dat CHWs goede aansluiting vinden met het bredere gezondheidssysteem, met een specifieke focus op effectieve banden met actoren in de gezondheidszorg (Afzal, Pariyo et al. 2021).

Belangrijk hiervoor is een goed uitgewerkt verwijzingssysteem dat bepaald wanneer een verwijzing nodig is (Crigler, Hill et al. 2013). Een goed verwijzingssysteem vergt training van de CHWs voor welke gezondheidsnoden zij al dan niet moeten doorverwijzen. Ook goede communicatie tussen zorgverleners en CHWs, protocols, en verwijsbrieven kunnen helpen om de link tussen CHWs en gezondheidsvoorzieningen te verbeteren (LeBan, Kok et al. 2021). Dit uitgebouwde verwijssysteem, nauwe banden en structurele communicatie met gezondheidsactoren ontbreekt op dit moment in het Belgische CHW-project. Dit is een belangrijk aandachtspunt naar de toekomst toe. Net zoals de samenwerkingen met organisaties uit de gemeenschap is het ook hier belangrijk dat CHWs samenwerken met gezondheidsvoorzieningen die open staan voor mensen uit de doelgroep, en deze met respect behandelen zonder onbewuste vooroordelen, zonder lange wachtlijsten en met kwalitatieve zorg. Dit met het oog op het bewaren van hun legitimiteit en geloofwaardigheid en het behouden van het vertrouwen van de persoon uit de doelgroep (LeBan, Kok et al. 2021).

Niet alleen het inbedden in de gemeenschap, maar ook de samenwerking op zetten met de actoren in de gezondheidszorg vergt tijd, alsook planning en coördinatie (Crigler, Hill et al. 2013). In het eerste project jaar zijn de samenwerkingen tussen de CHWs veelal ontstaan op een ad hoc en individuele basis. Onder meer afhankelijk van het engagement van de CHWs en het bestaande netwerk van de coaches per wijk. Er is nog geen structurele inbedding of samenwerking met actoren in de gezondheidszorg in het Belgische CHW-project. Het uitbouwen van deze structurele relaties is een belangrijk aandachtspunt naar de toekomst toe. Dit is echter niet alleen een taak voor CHW-programma's, maar ook voor beleidsmakers die CHWs dienen op te nemen in hun beleidsvisie als onderdeel van het gezondheidssysteem (Afzal, Pariyo et al. 2021). De auteurs in dit overzichtsartikel waarschuwen echter dat "zij die deze holistische aanpak ontwikkelen, CHWs mogelijk niet waarderen of hun bijdrage niet als centraal en integraal onderdeel zien van het optimaliseren van de presentaties van het gezondheidssysteem" (Afzal, Pariyo et al. 2021: p. 14). Andere auteurs stellen dat we dienen te evolueren naar een *community health system* (Schneider, Olivier et al. 2021), wat zij definiëren als een "het geheel van lokale actoren, relaties en processen die betrokken zijn bij het produceren van, pleiten voor en ondersteunen van gezondheid in gemeenschappen en gezinnen buiten de formele gezondheidsstructuren om, maar wel in relatie daarmee" (Schneider and Lehmann 2016: p. 114).

2.2.4 Sociale determinanten van gezondheid

Internationale wetenschappelijke literatuur stelt dat CHWs een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan het aanpakken van de sociale determinanten van gezondheid (Damio, Ferraro et al. 2017). Dit zijn de niet-medische factoren die gezondheidsuitkomsten beïnvloeden, waaronder inkomen, onderwijsniveau, werkloosheid of job-onzekerheid, voedselonzeekerheid, precare woonomstandigheden en sociale exclusie (World Health Organization 2022). De COVID-19 pandemie heeft deze sociale determinanten van gezondheid nog zichtbaarder gemaakt en zorgde voor ongelijke COVID-19 gerelateerde gezondheidsuitkomsten (Ballard, Bancroft et al. 2020, World Health Organization 2021). Dit kwalitatief onderzoek illustreert dat CHWs in het Belgische project in vele situaties breder kijken dan een puur medische hulpvraag en ook nagaan of zij ook rond deze sociale determinanten van gezondheid mensen kunnen ondersteunen of doorverwijzen – met het oog op het

duurzaam helpen van mensen uit de doelgroep, alsook het precaire vertrouwen dat ze opbouwden niet teniet te doen.

CHW-programma's wereldwijd worden echter gevormd of beperkt door bestaande regulering (Lewin, Lehmann et al. 2021). Deze focus op bredere welzijnsvragen behoorde niet tot de opdracht van de Belgische CHWs gegeven door de federale overheid. In het kwalitatief onderzoek gaven CHWs aan zulke bredere welzijnsvragen meer op te nemen in het begin van het project dan naar het einde van het eerste projectjaar omdat de rol van de CHW tijdens de eerste maanden minder helder was afgebakend. Gaandeweg werd deze rol verder verfijnd en vergden deze welzijnsvragen in sommige gevallen te veel tijd. Door verdere rolverduidelijking en afbakening via de coaches, gingen de CHWs zich meer toespitsen op de gezondheidszorgnaden – zoals beschreven in de opdracht van de federale overheid. Belangrijk hierbij is op te merken dat de afbakening in de opdracht van de federale overheid niet alleen betrekking had op het uitsluiten van welzijnsvragen, maar dat de CHWs ook geen preventie-taken konden – in lijn met de bevoegdheidsverdelingen tussen de federale en regionale overheden in België. Echter toont de internationale literatuur dat CHWs ook zeer veel potentieel hebben om ingezet te worden bij preventie, waardoor ze verder zouden kunnen bijdragen aan het aanpakken van de sociale determinanten van gezondheid (World Health Organization 2016, Damio, Ferraro et al. 2017).

Daarnaast zou de federale overheid kunnen bekijken of CHWs ook in hun opdracht structureel aandacht zouden mogen besteden aan deze sociale determinanten van gezondheid – in lijn met een aanbeveling in het KCE-rapport over de evaluatie van de billijkheid van het Belgische gezondheidssysteem: “Meer gelijkheid in gezondheid alsook een meer billijke toegang tot gezondheidszorg zijn niet enkel realiseerbaar via het gezondheidszorgbeleid. Inkomens(zekerheid), leef- en arbeidsomstandigheden zijn essentieel en vragen een bredere intersectorale aanpak waarbij werk-, onderwijs-, woon-, armoede- en sociaal beleid elkaar moeten versterken” (Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020: p. 47). Het aanpakken van de sociale determinanten van gezondheid is fundamenteel voor het verbeteren van gezondheid en het reduceren van reeds lang bestaande onbillijke ongelijkheden in gezondheidszorg (World Health Organization 2022). Zo kunnen CHWs bijdragen aan *integrated community care*, die een engagerende en activerende visie onderschrijft op een brede en sterke eerstelijnszorg, waar onder meer de ruimere determinanten van gezondheid worden aangepakt, alsook het empoweren van individuen, families en lokale gemeenschappen om hun gezondheid te optimaliseren (Vandenbroeck and Braes T. 2020).

2.2.5 Community health workers en de COVID-19 crisis

De COVID-19 crisis heeft het belang van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg onderstreept om weerbaar te zijn tegen een gezondheids crisis van deze aard (De Maeseneer, Li et al. 2020, Hodgins, Kok et al. 2021, OECD 2021). Deze pandemie heeft de bestaande pijnpunten – als onbillijke toegang tot gezondheidszorg voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, te kort aan gezondheidspersoneel, en de afwezigheid van snelle lokale interventies voor preventie, gezondheidspromotie, *contacttracing* en vaccinatie – extra bloot gelegd (Afzal, Pariyo et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). Daar waar CHW-programma's reeds bestonden, werden CHWs ingezet

om snel op lokaal niveau te kunnen ageren om vertrouwen in de gemeenschap te behouden, duidelijke en heldere informatie te verstrekken, de maatregelen toe te lichten en een systeem van *contacttracing* op te zetten (Schleiff, Aitken et al. 2021). Waar nog geen CHWs actief waren, was deze gezondheidscrisis ook een stimulans voor innovatie (Schleiff, Aitken et al. 2021), getuige het Belgische CHW-project. De pandemie heeft geleid tot een bredere erkenning van het belang van CHWs, ook in hoge-inkomenslanden (Kok, Crigler et al. 2021). Geïnspireerd door CHW-modellen in lage-en midden-inkomens landen als Brazilië, pleiten onderzoekers in recente artikels in toonaangevende wetenschappelijk tijdschriften – *The Lancet* (Haines, de Barros et al. 2020), de *New England Journal of Medicine* (Peretz, Islam et al. 2020) en *Nature Medicine* (Harris, Bhatti et al. 2020) – voor het inzetten van CHWs in hoge-inkomens landen. CHWs kunnen ingezet worden om risicogroepen te identificeren, patiënten te verwijzen naar het reguliere gezondheidssysteem, lokale interventies op te zetten die aansluiten bij de noden van de lokale gemeenschap, misinformatie tegen te gaan en de rationale uit te leggen van specifieke gezondheidskeuzes tijdens de COVID-19 response (Harris, Bhatti et al. 2020). Ze hebben ook het potentieel om een belangrijke rol spelen in *task-shifting*, waarbij ze de werkdruk van huisartsen en andere zorgverleners mede zouden kunnen verlichten tijdens de COVID-19 pandemie (Vanden Bossche, Lagaert et al. 2021). Daarnaast zijn CHWs ook in staat om de sociale determinanten van gezondheid in kaart te brengen en mee aan te pakken (Damio, Ferraro et al. 2017, Haines, de Barros et al. 2020, Peretz, Islam et al. 2020). Ook is er nood aan meer vertrouwen in de gezondheidszorg en officiële instanties om een publieke gezondheidscrisis als COVID-19 pandemie het hoofd te kunnen bieden. CHWs kunnen hierbij een belangrijke rol spelen, zoals een recente beleidspaper van de WereldBank onderschrijft (Khemani, Chaudhary et al. 2020, Colvin, Hodgins et al. 2021).

In lijn met internationale academische literatuur dragen de CHWs in het Belgische project bij aan de COVID-19 response door hun nabijheid en goed begrip van de gemeenschappen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven (Lotta, Wenham et al. 2020, African Centre for Disease Control and Prevention 2021), door hun laagdrempelig contact (Lotta, Wenham et al. 2020), doordat ze een vertrouwelijke relatie opbouwen met de doelgroep (African Centre for Disease Control and Prevention 2021) en zo ook bijdragen aan het vertrouwen opbouwen en herstellen in de gezondheidszorg (Khemani, Chaudhary et al. 2020, Colvin, Hodgins et al. 2021), en correcte informatie verschaffen op een laagdrempelige wijze om misinformatie tegen te gaan (Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021). Er was aandacht voor beschermingsmateriaal voor CHWs in de Belgische context – wat essentieel is (Ballard, Bancroft et al. 2020) maar niet in alle CHW-programma's wereldwijd voldoende werd voorzien (Lotta, Wenham et al. 2020, Nepomnyashchii, Dahn et al. 2020).

2.3 Blik naar de toekomst

Het is belangrijk om in dit Belgische CHW-project te leren van de ervaringen van CHW-programma's wereldwijd. We mogen de teleurstellingen van de programma's in de jaren 70 en 80 niet vergeten, die ons leerden dat CHW-programma's complex zijn en een goede basis en omkadering nodig hebben (Ballard, Madore et al. 2018). Niet alleen van de geschiedenis maar ook van de hedendaagse ervaringen met CHW-programma's in lage-en middeninkomens landen vallen vele lessen te leren. Belangrijke stappen werden reeds gezet in dit eerste project jaar om de CHWs de nodige omkadering

te bieden – zoals uiteengezet in dit rapport. Naar de toekomst toe, dient er in het Belgische CHW-project nog verder te worden gebouwd aan dit ondersteund kader. Daarnaast is het ook erg belangrijk om de CHWs zelf te betrekken bij de verder ontplooiing hiervan (Afzal, Pariyo et al. 2021). Dit was nog niet mogelijk bij de opstart van het eerste jaar, omdat er nog geen CHWs actief waren. Maar het is zeer belangrijk dat hier in het tweede jaar sterk op ingezet zal worden.

2.3.1 Community health workers na de COVID-19 pandemie?

De groeiende erkenning dat CHW-programma's een belangrijke rol kunnen spelen om tekortkomingen in gezondheidssystemen wereldwijd aan te pakken en om ondersteuning te bieden bij gezondheids crises, als de COVID-19 pandemie, maakt dat nationale CHW-programma's aan de vooravond staan van een nieuw tijdperk (Afzal, Pariyo et al. 2021, Lewin, Lehmann et al. 2021). De recente wetenschappelijke literatuur ondersteunt niet alleen een pleidooi voor een sterk kader van CHWs tijdens de COVID-19 pandemie, maar ziet ook een erg belangrijke rol voor hen als een duurzame ondersteuning van het reguliere gezondheidszorgsysteem na deze gezondheids crisis – zowel in lage- en middeninkomens als hoge inkomenslanden (Haines, de Barros et al. 2020, Harris, Bhatti et al. 2020, Peretz, Islam et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). CHWs kunnen een belangrijke rol spelen bij het bouwen van een weerbaar gezondheidssysteem, door bij te dragen aan het verbeteren van toegang tot zorg voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden (Masis, Gichaga et al. 2021). Het kwalitatief onderzoek ondersteunt deze aanbeveling om CHWs niet alleen in te zetten tijdens de COVID-19 pandemie, maar ook nadien. De kwalitatieve resultaten tonen aan dat CHWs niet alleen helpen met het informeren en ondersteunen van mensen rond COVID-19 gerelateerde thema's, maar dat zij mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden veelal ondersteunen en toeleiden naar de reguliere gezondheidszorg.

2.3.2 Lange termijnvisie en duurzame financiering

Lage- en midden-inkomenslanden en meer recent hoge-inkomens landen hebben een rijke ervaring met CHWs, die leert dat functionele CHW-programma's niet goedkoop zijn (Hodgins, Kok et al. 2021), maar wel kosteneffectief in het bereiken van mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden (Perry, Chowdhury et al. 2021). Echter is een langetermijnvisie en duurzame financiering nodig om het potentieel van CHW-programma's ten volle tot wasdom te kunnen brengen (Hodgins, Kok et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021). Academische literatuur toont aan dat dit ook belangrijk is voor de motivatie van CHWs (Colvin, Hodgins et al. 2021). Dit langetermijnperspectief en deze duurzame financiering zijn onder meer belangrijk voor succesvolle planning, coördinatie en het opzetten van partnerschappen (Afzal, Pariyo et al. 2021). In de woorden van Perry en collega's: "We zijn allang toe aan een verschuiving in ons begrip van CHW-programma's, van hen zien als een tijdelijke en ondergefinancierde bijkomstigheid, naar het zien van hen als een integraal onderdeel van optimaal functionerende gezondheidssystemen overal in de wereld, met inbegrip van hoge-inkomenslanden en lage-en-middeninkomenslanden" (Perry, Chowdhury et al. 2021: p.14). Net als in bepaalde buitenlandse CHW-programma's, ontstond het Belgische CHW-project in een context zonder langetermijnfinanciering en duurzame beleidsvisie omtrent dit thema (Afzal, Pariyo et al. 2021). Er was de toekenning van budgetten voor één projectjaar. Ook voor het Belgische CHW-project is

duurzame financiering en een lange termijnvisie bij beleidsmakers een belangrijke factor om het potentieel dat CHWs kunnen bieden ten volle te faciliteren. Een goedkeuring voor een tweede project jaar was pas eind December van het eerste jaar ter beschikking. Dit maakt het opstellen van grondige plannen en een duurzame visie extra uitdagend.

De academische literatuur toont aan dat het mobiliseren van politieke wil belangrijk is voor een succesvol CHW-programma (Afzal, Pariyo et al. 2021, Colvin, Hodgins et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021). Het opstarten van dit CHW-project in België getuigde van een politieke steun die belangrijk was voor het ontwikkelen van dit innovatieve gezondheidsmodel. Voor het verduurzamen van het CHW-kader is verdere politieke steun en duurzame financiering essentieel. Maar ook belangrijke en succesvolle CHW-programma's, zoals dat van Brazilië, ontstonden vanuit een piloot project als antwoord op een gezondheids crisis in de jaren 80 (Afzal, Pariyo et al. 2021). Met dit rapport willen wij de beleidsmakers uitnodigen om de toekomst van CHWs en billijke en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen in België mee te onderschrijven door een lange-termijn visie hierop te formuleren en duurzame financiering te garanderen.

VI. Conclusie

Er kan een grote ongelijkheid genoteerd worden in de toegang tot gezondheidszorg (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020, Cès and Baeten 2020, Burns, Graversen et al. 2021). In de periode voor de COVID-19 epidemie, verslechterde de toegang tot zorg voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden reeds aanzienlijk (Buffel and Nicaise 2018, De Ridder 2019, Cès and Baeten 2020). Deze kloof tussen arm en rijk is één van de meest uitgesproken in de Europese Unie (Buffel and Nicaise 2018, Cès and Baeten 2020). De COVID-19 pandemie heeft de meest kwetsbaren het hardst geraakt en deze ongelijkheden nog verscherpt (Baena-Díez, Barroso et al. 2020, Peretz, Islam et al. 2020, Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, Burns, Graversen et al. 2021).

Mensen met beperkte of geen toegang tot de gezondheidszorg worden vaak omschreven als “*hard to reach*”. Maar vanuit hun perspectief zijn het de gezondheidsdiensten die moeilijk te bereiken zijn (Onyango, Schatz et al. 2017: p. 25-26). Het Witboek van het RIZIV en Dokters van de Wereld over toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg adviseert om na te denken over “nieuwe zorgberoepen” om onder meer mensen te begeleiden in hun toegang tot zorg (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014: p. 13). Het kwalitatief onderzoek dat werd gepresenteerd in dit rapport, toont aan dat CHWs zulk nieuw zorgberoep kunnen zijn. CHWs kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het toeleiden van mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden naar de reguliere gezondheidszorg – op een manier die aangepast is aan de behoeften van de doelgroep. Hierbij kunnen ze de diverse barrières van een patiënt in ogenschouw nemen bij het bieden van ondersteuning. Centraal in hun werk staat het opbouwen van vertrouwen en het geven van onbevooroordeelde hulp op een *outreaching* wijze, waarbij ze tijd kunnen nemen voor onderbediende kwetsbare populaties. CHWs kunnen aldus een waardevolle brugfunctie vervullen tussen het Belgische gezondheidssysteem en mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden die weinig of geen toegang hebben tot de reguliere gezondheidszorg.

Succesvolle toeleiding naar de gezondheidszorg vergt tijd. Het opbouwen van een vertrouwensband tussen de CHW en personen uit de doelgroep is essentieel om barrières te kunnen overwinnen en zo mensen op een duurzame manier toe te leiden naar de reguliere gezondheidszorg. Ook het opbouwen van een ondersteunend kader om de CHWs optimaal te faciliteren in hun werk vergt tijd en middelen. Dit eerste projectjaar kan gezien worden als een pilootjaar, waarbij de eerste fundamenten werden gelegd, waarop in een tweede jaar verder kan worden gebouwd – met aandacht voor (a) een duidelijk gedefinieerde rol als CHW; (b) kwalitatieve en voortdurende training van CHWs en coaches; (c) gedefinieerde carrièrepaden; (d) goede verloning en supervisie; (e) kwantitatieve opvolging van hun activiteiten door een toegankelijke registratietool; (f) de nodige ruimte en materiaal voor hun werking; (g) de ontwikkeling van ondersteunende materialen om hun werk uit te voeren in samenspraak met de doelgroep; (h) het streven naar structurele aansluiting met gezondheidszorg en (i) verdere inbedding in de lokale wijken; (j) en het uitwerken van een systeem voor opvolging van signalen over structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021). Hierbij is het belangrijk om CHWs en mensen uit de doelgroep te betrekken bij het verder uitbouwen van het CHW-programma in België alsook voortdurend de link tussen CHWs en

het bestaande gezondheidssysteem te bewaken. Verdere aandacht voor het delen van ervaringen over de regio's heen tussen de CHWs en coaches kan een belangrijke meerwaarde vormen in het tweede project jaar. Verder is het noodzakelijk om het werk van de CHWs verder te optimaliseren op basis van *evidence-based* interventies, die aangepast worden aan de lokale context en waarvan de impact wordt gemeten (Hodgins, Kok et al. 2021). Na een pilootfase, vergt de volgende stap immers een gedegen evaluatie op basis van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens.

Om het potentieel van CHW-programma's waar te maken, vereist dit een beleid met een langetermijnvisie en duurzame financiering om een kader te creëren dat CHWs ondersteuning verleent in hun taken. Dit niet alleen tijdens de COVID-19 pandemie, maar ook nadien. Toegang tot gezondheidszorg was, is en zal immers een belangrijke uitdaging blijven in België (Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020, Burns, Graversen et al. 2021).

VII. Bibliografie

African Centre for Disease Control and Prevention (2021). COVID-19 & Community Health Workers

Afzal, M. M., G. W. Pariyo, Z. S. Lassi and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-17.

Ahmed, F., N. e. Ahmed, T. W. Briggs, P. J. Pronovost, D. P. Shetty, A. K. Jha and V. Govindarajan (2017). "Can reverse innovation catalyse better value health care?" The Lancet Global Health **5**(10): e967-e968.

Angrosino, M. (2007). Doing ethnographic and observational research. London, Sage.

Arrazola de Oñate, W., Ed. (2022). Volksgezondheid en wijkontwikkeling. De Stad beter na Corona?

Reflecties over een gezondere en meer rechtvaardige stad, Academic & Scientific Publishers,.

Avalosse, Maron, Lona, Guillaume, Allaoui and Zinno (2019). Ongelijkheid in gezondheid. IMA-AIM. Brussels: 103.

Baena-Díez, J. M., M. Barroso, S. I. Cordeiro-Coelho, J. L. Díaz and M. Grau (2020). "Impact of COVID-19 outbreak by income: hitting hardest the most deprived." Journal of Public Health **42**(4): 698-703.

Baeten, R., S. Spasova, B. Vanhercke and S. Coster (2018). "Inequalities in access to healthcare." A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

Ballard, M., E. Bancroft, J. Nesbit, A. Johnson, I. Holeman, J. Foth, D. Rogers, J. Yang, J. Nardella and H. Olsen (2020). "Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response." BMJ Global Health **5**(6): e002550.

Ballard, M., A. Madore, A. Johnson, Y. Keita, E. Haag, D. Palazuelos, J. Rosenberg and R. Weintraub (2018). Cases in Global Health Delivery. Concept Note. Harvard Medical School: 21.

Barron, G. C., G. Laryea-Adjei, V. Vike-Freiberga, I. Abubakar, H. Dakkak, D. Devakumar, A. Johnsson, S. Karabey, R. Labonté and H. Legido-Quigley (2021). "Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection." The Lancet Public Health.

Benamar, Buzaku and Legros (2015). Action communautaire en santé et participation. . Cultures & Santé asbl. Brussel.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout C. and Van de Voorde C. (2020). De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem: Evaluatie van de Bilijkheid. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: 60.

Boulton, A., H. Gifford and M. Potaka-Osborne (2009). "Realising whānau ora through community action: the role of Māori community health workers." Education for Health **22**(2): 188.

Brooks, B., S. Davis, L. Frank-Lightfoot, P. Kulbok, S. Poree and L. Sgarlata (2014). "Building a community health worker program: the key to better care, better outcomes, & lower costs." Community Health Works: Chicago, IL.

Buffel, V. and I. Nicaise (2018). "ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare" Belgium, European Social Policy Network." European Commission (ESPN Reports),.

Burns, R., P. Graversen, E. Xenou, J. Offe, Martin, S. and J. Gach (2021). Unheard, unseen, and untreated: health inequalities in Europe Today. 2021 Observatory Report. Dokters van de Wereld. Stockholm,: 48.

Callaghan, T., D. Washbur, D. Cason, J. Schmit, D. Martinez, E. Thompson, M. LaFleur and Z. Ruiz (2019). "Community Health Worker Roles and Responsibilities in Rural and Urban America." Policy Brief South West Rural Health Centre: 7.

Cès, S. and R. Baeten (2020). Inequalities in access to healthcare in Belgium. European Social Observatory. Brussels: 184.

Chauvin, P., N. Simonnot, C. Douay and F. Vanbiervliet (2014). L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 27 villes de 10 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 pays européens, en Turquie et au Canada, Médecins du Monde/Doctors of the World International Network,.

Colvin, C. J., S. Hodgins and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-25.

Corcadden, L., J. Levesque, V. Lewis, E. Strumpf, M. Breton and G. Russell (2018). "Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis." International journal for equity in health **17**(1): 1-10.

Crenshaw, K. (1989). "Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics." University of Chicago Legal Forum,: 139.

Crenshaw, K. (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color." Stanford Law Review **43**(6): 1241-1299.

Creswell, J. W. and C. N. Poth (2007). Qualitative inquiry and research method: Choosing among five approaches, Thousand Oaks, CA: Sage.

Crigler, L., K. Hill and R. Furth (2013). "Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix." Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project.

Damio, G., M. Ferraro, K. London, R. Pérez-Escamilla and N. Wiggins (2017). "Addressing social determinants of health through community health workers: A call to action." Connecticut December: Hispanic Health Council Policy Brief. Hartford.

De Maeseneer, J. (2021). "COVID-19: using the crisis as an opportunity to strengthen Primary Health Care." Primary Health Care Research & Development **22**.

De Maeseneer, J., D. Li, B. Palsdottir, B. Mash, D. Aarendonk, A. Stavdal, S. Moosa, P. Decat, E. Kiguli-Malwadde and G. Ooms (2020). "Universal health coverage and primary health care: the 30 by 2030 campaign." Bulletin of the World Health Organization **98**(11): 812.

De Ridder, R. (2019). Goed Ziek: Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken. Kalmthout, Van Halewyck.

Devos, C., A. Cordon, M. Lefèvre, C. Obyn, F. Renard, N. Bouckaert, S. Gerkens and C. Maertens de Noordhout (2019). "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem–rapport 2019." Health Services Research (HSR).

Dokters van de Wereld (2020). Relance voor het Belgische gezondheids- en zorgsysteem na COVID-19? Dokters van de Wereld. Brussel: 15.

Glenton, C., D. Javadi and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-16.

Haines, A., E. F. de Barros, A. Berlin, D. L. Heymann and M. J. Harris (2020). "National UK programme of community health workers for COVID-19 response." The Lancet **395**(10231): 1173-1175.

Hanson, K. (2022). "Introducing The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre." The Lancet Global Health **10**(1): e20-e21.

Harris, M., Y. Bhatti, J. Buckley and D. Sharma (2020). "Fast and frugal innovations in response to the COVID-19 pandemic." Nature Medicine: 1-4.

Harris, M. J. (2014). "We could all learn from Brazil's Family Health Program." BMJ: British Medical Journal (Online) **349**.

Hayhoe, B., T. E. Cowling, V. Pillutla, P. Garg, A. Majeed and M. Harris (2018). "Integrating a nationally scaled workforce of community health workers in primary care: a modelling study." Journal of the Royal Society of Medicine **111**(12): 453-461.

Hergenrather, K. C., S. D. Rhodes, C. A. Cowan, G. Bardhoshi and S. Pula (2009). "Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review." American journal of health behavior **33**(6): 686-698.

Hodgins, S., M. Kok, D. Musoke, S. Lewin, L. Crigler, K. LeBan and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 1. Introduction: tensions confronting large-scale CHW programmes." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-21.

Huis voor gezondheid (2014). Bevraging Brussels werkveld toegang doelgroepen met migratie-achtergrond tot gezondheidszorg en zorgberoepen. Huis voor gezondheid. Brussel: 21.

Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste (2019). Synthese van de IMA-studie: Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid. IMA-AIM. Brussels.

Javanparast, S., A. Windle, T. Freeman and F. Baum (2018). "Community health worker programs to improve healthcare access and equity: are they only relevant to low-and middle-income countries?" International Journal of Health Policy and Management **7**(10): 943.

Khemani, S., S. Chaudhary and T. Scot (2020). "Strengthening public health systems: Policy ideas from a governance perspective." World Bank Policy Research Working Paper(9220).

Kok, M., L. Crigler, D. Musoke, M. Ballard, S. Hodgins and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 10. Programme performance and its assessment." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-14.

Kok, M. C., M. Dieleman, M. Taegtmeyer, J. E. Broerse, S. S. Kane, H. Ormel, M. M. Tijm and K. A. De Koning (2015). "Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review." Health policy and planning **30**(9): 1207-1227.

Kolb, B. (2008). Involving, sharing, analysing—Potential of the participatory photo interview. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.

LeBan, K., M. Kok and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-19.

Lees, S., K. Kielmann, F. Cataldo and D. Gitau-Mburu (2012). "Understanding the linkages between informal and formal care for people living with HIV in sub-Saharan Africa." Global public health **7**(10): 1109-1119.

Levesque, J.-F., M. F. Harris and G. Russell (2013). "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." International journal for equity in health **12**(1): 18.

Lewin, S., U. Lehmann and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 3. Programme governance." Health research policy and systems **19**(3): 1-12.

Lotta, G., C. Wenham, J. Nunes and D. N. Pimenta (2020). "Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil." Lancet (London, England) **396**(10248): 365.

Louart, S., E. Bonnet and V. Ridde (2020). "Is patient navigation a solution to the problem of leaving no one behind? A scoping review of evidence from low-income countries." Health Policy and Planning.

Masis, L., A. Gichaga, T. Zerayacob, C. Lu and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-17.

Mupara, L. M., J. J. Mogaka, W. R. Brieger and J. M. Tsoka-Gwegweni (2021). "Scorecard metrics for assessing the extent of integration of community health worker programmes into national health systems." African Journal of Primary Health Care & Family Medicine **13**(1): 14.

Musoke, D., E. Ekirapa-Kiracho, R. Ndejjo and A. George (2015). "Using photovoice to examine community level barriers affecting maternal health in rural Wakiso district, Uganda." Reproductive health matters **23**(45): 136-147.

Musoke, D., R. Ndejjo, E. Ekirapa-Kiracho and A. S. George (2016). "Supporting youth and community capacity through photovoice: Reflections on participatory research on maternal health in Wakiso district, Uganda." Global public health **11**(5-6): 683-698.

Najafizada, S. A. M., I. L. Bourgeault, R. Labonte, C. Packer and S. Torres (2015). "Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps." Canadian Journal of Public Health **106**(3): e157-e164.

Nepomnyashchii, L., B. Dahn, R. Saykpaah and M. Raghavan (2020). "COVID-19: Africa needs unprecedented attention to strengthen community health systems." The Lancet **396**(10245): 150-152.

OECD (2017). Belgium: Country Health Profile 2017. Series: State of Health in the EU. OECD Publishing and European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels.

OECD (2021). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic. OECD: 22.

Onyango, D., E. Schatz and J. Lazarus (2017). "Nobody left behind: Taking a 'people-centred' approach to improving access to health care for underserved groups in Europe." Eurohealth, **23**: 23-27.

Pauwels, L. (2015). Visual Sociology and antropology. Antwerp, Universitas.

Peretz, P. J., N. Islam and L. A. Matiz (2020). "Community health workers and Covid-19—addressing social determinants of health in times of crisis and beyond." New England Journal of Medicine **383**(19): e108.

Perry, H., Ed. (2013). A Brief History of Community Health Worker Programs. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policymakers, USAID, MCHIP.

Perry, H. (2020). "Health for the people: National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe." Washington DC: USAID.

Perry, H., R. Zulliger and M. Rogers (2014). "Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness." Annual review of public health **35**: 399-421.

Perry, H. B., M. Chowdhury, M. Were, K. LeBan, L. Crigler, S. Lewin, D. Musoke, M. Kok, K. Scott and M. Ballard (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 11. CHWs leading the way to "Health for All". " Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-21.

Perry, H. B. and S. Hodgins (2021). "Health for the people: past, current, and future contributions of national community health worker programs to achieving global health goals." Global Health: Science and Practice **9**(1): 1-9.

R. W. Aldridge, K. Miller, B. Jakubowski, L. Pereira, F. Fille and I. Noret (2017). Les laissés pour compte: L'échec de la couverture santé universelle en Europe. Rapport de l'Observatoire du Réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé. Médecins du Monde. London.

Raeymaeckers, P. (2022). Zorg voor je data - Informatiebrochure over gezondheidsdata. D. K. Boudewijnstichting. Brussel: 48.

RIZIV and Dokters van de Wereld (2014). Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Jo De Cock. Brussels, RIZIV: 18.

Rodela, K., N. Wiggins, K. Maes, T. Campos-Dominguez, V. Adewumi, P. Jewell and S. Mayfield-Johnson (2021). "The Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project: Engaging CHWs in Measurement to Sustain the Profession." Frontiers in Public Health **9**: 741.

Rondia, K., J. Adriaenssens, S. Van Den Broucke and L. Kohn (2019). Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries? Health Services Research, KCE Report 322. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). Brussels: 74.

Russell, G., M. Kunin, M. Harris, J.-F. Levesque, S. Descôteaux, C. Scott, V. Lewis, É. Dionne, J. Advocat and S. Dahrouge (2019). "Improving access to primary healthcare for vulnerable populations in Australia and Canada: protocol for a mixed-method evaluation of six complex interventions." BMJ open **9**(7): e027869.

Sacks, E., M. Morrow, W. T. Story, K. D. Shelley, D. Shanklin, M. Rahimtoola, A. Rosales, O. Ibe and E. Sarriot (2019). "Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all." BMJ global health **3**(Suppl 3): e001384.

Schleiff, M. J., I. Aitken, M. A. Alam, Z. A. Damtew and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and continuing education." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-28.

Schneider, H., H. Hlophe and D. Van Rensburg (2008). "Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects." Health Policy and Planning **23**(3): 179-187.

Schneider, H. and U. Lehmann (2016). "From community health workers to community health systems: time to widen the horizon?" Health Systems & Reform **2**(2): 112-118.

Schneider, H., J. Olivier, M. Orgill, L. Brady, E. Whyle, J. Zulu, M. San Sebastian, A. George and T. C. Collective (2021). "The Multiple Lenses on the Community Health System: Implications for Policy, Practice and Research." International Journal of Health Policy and Management: -.

Simmel, G. (1950). The Stranger. The Sociology of Georg Simmel. Translated and edited by Kurt H. Wolff. New York, The Free Press: 402-408.

Simoni, J. M., K. Nelson, J. Franks, S. Yard and K. Lehavot (2011). "Are Peer Interventions for HIV efficacious? A systematic Review." AIDS and Behavior **15**: 1589-1595.

Singh et al. (2018). The Task Force on Global Advantage Report. The Arnhold Institute for Global Health.

Skopec, M., H. Issa and M. Harris (2019). "Delivering cost effective healthcare through reverse innovation." BMJ **367**.

Spooner, C., V. Lewis, C. Scott, S. Dahrouge, J. Haggerty, G. Russell, J.-F. Levesque, E. Dionne, N. Stocks and M. F. Harris (2021). "Improving access to primary health care: a cross-case comparison based on an a priori program theory." International Journal for Equity in Health **20**(1): 1-15.

Strauss, A. and J. Corbin (1998). Basic of qualitative research (second edition): techniques and procedures for developing grounded theory. London, Sage.

Thys, R. (2020). Kwetsbaarheid en Veerkracht in Brussel: Brusselse gezinnen met kinderen in precaire levensomstandigheden. Inclusief Brussel, Brussel Platform Armoede, CAW Brussel et al. Brussel: 224.

Timmermans, S. and I. Tavory (2012). "Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis." Sociological theory **30**(3): 167-186.

United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development. (2021). "Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages." Retrieved 17 december 2021, from <https://sdgs.un.org/goals/goal3>.

van Ginneken, N., S. Lewin and V. Berridge (2010). "The emergence of community health worker programmes in the late apartheid era in South Africa: An historical analysis." Social Science & Medicine **71**(6): 1110-1118.

Vanden Bossche, D., S. Lagaert, S. Willems and P. Decat (2021). "Community health workers as a strategy to tackle psychosocial suffering due to physical distancing: a randomized controlled trial." International journal of environmental research and public health **18**(6): 3097.

Vanden Bossche, D., S. Willems and P. Decat (2022). "Understanding Trustful Relationships between Community Health Workers and Vulnerable Citizens during the COVID-19 Pandemic: A Realist Evaluation." International Journal of Environmental Research and Public Health **19**(5): 2496.

Vandenbroeck, P. and Braes T. (2020). Integrated community care for all: seven principles for care. Strategy paper to move ICC forward. Transnational Forum on Integrated Community Care. Brussels.

Westgate, C., D. Musoke, L. Crigler and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 7. Recent advances in supervision." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-18.

Wools-Kaloustian, K. K., J. E. Sidle, H. M. Selke, R. Vedanthan, E. K. Kemboi, L. J. Boit, V. T. Jebet, A. E. Carroll, W. M. Tierney and S. Kimaiyo (2009). "A model for extending antiretroviral care beyond the rural health centre." Journal of the International AIDS Society **12**(1): 22.

World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978,: 3.

World Health Organization (2016). Community health workers: a strategy to ensure access to primary health care services. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean: 35.

World Health Organization (2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2021). COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief. W. H. Organization. Geneva: 32.

World Health Organization. (2022). "Social Determinants of Health." 2022, from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

Zulu, J. M. and H. B. Perry (2021). Community health workers at the dawn of a new era, Springer. **19**: 1-5.