

RAPPORT 2022

COMMUNITY HEALTH WORKERS IN BELGIË



Dankbetuiging: De auteurs willen graag alle 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. Speciale dank gaat ook uit naar Jef Claeys die de dagelijkse registratiedata ter beschikking heeft gesteld en geanalyseerd voor dit rapport.

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

Auteurs: Caroline Masquillier & Edwin Wouters

Gelieve naar het rapport te verwijzen als: Masquillier Caroline en Wouters Edwin (2023), Community health workers in België – rapport 2022, Universiteit Antwerpen: Antwerpen, 155p., ISBN: 9789057287831

Illustratie Cover: Annelien Smet

Inhoudstafel

I. Inleiding	5
1. Definitie van Community health workers.....	7
2. Doelstelling van het CHW-project	8
3. Rolbeschrijving van CHW en supervisor-coach	9
4. Systeem voor opvolging van signalen over structurele toegankelijkheidsproblemen	13
5. CHWs in de kijker.....	16
II. Methode	18
1. Ethische toestemming	19
2. Methode	19
2.1. CHW-AIM workshop	19
2.2. Kwantitatief onderzoeksluik	21
3. Beperkingen en sterktes van de studie	23
III. Resultaten	25
1. CHW-AIM resultaten.....	26
1.1. Rol en rekrutering.....	26
1.1.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	36
1.2. Opleiding.....	38
1.2.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	39
1.3. Inbedding in de gemeenschap.....	42
1.3.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	48
1.4. Aansluiting bij de gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties.....	49
1.4.1. Bestaande samenwerkingsverbanden met eerstelijnsactoren.....	50
1.4.2. Bestaande samenwerkingsverbanden met welzijnsactoren.....	54
1.4.3. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	56
1.5. Ondersteunende materialen	62
1.5.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	63
1.6. Data	63
1.6.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	65
1.7. Supervisie	66
1.7.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	68
1.8. Vergoeding	70
1.8.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	70
1.9. Accreditatie.....	71
1.9.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	71
1.10. Carrière mogelijkheden	73
1.10.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties	75
2. Kwantitatieve resultaten	75
2.1. Profiel van de CHWs in het Belgische CHW-project	76
2.2. Profiel van de mensen die de CHWs ondersteunen	77
2.3. Profiel van de Coaches in het CHW-project.....	79
2.4. Indicatoren	80
2.4.1. Indicator #1: Niveau van vergoeding, voordelen en promotie van CHWs.....	80
2.4.2. Indicator #2: CHWs voeren de kernrollen uit	82

2.4.3.	Indicator #3. CHW-gefaciliteerde verwijzingen	82
2.4.4.	Indicator #4. CHW betrokkenheid bij besluitvorming en beleid	85
2.4.5.	Indicator #5. CHW integratie in teams.....	86
2.4.6.	Indicator #6. Deelnemers: zelf-gerapporteerde fysieke, mentale en emotionele gezondheid 90	
2.4.7.	Indicator #7. Gezondheidszorg en sociale behoeften van de personen die CHWs ondersteunen	91
2.4.8.	Indicator #8. Sociale steun voor de personen die CHWs ondersteunen.....	91
2.4.9.	Indicator #9. Empowerment van deelnemers	92
2.4.10.	Indicator #10. Beleid en systeemverandering (werkgeversniveau)	92
2.4.11.	Indicator #11. Beleid en systeemverandering (staatsniveau).....	92
2.4.12.	Indicator #12. Ondersteunend en reflectief toezicht op CHW.....	93
IV. Signalen & samenwerking		97
1.	Signalen.....	98
2.	Samenwerkingen van het CHW-project.....	101
2.1.	Samenwerkingen in 2022	101
2.1.1.	Overleg en samenwerking op federaal niveau	101
2.1.2.	Wallonië en Duitstalige gemeenschap.....	102
2.1.3.	Brussel.....	115
2.1.4.	Vlaanderen.....	121
2.1.	Organisaties en personen die nood aan CHWs aangeven	137
V. Discussie.....		138
1.	CHW-AIM workshop en kwantitatieve resultaten	139
1.1.	Rol en rekrutering	139
1.2.	Opleiding.....	141
1.3.	Inbedding in de gemeenschap.....	142
1.4.	Aansluiting bij de gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties	143
1.5.	Ondersteunende materialen	145
1.6.	Data	145
1.7.	Supervisie	146
1.8.	Vergoeding	147
1.9.	Accreditatie.....	148
1.10.	Carrière mogelijkheden	149
2.	Conclusie	149
VI. Bronnen.....		152

I. Inleiding

Het tweede jaar van het Community health worker (CHW)-project – uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeit (RIZIV) en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) – ging van start in januari 2022. De start van dit jaar werd ook gekenmerkt door een vijfde COVID-19 golf in België. Terwijl de besmettingscijfers afnamen, startte een kleine twee maand later de oorlog in Oekraïne. In deze veranderende context van versoepelingen van de COVID-19 maatregelen maar ook een toenemende instroom van Oekraïense vluchtelingen bleven de CHWs actief door dichtbij de mensen te werken en zich flexibel aan te passen aan de veranderende lokale context.

De bestuursstructuur en de wijken waarin de CHWs actief waren bleven dezelfde als deze in het eerste jaar (cf. (Masquillier, Cosaert et al. 2022)). Om de CHWs in hun lokale werking te ondersteunen, werd verder gebouwd aan het federale overkoepelende kader. Zo werden verschillende werkgroepen opgericht met een thematische afbakening om het CHW-project verder vorm te geven op basis van de lessen van het eerste project jaar (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Meer specifiek gingen de volgende thematische werkgroepen van start: rolbeschrijving; personeelszaken; visibiliteit; indicatoren; en de registratietool. Elk van de werkgroepen bestond uit verschillende CHWs, coaches en coördinatoren van de drie regio's – in sommige werkgroepen aangevuld door een onderzoeker.

In dit rapport brengen we de activiteiten van het tweede jaar van het CHW-project in kaart. Samen met de CHWs, coaches en coördinatoren evalueren we op een kwalitatieve manier de design- en implementatie-uitdagingen. Bijkomend werd ingezoomd op het formuleren van voorstellen over hoe deze uitdagingen toekomstgericht aangepakt kunnen worden. Deze evaluatie werd gebaseerd op de “Community Health Worker (CHW) Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services” (Ballard, Bonds et al. 2018). *CHW-AIM* werd in 2018 ontwikkeld door “United States Agency for International Development” (USAID), “United Nations Children's Fund” (UNICEF), de “Community Health Impact Coalition”, and “Initiatives Inc” op basis van wetenschappelijke bevindingen en de richtlijnen van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor het optimaliseren van CHW programma's wereldwijd (World Health Organization 2018). Voor het kwantitatieve onderzoeksluik werd verder gebouwd op het werk van het “Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project” in de Verenigde Staten (Rodela, Wiggins et al. 2021). Het werk van deze beide internationale projecten werd aangepast aan de Belgische context.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport krijgt de lezer inzicht in de verder op punt gestelde definitie van CHWs, alsook een overzicht van de doelstellingen en rollen van de CHWs. Daarna gaan we in op de opstart van een systeem voor opvolging van signalen over structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg. Verder geven we een kort overzicht van de aandacht die het project kreeg in de pers en tijdens ontmoetingen met stakeholders en op symposia. In het tweede hoofdstuk zoomen we in op de gehanteerde onderzoeksmethoden. Het derde hoofdstuk bespreekt de resultaten van de *CHW-AIM* workshop en de kwantitatieve bevindingen. Hoofdstuk vier illustreert de structurele signalen die de CHWs als onderdeel van hun functie opvingen, alsook de interesse vanuit verschillende partners in het veld en de bestaande samenwerkingen in 2022. Een discussie besluit dit rapport, waar aandacht is voor het samenbrengen van de *CHW-AIM* resultaten en de kwantitatieve bevraging.

1. Definitie van Community health workers

Internationaal bestaat er een grote diversiteit aan definities voor CHWs (Olaniran, Smith et al. 2017, Afzal, Pariyo et al. 2021). Om de definitie scherp te stellen voor de Belgische context, werd in samenspraak met de CHWs, coaches en coördinatoren een passende definitie geformuleerd (cf. Kader 1.1). Het werk van de “American Public Health Association (APHA)” (American Public Health Association 2014, The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018) vormde hiervoor het uitgangspunt.

Kader 1.1: definitie van CHWs in Belgische CHW-project

CHW	Een community health worker (CHW) helpt om gezondheidsongelijkheden te verminderen. De CHW staat in de frontlinie en beschikt over een transculturele houding ¹ . Hij/zij is een vertrouwd lid van de gemeenschap waarin hij/zij werkt of hij/zij heeft er een bijzonder goede band mee en kennis over. Door deze vertrouwensrelatie fungeert de CHW als verbindingspersoon tussen de gezondheids- en welzijnsdiensten en de gemeenschap in de kwetsbare wijken. Dit vergemakkelijkt de toegang tot diensten en verbetert de kwaliteit van de dienstverlening. Een CHW vergroot de kennis over gezondheid en de zelfredzaamheid. Zo bouwt hij/zij aan het vermogen van het individu en de gemeenschap. Hiervoor zet de CHW activiteiten in zoals gezondheidseducatie, informeel advies, sociale steun en belangenbehartiging. De community health worker sensibiliseert zorg- en welzijnsprofessionals over het belang van aangepaste communicatie. Daarnaast informeert hij/zij hen over de effecten van sociale determinanten ² voor gezondheid op het leven van patiënten en hun zorg
------------	--

¹ In deze definitie baseren we ons op het werk van Hoffman (2002) voor de kenmerken van een transculturele houding: Op een gelijkwaardige manier met elkaar omgaan; Zich bewust zijn van de eigen waarden en normen en de subjectiviteit hiervan; Open staan voor andere betekenisgeving en van elkaar willen leren; Belangstelling hebben voor de betekenisgeving van anderen, hoe anders ook; Laat zich naar eigen keuze in zijn dagelijks leven leiden door die elementen uit andere culturen die hij als positief ervaart; Heeft zowel oog voor de overeenkomsten als voor de verschillen; Benadert elk mens als persoon, niet als lid van een bepaalde etnische groep. Hoffman, E. (2002). Interculturele gespreksvoering: theorie en praktijk van het TOPQI model, Bohn Stafleu van Loghum.

² Sociale determinanten van gezondheid verwijzen “naar de omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen, werken, leven. [...] Sociale determinanten van gezondheid kunnen ons beschermen tegen gezondheidsproblemen (vb. weinig conflicten tijdens de kindertijd, een sociaal vangnet, een gezonde woonst, een goede buurt), maar kunnen ook net onze kansen op gezondheidsproblemen vergroten (vb. een stressvolle kindertijd, weinig mensen om op terug te vallen, een ongezonde woonst, een onveilige buurt,...)”. Vlaams Instituut GezondLeven. (2022). "Sociale Determinanten van Gezondheid." from <https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/sociale-determinanten-van-gezondheid#:~:text=Wat%20zijn%20sociale%20determinanten%20van,belangrijke%20invloed%20uitoefenen%20op%20gezondheid.>

2. Doelstelling van het CHW-project

Verder werd, op basis van de lessen geleerd in het eerste jaar, het doel van het CHW-project in het tweede jaar verder op scherp gesteld (cf. Kader 1.2):

Kader 1.2: doelstelling van CHW-project

Doel	Het verbeteren van de toegankelijkheid tot de eerstelijnsgezondheidszorg voor 'onderbediende' kwetsbare groepen in de armere wijken door het outreachend inzetten van community health workers die lid zijn van of een vertrouwde band en een goede kennis hebben van de gemeenschap³ waarin ze werken. Onder kwetsbare groepen verstaan we mensen die zich bevinden op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden die met elkaar verweven zijn en die elkaar kunnen versterken. Door deze maatschappelijk kwetsbare situatie waarin ze leven, ervaren ze allerlei obstakels in hun toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg, die voor hen 'hard to reach' is.
Kerntaken	1. Identificeren van barrières in de toegang tot de zorg en ondersteuning bieden op maat van de individuele persoon met als doel: a. de erkenning door de persoon zelf van de zorgnood (bv. het belang van vaccinatie), b. de persoon te helpen om zijn verschillende noden en barrières duidelijk te kunnen aangeven en te verwoorden, c. Personen uit de doelgroep te ondersteunen om deze barrières langs het toegang-tot-zorg-continuüm te overstijgen 2. Informatie verschaffen over en helpen navigeren in het gezondheidszorgsysteem 3. Mensen toeleiden naar zorg- en welzijnsinstellingen zoals huisarts, tandarts, ziekenfonds, kind en gezin, ... 4. De kwetsbare groepen motiveren en aanmoedigen tot en ondersteunen in het gebruik van de gezondheidszorg door vertrouwen te geven, een luisterend oor te bieden, mensen te herinneren aan afspraken, verder opvolgen van afspraken. 5. Gezondheidsvaardigheden versterken op zowel individueel als groepsniveau, met het oog op het nemen van beslissingen inzake gezondheidszorg en om de levenskwaliteit op peil te houden of te verbeteren en met bijzondere aandacht voor de noden ingevolge de COVID-19-crisis.

	6. De ongelijkheid en de structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg signaleren door detectie van problemen vanuit de verhalen en de hulpvraag van de mensen en door de uitbouw van een sterk netwerk.
	7. Belangenbehartiging: zorg- en welzijnsprofessionals informeren en sensibiliseren over de troeven van de gemeenschap en de uitdagingen en barrières die de doelgroep ervaart.

3. Rolbeschrijving van CHW en supervisor-coach

In het eerste jaar werd rolonduidelijkheid aangegeven als één van de grootste uitdagingen (Masquillier, Cosaert et al. 2022). In het tweede projectjaar werd daarom sterk ingezet om de rollen van de CHW en supervisor-coach te verduidelijken. Dit is immers belangrijk voor verschillende redenen: om als CHW diens werk goed te kunnen afbakenen; om te kunnen communiceren naar andere actoren en partners in het veld; om heldere verwachtingen te scheppen bij de doelgroep; ter registratie in de online tool; en om trainingen op af te stemmen.

CHW-rolbeschrijving

Om deze rollen scherp te stellen werd een werkgroep opgericht samengesteld uit CHWs, coaches, coördinatoren en een onderzoeker om de rol van de CHWs verder te verfijnen. Als basis werd vertrokken van het werk van “The Community Health Worker Core Consensus (C3) project” in de Verenigde Staten, dat tot doel heeft “de samenhang op het terrein te vergroten en bij te dragen tot de zichtbaarheid en een beter begrip van het volledige potentieel van CHWs om de gezondheid, gemeenschapsontwikkeling en toegang tot zorgsystemen te verbeteren” (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018: p. 6). In nauwe samenwerking met CHWs, formuleerde het Amerikaans team tien CHW-kernrollen (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018). In samenspraak met de Belgische CHWs, coaches, coördinatoren en de onderzoeker werden deze rollen aangepast aan de Belgische context. De Nederlandstalige versie werd ook nagelezen door Heerlijk Helder, een dienst van één van de mutualiteiten die aandacht heeft voor duidelijke en eenvoudige taal. Dit bleek een erg waardevolle oefening daar men in één team aangaf dat de taal van de rolbeschrijving té complex was. Deze vertaalslag naar de Belgische context van de rollen van het C3 project, werd teruggekoppeld naar de originele ontwikkelaars in de Verenigde Staten. In Kader 1.3 kan u de rolbeschrijving van de CHWs in het Belgische CHW-project vinden.

Kader 1.3: Rolbeschrijving CHWs

1.	Bruggenbouwer tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals
	a. Informeren van individuen en gemeenschappen over de werking van het gezondheidszorg- en welzijnssysteem en hoe dit te gebruiken.

	b. Zorg - of welzijnsprofessionals helpen om beter te begrijpen hoe de persoon met een hulpvraag naar gezondheid kijkt en het contact met gezondheidszorg beleeft, met bijzondere aandacht voor het belang van communicatie op maat van de persoon. c. Faciliteren van de communicatie tussen zorgvrager en zorg-of welzijnsprofessional
2.	Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie Verstrekken van de nodige informatie om: a. mensen te helpen om hun gezondheidsbehoefte te erkennen, beter te begrijpen en hun gezondheidssituatie zelf in handen te nemen. b. organisaties, zorg - of welzijnsprofessionals te helpen om de communicatiestijl aan te passen aan de specifieke kenmerken en noden van de persoon met een hulpvraag en de gemeenschap.
3.	Navigatie in het gezondheidszorgsysteem a. Leiden naar zorg- en welzijnsinstanties en follow-up verzekeren. b. Barrières in de toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg verminderen (bv. met betrekking tot mobiliteit, financiële barrières, taal ...). c. Gegevens documenteren en bijhouden op het individueel niveau van de persoon die geholpen wordt. d. Zorgverleners en medewerkers van lokale organisaties (bv. OCMW ...) informeren over de troeven en uitdagingen van de gemeenschap naar aanleiding van een individuele vraag naar ondersteuning.
4.	Bieden van coaching en sociale steun a. Bieden van individuele steun en coaching. b. Het aanbod inzake eerstelijnszorg en welzijn in de gemeenschap in kaart brengen en ter beschikking stellen van inwoners zodat ze in staat zijn om op termijn zelfstandig contact op te nemen, wanneer nodig. c. Mensen motiveren en aanmoedigen om gebruik te maken van zorg en andere diensten. Indien nodig zorgen voor de eerste connectie om hen vervolgens in staat te stellen dit nadien zelfstandig op te nemen. d. Ondersteuning van zelfmanagement. e. Plannen of leiden van groepsinterventies.
5.	Opkomen voor individuen en gemeenschappen a. De behoeften en visie op gezondheid van gemeenschappen onder de aandacht brengen van gezondheidsactoren en beleidsmakers door te pleiten voor maatschappelijke verandering. b. Signalen zoals structurele barrières of tekorten in de organisatie van het gezondheidssysteem capteren door de mensen in de gemeenschap op te volgen en te beluisteren en een veilige omgeving te creëren zodat deze mensen hun behoeften en zorgen kunnen en durven uiten. c. Zorgverleners en medewerkers van lokale organisaties (bv. OCMW ...) informeren en sensibiliseren over de barrières van de gemeenschap naar aanleiding van een individuele vraag naar ondersteuning.

6.	Versterken van gezondheidsvaardigheden⁴ op individueel en groepsniveau a. Individuele gezondheidsvaardigheden versterken. b. gezondheidsvaardigheden van groepen versterken (bv. zelf organiseren of faciliteren van groepssessies en infomomenten over thema's op maat van de doelgroep zoals diabetes of vaccinatie). c. Uitwisseling van ervaringen en individuele capaciteitsopbouw onder CHWs.
7.	Outreached optreden a. Mensen die leven in kwetsbare omstandigheden opzoeken in hun eigen leefwereld en (proactief) hulp en ondersteuning aanbieden om de gezondheid en het welzijn te verbeteren. b. Follow-up van contacten met personen, gezinnen en groepen op het gebied van gezondheidszorg en sociale diensten. c. De rol van CHW kenbaar maken bij plaatselijke instanties en tijdens gemeenschapsevenementen. d. Een netwerk uitbouwen en bronnen detecteren die het outreachend werken ondersteunen.
8.	Deelnemen aan evaluatie en onderzoek a. Betrokken zijn bij de evaluatie van CHW-dienstverlening. b. Deelname aan evaluatie van het project en onderzoek: - verzameling en interpretatie van gegevens, - uitwisseling van resultaten en bevindingen.

De nieuw beschreven rollen werden per regio toegelicht aan alle CHWs. Er werd benadrukt dat het een “levend document” is, dat gaandeweg verder verfijnd kan worden door ervaringen in het veld. Verder werd deze rolbeschrijving ook kenbaar gemaakt op de website van het CHW-project en toegelicht op verschillende evenementen, zoals het “Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn” (VIVEL) netwerk event. Ook werd er ingezet op de bekendmaking van de rolbeschrijving naar de diensten Maatschappelijk Werk van de Mutualiteiten. Zo werd er in Vlaanderen eerst overkoepelend gecommuniceerd en vervolgens meer in detail per provincie. In Brussel, Wallonië en Duitstalige gemeenschap gingen CHWs en mensen van de diensten maatschappelijk werk van de verschillende mutualiteiten in gesprek om deze rol kenbaar te maken. In deze gesprekken werden de grenzen van de rollen van de CHWs besproken om zo goede toekomstige samenwerking te faciliteren.

⁴ Gezondheidsvaardigheden = de kennis, motivatie en het vermogen van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te beoordelen en toe te passen, met het oog op het nemen van beslissingen inzake gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering en om de levenskwaliteit op peil te houden of te verbeteren. (Definitie van health literacy voorgesteld door Sørensen e.a. (2012) en die door andere toonaangevende auteurs werd overgenomen (Kickbush et al., 2013; Nutbeam & Muscat, 2021))

De rollen van een supervisor-coach

Een supervisor-coach van elke regio heeft bijgedragen aan het vormgeven van diens rolbeschrijving. Men is begonnen van een reflectie op basis van de rollen van de CHWs, in combinatie met de praktijkervaring. Op basis daarvan werden onderstaande rollen ontwikkeld (cf. Kader 1.4). In het vervolg van dit rapport maken we gebruik van de term coach, ter verwijzing naar de supervisor-coach rollen hieronder beschreven.

Kader 1.4: rollen van supervisor-coach

1	Netwerk uitbouwen en onderhouden: a. Legt contacten met het gezondheids- en zorgnetwerk in de gemeente/stad om samenwerkingsverbanden op te starten en meer bekendheid te geven aan de CHW-werking b. Draagt bij aan en stimuleert interacties tussen de verschillende actoren met het oog op een goede samenwerking c. Onderhoudt goede professionele betrekkingen met de andere actoren op het terrein
2	Leiding geven: a. Creëert het kader en zet de richting uit in de gemeente/stad in overeenstemming met de doelstelling van de CHW b. Zorgt voor een veilige werkomgeving die de CHW in staat stelt zijn/haar ondersteunde rol ten volle op te nemen c. Volgt de werking van elke CHW op het terrein en stuurt bij waar nodig d. Zorgt voor een correcte toepassing van de registratie van de activiteiten van de CHW en stuurt bij waar nodig
3	Coaching: a. Versterkt de kennis van de CHW bij de toepassing van de juiste doorverwijzingen op het terrein b. Bevordert de uitwisseling van ervaringen binnen het team door o.m. de organisatie van interviews op regelmatige basis c. Motiveert en ondersteunt de CHW bij de uitvoering van zijn/haar rol d. Helpt mee bij de organisatie en planning van opleidingen voor de CHW e. Begeleiden/observeren van CHW in het veld om positieve feedback te geven en eventuele verbeterpunten aan te pakken
4	Projectontwikkeling: a. Neemt deel aan de verbetering/ontwikkeling van instrumenten/procedures om het werk van de CHW te optimaliseren (registratie, communicatie, hulpmiddelen, ...) b. Zet proactief in op de implementatie van instrumenten/procedures die ontwikkeld worden c. Neemt deel aan diverse werkgroepen d. Koppelt informatie vanop het veld terug richting de projectleiding en collega-supervisor/coaches e. Signaleert structurele barrières richting projectleiding en partners en zoekt mee naar oplossingen

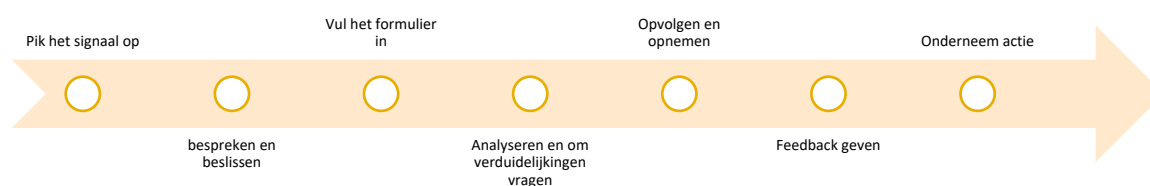
	f. Werkt actief mee aan onderzoek
5	Personeelsbeheer: a. Staat in voor het teambeheer (werkplanning, materiaalaanvraag, ...) b. Is verantwoordelijk voor de input bij HR-ondersteuning (prestatiestaten, verlof, ziekte, onkosten, ...) c. Evalueert de teamleden via permanente opvolging en individuele gesprekken d. Neemt deel aan selectie van nieuwe teamleden

4. Systeem voor opvolging van signalen over structurele toegankelijkheidsproblemen

Eén van de uitdagingen van het eerste projectjaar was de afwezigheid van een gestructureerde en uniforme aanpak voor het doorgeven en opvolgen van signalen over structurele barrières in toegang tot gezondheidszorg (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Tijdens de dagelijkse werkzaamheden pikken CHWs op verschillende manieren belangrijke signalen op: rechtstreeks van de mensen die ermee te maken hebben; door het zelf ervaren van onvolkomenheden in de organisatie van het systeem; en via partnerorganisaties (Eerstelijnszone Gent 2022).

Zo werd in de loop van de eerste helft van het tweede projectjaar actie ondernomen om na te gaan hoe het project op een meer structurele manier kon omgaan met deze beleidssignalen. Ter voorbereiding hiervan werd een vergadering georganiseerd met leden van de “Werkgroep Signalen Gent” over hun werk met de Signalenbundel. Op basis van het werk van deze werkgroep (Eerstelijnszone Gent 2022), werd een strategie ontwikkeld om signalen van CHWs en coaches te capteren. Een structureel signaal werd in dit project gedefinieerd – op basis van het werk van de “Werkgroep Signalen Gent” – als “een probleem, tekort en/of behoefte die regelmatig terugkeert bij de doelgroep en aanverwante sectoren en die een structurele component heeft”. Pas wanneer een signaal de hieronder beschreven procedure volledig heeft doorlopen, spreken we van een "structureel signaal". Een structureel signaal moet duidelijk, neutraal, erkend, en gedeeld zijn.

Figuur 1.1: opvolging van signalen over structurele toegankelijkheidsproblemen



In een werkgroep met CHWs, coaches, coördinatoren en een onderzoeker werd een structurele aanpak opgezet – geïnspireerd op het voorbeeld van de “Werkgroep Signalen Gent”. Figuur 1.1 toont deze *flow*, die verder wordt toegelicht in kader 1.5. De eerste resultaten van deze oefening kan u vinden in hoofdstuk IV. Deze strategie is in volle testfase en staat derhalve nog in haar kinderschoenen. In 2023 zal dit structurele signalenbeleid verder op punt worden gesteld.

Kader 1.5: toelichting proces structurele signalen capteren en opvolging

Stap	Proces	Uitvoerder
Een signaal opmerken	Op basis van zijn/haar ervaringen en observaties in het veld kan een CHW het relevant achten om te wijzen op een structurele barrière voor de toegang tot gezondheidszorg.	CHW
Verzamelen en bespreken	De CHW bespreekt deze situatie met zijn/haar coach en team tijdens een vergadering. De bespreking van signalen wordt tweewekelijks op de agenda geplaatst door de coach. Ingeval de situatie die voorgelegd wordt regelmatig terugkomt en een structurele component omvat, beslist de coach om het signaal formeel te registreren.	Coach /CHW-team
Registreren	De coach gebruikt een formulier om de structurele problematische situatie te melden. Hij/zij kan ook mogelijke oplossingen voorstellen voor de te nemen acties. Hiervoor werd een online formulier ontworpen dat de coach kan invullen. Dit formulier werd getest door enkele CHWs en verder verfijnd en omvat de volgende vragen: Naam; e-mail; telefoonnummer; regio; wijk; welk signaal te melden?; signaal voor de begunstigde of voor de CHW-werknemer?; waar en hoe werd dit signaal opgepikt?; betrokkenheid van een andere organisatie?; met wie werken we regelmatig samen?; Is het een deel van het probleem of de oplossing?; Mogelijke oplossingen?	Coach
Bundelen en verduidelijking vragen	De regionale coördinatoren bundelen alle signalen voor hun regio en doen een eerste analyse per signaal. Indien nodig, vragen ze om verduidelijking aan de coach.	Regionale coördinatoren
Analyseren	De regionale coördinatoren analyseren samen met de federale coördinator de signalen op regelmatige basis. Afhankelijk van de situatie kunnen ze om opheldering vragen over het signaal. De betrokken regionale coördinator is verantwoordelijk voor het vragen van de initiërende coach om eventuele verduidelijkingen. Structurele signalen zijn niet altijd zo genuanceerd en zo helder dat het meteen duidelijk is wat ermee moet gebeuren. Vaak vraagt een structureel signaal om een nadere 'precisering' vooraleer duidelijk wordt welke actie eventueel noodzakelijk en/of haalbaar is. De analyse beschrijft zo goed mogelijk het probleem en de	Federale en regionale coördinatoren

	situatie/context: Wat is het probleem?; Voor wie is het een probleem?; Welke organisaties zijn hier al mee bezig?; Wat zijn factoren die dit signaal beïnvloeden of zelfs bepalen?; Wat is bekend over de omvang, de spreiding, de diversiteit, de ernst van het signaal?; Wat zijn mogelijke oorzaken en gevolgen?; Welke data zijn over dit signaal gekend?; Bij wie kunnen we over het signaal ten rade gaan om het verder uit te diepen? Het eindresultaat van de analyse is een antwoord per signaal op bovenstaande vragen en de huidige positionering van betrokken actoren op het inhoudelijk signaal.	
Beslissing tot actie	De regionale coördinatoren stellen samen met de federale coördinator een plan van aanpak voor in samenwerking met relevante anderen ter opvolging van elk signaal en registreren de acties die in dit kader moeten worden uitgevoerd. Volgende vragen komen aan bod nadat het structureel signaal met haar bijhorende analyse is voorgesteld: - Zijn alle relevante partners/ actoren gekend? - Wat zijn mogelijke adviezen over wat kan/moet gebeuren? - Is het duidelijk waar de actie toe moet leiden? - Is er ruim draagvlak (politiek, e.a.) - Is actie wenselijk en haalbaar? - Liggen doelstellingen, middelen en beoogde resultaten in elkaars verlengde? - Zijn de nodige middelen inzetbaar? - Zijn er goede afspraken met de samenwerkingspartners? - Moeten er vooraf gegevens vastgelegd worden om later te kunnen evalueren? - Etc.	Federale en regionale coördinatoren
Actie!	De federale coördinator centraliseert en coördineert de acties en is verantwoordelijk voor de regio-overschrijdende acties, de regionale coördinatoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de acties waarvan de uitvoering zich op niveau van hun regio situeren.	Federale coördinator
Feedback krijgen en geven	Elke regionale coördinator zorgt voor terugkoppeling van een stand van zaken over alle signalen en dit regio-overschrijdend, zeker naar de coaches en CHWs maar ook	Regionale coördinator

	alle actoren/organisaties die het signaal aanbrachten of op een andere manier betrokken zijn.	
--	---	--

5. CHWs in de kijker

Studiedag CHW 12 oktober 2022

Het CHW-project werd in detail voorgesteld op het CHW-symposium op 12.10.2022 georganiseerd in de gebouwen van het RIZIV. Dhr. Michael Daubie beet de spits af die dag waarbij hij het CHW-project kaderde binnen het groter geheel van het witboek over toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Nadien lichtte Dr. Caroline Masquillier kort de resultaten toe van het onderzoek 2021 en maakte ze de brug naar 2022. Vervolgens kwamen de CHWs zelf aan het woord en brachten ze het terreinwerk even mee binnen in het RIZIV, waardoor de deelnemers een blik kregen op de werking op het terrein. De CHWs deden dit aan de hand van presentaties, video's en verschillende illustratieve casussen uit hun dagdagelijkse praktijk. Verder werd een eerste inzicht gegeven in de data die dankzij de registratietool door de CHWs werden verzameld. Leden van "Dokters van de Wereld", de "Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg & Tuberculose bestrijding" (VRGT), "Interculturele bemiddelaars", "Ervaringsdeskundigen" en een vertegenwoordiger van het CHW-project namen deel aan een paneldiscussie omtrent toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg. Dé boodschap van de panelleden rond het belang van 'samenwerken' werd onderstreept door Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke in zijn toespraak. Tijdens zijn speech sprak de minister diens appreciatie en steun voor het CHW-project uit. Hij vestigde ook de aandacht op het belang van het bekijken hoe CHWs een duurzame plek kunnen krijgen in ons Belgisch zorglandschap om zo mensen te blijven bereiken die tussen de mazen van het gezondheidszorgsysteem vallen. De dag werd afgesloten door Dhr. Luc van Gorp, voorzitter van het NIC, die de meerwaarde van de CHWs in ons zorg-en welzijnslandschap verder in de verf zette.

Geven van lezingen

De CHWs werden uitgenodigd om op verschillende momenten hun werking kenbaar te maken. Begin februari, presenteerde één van de CHWs haar werk met een link naar haar eigen levenservaring op een "inspiratiemoment Gezondheidsvaardigheden" georganiseerd door de Stad Gent (24.02.2022). Op 27.04.2022 lichtte één van de coördinatoren het CHW-project toe op de Cross Talks workshop met als thema "Hoe versterken lokale initiatieven federale gezondheidsdoelen?" – een initiatief van de Vrije Universiteit Brussel. Tijdens het VIVEL-netwerkevent te Mechelen voor de zorgraden, representeerden een CHW, coach en coördinator het CHW-project (07.05.2022). Op het seminarie "Migration and Health: race and ethnicity in the health sector" van het Instituut voor Tropische Geneeskunde en de Universiteit Antwerpen, illustreerde één van de CHWs diens werk tijdens een presentatie (02.06.2022). Een CHW en Vlaamse coördinator namen deel aan een panelgesprek na de vertoning van een documentaire over CHWs in El Salvador (28.06.2022) over de vraag hoe de gezondheidskennis van mensen die leven in kwetsbare omstandigheden te vergroten. Verder werd in samenwerking met de Universiteit Gent, de Gezondheidsgidsen Gent, de Universiteit Antwerpen en het CHW-project een workshop georganiseerd op een congres van het "European Forum of Primary Care" met als titel "Community health workers, pioneers of integrated community care" (26.09.2022). In Oktober gaf een CHW een illustratie van diens werk in een les voor de derde Bachelor Geneeskunde

aan de Universiteit Antwerpen (4.10.2022). Op 15.11.2022 namen twee CHWs en een Vlaamse coördinator deel aan een workshop in Aalst tijdens een themadag voor studenten verpleegkunde, waarbij men eerst het CHW-project toelichtte en daarna in dialoog ging met de studenten over toegankelijkheid van zorg. Op 24.11.2022 waren leden van het CHW-project ook aanwezig met een informatiestand tijdens de netwerklunch op de intermutualistische studiedag “Doelgerichte Zorg”.

CHW in de pers en publicatie

Naast het symposium en de verschillende opportuniteiten om het CHW-project kenbaar te maken aan een breed publiek, was er ook in de pers aandacht voor de CHWs: [De Standaard](#); [De Morgen](#); Metro; [Alter Echos](#); [Visie.net](#); [Universiteit van Vlaanderen](#); en [EOS](#). Daarnaast werd ook een [opinie artikel](#) gepubliceerd met een reflectie over het belang van een lange termijnbeleidsvisie en duurzame financiering om het CHW-project verder succesvol uit te bouwen.

II. Methode

1. Ethische toestemming

Er werd positief advies verkregen voor het dossier ingediend bij het Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen (EASHW) van de Universiteit Antwerpen (Uantwerpen) voor de onderzoeksactiviteiten van het tweede projectjaar (SHW_21_55 (WIJZIGING)).

2. Methode

Centraal in het rapport van het tweede jaar staat een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van het CHW-project. Eerst zoomen we in op de kwalitatieve evaluatie op basis van de “Community Health Worker (CHW) Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services” (Ballard, Bonds et al. 2018). Vervolgens bieden we een overzicht van het project aan de hand van kwantitatieve indicatoren – gebaseerd op het “Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project” in de Verenigde Staten (VS) (Rodela, Wiggins et al. 2021).

2.1. CHW-AIM workshop

In lijn met de academische literatuur, werd een workshop georganiseerd op het einde van de eerste helft van het tweede project jaar. Deze workshop werd gebaseerd op de “Community Health Worker (CHW) Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services” (Ballard, Bonds et al. 2018). Dit model werd in 2018 ontwikkeld door “United States Agency for International Development” (USAID), “United Nations Children's Fund” (UNICEF), de “Community Health Impact Coalition”, and “Initiatives Inc” op basis van wetenschappelijke bevindingen en de richtlijnen van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor het optimaliseren van CHW programma's wereldwijd (World Health Organization 2018). *CHW AIM* vormt een basis om CHW-programma's te evalueren op tien thema's: (1) rol en rekrutering; (2) training; (3) accreditatie; (4) tools; (5) supervisie; (6) vergoeding; (7) betrokkenheid van de gemeenschap; (8) carrièremogelijkheden; (9) data; en (10) link met het nationaal gezondheidssysteem. *CHW AIM* werd reeds gebruikt door de Ministeries van Gezondheid van Kenya en Sierra Leone, alsook door de UNICEF's Child and Community Health Unit als een basis voor het evalueren van CHW-systemen in zeven landen (Bangladesh, Democratische Republiek Congo, Haiti, Keyna, Liberia, Mali en Oeganda).

Om deze *CHW-AIM* workshop voor te bereiden werd eerst een vragenlijst verzonden naar alle teams in het Belgische CHW-project (fase 1). Vervolgens werden deze antwoorden geanalyseerd (fase 2) en mee geïntegreerd in de eigenlijke workshop (fase 3).

Fase 1. Voorbereidende vragenlijst

Ter voorbereiding van de workshop, werd een vragenlijst opgesteld die focust op de tien bovengenoemde thema's zoals vooropgesteld door *CHW-AIM*. De open vragen in deze vragenlijst peilen naar de huidige activiteiten, maar ook naar ieders visie over de toekomst met betrekking tot de bovenstaande tien thema's. Na het opstellen van deze vragenlijst werd deze afgetoetst en aangepast op basis van feedback van verschillende CHWs en coaches. Daarna werden alle coaches en coördinatoren uitgenodigd tijdens een presentatie over de vragenlijst waar er ook ruimte was voor

bespreking van de voorgestelde vragen. De feedback op de vragen werd verwerkt, alvorens de finale versie door te sturen naar alle coaches. Hierbij werd benadrukt dat dit geen individuele evaluatie is van de CHWs of coaches, maar een oefening om te leren van dat wat goed gaat in het CHW-project en waar er nog mogelijkheden zijn voor verbetering. De coaches werden gevraagd om ter voorbereiding van het gezamenlijk gesprek de vragenlijst door te sturen naar de CHWs in het team, zodat de CHWs zich konden voorbereiden op het gesprek. Daarna besprak elke coach samen met alle CHWs in haar/zijn team de vragen. Nadat de coaches samen met de CHWs in hun team de vragen hadden beantwoord in het vragenformulier, werd gevraagd om de antwoorden na te laten lezen door alle CHWs in het respectievelijke team voor feedback, zodat de antwoorden gedragen werden door alle CHWs. Indien de CHWs en coaches akkoord gingen met het gebruik van deze informatie voor het onderzoek stuurden zij het ingevulde vragenformulier terug naar de onderzoeker. In twee teams werd er deels afgeweken van deze procedure. Omdat in één team de coach afwezig was, vulden eerst de CHWs de vragen apart in, waarna deze werden samengebracht door een lokale coördinator van de desbetreffende stad. Deze samengevoegde antwoorden werden dan in het team besproken en doorgestuurd. In een ander team werden bepaalde thema's gezamenlijk besproken met het hele team, in duo's of individueel omwille van tijdsgebrek.

Fase 2. Analyse antwoorden vragenlijst

De feedback op deze vragen werd anoniem verwerkt. De antwoorden op de vragen werden losgekoppeld van het email-adres van waar deze werden verzonden. Enkel de regio werd behouden om maximale anonimiteit te garanderen. Daar er per regio verschillende teams zijn en men gevraagd werd om anoniem te antwoorden zijn de antwoorden niet traceerbaar naar individuele teams of individuele deelnemers. Indien er toch in de antwoorden elementen stonden die verwezen naar een specifiek team, werden deze gegevens verwijderd bij verwerking.

Fase 3. Workshop

De workshop werd georganiseerd met 21 deelnemers: 12 CHWs, minstens één CHW van elke stad; zes coaches gespreid over de regio's; twee coördinatoren; en één persoon van "Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté" (RWLP) waar alle teams in Wallonië en de Duitstalige gemeenschap nauw mee samenwerken.

In deze workshop werden CHWs, CHW-coaches en regionale coördinatoren betrokken om design- en implementatie-uitdagingen te identificeren en voorstellen te formuleren over hoe deze toekomstgericht aangepakt kunnen worden. In kleinere groepjes besprak men de tien thema's, waarna een plenaire terugkoppeling volgde. Tijdens deze terugkoppelmomenten werd de audio opgenomen en werden nota's genomen door personen die een geheimhoudingsverklaring hadden ondertekend. Verder werd er professionele simultane vertaling voorzien tijdens de workshop om de uitwisseling tussen de regio's te bevorderen. Deze vertalers ondertekenden ook de geheimhoudingsverklaring. De nota's en audio-opname vormden de basis voor analyse van de resultaten.

2.2. Kwantitatief onderzoeksluik

Voor het kwantitatieve onderzoeksluik werd verder gebouwd op het werk van het “Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project” in de Verenigde Staten (VS) (Rodela, Wiggins et al. 2021). In de VS zijn reeds CHW-programma’s actief sinds de jaren ‘50. Deze zijn echter vaak erg versnipperd (American Public Health Association 2014, Perry and Hodgins 2021). Het “CHW Common Indicators Project” poogt een antwoord te bieden aan het gebrek aan gestandaardiseerde indicatoren voor deze diverse CHW programma’s in de VS (Rodela, Wiggins et al. 2021). In nauwe samenwerking met de CHW werkgroep van de “Centre for Disease Control”, gingen de onderzoekers aan de slag voor het opstellen van een indicatorenlijst. Ze baseerden zich ook op de literatuur en betrokken diverse stakeholders bij hun project. Een nauwe betrokkenheid van CHWs doorheen dit hele proces stond centraal in het “CHW Common Indicators Project” (Rodela, Wiggins et al. 2021). Men identificeerde twaalf indicatoren die belangrijk zijn bij het opvolgen en in kaart brengen van CHW projecten: (1) Niveau van vergoeding, voordelen en promotie van CHW's; (2) Toepassing van de 10 kernrollen door CHWs; (3) CHW-gefaciliteerd verwijzingen; (4) CHW betrokkenheid bij besluitvorming en beleid; (5) Integratie van CHW in teams (bijvoorbeeld gezondheidszorgteams); (6) Zelf gerapporteerde fysieke, mentale en emotionele gezondheid van de deelnemers; (7) Gezondheidszorg en sociale behoeften van de deelnemers; (8) Sociale steun voor deelnemers; (9) Empowerment van de deelnemer; (10) Beleids- en systeemverandering: programma/werkgeversniveau; (11) Beleid en systeemverandering: staatsniveau; (12) Ondersteunend en reflectief toezicht op CHW (Rodela, Wiggins et al. 2021).

In samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren van het Belgische CHW-project werd tijdens verschillende iteratierondes van deze werkgroep de vragenlijst van de Amerikaanse collega’s aangepast aan de Belgische context. Verder werd ook vertaling voorzien in het Nederlands en Frans. Om deze indicatoren te operationaliseren in het Belgische project, werd gebruik gemaakt van verschillende databronnen: de registratietool van de CHWs waarin ze hun dagelijkse werking opvolgen; een vragenlijst voor CHWs; een vragenlijst voor de coaches; een vraag naar beleidsmakers toe; en een vragenlijst voor de werkgever en HR. De lessen die werden geleerd uit deze vertaalslag werden terug gecommuniceerd naar het Amerikaanse team, zodat dit werk kan bijdragen aan het verbeteren van internationale indicatoren voor CHWs.

Registratietool CHWs

Op basis van de aanbevelingen van het rapport van het eerste jaar (Masquillier, Cosaert et al. 2022), werd sterk ingezet op het ontwikkelen van een registratietool op maat van de CHWs (cf. Figuur 2.1). In samenspraak met de CHWs, coaches, coördinatoren en onderzoekers werd een registratietool ontwikkeld. Deze tool omvat drie luiken. Het eerste luik focust op de “persoonsfiche”, waarbij de CHW een pseudoniem kan geven aan de persoon die hij/zij ondersteunt, alsook indien akkoord, diens naam. Verder kunnen ook andere socio-demografische en socio-economische gegevens worden aangevuld indien de persoon die ondersteuning ontvangt hiermee akkoord gaat, waaronder: gender; geboortedatum; nationaliteit; taal; adres; medische situatie; inkomensniveau; wettelijke status; woonsituatie; onderwijsniveau; sociaal netwerk en de barrières die iemand ervaart in diens toegang tot zorg. Naast de “persoonsfiche”, omvat de registratietool ook een “interventie fiche”. In deze fiche kan de CHW een nieuw contactmoment met de persoon die men ondersteunt aanmaken. Hierbij kan de CHW aangeven of het een individueel of groepscontact is, alsook wat voor type contact werd

uitgevoerd (vb contact op straat, tijdens inloophmoment, huisbezoek of telefonisch contact). Binnen elke interventie kunnen verschillende acties worden aangeduid – in het derde luik van de registratietool “acties”. In het luik “acties”, staan de rollen van de CHWs centraal, zoals besproken in Hoofdstuk I. Verder kunnen de CHWs aangeven met welke zorg- of welzijnsverlener de actie verband heeft. Daarnaast kunnen ze hier ook de ervaren barrières van de persoon uit de doelgroep aanvinken, alsook of deze actie succesvol was in de perceptie van de CHW. Omdat het niet altijd mogelijk is om de gegevens meteen te registreren in de online applicatie, werd er ook een papieren versie van deze tool gemaakt. De coördinatoren geven aan dat in sommige CHWs deze papieren versie zeer vaak gebruiken ter ondersteuning van hun registratie, terwijl anderen dit niet doen.

Figuur 2.1: beeld uit de registratietool van de CHWs

The screenshot shows a web application interface for recording interventions. At the top, there's a navigation bar with links: CHW, Persons, Interventions, My actions. The user is logged in as 'Masquillier Caroline (184)'. The main heading is 'New intervention'. Below this, there's a form titled 'Intervention details'. It contains several fields: 'CHW user' (a dropdown menu showing 'Masquillier Caroline (184)'), 'Intervention date' (a text input field), 'Person/Group' (a dropdown menu with 'Select a person'), and 'Type' (a dropdown menu with 'Select a type'). The 'Type' dropdown is open, showing a list of options: 'Andere', 'Contact op straat', 'Contact tijdens inloophmoment', 'Huisbezoek', and 'Telefonisch contact'. Below these fields, there's a 'Health Scale' (a text input field) and two checkboxes: 'Last intervention' and 'File checked?'. A 'Save' button is located to the right of the checkboxes. At the bottom, there's a section titled 'Intervention actions' with a '+ New action' button.

Vragenlijst CHWs, coaches, werkgever, beleid en HR

Om de indicatoren te operationaliseren die niet werden geregistreerd in de dagelijkse registratietool werd gebruik gemaakt van bijkomende databronnen. Zo werd ook een vraag naar beleidsmakers gestuurd met betrekking tot de melding van CHWs in beleidsteksten en ontvingen de werkgever en HR-diensten ook enkele vragen met betrekking tot, onder meer, opleiding en vergoeding. Daarnaast werd een éénmalige survey individueel verzonden naar de CHWs en coaches. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het “Qualtrics” programma dat via een account werd aangemaakt door de Data Protection Officer van de Universiteit Antwerpen specifiek voor dit project. Deze account heeft een eigen emailadres en paswoord en is enkel toegankelijk voor diegene die betrokken zijn bij het opstellen en afnemen van de vragenlijst. Bij het uitsturen van de link naar de vragenlijst, die beveiligd was met een paswoord, werd ook een informatieformulier verzonden in Nederlands en het Frans. Bij het openen van de “Qualtrics” link, werd eerst gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen. Indien een persoon niet akkoord ging met de voorwaarden, konden zij de vragenlijst niet verder invullen. Er werd benadrukt dat het niet deelnemen aan de survey geen gevolgen had voor de CHWs en coaches. Verder werd zowel in het informatieformulier als in het toestemmingsformulier benadrukt dat de respondenten het recht hadden om op elk moment te stoppen met de survey en

dat dit geen gevolgen zou hebben. Daarnaast werd de vertrouwelijkheid van de survey benadrukt, alsook het veilig bewaren van de gegevens. Op het einde van de vragenlijst konden de deelnemers feedback geven. Zo gaven enkele respondenten specifieke suggesties om bepaalde vragen of antwoorden te optimaliseren, bijvoorbeeld: het antwoord “ik weet het niet ontbreekt”. Daarnaast gaven enkele respondenten de volgende reflecties mee: *“Bedankt, en we hopen dat we dit nieuwe beroep dat we elke dag verdedigen en dat een maximum aan mensen helpt die ons nodig hebben, kunnen blijven uitoefenen”*; *“Bedankt, en we hopen dat het project wordt voortgezet. We zien dat veldwerk en nabijheidswerk loont en precare mensen helpt”*; en *“Ik hoop dat de autoriteiten handelen naar de feiten van deze vragenlijst.”*

Analyse

Voor de analyse van de dagelijkse registratiegegevens werd samengewerkt met Jef Claeys, die vanuit het CHW-project de registratietool mee heeft ontwikkeld. Hij analyseerde de data in de dagelijkse registratietool en stelde deze ter beschikking voor het rapport. De analyse van de éénmalige surveys werd gedaan door de onderzoekers van dit rapport. Hiervoor werd gebruik gemaakt van beschrijvende analyses door middel van het programma “SPSS”.

3. Beperkingen en sterktes van de studie

Om de resultaten te kaderen, schetsen we eerst de beperkingen van deze studie. Ten eerste, bespraken de coaches de vragen met de CHWs in hun team (cf. fase 1). Daar de CHWs in deze teams reeds geruime tijd samenwerken en intervisie-momenten houden, bestaat hier een sfeer van vertrouwelijkheid die open en eerlijke antwoorden kan stimuleren. Echter, deze werkwijze kan ook nadelen met zich meebrengen en voor sommige CHWs net open communicatie belemmeren. Ten tweede, de workshop vond plaats in de helft van het tweede project jaar, met het oog op het formuleren van verbetervoorstellen die deels in de tweede helft van het jaar konden worden geïmplementeerd. Dit heeft echter tot nadeel dat nieuwe ervaringen opgedaan in de tweede helft van het tweede projectjaar minder werden gevat in deze evaluatie. De kwantitatieve gegevensverzameling aan het einde van het tweede projectjaar kan deels aan deze beperking tegemoet komen. Ten derde, heeft deze workshop betrekking op een zelf-evaluatie en zelfrapportering, waar ook een zekere bias in de resultaten kan schuilen. Ten vierde, leerden we met betrekking tot de workshop dat het erg waardevol is om de CHWs, coaches en coördinatoren samen te brengen om na te denken over de huidige werking en hoe deze te optimaliseren. Echter had het optimaal geweest om meer dan één workshop-dag te houden of minder thema's te bespreken zodat er meer tijd was voor feedback. Ook gaf een CHW aan dat het belangrijk is om de taal verder af te stemmen op de CHWs, voor wie Frans of Nederlands niet voor iedereen de moedertaal is. De registratietool zelf kende nog bepaalde uitdagingen, waaronder een soms moeilijke verbinding met VPN om toegang te krijgen tot de tool, alsook bepaalde vragen die niet voor alle CHWs helder waren. Het eenduidig invullen van de tool over de verschillende teams heen, bleek ook een uitdaging, waar in het derde jaar verdere aandacht aan dient te worden besteed. Hoewel de survey in samenspraak met CHWs en coaches werd ontwikkeld, ontvingen de onderzoekers ook feedback in verband met het verder verfijnen van deze kwantitatieve vragenlijst.

Naast de beperkingen, dienen ook de sterktes van deze studie erkend te worden. Deze rapport werkt met de *CHW-AIM* matrix. Zoals de auteurs van de *CHW-AIM* matrix ook aangeven bouwt dit werk verder op de huidige “state-of the art” literatuur omtrent CHW-programma’s, waaronder de richtlijnen van de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) (World Health Organization 2018). Het bevordert de afstemming tussen CHW-programma’s en deze “state-of-the art” kennis (Ballard, Bonds et al. 2018). *CHW-AIM* wordt ondersteund door verschillende financieringsorganisaties, alsook “norm setting agencies” en werd geassocieerd met betere prestaties van CHW-programma’s (Furth and Crigler 2012). Daarnaast werden alle CHW, coaches en coördinatoren betrokken bij de evaluatie. Het samenbrengen van deze verschillende actoren over de regio’s heen, zorgt voor een meer gebalanceerde visie op het CHW-project, diens sterktes en daar waar ruimte is voor verbetering. Verder werd in het kwantitatieve luik verder gebouwd op de expertise van het “CHW Common Indicators Project” in de Verenigde Staten. In samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren werd deze vragenlijst aangepast aan de Belgische context. Vervolgens werden alle CHWs van het Belgische CHW-project bevroegd. Deze aanpassing aan de Belgische context werd ook gedeeld met de onderzoekers van het “CHW Common Indicators Project” in de Verenigde Staten. Zo draagt deze studie ook bij aan de verdere ontwikkeling van internationale CHW indicatoren. Daar alle CHWs en coaches de mogelijkheid hadden om de survey in te vullen zorgt voor een gedragen beeld van het CHW-project in het tweede jaar.

III. Resultaten

1. CHW-AIM resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de CHW-AIM vragenlijst en workshop, waarbij naast design- en implementatie-uitdagingen, ook voorstellen voor mitigerende acties met betrekking tot tien thema's worden voorgesteld.

1.1. Rol en rekrutering

Alle teams gaven aan dat de nieuwe rolbeschrijving (cf. Hoofdstuk I) duidelijk en zinvol was om de rol van de CHW te verfijnen en scherper te stellen. Een Vlaamse coach gaf aan: *"Ik ben heel blij met het formuleren van de rollen van een CHW! Dit geeft mij als coach een kader om de grenzen en afbakening duidelijker te maken. Een kader is ook hetgeen dit pilootproject nodig heeft, het is soms zwalpen en veel zoeken."* Alle teams gaven aan dat de rollen overeenkomen met de taken die de CHWs opnemen. Echter gaven sommige teams aan dat ze soms van de taken afwijken omdat ze dit nodig achten in functie van het algemeen welzijn van de persoon of gezin, bijvoorbeeld, bij urgente huisvestingsnood. Deze bijkomende ondersteuning komt echter occasioneel en niet structureel voor.

Met betrekking tot het kenbaar maken van de rollen naar alle CHWs en coaches, gaven nagenoeg alle teams in de vragenlijst aan dat deze rollen voldoende werden toegelicht. Een team gaf aan dat het taalgebruik bij de presentatie soms moeilijk te begrijpen was, wat het uitwisselen van persoonlijke ervaringen in de weg stond. Het bespreken van de rollen in het team werd aangegeven als een voortdurend aandachtspunt.

In Kader 3.1 kan u een illustratie vinden van één team. Zij beschrijven in hun eigen woorden hoe zij elk van deze rollen – zoals gespecificeerd in Hoofdstuk I – specifiek invullen.

Kader 3.1: illustratie van concrete activiteiten van CHWs in één team ten aanzien van de rollen

Rolbeschrijving	Illustratie
1. Bruggenbouwer tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	
a. Informeren van individuen en gemeenschappen over de werking van het gezondheidszorg- en welzijnssysteem en hoe dit te gebruiken.	<i>"Infomomenten worden georganiseerd in de meest precaire wijken van [de stad]. De CHWs informeren de buurtbewoners en de gemeenschappen met als doel dat ze hun weg kunnen vinden in de doolhof van onze gezondheids- en welzijnssysteem. De CHW doen dit door outreachend op te treden. Ze staan op pleinen, straten, drukke plaatsen, cafés, moskeeën, en buurthuizen. Ook zijn ze aanwezig bij activiteiten van partners in de wijken."</i>
a. Zorg- of welzijnsprofessionals helpen om beter te begrijpen hoe de persoon met een hulpvraag naar gezondheid kijkt en het contact met gezondheidszorg beleeft,	<i>"De CHW plant een huisbezoek en neemt de tijd om een gesprek te voeren met de zorgvrager. Ze biedt een luisterend oor en aan de hand van gerichte vragen tracht men een duidelijker beeld te krijgen van de zorgvraag. De barrières die de zorgvrager ervaart worden in kaart gebracht en dit meestal in de taal van</i>

met bijzondere aandacht voor het belang van communicatie op maat van de persoon.	<i>de buurtbewoner. Er wordt nagegaan of er al eerder stappen zijn ondernomen en of er diensten betrokken zijn geweest."</i>
e. Faciliteren van de communicatie tussen zorgvrager en zorg-of welzijnsprofessional	<i>"De brugfunctie die de CHW op zich neemt zorgt voor een vlotte communicatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener/welzijnsprofessional. De CHW brengt twee leefwerelden samen. Ze zorgen ervoor dat zowel zorgverleners als welzijnswerkers meer begrip en inzichten krijgen in het werken met kwetsbare mensen."</i>
2. Het verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	
Verstrekken van de nodige informatie om: a. mensen te helpen om hun gezondheidsbehoefte te erkennen, beter te begrijpen en hun gezondheidssituatie zelf in handen te nemen.	<i>"Na verschillende groepsgesprekken met de buurtbewoners in de verschillende wijken hebben we vastgesteld dat er noden zijn rond bepaalde gezondheidsthema's. Samen met [lokale vzw], SAAMO, Dienst Preventie [de stad] en het OCMW hebben we enkele vormingen en workshops vastgelegd voor de buurtbewoners. Op vraag van de buurtbewoners zijn de volgende activiteiten/workshops georganiseerd: Gezond koken; Gezondheidswandelingen; Vorming rond hart en vaatziekten; Wat is mantelzorg?; Hoe omgaan met dementerende ouders?; Hoe omgaan met suikerziekte?; Hoe omgaan met stress?; Goed Gevoel Stoel; Baarmoederhalskanker; Borstkanker; en Incontinentie. De betrokken partners organiseren de boven vermelde activiteiten. De CHW spreekt mensen aan en empowert ze om deel te nemen aan deze activiteiten."</i>
Verstrekken van de nodige informatie om: b. organisaties, zorg- of welzijnsprofessionals te helpen om de communicatiestijl aan te passen aan de specifieke kenmerken en noden van de persoon met een hulpvraag en de gemeenschap.	<i>"De actieve workshop omtrent de Geluksdriehoek die ontwikkeld werd door Gezond Leven is een methodiek die gebaseerd is op de doorsnee mens. Echter werd deze methodiek te moeilijk bevonden om te gebruiken bij anderstalige mensen en kansengroepen. Samen met Logo [provincie], SAAMO, [lokale vzw], CHW en LIGO zal er een methodiek ontwikkeld worden. De methodiek is een soort kompas. Ze geeft info over nieuwe gewoontes die je kunt aanleren om gelukkig(er) te worden. Corona heeft ons geluk behoorlijk op de proef gesteld. Sommigen onder ons hebben iemand dierbaar moeten afgeven, sommigen verloren hun job en anderen hebben zich lange tijd eenzaam gevoeld. De tegenslagen in het leven hebben we zelf niet vaak in de hand, maar de manier hoe we hiermee kunnen omgaan kunnen we wel (deels) zelf bepalen. In het najaar zal deze uitgetest worden in enkele wijken.</i> <i>Op het werkveld komen we mensen tegen, met een islamitische achtergrond, die hun fysieke en geestelijke klachten</i>

	toeschrijven aan het boze oog, bezetenheid en zwarte magie. De geneeswijze om je tegen de zwarte magie te beschermen is het reciteren van Koranteksten. Hiervoor kan je een imam raadplegen. Hulp zoeken bij een professionele zorgverstrekker is dan ook niet direct vanzelfsprekend. Voor deze mensen is het voor de hand liggend om hulp te vragen aan de reguliere zorg- en hulpverleners. De reden hiervoor is dat ze vaak een andere opvatting hebben over dit probleem. Voor de CHW is dit echter geen onbekend fenomeen. Ze hebben dezelfde culturele achtergrond en taal. De CHW tracht zich te verplaatsen in de werkelijkheid van de buurtbewoner door actief te luisteren en door te vragen. Dit geeft het gevoel dat de buurtbewoner zich begrepen voelt. Dit levert wederzijds begrip en vertrouwen op. Door het vertrouwen die je hebt opgebouwd, kan je de persoon motiveren om samen stappen te ondernemen naar de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg. Een probleem die zich voordoet is de taalbarrière waardoor mensen snel de neiging hebben om af te haken. Dokters, psychologen, therapeuten en psychiaters die de taal van hun patiënten niet machtig zijn kunnen niet op een effectieve manier doorvragen om de klachten in kaart te brengen. Een tolk zou de noden van de persoon tegemoet komen. De [geestelijke gezondheidszorg] GGZ in [de stad] kent weinig tot geen culturele diversiteit in het personeelsbestand. Zorgverleners die dezelfde taal- en cultuurachtergrond hebben kunnen ervoor zorgen dat deze mensen hun weg beter vinden. De CHW heeft geregeld welzijns- als zorginstanties aangesproken om een tolk te voorzien om de noden van de persoon tegemoet te komen.”
3. Navigatie in het gezondheidszorgsysteem	
a. Leiden naar zorg- en welzijnsinstanties en follow-up verzekeren.	“De toeleidingen lopen niet altijd vlot. Dit heeft vooral te maken met de lange wachttijden. Er zijn zorginstanties die wachttijden van minimum 4 weken tot 6 maanden hanteren. Deze toegankelijkheidsproblematiek heeft gevolgen op de werking van onze dienst. Doordat de zorgvragers niet verder geholpen worden, komen ze telkens hun zelfde verhaal doen bij de CHW. Ook kunnen ze zeer aanklampend zijn. Dit vergt veel energie en tijd van de CHW. De mensen blijven opgevolgd worden door de CHW totdat de zorgvraag is behandeld door de betrokken instanties. In de meeste dossiers is er samenwerking met de dossierbeheerder van de zorg- en welzijnsinstantie. De instanties houden ons op de hoogte van de stand van zaken.”

b. Barrières in de toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg verminderen (bv. met betrekking tot mobiliteit, financiële barrières, taal ...).	<i>“Er is een samenwerking met [lokale vzw], die uit anderstalige professionele zorgverleners bestaat. Indien er buurtbewoners zijn die de Nederlandse taal niet machtig zijn kunnen met hun zorgvraag terecht bij deze vereniging. Het is de taak van de CHW om deze mensen door te verwijzen.”</i>
c. Gegevens documenteren en bijhouden op individueel niveau van de persoon die geholpen wordt.	<i>“De gegevens worden individueel in een schriftje bijgehouden en worden naderhand geregistreerd in het registratiesysteem. Het registratiesysteem werkt prima! Het systeem steekt goed in elkaar. Het werkt efficiënt en is veel overzichtelijker dan de vorige registratiesysteem [naam]. Het traject dat je met de zorgvrager aflegt kan mooi opgevolgd worden. De actietypes koppelen aan de rollen loopt nog iets te moeizaam.”</i>
d. Zorgverleners en medewerkers van lokale organisaties (bv. OCMW ...) informeren over de troeven en uitdagingen van de gemeenschap naar aanleiding van een individuele vraag naar ondersteuning	<i>“Een moeilijk bereikbare doelgroep in [stad] zijn de Turkse-Bulgaren. De CHWs zijn op dit moment de vertrouwenspersonen. Met behulp van een stratenplan hebben de CHWs huisbezoeken gedaan waardoor ze de doelgroep hebben bereikt. Ze zijn op de hoogte van hun leefgewoonten, waarden en normen. Ook is er een samenwerking opgestart met de wijkpartners van [wijk]. Om de vele uitdagingen op vlak van welzijn, gezondheid, wonen en samenleven aan te pakken. Iedere partner neemt zijn verantwoordelijkheid. De CHWs zorgen voor de warme overdracht aan de partners en instanties.”</i>
4. Bieden van coaching en sociale steun	
a. Bieden van individuele steun en coaching.	<i>“Buurtbewoners met zorgvragen worden door de CHW toegeleid, ondersteund en gemotiveerd in het gebruik maken van de eerstelijns- en welzijnsinstanties. De mensen worden herinnerd aan hun afspraken, wegwijs gemaakt en verder opgevolgd. De CHW biedt een luisterend oor en hulp op maat.”</i>
b. Het aanbod inzake eerstelijnszorg en welzijn in de gemeenschap in kaart brengen en ter beschikking stellen van inwoners zodat ze in staat zijn om op termijn zelfstandig contact op te nemen, wanneer nodig.	<i>“Het aanbod inzake eerstelijnszorg en welzijn is opgenomen in de wijk schetsen. Elke wijk beschikt over een wijk schets. Alle actieve welzijnsdiensten, zorginstanties, organisaties en verenigingen kan je hierin terugvinden met de contactgegevens. De informatie kan uitgewisseld worden met de mensen uit die gemeenschap. Voor het moment wordt het enkel gebruikt door de CHW.”</i>
c. Mensen motiveren en aanmoedigen om gebruik te maken van zorg en andere diensten. Indien nodig zorgen voor de eerste connectie om hen vervolgens in staat te	<i>“De mensen worden gemotiveerd en aangemoedigd om gebruik te maken van het zorg- en welzijnsaanbod. De CHWs zijn de voelsprietten van de wijken. Door outreachend te werken bereiken de CHWs mensen die anders moeilijk of niet bereikbaar zijn. Ze zorgen ervoor dat deze mensen, na het</i>

stellen dit nadien zelfstandig op te nemen.	<i>opbouwen van een vertrouwensband, een warme overdracht krijgen naar de gepaste zorg en/of welzijnsdiensten."</i>
d. Ondersteuning van zelfmanagement.	<i>"Door de goede onderlinge samenwerking met de partners kan de CHW het wijkteam goed op de hoogte houden voor wat er zich afspeelt in de wijken. Aan de hand van de noden van de buurtbewoners worden er activiteiten, vormingen, workshops... georganiseerd door de wijkpartners."</i>
e. Plannen of leiden van groepsinterventies.	<i>"De buurtbewoners worden door de CHW uitgenodigd en aangemoedigd om deel te nemen aan de activiteiten."</i>
5. Opkomen voor individuen en gemeenschappen	
a. De behoeften en visie op gezondheid van gemeenschappen onder de aandacht brengen van gezondheidsactoren en beleidsmakers door te pleiten voor maatschappelijke verandering. b. Signalen zoals structurele barrières of tekorten in de organisatie van het gezondheidssysteem capteren door de mensen in de gemeenschap op te volgen en te beluisteren en een veilige omgeving te creëren zodat deze mensen hun behoeften en zorgen kunnen en durven uiten. c. Zorgverleners en medewerkers van lokale organisaties (bv. OCMW ...) informeren en sensibiliseren over de barrières van de gemeenschap naar aanleiding van een individuele vraag naar ondersteuning.	<i>"De onderstaande signalen zijn bekend gemaakt bij enkele eerstelijnsinstanties. Midden december hebben we onze ervaringen, cijfers en signalen toegelicht aan de volgende diensten: De schepen van Welzijn [naam]; Eerstelijnszone [naam]; [naam mutualiteit]; en het dienstencentrum.</i> <i>De signalen:</i> - <i>Een tekort aan Marokkaanse en Turkse psychologen: Er is een tekort aan Turkse en Marokkaanse psychologen in [stad]. De CHW komt in contact met buurtbewoners die in hun dagelijks leven geconfronteerd worden met onzekerheid, angsten, verdriet, stress, vermoeidheid, eenzaamheid en nog zoveel meer. Het verwoorden van nuances en gevoelens is veel makkelijker als je iemand tegenover je hebt zitten die dezelfde taal en culturele achtergrond heeft. De CHW voelt zich emotioneel overbeladen en niet opgeleid genoeg om die gesprekken op te vangen.</i> - <i>Een tekort aan Tandartsen: De wachttijden bij tandartsen lopen op tot een half jaar of meer. Sommige artsen voeren zelfs een patiëntenstop, omdat ze het werk niet meer rond krijgen.</i> - <i>Voorschrift medicatie op ID-kaart: De voorschriften van de artsen worden elektronisch op je ID-kaart gezet. Mensen hebben geen zicht meer op wat de dokter heeft voorgeschreven. Het gevolg hiervan is dat als ze hun ID-kaart inlezen bij de apotheek ze een hele lijst van medicatie voorgeschoteld krijgen. Voor mensen die het financieel niet breed hebben, kan men verrast worden door de prijs die ze moeten betalen. De mensen geven voorkeur aan de meest dringende medicatie, maar uit schaamte betaalt men het bedrag dat gevraagd wordt ondanks ze niet de financiële middelen hiervoor hebben.</i>

	- <i>Weinig diversiteit binnen de zorg- en welzijnsdiensten: [stad] is een multiculturele en multireligieuze stad. Spijtig genoeg is de weerspiegeling van de bevolking nog weinig terug te vinden in de zorg- en welzijnsdiensten. Het is een basisopdracht om kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg en welzijn aan te bieden aan iedereen ongeacht herkomst. Bij een divers samengesteld personeelsbestand wordt de herkenbaarheid en toegankelijkheid van de zorg en welzijnsdiensten vergroot, kennis over culturele verschillen verbeterd en worden taalproblemen verminderd.</i> - <i>Digitalisering en het menselijke verdwijnt: Mensen die de taal niet beheersen, moeite hebben met lezen en schrijven komen voor een nieuwe gesloten deur te staan. De pandemie heeft de digitalisering in een stroomversnelling gebracht. De vraag naar digitale hulp is enorm toegenomen. Hoe krijg ik Covid Safe Ticket op mijn smartphone? hoe gebruik ik Itsme? hoe moet ik een online afspraak maken bij een eerstelijnsdienst? Dit zijn allemaal vragen waar mensen mee zitten.</i> - <i>Nood aan dokters die huisbezoeken doen: Minder mobiele buurtbewoners zoeken nieuwe huisdokters die nog wel huisbezoeken doen. Dokters gaan minder graag op huisbezoek en geven aan dat het te veel tijd kost.</i> - <i>Lange wachttijden: De mensen worden niet verder geholpen wanneer ze in nood zijn. Leg dat maar eens uit als iemand zoniet de drempel heeft onverwonnen om hulp te vragen en dan moet aanhoren om over enkele maanden terug te komen. Het CAW heeft een wachttijd die varieert van 1 tot 4 maanden. De toeleidingen naar de sociale diensten van enkele mutualiteiten verloopt nu vlotter door de samenwerking met de sociale diensten van de mutualiteiten. Bij de [naam mutualiteit] loopt dit nog moeizaam. De [naam mutualiteit] heeft een wachttijd van minimum 4 weken. Geconventioneerde psychologen kennen ook lange wachttijden. Omwille van deze wachttijden hebben we creatief gezocht naar alternatieven. Bij de mutualiteit [naam mutualiteit] kan je telefonisch vier gratis gesprekken krijgen. De opvoedingswinkel biedt ook gratis psychologische hulp aan gezinnen met kinderen. Jongeren met psychologische problemen kunnen bij [lokale vzw] terecht.”</i>
6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	

a. Individuele gezondheidsvaardigheden versterken.	<i>“Empowerend werken draag ik [coach] hoog in het vaandel. Daarom heb ik doorheen het jaar intervisies en individuele coaching over oa empowerment georganiseerd voor mijn team. De CHWs trachten altijd eerst het vertrouwen te winnen van de buurtbewoners vooraleer ze inzetten op het versterken van de gezondheidsvaardigheden. Hierbij een korte opsomming van de meest voorkomende vaardigheden die we onze doelgroep aanleren.</i> <i>Het versterken van de gezondheidsvaardigheden op individueel vlak doet de CHW door:</i> - <i>Een omgeving te creëren waar de buurtbewoner zich veilig, begrepen en gewaardeerd voelt. Dit doen we bijvoorbeeld door wijken te bezoeken met o.a. de speelbus van stad [naam stad]. We trachten via de kinderen en een lekkere tasje koffie de ouders te bereiken. Op zo’n momenten worden er heel wat huisbezoeken ingepland.</i> - <i>Vervolgens kript de CHW het zelfvertrouwen op in het eigen kunnen van de zorgvrager. De zorgvrager wordt in een latere fase empowered om zelf stappen te ondernemen. Afhankelijk van de situatie bieden we de nodige ondersteuning.</i> - <i>Op vraag van de buurtbewoners worden er in samenwerking met lokale diensten/organisaties/vzw’s activiteiten op maat georganiseerd. Bijvoorbeeld de voedingsdriehoek, de geluksdriehoek, workshop gezond koken,... Ook bij infomomenten over ziektebeelden en hoe ermee omgaan worden de buurtbewoners individueel en indien nodig aanklampend benaderd om deel te nemen. De zorgvragers worden na de activiteiten verder opgevolgd om hen zo te versterken in hun gezondheidsvaardigheden. Bijvoorbeeld opvolging na een workshop gezond koken voor diabetische patiënten. De CHW verloopt samen met de zorgvrager wat al dan niet lukt en waar de persoon verder ondersteuning nodig heeft bv. het inschakelen van een diëtiste.</i> - <i>De buurtbewoners leren hun wensen en klachten uit te drukken bij een zorgverlener. Meestal durven ze niet openlijk te praten omdat ze de taal niet goed beheersen of er heerst een taboe of schaamte rond een bepaalde thema bv. vragen rond incontinentie.</i> - <i>De werking van instanties toelichten zodat ze weten bij wie ze terecht kunnen met hun vragen/problemen.</i>
---	---

	- <i>Flyers uit te delen in verschillende talen met visueel beeld. Flyers komen voornamelijk van zorginstanties die de doelgroep moeilijk bereiken. De CHW overloopt samen de flyer om er zeker van te zijn dat ze de info goed hebben begrepen.</i> - <i>De buurtbewoner leert afspraken maken bij bv. de huisarts dit kan zowel telefonisch als digitaal.</i> - <i>Kritisch te leren omgaan met gezondheidsinformatie. Bij de Turkse en Marokkaanse gemeenschap komt het geregeld voor dat de buurtbewoners medicatie uitwisselen zonder doktersadvies. Ook wordt er via sociale media info uitgewisseld wat niet wetenschappelijk onderbouwd is.</i> - <i>Uitleg te geven over overheidsonderzoeken en het belang ervan. De buurtbewoner wordt gemotiveerd om het onderzoek te doen en wordt ondersteund bij het maken van een afspraak. Bijvoorbeeld screening borstkanker, prostaatkanker, darmkanker,..</i> - <i>De zorgverstrekker bij een consultatie aan te geven om traag te spreken en geen moeilijke woorden te gebruiken. Zodat de patiënt kan meevolgen.</i> - <i>De buurtbewoner leert de bus te nemen naar de dokter of het ziekenhuis door op voorhand samen de route uit te stippelen.</i> - <i>De buurtbewoner leert beroep doen op eigen netwerk bv. een familielid die kan meegaan op consultatie om de taalbarrière weg te werken.”</i>
b. Gezondheidsvaardigheden van groepen versterken (bv. zelf organiseren of faciliteren van groepssessies en infomomenten over thema's op maat van de doelgroep zoals diabetes of vaccinatie).	<i>“De signalen die de CHW vaststelt van de buurtbewoners worden besproken in het wijkteam. In het wijkteam zitten de volgende partners: het Buurthuis, de Jeugdwelzijnswerk [naam], de wijkmanager, de straathoekwerker, [lokale vzw], de Sociale Huisvestingsmaatschappij [naam], de jobcoach, SAAMO, [lokale vzw], de toezichthouder, het Dienstencentrum en CHW. Het team kijkt samen hoe ze best de signalen aanpakken. Op vraag van de buurtbewoners zijn er gezondheidsthema's vastgelegd en georganiseerd.</i> <i>Er worden gespecialiseerde instanties betrokken bij het organiseren van de infomomenten. [Naam stad] preventief Gezond, het OCMW, [lokale vzw] en SAAMO weten precies welke instanties te benaderen. Diensten zoals [lokale vzw] voor dementie en psychische problemen bij ouderen, Centrum voor GGZ, Buurtgezondheidscentrum,.. zijn enkele diensten die betrokken zijn bij het organiseren van de infomomenten. Het gaat om de volgende thema's: gezondheidsdriehoek en samen</i>

	<i>koken, geestelijke gezondheidszorg, Hoe omgaan met suikerziekte, Het goed gevoel stoel, menopauze, incontinentie, EHBO, gezondheidswandeling, dementie, mantelzorg, baarmoederhalskanker en borstkanker."</i>
c. Uitwisseling van ervaringen en individuele capaciteitsopbouw onder CHW's.	<i>"Tijdens het overleg met [Naam stad] preventief Gezond, het OCMW, [lokale vzw] en SAAMO heeft de CHW gevoeligheden aangebracht waar men zeker rekening mee moet houden bij het organiseren van de infomomenten. Er wordt rekening gehouden met de schaamte en taboe die er nog heerst binnen de gemeenschap. Thema's die je liever apart organiseert voor mannen en vrouwen zijn onderwerpen zoals incontinentie, geestelijke gezondheidszorg, baarmoederhalskanker en borstkanker, seksualiteit..."</i> <i>Tijdens onze wekelijkse overlegmomenten worden casussen en ervaringen uitgewisseld. De collega's leren van elkaar door stil te staan bij hun eigen manier van werken. De feedback en verbetermogelijkheden die besproken worden in ons team draagt bij aan de verdere groei op het werkveld. De wekelijkse bijeenkomsten hebben ervoor gezorgd dat de samenwerking met de collega's versterkt is. Het is een vertrouwde omgeving waar elk lid de ruimte krijgt voor zijn of haar creativiteit en inspiratie verder te ontwikkelen."</i>
7. Outreachend optreden	
a. Mensen die leven in kwetsbare omstandigheden opzoeken in hun eigen leefwereld en (proactief) hulp en ondersteuning aanbieden om de gezondheid en het welzijn te verbeteren.	<i>"We benaderen de buurtbewoners op straat, pleintjes, markten, activiteiten van de partners, oudercontacten op school, evenementen, moskeeën, deur aan deur... De mensen krijgen dan de nodige uitleg over onze werking. De vaste zitdagen vinden plaats op drukke momenten in de buurthuizen zoals de doorgeefwinkel, de [naam] sociaal restaurant, Nederlandse lessen voor anderstaligen...."</i> <i>Op vraag van het buurtgezondheidscentrum van [naam wijk] heeft de CHW huisbezoeken gedaan bij niet gevaccineerde buurtbewoners met als doel mensen te informeren over de prikmomenten.</i> <i>Ook De school [naam] is een samenwerking opgestart rond Turkse-Bulgarese kinderen. Tot dus ver is geen enkele dienst erin geslaagd deze doelgroep te bereiken. In het wijkoverleg is afgesproken dat de CHWs op huisbezoek gaan bij deze gezinnen. Turkse-Bulgaren hebben te kampen met zeer complexe problematieken waaruit ook zorgvragen zijn</i>

	<i>gebleken. De CHWs zorgen voor een warme overdracht naar de welzijn- en zorginstanties.”</i>
b. Follow-up van contacten met personen, gezinnen en groepen op het gebied van gezondheidszorg en sociale diensten.	<i>“Er zijn heel wat rechten en tussenkomsten waar mensen niet van op de hoogte zijn. Vaak worden deze automatisch toegekend. Maar helaas vallen er nog steeds kwetsbare gezinnen tussen de mazen van het net.</i> <i>Stad [Naam stad], OCMW [Naam stad], [lokale vzw], CAW [Naam provincie], [Naam mutualiteit], [Naam mutualiteit] en [Naam mutualiteit] hebben verschillende infomomenten georganiseerd betreffend de aanvraag verhoogde tegemoetkoming in de kwetsbare wijken. De mutualiteiten hebben ter plaatsen de mensen geholpen met hun aanvragen. Om hun aanvragen in orde te brengen hadden ze enkel hun ID-kaart nodig.</i> <i>De CHWs hebben tijdens deze inloophmomenten zich volledig ingezet om buurtbewoners toe te leiden, te informeren en te brengen naar de inloophmomenten.”</i>
c. De rol van CHW kenbaar maken bij plaatselijke instanties en tijdens gemeenschapsevenementen.	<i>“Aan de hand van de wijkshets hebben de CHWs en de coach het project voorgeteld aan de zorg- en welzijnsinstanties, verenigen, stedelijke diensten, scholen, ... van de wijken.”</i>
d. Een netwerk uitbouwen en bronnen detecteren die het outreachend werken ondersteunen.	<i>“In [Naam stad] hebben we een groot netwerk uitgebouwd die inmiddels bekend is bij de zorg- en welzijnsinstanties. Dagelijks krijgen we aanmeldingen van diensten die mensen naar ons toeleiden. Diensten zoals het OCMW, de ziekenfondsen en de dokterspraktijken hebben geen tijd en ruimte om huisbezoeken te doen en aanklappend te werken. Om die reden worden de patiënten met hun zorgvragen doorverwezen naar ons.”</i>
Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	
a. Betrokken zijn bij de evaluatie van CHW-dienstverlening. b. Deelname aan evaluatie van het project en onderzoek: - verzameling en interpretatie van gegevens, - uitwisseling van resultaten en bevindingen	<i>“Zowel de coach als de CHWs nemen deel aan het onderzoek.”</i>

Rol signaleren van structurele signalen

Aan het begin van het tweede projectjaar ging elk team aan de slag met het signaleren van structurele toegankelijkheidsproblemen, zij het via verschillende procedures. Enkele teams bespraken de signalen op het wekelijks teamoverleg of op een overleg met andere actoren in de buurt, terwijl anderen tijdens uitwisselingen tussen CHW-teams hier op in gingen. In één van de teams ontwikkelde een CHW zelf een formulier dat hen in staat stelde casussen bij te houden in functie van het verzamelen van signalen. Regelmatig werden deze verzameld en besproken op het teamoverleg om te bekijken welke vervolgacties genomen konden worden. Bijvoorbeeld, gaf een Vlaams team aan: *“in verband met het vaccinatiebewijs corona (cst) en mensen zonder wettig verblijf (mzww), was het bijzonder moeilijk voor mzww om een vaccinatiebewijs te krijgen. Dit is herhaaldelijk gesignaleerd aan de stedelijke ‘Beleidscl [Naam]’. Omdat dit signaal van meerdere organisaties kwam (ook straathoekwerk) heeft stad [Naam stad] hierin actie ondernomen door mzww door te verwijzen naar het Administratief Centrum [Naam stad] waarbij er ondersteuning wordt geboden om dit in orde te brengen”*. Dit team gaf nog een bijkomend voorbeeld: *“een mzww [mens zonder wettig verblijf] wordt hulp geweigerd in een wijkgezondheidscentrum. “Actie: coach telefoneert met de coördinator om dit aan te kaarten. Coördinator koppelt terug welke actie zij heeft ondernomen om gelijkaardige situaties in de toekomst te vermijden »*. De meeste teams gaven de signalen door aan de coördinatoren. In sommige teams ging de coaches daarnaast ook zelf aan de slag indien ze het signaal op lokaal beleid of de lokale organisatie kunnen doorgeven. Een Waals team gaf aan: *“De meeste signalen zijn al lang bekend. Naar onze mening gaat het er meer om hoe we op hen moeten reageren. Elke situatie in het veld is anders. De belemmeringen zijn nooit precies dezelfde en het profiel/verleden van de persoon met een hulpvraag kan hierop rechtstreeks van invloed zijn. Om structurele problemen te veranderen, moeten er veranderingen worden doorgevoerd op het niveau van beleid en wetgeving.”*

Om aan deze diverse aanpak een antwoord te bieden, werd in de loop van de eerste helft van het tweede projectjaar ingezet op het structureel aanpakken van deze beleidssignalen (cf. Hoofdstuk I). Omtrent deze werking stelt een Vlaams team dat het *“werken aan structurele verandering door middel van signalen een continu aandachtspunt is.”*

1.1.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Met betrekking tot de rol van CHWs, gaven de teams enkele uitdagingen mee en werd er tijdens de workshop ook gebrainstormd over mogelijke mitigerende acties.

Inhoud rolbeschrijving

Hoewel de nieuwe rolbeschrijving door vele teams positief werd onthaald, gaf een discussieteam tijdens de workshop aan dat de huidige rollen nog steeds ruimte laten voor interpretatie. In dit kader opperden verschillende teams om taken en kerncompetenties te koppelen aan de rollen om deze verder scherp te stellen. Daarnaast, werd tijdens de workshop aangehaald dat er naar de toekomst toe volgens de teams ook aandacht besteed dient te worden aan het helder verwoorden van de doelstellingen, missie en visie en deze uitdragen om draagvlak te creëren.

Kenbaar maken rollen

Het is belangrijk om deze rollen ook goed kenbaar te maken bij de CHWs, opdat het hen een afbakening kan bieden van grenzen aan hun werk. Een Vlaams team illustreerde dit door te stellen: *“Het is belangrijk om duidelijk onze grenzen af te bakenen want het is emotioneel veeleisend en we willen afhankelijk gedrag vermijden.”* Een Vlaams team vulde bijkomend aan dat een belangrijk aandachtspunt is dat men als CHW dient op te letten *“dat we de autonomie van de cliënt stimuleren, niets alles zomaar overnemen”*. Verschillende teams gaven aan dat het werk als CHW uitdagend is daar men bij mensen thuis op onbekend terrein mensen helpt en men dient om te gaan met verschillende type mensen en organisaties.

Niet alleen bekendmaking onder CHWs is een aandachtspunt, daarnaast dient er ook aandacht te zijn voor het verder bekend maken van de rol van de CHWs in de gemeenschap en gezondheidszorg. Een discussieteam vestigde hier ook specifieke aandacht op het profileren van CHWs als professionals. Dit advies volgt uit hun bemerking dat de CHW veelal niet wordt gezien als professional, noch als een hulpverlener. Men gaf aan dat men vaak niet *au sérieux* wordt genomen. Een Vlaams team vulde aan dat de beperkte looptijd van het project er ook voor zorgde dat contouren gaandeweg werden gevormd. Het Brussels team deelde deze visie en vulde aan: *“Vooruitgaan met het project in het ongewisse, de grenzen van onze opdrachten en rollen kennen en weten hoe de behoeften van het veld kunnen worden gecombineerd met de politieke wil”*.

Rekrutering

Verder vulden drie discussieteams aan dat het ook belangrijk is om het functieprofiel en vacaturetekst aan te passen op basis van de nieuwe rolbeschrijving, in het kader van nieuwe aanwervingen. Een discussieteam tijdens de workshop gaf aan dat zij het gevoel hadden dat er meer is aangeworven op basis van profiel, dan op basis van vaardigheden. Het vernieuwde functieprofiel en de aangepaste aanwervingsprocedure zou hier mogelijk soelaas kunnen bieden. Een discussieteam uit de workshop stelde dat ook een psychologische test waardevol zou zijn bij de aanwerving. Ook gaf een discussieteam aan dat deze profielbeschrijving en bijbehorende competenties aangepast dienen te worden indien nieuwe evoluties in het project zich voordoen. Hier diende ook volgens dit team aandacht te zijn voor lokale verschillen.

Participatie gemeenschap

Naar de toekomst toe leek het de teams van de workshop interessant om te kijken hoe de gemeenschap meer zou kunnen participeren in het CHW-project, bijvoorbeeld bij aanwervingen of via samenwerken met vrijwilligers uit de wijken waar men actief is. Met betrekking tot de aanwervingen, gaf een groepje aan dat het waardevol zou zijn om een gestandaardiseerde procedure te voorzien, uniform over alle regio's heen met ruimte voor lokale accenten. Ze suggereerden om ook in de selectiecommissie stakeholders en personen uit de wijken te betrekken. Met betrekking tot het werken met vrijwilligers, gaven de CHWs, coaches en coördinatoren hier voor- en tegenargumenten voor. Zo zagen voorstanders het als een kans om samen te werken met, bijvoorbeeld, jongeren of personen die dakloos zijn uit de wijk, om zo nog meer mensen uit de doelgroep te bereiken. Deze vrijwilligers zouden dan contactpersonen of ambassadeurs kunnen zijn voor bepaalde groepen om mensen die zij ontmoeten en nood hebben aan ondersteuning in hun toegang tot zorg door te verwijzen naar de CHWs. Volgens één van de teams zou dit een multiplicator effect kunnen hebben in

het bereiken van mensen. In ruil zouden deze vrijwilligers dan een opleiding, een certificaat hiervan en werkervaring kunnen opdoen. Tegenstanders gaven echter aan dat dit voor hen de ontorechte indruk zou wekken dat het werk van de CHW vrijwillig zou kunnen worden uitgevoerd en bijgevolg de waarde van de rol van de CHW zou ondermijnen. Het is hierbij dus belangrijk om de potentiële rol van de vrijwilliger scherp te stellen en aan te tonen op welke wijze deze de rol van de CHW kan aanvullen en ondersteunen.

1.2. Opleiding

Nieuw-gestarte CHWs en coaches

In Brussel werden drie nieuwe CHWs aangeworven aan het begin van 2022. Zij kregen een basisopleiding, meer specifiek over algemene over het zorgsysteem en wederkerigheid, opleidingen over assertiviteit en geweldloze communicatievaardigheden. Bovendien kregen zij specifieke steun om hen in het veld op te laten leiden door coaches en meer ervaren CHWs. In Wallonië startten twee nieuwe CHWs, die een algemene opleiding ontvingen, over het gezondheidzorgsysteem. Daarnaast volgden zij ook meer thematische opleidingen, ondermeer over vreemdelingenrecht en zelfmoord. In Vlaanderen startte in 2022 een nieuwe coach, die geen specifieke basisopleiding ontving.

Ontvangen bijscholingen

Blijvende aandacht is nodig om binnen en over de regio's te leren. In 2022 werden de volgende formele opleidingen aangeboden aan de CHWs in Wallonië: acht rollen van de CHW; bewustwording van genitale verminking; inleiding tot sociale gezondheidsdeterminanten; ervaring in ongelijke samenlevingen; vreemdelingenrecht; politieke grondslagen van de malaise bij maatschappelijk werkers; inleiding tot de preventie van huiselijk geweld; sociaal werk (opnieuw) in vraag gesteld; veranderingen in de werkgelegenheid sinds 1980; de doorleefde ervaring van dakloosheid; en bewustmaking van verslavingsproblemen. Daarnaast ontvingen de CHWs in Wallonië ook een informele training rond IT-toepassingen, zoals Word, Outlook en de registratietool.

In Brussel ontvingen de CHWs een opleiding binnen "cultuur en gezondheid" over gezondheidspromotie; training van softskills (waaronder het ontwikkelen van luistervaardigheden, begrijpen en begeleiden van mensen in hun veranderingsproces, op een assertieve wijze grenzen stellen en andere thema's); een training van één van de ziekenfondsen rond sociale zekerheid (met aandacht voor onder meer de rol van een mutualiteit). Daarnaast leerden ze via presentaties ook de volgende projecten kennen: ALCOV (Agir Localement COntre le Virus); Brusano; Fédération des services sociaux (FDSS); Centrum voor Sociale Documentatie en Coördinatie (CDCS); VIP Voedselhulp. Verder volgden de CHWs van het Brusselse team ook online presentaties/webinars over verschillende thema's: sociale ongelijkheden in gezondheid; sociaal-professionele integratie en verslaving; voorkomen van probleemsituaties; de eerste 1000 dagen: informeren, begeleiden, handelen; noodhuisvestingsplan in Brussel; Solo familie in Brussel; en ongelijke toegang tot de gezondheidszorg in Brussel.

In Vlaanderen kregen de CHWs en coaches een opleiding over ethisch goede keuzes maken (Beroepsethiek, ethische worstelingen, Wat is een ethische vraag? Wie zijn de belanghebbenden). Daarnaast kregen alle teams ook de opleiding “motiverende gespreksvoering. Verder verschilden de ontvangen opleidingen sterk van stad tot stad. Zo ontvingen de CHWs in Gent opleidingen rond de volgende thema’s: opleiding tot mondzorgcoach (technische informatie over tanden en mondzorg; terugbetaling mondzorg); algemeen verblijfsrecht (introductie tot het algemeen verblijfsrecht voor vreemdelingen); terugvraagmethode (methode om na te gaan of zowel de zorgverleners als de patiënt de boodschap heeft begrepen, werken aan vraagverheldering, zeer bruikbaar, relevant, toepasbaar, laagdrempelig); betaalbare zorg (overzicht van hoe zorg betaalbaar te houden); psychosociale moeilijkheden bij gezinshereniging; en Sanas nos queremos: gezondheidszorg in latijns-Amerika met vertaling naar CHW in België. Daarnaast ontvingen de CHWs van het Gentse team ook twee webinars: intrafamiliaal geweld; algemene introductie over GDPR, deontologie; en overzicht psychologische zorg in Vlaanderen. In Genk, ontvingen CHWs ook een opleiding tot mondzorg coach, met aandacht voor: Wat is een gezonde mond? meest voorkomende mondproblemen. betalingsmogelijkheden en administratie. Daarnaast ontvingen zij ook een opleiding over rechtenonderzoek (Financiële tegemoetkomingen, premies, sociale en fiscale voordelen). In Antwerpen kreeg men een opleiding over de Sociale Zekerheid in België. De CHWs van Oostende ontvingen vormingen over de volgende thema’s: motiverende gespreksvoering (hoe kan je mensen aanzetten tot intrinsieke motivatie); workshop en netwerkevent rond doelgerichte zorg; en wegwijs in dementie.

Naast de formele opleidingen, noteerden de teams ook informele bijscholing. Zo ontvingen ze – voornamelijk in het Gentse team – de volgende bijscholing: webinar inspiratiedag gezondheidsvaardigheden; introductie in spel ‘wegwijs in gezondheid’; inspiratiedag rond eenzaamheid;; webinar “witte dominantie in sociaal werk”; inleiding medische kaart; ontmoetingsdag mensen zonder wettig verblijf. Bijkomend werden ook netwerk momenten georganiseerd, zoals het “lerend netwerk eerstelijnszone”, waarbij men aan de hand van concrete casussen van elkaar kon leren. En het netwerkmoment parlee pistolet” waarbij in ervaringen werden uitgewisseld tijdens een ontbijtsessie.

De Vlaamse coaches ontvingen vormingen in de vorm van interviews vanuit de personeelsdienst van één van de mutualiteiten.

1.2.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Alle teams gaven aan dat naast een gedegen basisopleiding, regelmatige opfrissing van de basiskennis ook bijscholing essentieel is om de CHWs te ondersteunen bij het goed uitvoeren van hun werk. CHWs hebben in vele gevallen reeds verschillende ervaringen en competenties opgedaan tijdens een voorgaande werkervaring of opleiding, waardoor de noden voor de basis- en opvolgtraining verschillend kunnen zijn. De teams suggesties voor thema’s waar ze graag een opfriscursus over zouden ontvangen en ook thema’s die ze in nieuwe opleidingen zouden willen bijscholen. Tot slot, worden suggesties gegeven voor bijscholing voor coaches.

Basisopleiding

Met betrekking tot de basisopleiding, gaf een discussiegroep aan dat deze te weinig is afgestemd op de doelstellingen van het CHW-project. Een team vulde aan dat dit begrijpelijk is gegeven feit dat het project nog maar in een tweede werkjaar zit. Al voegde men er aan toe dat men hoopt dat verdere aandacht zal geschonken worden aan een degelijke basisopleiding. Verschillende discussieteams wezen erop dat meer praktische aandacht voor de werking op het terrein nodig is in deze vorming om de werkwijze verder te stroomlijnen over de regio's heen. Hierbij merkte men op dat het waardevol is om CHWs ook te laten leren van elkaars kennis en ervaringen door deze niet alleen uit te wisselen in teamverband maar ook over de teams en regio's heen.

De discussieteams pleitten voor een uniforme basisopleiding die alle CHWs de nodige kennis en competenties verschaft om hun werk op het terrein te kunnen uitvoeren. Hierbij zou er ook een kwaliteitshandboek dienen voorzien te worden, dat procedures omvat met betrekking tot *“omgaan met gdpr en beroepsgeheim, procedure grensoverschrijdend gedrag, handelingskader deontologie, ... met bedoeling om de kwaliteit van het werk van de CHW te verbeteren, als een ‘lerende organisatie’ (continue bijsturing)”* – in woorden van één van de discussieteams. Daarnaast vulden ze aan dat het waardevol zou zijn om te werken met aanvullende keuzemodules op basis van de noden van de CHWs die ze detecteren op basis van hun werk op het terrein.

Met betrekking tot de basisvaardigheden van de CHW, identificeerden de teams de volgende opleidingsnoden: (1) handvaten omgaan met specifieke gedragspatronen: bijvoorbeeld met personen die agressie vertonen, een psychische kwetsbaarheid hebben of een afhankelijkheid hebben aan drugs of alcohol; (2) opleiding rond het afbakenen van grenzen: enkele teams geven aan dat het waardevol zou zijn een opleiding te ontvangen tot het stellen van grenzen naar de cliënten en naar zorgverleners; (3) communicatieve vaardigheden/gesprekstechnieken: met specifieke aandacht naar voeren van emotionele gesprekken en handvaten om te communiceren met anderstalige nieuwkomers die de taal aan het leren zijn en mensen met een lage taalvaardigheid; (4) opleiding rond eerste hulp bij ongevallen (EHBO); en (5) beroepsgeheim, ethiek en deontologie.

Daarnaast gaven verschillende teams aan nood te ervaren over bijkomende opleidingen met betrekking tot kennis van het gezondheids- en welzijnssysteem: (1) kennis over sociale zekerheidssysteem; werking ziekenhuizen; regelgeving rond tegemoetkomingen (bijvoorbeeld voor mensen met een beperking) en kennis over verschillende ziekenfondsen met betrekking tot administratie; rechten en plichten en welke diensten zij aanbieden; (2) rol en invulling van organisaties en overheidsdiensten zoals: Fedasil; Rode Kruis; Agentschap Inburgering en Integratie; en OCMW; (3) kennis van verblijfsstatuten; (4) grondige kennis van de sociale kaart om gericht te kunnen doorverwijzen.

Opfrissing

De teams gaven aan dat zij graag de volgende thema's zouden opfrissen in bijkomende opleidingen: (1) basisbeginselen: opfrissing van de basisbeginselen en rollenspelen om nieuwe methodieken aan te leren, outreachend werken en handvaten over welke stappen moet een CHW zetten in welke situatie, onbevooroordeeld luisteren, transculturele houding; (2) rol/competenties CHW: verdere bespreking en verfijning van de rol van CHW en bewaken van grenzen ten opzichte van andere

diensten; (3) aandacht voor de nieuwe registratietool: systeem onder knie krijgen en verzekeren van uniform begrip van de gevraagde gegevens; (4): communicatievaardigheden: gesprekstechnieken, vertrouwen opbouwen en interne communicatie skills in het team; (5) gezondheidszorgsysteem: verschillende ziekenfondsen en verschil tussen regionale en federale bevoegdheden, kennis van de lokale sociale kaart; (6) sociale voordelen en rechten: Medische waarborg OCMW, Dringende Medische Hulp, verhoogde tegemoetkoming, en verblijft statuten; (7) handvaten om om te gaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid. Een discussieteam vulde aan dat het ook waardevol is om verder in te zetten op talenkennis.

Bijkomende opleiding

Naast een basisopleiding aangevuld met keuzemodules en de opfris-momenten, gaven de discussieteams in de workshop mee dat het waardevol zou zijn om een persoonlijk ontwikkelingsplan op te stellen voor elke individuele CHW met betrekking tot vaardigheden, kennis en competenties.

De CHWs werken met mensen die leven in zeer kwetsbare omstandigheden. Hierdoor worden ze vaak geconfronteerd met ernstige en complexe psychosociale problemen zoals zelfdoding, afhankelijkheid aan alcohol of drugs, familiaal en seksueel geweld en sociaal geïsoleerd leven. De teams gaven aan dat deze gesprekken emotioneel erg belastend kunnen zijn en goede competenties vergen. Een Vlaams team illustreerde dit door te stellen: *“we hebben dikwijls te maken met ingewikkelde en moeilijke casussen, met verschillende betrokkenen en belanghebbenden. Soms is de CHW de enige link tussen het gezin/hulpvrager en de hulp- en dienstverlening. Er spelen verschillende belangen een rol. Dan is het niet gemakkelijk om knopen door te hakken of om een beslissing te nemen. Ook in intervisie blijft dit een moeilijke kwestie”*.

Bijkomend suggereerden verschillende teams opleidingen rond specifieke thema's die bij de doelgroep aanwezig zijn, waaronder geestelijke gezondheid; omgaan met discriminatie; trauma; dementie bij allochtone groepen; ziekten als Multiple Sclerose. Tot slot, werd de vraag gesteld naar meer praktische opleidingen rond beheer van agenda; Microsoft office programma's als Word en Excel; email-gebruik en project management methodieken.

Discussieteams gaven tenslotte aan dat het hen waardevol lijkt om ook opleiding te ontvangen van lesgevers uit de praktijk en professionals, zoals mensen uit zorginstellingen. Een Waals team gaf aan dat de samenwerking met RWLP ervoor zorgde dat zij verschillende informatiesessies ontvingen die tegemoet kwamen aan hun noden.

Bijscholing voor coaches

Een coach gaf aan nood te hebben aan meer intervisie-momenten. Daarnaast suggereerden de coaches bijkomende opleidingen rond: planning en management; basiskennis human resources; opleiding om de werking van het gezondheidszorgsysteem beter te begrijpen; opleiding in groepsdynamiek; teamleiding; project management en geautomatiseerde projectmanagementinstrumenten.

1.3. Inbedding in de gemeenschap

Zoals reeds uitvoerig beschreven in het CHW-rapport van het eerste jaar (Masquillier, Cosaert et al. 2022), gaven de teams aan dat CHWs de brug bouwen tussen de gemeenschap en de gezondheidszorgdiensten. Het belang van het aanpassen aan de lokale noden en aan de aanwezige partnerorganisaties werd ook in dit tweede projectjaar onderstreept. Zo stelde een Vlaams team: *“Gezien we nog enige dienst zijn die outreachend werkt, merken we dat de buurtbewoners veel zorg- en welzijnsvragen hebben. De mensen hebben behoefte aan sociaal contact, een luisterend oor, ondersteuning en hulp. Door een vertrouwensband op te bouwen met de buurtbewoners stellen we vast dat er noden zijn over de verschillende levensdomeinen. De CHWs zijn de tijdelijke steunpilaren om deze mensen wegwijs te maken in het terug voeling krijgen met de bestaande diensten, organisaties en verenigingen. Ze zijn bruggenbouwers in hart en nier. De CHWs zorgen ervoor dat deze mensen het vertrouwen terug winnen in de diensten en zorgen voor een warme overdacht naar de welzijns- en zorginstanties”*. In een andere Vlaamse stad zijn er echter verschillende outreach teams actief. Desalniettemin gaf dit team ook aan dat: *“Toch slagen we er in om ‘onze eigen plek’ te vinden en te behouden, omdat we werken op maat van een wijk of organisatie en samen zoeken naar de meerwaarde die een CHW kan bieden. (...) Continu de vinger aan de pols houden, het wendbaar inzetten van CHWs, inspelen op actualiteit en de steeds veranderende samenleving, in combinatie met het sluiten van slimme allianties, zijn een sleutel tot succes”*. Een Waals team vult aan: *“Mensen hebben behoefte aan een dienst die aanwezig, snel, beschikbaar en efficiënt is. Dit is wat de CHWs kunnen bieden. Als we het gebied kennen waarin we werken, voelen de bewoners zich begrepen.”* Het Brusselse team onderstreepte het belang van flexibiliteit in het werk als CHW, daar de wijken erg divers zijn en zij zich aanpassen aan behoeften van de doelgroep, alsook aan de aanwezige organisaties in de buurt.

De teams gaven aan dat ze voor het grootste deel de verwachtingen van de mensen uit de buurt kunnen inlossen, al is dat niet altijd het geval. Enkele teams gaven aan dat soms vragen worden gesteld die niet aansluiten bij de taken van de CHWs, bijvoorbeeld, welk ziekenfonds of welke dokter de beste is of het huren van een sociaal appartement. Zo moeten de CHWs soms grenzen stellen, waardoor ze niet altijd aan de verwachtingen kunnen voldoen – zowel van de persoon uit de doelgroep als van lokale organisaties. Een Waals team gaf aan dat de ervaring van de mensen uit de doelgroep ook sterk afhangt van de kwaliteit van de opvolging door organisaties waarnaar men doorverwees. Desalniettemin, stellen ze *“inwoners staan over het algemeen zeer positief tegenover het werk en het nut ervan. Zij bedanken ons zeer regelmatig, spreken over ons en nodigen ons uit voor bijeenkomsten.”* Verschillende teams benadrukten ook dat het outreachend werken en de doelgroep opzoeken waar zij leven erg belangrijk blijft aan hun werk.

Een Vlaams team gaf aan dat – in tegenstelling tot in het eerste projectjaar – ze niet meer zo actief op zoek gaan naar contacten, daar mensen uit de buurt hen weten te vinden bij vragen. Een ander Vlaams team nuanceerde dit door te stellen dat het CHW-project nog onvoldoende gekend is bij mensen in de gemeenschap. Hierop vulde een derde Vlaams team aan dat de term “community health worker” niet door iedereen gekend is, en soms moeilijk te begrijpen. Inzetten op het bekend maken van de rol van de CHWs naar de doelgroep toe is dan nog steeds – zoals in het eerste projectjaar – een blijvend aandachtspunt.

Ondersteuning van partners en mensen uit de buurt

De ondersteuning door lokale overheden en partners uit de buurt wisselt van stad tot stad en binnen steden ook tussen buurten. In het rapport van het eerste jaar beschreven we reeds dat wijken waar er reeds een goed bestaand netwerk aanwezig was, bijvoorbeeld via wijk-of buurtregisseurs, de samenwerking en inbedding van de CHW sneller werd opgestart (Masquillier, Cosaert et al. 2022). In het tweede jaar gaven teams aan dat het belang van een goede wijkwerking verder onderstreept wordt. Een illustratie hiervan was een CHW die actief is in twee wijken, waarvan één gekenmerkt wordt door een nauwe samenwerking tussen lokale organisaties en een andere wijk waar men in isolatie werkt. In de eerste wijk werd de CHW zeer sterk ondersteund en gedragen en worden de taken van de CHW besproken en afgestemd op de noden in de wijk en de aanvulling ten opzichte van de andere organisaties. In de tweede wijk gaf de CHW aan zich verloren te voelen doordat haar inzet niet wordt gedragen door de aanwezige partners. Daar waar er een goede wijkwerking aanwezig is of waar het CHW-team en de partnerorganisaties elkaar kennen, ervaart men een sterke complementariteit. Een Vlaams team gaf aan dat de aanwezigheid van sociale regisseurs en wijkregisseurs, die het werk van CHW mee ondersteunen, bijdraagt tot het slagen van de inzet van een CHW in een buurt of organisatie. In deze wijken gaven de teams aan dat er een goede wisselwerking is tussen hen en lokale organisaties, door gezinnen die CHWs begeleiden toe te wijzen naar de juiste zorg- en welzijnsinstanties en doordat mensen met zorgvragen naar hen worden toegeleid.

Een discussieteam stelde dat de rol van de gemeenschap essentieel was in het opbouwen van geloofwaardigheid ten aanzien van het CHW-project in de wijken. Ze vulden aan dat dankzij de gemeenschap en de organisaties in de buurt dit project concreet kon vorm gegeven worden. Twee andere discussieteams nuanceerden dat dit ook wel zeer stadsafhankelijk is omwille van de bestaande netwerken die al dan niet reeds aanwezig waren. Ze vulden aan dat ook het netwerk van de CHW, zoals bijvoorbeeld de sociale kaart en persoonlijk contact met sleutelfiguren, hierbij een belangrijke rol speelt. De outreachende werkwijze was daarbij voor een andere discussie groep een grote meerwaarde. Echter gaf één van de teams aan dat enkele CHWs de outreachende werkwijze een uitdaging vinden.

Een Vlaams team gaf aan dat de eerste scepsis van de wijkactoren aan het begin van het eerste projectjaar plaats heeft gemaakt voor erkenning en ondersteuning, door de inbreng en actieve rol van de CHWs in de lokale wijken. Het team illustreerde dit door verscheidene voorbeelden aan te halen van hoe zij ondersteuning verkrijgen bij hun werking: ervaringen en signalen worden *au sérieux* genomen op het wijkteam en deze problemen worden samen gedragen; partnerorganisaties stemmen de werking af op deze van de CHWs; gebruik van materialen voor outreach activiteiten, zoals bijvoorbeeld tafels en een partytent; voorstellen voor activiteiten, workshops en vormingen worden opgenomen door partnerorganisaties; en bekendmaking in wijkkranten en het stadsmagazine.

Vrijwel alle teams gaven aan dat zij gratis gebruik mogen van faciliteiten van lokale overheden en partnerorganisaties, zoals vergaderlokalen voor teamgesprekken en bureau ruimte voor individuele gesprekken. Sommige van deze partnerorganisaties sturen ook mensen uit de doelgroep met specifieke vragen door, waaronder over vaccinatie. Andere teams bereiden samen activiteiten voor of nodigen elkaar uit. Enkele andere teams vulden aan dat zij ook de steun van de buurt ervaren

doordat buurtbewoners hun contact gegevens doorgeven en er zo via mond-aan-mondreclame nieuwe mensen geholpen kunnen worden. Zo illustreert een Waals team dit door te stellen: *“In de wijken worden we uitgenodigd voor evenementen: diverse buurtfeesten, rommelmarkten, pakketuitdelingen, enz. Apotheken, medische centra en kleine winkels maken reclame voor ons werk met posters. De buurtbewoners praten over ons met hun familieleden, burens, vrienden, enz.”*. Een bijkomende illustratie van het ondersteund worden door de gemeenschap werd gegeven door een Vlaams team, waar een persoon die dakloos is, de CHW informeerde waar hij/zij een persoon kan vinden met zorgnoden die moeilijk te bereiken is.

Complementariteit aan bestaande organisaties

De teams haalden verschillende elementen aan die maken dat het werk van de CHW complementair is aan dat van bestaande organisaties door de aard van de begeleiding die de CHWs geven: de tijd kunnen nemen; outreachend werken; pro-actief mensen benaderen; een luisterend oor bieden; en vertrouwen opbouwen. De Brusselse CHWs en coach illustreerden de complementariteit door te stellen dat *“Wij vullen elkaar beter aan omdat wij niet aan een structuur gebonden zijn, wij zijn flexibel en ook mobiel, wat een pluspunt is in de structuren waarmee wij werken. Ook beheersen wij in ons team vele verschillende talen, hetgeen een belangrijke troef is in onze samenwerking en een aanvulling op de structuren. En we handelen op een manier die deze structuren met elkaar verbindt.”* Een Vlaams team gaf aan dat hun werking ook andere organisaties inspireerde om outreachend te gaan werken.

De complementariteit verschilde van organisatie tot organisatie. Een Vlaams team illustreerde dit door een analyse te maken van enkele van de organisaties en wijken waar zij actief zijn – in Kader 3.2 schetsen zij in eigen woorden hun samenwerking met lokale organisaties, per CHW. In woorden van een Waals team: *“Het hangt allemaal af van de band die we hebben met de verschillende verenigingen. Voor sommigen zijn wij slechts vaste partners met wie wij eenvoudige bijeenkomsten organiseren. Voor anderen zijn wij een onmisbare partner: wij werken samen bij de organisatie van evenementen en/of diverse projecten. Wij onderscheiden ons van andere sociale werkers door onze beschikbaarheid zowel thuis als op het terrein, een terugkerende follow-up, die op lange termijn kan gebeuren. En, natuurlijk, ondersteuning wanneer nodig en gevraagd. Wij zijn een schakel tussen de verschillende organisaties in de buurt.”* Daarnaast bestaan er met sommige organisaties sterke banden, om de CHW te ondersteunen bij het oplossen van problemen die zij ervaren op het terrein. Een Vlaams team gaf nog enkele andere voorbeelden van nauwe samenwerking, waaronder de vraag van een arts aan de CHW om bepaalde informatie door te geven aan een andere organisatie of dienst of feit dat de CHW toestemming verkreeg om in het interne registratiesysteem van een partnerorganisatie informatie in te geven. In een Vlaamse stad, waar er een wijkteam aanwezig is, gaven de CHWs en coach aan dat zij *“de voelsprieten zijn in de wijken”*. Hierbij signaleren en behartigen ze de belangen van de wijkbewoners op het wijkteam-overleg. Door de samenwerking met lokale diensten, worden de mensen uit de doelgroep ook sneller geholpen. Een Waals team stelde dat partnerorganisaties die het doel van de CHWs kennen, alleen maar positief zijn en dat organisaties en zorgverleners uit de buurt ook beroep doen op de diensten van de CHWs.

Kader 3.2 : illustratie van samenwerking met partnerorganisaties door een Vlaams team

Naam	Organisatie of wijk	Taken
CHW1	"[naam organisatie]: Vereniging waar Armen het Woord Nemen"	- "Tafelgesprekken: bezoekers die om een voedselpakket komen, worden bevraagd over: vaste huisarts, tandarts, apotheek, Globaal Medisch Dossier, geconventioneerd, derdebetalerssysteem, enz - Hiervan wordt een verslag gemaakt en een actieplan dat nu in uitvoering is, zoals februari: maand van de dokter; maart: maand van de mondzorg; enz - Beantwoorden van vragen van bezoekers, begeleiden naar afspraken bij zorgverleners, enz. Conclusie: werkt CHW complementair aan [naam organisatie]? Ja! Zowel in manier van werken (emanciperende functie) als rond het thema gezondheid dat reeds op de planning van [naam organisatie] stond."
CHW2	"[naam buurt]"	- "Bevragen van bewoners in functie van vaste huisarts, tandarts, apotheek, Globaal Medisch Dossier, verhoogde tegemoetkoming, enz. - Naar aanleiding van de bevraging: opmaak actieplan dat wordt uitgevoerd door CHW, met ondersteuning van wijkpartners zoals Wijkgezondheidscentra, [naam organisatie], SAAMO, enz Conclusie: werkt CHW complementair aan de noden van de buurt? Nee, vermits haar inzet niet wordt gedragen door de wijkpartners."
	"[naam buurt]: - Bij [naam organisatie]: nieuwe groeiplek voor [naam buurt] - [naam organisatie] - Wijkgezondheidscentrum (WGC) [naam buurt]"	- "In samenwerking en overleg met de gezondheidspromotor van het [Wijkgezondheidscentrum] WGC: ondersteunen van bewoners in Itsme, Covid-Safe Ticket aanvragen, leren werken met gezondheidsplatforms die gelinkt zijn aan zorgpakketten (probleem: iedere arts gebruikt een ander platform), digitale vaardigheden om zelf online afspraken te maken bij zorgverleners, en deze opvolgen, opvolgen van medicatie als er bv een nieuw voorschrift nodig is, zelf online afspraak maken, online betalingen van ziekenfonds, enz –

		steeds meer wordt dit alles de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. - De meest belangrijke doelstelling van alle WGC's voor de nabije toekomst is inzetten op versterken van digitale gezondheidsvaardigheden. In dit opzicht is hetgeen [naam CHW] doet in [naam buurt] een schot in de roos. In juni 2022 verschijnt het nieuwe beleidsplan van de WGCs in [naam stad] met bovenstaande doelstelling. - Contacten onderhouden met de outreachers van het OCMW: 'wijkspeurders' die voor bewoners rechten verkennen en uitputten (via de rechtenverkenner.be, online platform). - Ondersteunen van mondhygiëniste: toeleiden van bewoners naar screening, na screening opvolgen van bewoners naar tandarts (of zoeken van tandarts), ocmw in functie van betaalbaarheid van de kosten, enz. Met behulp van rechtenkaartjes (cfr. [naam organisatie]). - Bovendien start het WGC van [naam wijk] vanaf juni met een tandartsenpraktijk in dezelfde vorm als een wijkgezondheidscentrum, als een soort van pilootproject. Ze doen dit met eigen middelen. Aanwezig: tandarts, secretariaat, mondhygiëniste. Ook hier zal [naam CHW] aansluiten. Conclusie: werkt CHW complementair aan de noden in de wijk – ja!”
CHW3	“[naam organisatie]: stedelijk opvanginitiatief voor asielzoekers : vluchtelingen verblijven er in afwachting beslissing procedure”	- “In overleg met medewerkers [naam organisatie] begeleidt en ondersteunt de CHW asielzoekers naar allerlei zorgverleners. - Occasioneel ondersteunt hij bij het zoeken naar huisvesting of een UitPAS als de asielzoeker wettelijk verblijf heeft gekregen Conclusie: werkt de CHW complementair aan het [naam organisatie]: ja!”
CHW4	“[naam organisatie]: zelforganisatie van de Eritrese gemeenschap in [naam stad] De Eritrese gemeenschap in [naam stad] is erg klein, maar heel hecht. Vluchten uit Eritrea heeft een prijs: veel vluchttrauma,	- “De CHW begeleidt en ondersteunt Eritrese vluchtelingen naar allerlei zorgverleners, op maat van de noden van het gezin, zoals OCMW, [naam vzw], CLB [Centrum voor Leerlingenbegeleiding], ziekenhuizen, enz. - Occasioneel ondersteunt zij bij het zoeken naar huisvesting, in orde brengen van administratie, enz. Conclusie: biedt de CHW ondersteuning complementair aan aan de noden van de Eritrese gemeenschap: ja!”

	oorlogstrauma, intra-familiaal geweld bij gezinshereniging, snelle (niet altijd gewenste) zwangerschappen bij gezinshereniging, relationele problemen, gezondheidsproblemen bij kinderen, en vele psychische problemen en trauma's."	
CHW5	"Wijkgezondheidscentrum [naam, wijk]"	- "Ondersteunen van zorgverleners uit het WGC bij huisbezoeken of consultaties - Zelfstandige opvolging en huisbezoeken van patiënten van het WGC - Begeleiden en ondersteunen van gezinnen naar zorgverleners buiten het WGC (bv naar ziekenhuis, tandarts, ...) Conclusie: werkt de CHW complementair aan het WGC: Ja!"
	"[naam organisatie]"	- "Ondersteuning van de medische dienst van [naam organisatie]: vrijwillige artsen en tandartsen - Bezoekers ondersteunen bij hun administratie, in orde brengen medische kaart, - Ondersteuning bij vaccinatie-campagne stad [naam stad] Conclusie: werkt CHW complementair aan [naam organisatie]: ja!"
	"[naam organisatie]"	- "Vanuit de [naam organisatie] is er nauwe samenwerking met het project 'ieders mond gezond': in de nabijgelegen Hogeschool wordt de opleiding tot mondhygiëniste gegeven. In het kader van het project 'ieders mond gezond' kunnen de bezoekers van [naam organisatie] er gratis hun tanden laten screenen. Nadien krijgen ze een verwijfsbrief en helpt [naam CHW] hen naar de tandarts. Conclusie: CHW werkt complementair aan het project"
	"[naam ziekenfonds]"	- "Vele Bulgaren komen naar de [naam ziekenfonds] met allerlei niet-ziekenfonds gerelateerde vragen. [naam CHW] turft deze vragen, zoekt naar antwoorden, begeleidt en ondersteunt. - Dit alles om de dienstverlening van de [naam ziekenfonds] te optimaliseren. Idem voor stad [naam stad] die in de toekomst met een

		<i>gelijkaardig project wil starten: wat zijn de noden en vragen van deze gemeenschap en hoe kan dienst- en hulpverlening hierop afgestemd worden.</i> Conclusie: <i>de CHW werkt complementair aan het project</i>
--	--	--

Samenwerkingen tussen organisaties dankzij CHWs

De meeste teams gaven aan dat dankzij hun werking in de wijk, andere organisaties elkaar ook hebben leren kennen – zij het op beperkte schaal. De teams bouwden hun eigen netwerk uit op basis van het zetelen in verschillende lokale overlegorganen, mee te gaan met cliënten of door te verwijzen. Op deze manier leerden deze organisaties soms ook andere organisaties kennen. Een Vlaams team illustreert dit door te stellen: *“op kleine schaal door cliënten van één dienst naar een andere door te verwijzen. Van bijvoorbeeld het [naam organisatie] naar [naam tweede organisatie] voor tand- en psychologische zorg. De collega’s daar wisten niet dat [naam tweede organisatie] deze dienstverlening biedt”*. Een ander Vlaams team vulde aan dat zij ook contact faciliteren tussen kleine vrijwilligersorganisaties en het brede gezondheidslandschap en stedelijke diensten. Een Waals team gaf aan dat door hun werking verschillende organisaties sociaal vervoer zijn beginnen delen, wat voordien niet bestond. Het Brussels team zei hierover *“het is duidelijk dat wij verschillende structuren in de buurt met elkaar verbinden die niet gewend waren samen te werken. Zo hebben wij in één organisatie waar wij permanentie houden, een activiteit voorgesteld die van groot belang was voor de leden van het wijkgezondheidscentrum, waardoor de twee organisaties de eerste contacten konden leggen.”* Echter nuanceerde een ander Waals team dat zij eerder de schakel blijven tussen de organisaties, en dat de samenwerking tussen de organisaties onderling zeer beperkt blijft.

1.3.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Tijdens de workshop werd besproken dat de samenwerking met de gemeenschap momenteel beperkt is omwille van het feit dat het CHW-project nog te weinig gekend is in de buurt. Een Waals team illustreerde de uitdaging van de bekendmaking van het CHW-project naar partners en de doelgroep als volgt: *“De grootste uitdagingen waren en zijn om onszelf bekend te maken. Het is inderdaad niet zo gemakkelijk om ons bekend te maken bij enerzijds de bestaande verenigingen en instellingen en anderzijds de mensen in nood. De meeste mensen die wij helpen zijn ons aanbevolen door collega’s of tijdens ontmoetingen bij hen thuis, of tijdens voedseldistributies. Ook het gebrek aan materiaal waarover wij beschikken in termen van zichtbaarheid heeft gevolgen voor ons.”*. Ze gaven aan dat inzetten op meer zichtbaarheid belangrijk is voor de betrokkenheid bij de gemeenschap te verbeteren, onder meer door het organiseren van evenementen en activiteiten.

Daar waar men niet voldoende op de hoogte is van de werking van de CHWs, loopt de samenwerking moeizamer of merkt men dat organisaties zelf weigerachtig staan ten opzichte van samenwerking. Een team illustreerde dat zulke samenwerking niet altijd even goed verloopt: *“Zorgverleners stellen zich soms defensief op ten aanzien van een CHW en weren elke hulp af, of leggen alles ‘lam’ door het GDPR-argument, ook al geeft de client of familie uitdrukkelijk toestemming. Het vergt heel wat arm-geworstel om de defensieve houding te doorbreken, bijvoorbeeld de coach neemt contact op of gaat ter plaatse, er wordt een klacht ingediend bij de ombudsdienst”*. Enkele CHWs in een Vlaams team

gaven aan dat mensen uit de buurt, maar ook stadstoezichers of politie hun werking weinig kennen waardoor ze elkaar niet kunnen ondersteunen. Een ander Vlaams team gaf aan dat door de onbekendheid van de CHW-rol bij sommige organisaties deze de meerwaarde van de CHW niet zien en de verwachten hetzelfde werk te doen – ook al blijkt na toelichting dat dit niet het geval is. Het team gaf aan dat het belangrijk is om goede afspraken te maken over wie welke taken opneemt. Zo pogen ze het bestaand netwerk van de cliënt in kaart te brengen, met aandacht voor welke hulpverleners reeds betrokken zijn bij deze persoon, waarin ieders rol duidelijk wordt in beeld gebracht en afgebakend. Dit met het oog over het waken dat men complementair werkt. In sommige gevallen is de CHW ook een soort ‘bemiddelaar’ om ervoor te zorgen dat de cliënt de juiste ondersteuning krijgt.

Tijdens de workshop gaven de teams enkele suggesties hoe de betrokkenheid van de gemeenschap verbeterd zou kunnen worden naar de toekomst toe. Zo gaf een discussieteam aan dat het waardevol zou kunnen zijn om gespreksavonden in de wijk te organiseren, eventueel in samenwerking met andere lokale organisaties, waar mensen uit de buurt spreken over specifieke gezondheidsthema's. Hier kunnen de CHWs dan ook feedback vragen van de aanwezigen over hun werking en wat leeft in de buurt. Tijdens het tweede projectjaar werd de website van het CHW-project verder aangevuld en werd er de mogelijkheid gegeven aan website bezoekers om via een formulier feedback te voorzien. Dit vormt een eerste kleine stap in het voorzien van feedback-mogelijkheden vanuit de gemeenschap. Hier dient naar de toekomst toe nog verder worden op ingezet. Bij het samenwerken met partnerorganisaties in de wijken gaf een discussieteam aan dat het ook belangrijk is om deze hier voor te erkennen, bijvoorbeeld door een samenwerkingscertificaat.

Om verder de complementariteit te bevorderen stelden verschillende teams voor dat er ingezet kan worden op het meer kenbaar maken van de rol van de CHW. Niet alleen naar de doelgroep toe, maar ook het duidelijk toelichten van de CHW-rol naar de partnerorganisaties. Door deze rolverduidelijking verwachtten verschillende teams dat dit bevorderlijk zal zijn voor de samenwerking en dit zal bijdragen tot het vermijden van een gevoel van “concurrentie”. Ook duidelijke samenwerkingsafspraken kunnen hierbij helpen. Verschillende teams gaven ook aan om samenwerkingen nog meer te versterken door, bijvoorbeeld: een vaste contactpersoon binnen de verschillende diensten en organisaties; betere doorverwijzing tussen samenwerkende partners en CHWs; en meer permanenties in gebouwen waar partners gevestigd zijn. Tot slot gaven verschillende teams aan dat blijvend inzetten op communicatie tussen hen en partnerorganisaties essentieel is om blijvend af te stemmen, signalen uit te wisselen, huidige werking verder toe te lichten. Dit kan door aanwezig te zijn op bestaande overleg momenten, zoals wijkteams/overleg of door zelf een (in)formeel overleg te organiseren. Een Waals team benadrukte dat het ook belangrijk is om *“het project de tijd te geven om zijn toegevoegde waarde concreet aan te tonen: wanneer een ervaring positief is, blijkt dit vaak een onmiddellijke stimulans voor de samenwerking te zijn.”*

1.4. Aansluiting bij de gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties

Alle teams gaven aan dat er samenwerkingen bestaan tussen de CHWs en de eerstelijnszorgverleners en welzijnsactoren. De inhoud van deze samenwerkingen kan sterk verschillen, zoals dit Waals team stelde: *“Het varieert van situatie tot situatie, soms verwijzen we mensen door naar hun diensten. Soms*

nemen partners contact met ons op omdat zij ondersteuning nodig hebben die buiten hun expertisegebied ligt.”

Net zoals de inhoud van de samenwerkingsverbanden verschilt, varieert ook de graad van formalisering van deze verbanden. Zo stelde het Brussels team: *“Wij hebben samenwerkingen waarvoor overeenkomsten zijn gesloten en andere waarvoor dat niet het geval is. Wij hebben verscheidene vergaderingen gehad om onze rol te verduidelijken en de diensten die wij de personen die we ondersteunen kunnen aanbieden, te verduidelijken. De samenwerking is geformaliseerd via email»*. Een Waals team gaf aan dat dit vaak eenmalige samenwerkingsverbanden zijn, die gebaseerd zijn op de noden van de persoon uit de doelgroep die men op dat moment ondersteuning verschaft – dit altijd met instemming van de persoon die ze ondersteunen. In sommige instanties zullen teams samenwerkingen formaliseren door afspraken te maken op papier of via email. Al gaven de teams aan dat de meeste samenwerkingsverbanden zelden zijn geformaliseerd, maar veelal gegroeid gaandeweg in de praktijk. Een Vlaams team illustreerde de ontwikkeling van samenwerking tussen hen en lokale organisaties als volgt: *“De meeste CHWs antwoorden dat er geen formele samenwerkingsafspraken zijn. Één van de collega’s omschrijft het als “het bos ingestuurd te zijn” na een voorstelling. Bij sommige organisaties waar er geen concrete afspraken waren in het begin, zijn er ondertussen informele afspraken. Bij een buurtwerking bijvoorbeeld worden alle vragen rond gezondheidszorg en corona doorgestuurd naar de aanwezige CHW tijdens hun permanenties. Een enkeling omschrijft dat er directe communicatie is van de organisatoren met de instellingen via een vergadering waarbij een coach en CHW aanwezig zijn aan het begin van een samenwerking”*. Ook in andere teams is de coach aanwezig bij overleg met de lokale organisatie, om te zorgen voor een nauwe opvolging door zowel coach als de organisatie van het werk van de CHW en een bijsturing waar nodig.

Achtereenvolgens bekijken we de bestaande samenwerkingsverbanden met eerstelijnsactoren, alsook de elementen die samenwerking faciliteren. Vervolgens bekijken we samenwerkingen met welzijnsactoren. Tot slot behandelen we de uitdagingen en potentiële mitigerende acties met betrekking tot de aansluiting van het CHW-project bij gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties. In Hoofdstuk IV, kan de lezer een meer uitgebreid overzicht vinden van samenwerkingen tussen het CHW-project en partnerorganisaties voor elk van de drie regio’s en het federale niveau.

1.4.1. Bestaande samenwerkingsverbanden met eerstelijnsactoren

De teams werken vaak samen met zorgorganisaties als een wijkgezondheidscentrum, Medisch huis, dokterspraktijken, ziekenhuizen, apotheken, orthopedagogen, en organisaties als Dokters van de wereld en Geneeskunde voor het volk. Verder werkt men ook samen met individuele huisartsen, specialisten, psychologen, straatverpleegsters of zelfstandig verpleegkundigen. De samenwerkingen nemen erg diverse vormen aan, gaande van toeleiding door de CHW naar de eerstelijns, een vraag tot ondersteuning van de eerstelijnsactor, tot echt een nauwe samenwerking met overleg. Zo stelde het Brussels team: *“de vormen van samenwerking zijn zeer divers en hangen af van de activiteiten (wij hebben reeds samen workshops en voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd) enz.”* Al gaven de meeste teams aan dat momenteel ze voornamelijk toeleiden naar de eerstelijnszorgactoren en het zo voornamelijk eenrichtingsverkeer blijft.

Illustraties samenwerkingsverbanden

De CHW vervult diverse rollen in het samenwerkingsverband met eerstelijnszorg-organisaties. In Kader 3.3 illustreert een Vlaams team in eigen woorden de aanvulling die zij bieden ten aanzien van specifieke actoren in hun buurt. Daarnaast gaven andere teams aan dat CHWs op volgende wijze aanvullend werken op het bestaande aanbod: doorverwijzen naar eerstelijnsgezondheidszorg-actoren; meer duidelijkheid krijgen op de zorgsituatie van de patiënt; ondersteuning bieden bij aanvragen tegemoetkomingen en premies; ondersteunen bij het maken en nakomen van afspraken bij specialisten en huisartsen; vertalen/tolken; warme overdachten naar de zorg- en welzijnsinstanties; ondersteuning bieden bij het opvolgen van patiënten; oplossingen zoeken voor problemen bij toegang tot zorg. Zo illustreerde een Vlaams team de samenwerking met Geneeskunde Voor Het Volk en een lokaal gezondheidscentrum: *“patiënten die extra ondersteuning/hulp nodig hebben worden toegeleid naar de CHW. Met inspraak van de patiënt neemt de secretaresse rechtstreeks contact op met de CHW van de wijk. De CHW gaat op huisbezoek en bespreekt de zorgvraag.”* Het Vlaams team geeft een ander voorbeeld van een samenwerking met een lokale dokterspraktijk: *“er wordt een terugkoppeling gedaan naar de dokterspraktijk met de stappen die de CHW heeft ondernomen samen met de patiënt. Er is een samenwerking met de maatschappelijk assistente van de praktijk, de sociale dienst van de mutualiteit en de huisarts.”* Een ander Vlaams team vult aan dat de CHWs ook samen met iemand van de doelgroep aanwezig zijn bij een doktersvisite om ondersteuning te bieden. Een Waals team geeft aan dat dit ook een opportuniteit kan bieden om hun werk verder kenbaar te maken bij zorgverleners: *“Wij vergezellen onze personen die we ondersteunen regelmatig naar hun eerste afspraak en delen ons visitekaartje uit met uitleg over ons project. Ja, het werkt, en wij dringen regelmatig aan op het einddoel, de autonomie van de personen die we ondersteunen ».* Daarnaast zijn er ook gezondheidscentra waar de CHWs mensen naar toeleiden zonder dat er een verdere wisselwerking is tussen hen en het gezondheidscentrum bestaat. Tot slot illustreert een team in een Vlaamse stad dat er ook een goede samenwerking met een private tandartsenpraktijk: *“Via [naam lokale vzw] hebben we een goed contact met een tandarts [naam praktijk], de enige tandarts op de kaart van [naam lokale vzw]. Het is een nieuwe praktijk (alles wit, blinkend), maar [naam CHW] werkt met hen samen en leidt daklozen en mensen met een medische kaart toe naar de praktijk. De tandarts bekijkt samen met de client wat er nodig is, en zoekt naar betaalbare oplossingen (bv in functie van prothesen).”*

Naast het feit dat eerstelijnszorgactoren mensen opvolgden die de CHWs doorverwijzen, leiden zij op hun beurt ook mensen toe naar de CHW die bijkomende ondersteuningsnoden hebben – zij het in beperkte mate. Indien er toch doorverwijzingen plaatsvinden komen deze van huisartsen, apothekers, wijkgezondheidscentra, psychologen, buurtgezondheidscentra, verpleegkundige en sociale dienst lokaal ziekenhuis. Verder zorgen sommige eerstelijnsactoren voor een situatieschets van de patiënt en volgen zijn deze mee op. Ook verzorgen zij doorverwijzingen, onder meer in complexe dossiers en betrekken ze de CHWs hier ook bij. Enkele teams gaven aan dat de doorwijzing van de zorgverleners veelal beperkt is.

Kader 3.3: illustratie van de samenwerking van een Vlaams CHW-team met lokale eerstelijnsactoren

Organisatie	Samenwerking	Rol CHW	Rol Organisatie
Eerstelijnsactor			
<i>"[Naam gezondheidsorganisatie voor socio-economisch kwetsbare groepen]"</i>	<i>"Tijdens de permanentie bij [naam project] treedt een CHW op als vertaler of tolk. Hun vrijwilligers zijn ook op de hoogte van alle activiteiten."</i>	<i>"We sturen cliënten naar hen door en we krijgen cliënten die verdere begeleiding nodig hebben ook doorgestuurd. We gaan bijvoorbeeld samen een stap verder naar afspraken bij ziekenhuizen, maken afspraken bij huisartsen of ondersteunen bij administratie."</i>	<i>"Oplossen medische en sociale problemen, doorverwijzen."</i>
<i>"[Naam organisatie die psychologische ondersteuning verschaft]"</i>	<i>"Doorverwijzing doordat we veel in contact komen met mensen die trauma beleefd hebben en moeilijk kunnen omgaan met hun nieuwe levensomstandigheden. [Naam organisatie die psychologische ondersteuning verschaft] kan hier belangrijke ondersteuning bieden vermits zij groepstherapieën aanbieden met tolk."</i>	- <i>"Toeleiden (er wordt via via heel wat informatie doorgestuurd)"</i> - <i>Mensen inschrijven"</i>	<i>"Groepstherapie bieden"</i>
<i>"Huisartsen, tandartsen, Wijkgezondheidscentra [namen van concrete eerstelijnsactoren]"</i>	<i>"Toeleidingen naar eerstelijnsactoren in de buurt, doorverwijzen naar andere actoren, ... via e-mail of telefoon van de hulpverlener krijgen we de"</i>	- <i>"Toeleiden naar OCMW voor medische waarborg"</i> - <i>Begeleiding en toeleiden naar ziekenhuizen, huisartsen, ..."</i>	- <i>"Doorverwijzen en naar CHW"</i> - <i>Medische hulp / kwalitatieve en goede zorg bieden"</i>

	gegevens van een cliënt, nemen we contact en verdere begeleiding op.”	- Op basis van hulpvraag op zoek naar gepaste hulp - Informerende rol over de werking van het gezondheidszorg- en welzijnssysteem - Faciliterende rol in de communicatie - o Verduidelijken - o Vertalen - Ondersteunende en aanmoedigende rol”	
--	---	--	--

Facilitatoren van samenwerkingsverbanden

Eén van de belangrijkste facilitatoren in de samenwerking tussen de eerstelijnsactoren en CHWs is het uniek profiel dat de CHWs hebben. Een Vlaams team illustreerde dit door te stellen: *“CHWs wonen zelf in de wijken en/of kennen de wijken zeer goed. Hierdoor begrijpen ze de buurtbewoners beter en kennen ze ook hun behoeftes. Dit zorgt voor een betere afstemming van de noden van de patiënten en de eerstelijnszorg instanties.”* Ook de talen die de CHWs spreken, vormen volgens hen een bijkomend voordeel in een samenwerking om zo toegankelijk en laagdrempelig te communiceren met mensen uit de doelgroep. Verder benoemden de CHWs hun gedrevenheid, eerlijkheid, menselijkheid en motivatie als belangrijke sterktes om samenwerkingen vorm te geven in overleg, bijvoorbeeld door het organiseren van permanenties bij de partnerorganisatie. Het gezamenlijk doel dat men heeft, alsook een vertrouwensrelatie faciliteert ook de samenwerking. Een Vlaams team vulde dit verder aan: *“Het uitgangspunt is dat een dergelijke samenwerking maar lukt als er een win-win is voor alle partijen én dat de samenwerking vanaf het begin vorm krijgt door evenwaardige inbreng van alle partijen. Het is dus een gezamenlijk projectje, dat gestaag groeit en vorm krijgt. De wendbaarheid en flexibiliteit van de CHW is hierin een absolute meerwaarde om snel te kunnen inspelen op steeds veranderende omstandigheden, zoals bv de steeds veranderende maatregelen bij corona. Maar evenzeer omstandigheden binnen de organisatie of de omgeving”.* Om te beantwoorden aan deze veranderende omstandigheden verzorgt de coach van dit team regelmatige overlegmomenten met partnerorganisaties om hier op in te spelen en bij te sturen waar nodig. Het Brussels team stelde ook dat de zorgzaamheid van de CHWs, die inspelen op de behoeften van de doelgroep een belangrijke facilitator is in het opzetten van samenwerkingsverbanden. Een Waals team vulde aan dat een verduidelijking van taken en rollen een bijkomende facilitator is. Om hier aan tegemoet te komen, werd in het eerste jaar sterk ingezet op communicatie, bijvoorbeeld, in Vlaanderen door naar alle eerstelijnszones een communicatie te verzenden met een infofiche, aangevuld met rollen. Men vulde aan dat in Brussel deze communicatie verloopt dankzij de aanwezigheid van de CHWs op het terrein en tijdens vergaderingen en follow-ups worden de ontmoetingen met de actoren uit de eerstelijns frequenter. Een Vlaams team stelde: *“dat we vanaf het begin in gesprek gaan en samen afspraken maken over hoe het CHW project vorm kan krijgen, wat de prioritaire gezondheidsnoden zijn, welke*

CHW hiervoor het best geplaatst is of wat de desbetreffende CHW als meerwaarde kan bieden. Het is een strategische aanpak om te streven naar een zo groot mogelijke kans op succes.” Het blijvend inzetten op goede communicatie is een essentieel element dat de teams aangeven, dit via persoonlijke kennismaking met hulpverleners en leidinggevende, maar ook via het delen van het werk van de CHW via sociale media, een lokaal stadsmagazine, andere magazines of kranten of mond-aan-mond reclame. De nieuwe rolomschrijving hierbij in de verf zetten was volgens de teams ook een belangrijk aandachtspunt. Het Brussels team sloot af door te stellen dat *“een stabiel project op lange termijn met een duidelijk kader om het project geloofwaardigheid te geven”* ook een belangrijke facilitator kan zijn voor verdere samenwerkingen.

1.4.2. Bestaande samenwerkingsverbanden met welzijnsactoren

Naast de samenwerkingen met eerstelijnsactoren, werken CHWs ook samen met welzijnsactoren, waaronder maatschappelijk werkers, onder meer van de mutualiteiten. Over deze samenwerkingen met welzijnsactoren stelde een Vlaams team dat: *“Soms is het onmogelijk om niet-gezondheidsgerelateerde kwesties niet op te nemen, bv Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB): in het belang van het kind en de ouders is het wel belangrijk om hier de brug te maken (bv leerproblemen, financiële problemen, mentale problemen, beperkingen, enz).”* Met betrekking tot zulke samenwerking met welzijnsactoren gaf een Vlaams team aan dat: *“aanvragen van tegemoetkomingen/premies worden samen met de sociale dienst van de mutualiteiten in orde gebracht. De CHWs bieden administratieve ondersteuning op maat van de mensen en vertalen de ingewikkelde procedures in eigen moedertaal.”*

Verschillende teams gaven aan dat eerder welzijnswerkers dan zorgverleners mensen naar hen doorverwijzen die nood hebben aan ondersteuning. Met betrekking tot onderwijs, zijn dit onder meer zorgleerkrachten, maatschappelijke oriëntatieleeraren en centra voor basiseducatie. Daarnaast verwijzen maatschappelijk werkers van lokale VZW's vaak door naar de CHWs, bijvoorbeeld een vereniging voor sekswerkers, en organisaties als Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), Dienstencentra, Diensten Maatschappelijk Werk Mutualiteiten, Openbaar Centrum Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en SAAMO. Ook wijkmanagers, straathoekwerkers, buurtopbouwerkers en gemeenschapswachten verwijzen door naar CHWs. Tot slot zijn er ook medewerkers van erg diverse organisaties die doorverwijzen naar de CHWs, waaronder: Rode Kruis; voedsel banken; het kinderrechtenteam; de gezondheidsgidsen; de gezondheidskiosk; jobcoaches; sociale huisvestingmaatschappij, en anderen.

Het Vlaams team dat ook reeds in Kader 3.3 een illustratie gaf van samenwerkingsverbanden met eerstelijnsactoren, vulde in eigen woorden in Kader 3.4 de samenwerkingsverbanden aan met welzijnsactoren. Ze illustreerden hier ook de complementariteit in dit samenwerkingsverband door de rol van de CHW, alsook de rol van de partnerorganisatie te beschrijven.

Kader 3.4: overzicht samenwerking van een Vlaams CHW-team met lokale welzijnsactoren en andere organisaties

Organisatie	Samenwerking	Rol CHW	Rol Organisatie
Andere organisaties			
"Ziekenfondsen"	"Doorverwijzen van CHW naar ziekenfondsen, geen actieve samenwerking, misschien nog meer mogelijkheden tot samenwerking in de toekomst? (bv. gebruik maken van kantoren, aanwezig zijn om leden aan te spreken, ...)"	"Afspraken maken, meegaan naar ziekenfonds als begeleider, vertalen"	"Verzekerbaarheid, administratief in orde brengen van dossier, geen doorverwijzing van ziekenfondsen naar CHW"
"Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)"	"Aanwezig bij deelwerkingen [namen van concrete deelwerkingen], CAW verspreidt nummers van CHW, samenwerkingsmogelijkheden met CAW verder bekijken en opfrissen (rolverduidelijking = opportuniteit om dit vast te pakken)."	"Ondersteuning en meegaan naar afspraken, fysiek aanwezig en mensen aanspreken bij deelwerkingen, tolken, deelwerkingen verwijzen door naar CHW"	"Ondersteuning kwetsbare doelgroepen (o.a. daklozen)"
"Buurtwerking [naam]"	"Buurthuis met groot bereik van doelgroep en vragen ze verwijzen gezondheidsvragen door naar CHW, sterke en duurzame samenwerking tussen [naam buurthuis] & CHW. CHW voelen zich thuis, CHW maken gebruik van verschillende faciliteiten van [naam buurthuis]."	"Vragen rond gezondheid opnemen, deelnemen aan groepsgesprekken"	"Opnemen vragen andere thema's + doorverwijzen, faciliteren groepsgesprekken"
"SAAMO"	"Persoons/projectgebonden samenwerking"	"Mensen aanspreken, CHW verwijzen door naar aanbod SAAMO, samen op straat (outreaching werken)"	"Samen op straat gaan (outreaching werken)"
"[Naam lokale vzw voor sekswerkers]"	"Nauwe samenwerking, doorverwijzing van [Naam lokale VZW voor sekswerkers] naar CHW,	"Meegaan (outreaching), begeleidingen	"Ondersteunen doelgroep"

	<i>samen op straat (outreaching werken)"</i>	<i>opnemen die [Naam lokale vzw voor sekswerkers] doorgeeft"</i>	
<i>"LIGO [Centra voor basiseducatie]"</i>	<i>"Actieve samenwerking, aanwezig tijdens de lessen (2 locaties – wekelijks), doorverwijzing van LIGO naar CHW, CHW staan met foto in map van LIGO voor deelnemers"</i>	<i>"Ondersteuning, gezondheidsvragen, begeleiding van gezinnen"</i>	<i>"Doorverwijzing en informatie verspreiden"</i>
<i>"Buurthuis [naam]"</i>	<i>"Door aanwezig te zijn veel geleerd van de buurt, gezondheid en welzijnssysteem (bv. tegemoetkomingen), doorverwijzen vanuit Buurthuis naar CHW"</i>	<i>"Eén CHW aanwezig, maakt gebruik van locatie"</i>	<i>"Doorverwijzing"</i>

1.4.3. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Bij het bespreken van de uitdagingen en potentiële mitigerende acties met betrekking tot de aansluiting van het CHW-project bij de gezondheidszorg focussen we eerst op de barrières aan de zijde van de eerstelijnsactoren en het CHW-project. Vervolgens zoomen we in op de beperkte onderlinge samenwerking. Ook de bevoegdheidsverdeling en delen van onderlinge informatie komt aan bod. Tot slot richten we ook onze blik op de toekomst hoe deze aansluiting bij de gezondheidszorg verbeterd zou kunnen worden.

1.4.3.1. Uitdagingen

Barrières aan zijde van de eerstelijnsactoren en CHW-project

Naast de succesvolle samenwerkingsverbanden zijn er ook aspecten die maken dat deze samenwerkingen tussen het CHW-project en eerstelijnsactoren bemoeilijkt worden: zowel aan de zijde van de eerstelijnsactoren, als aan de zijde van het CHW-project.

Ten eerste, met betrekking tot de barrières gerelateerd aan de eerstelijnszorgactoren, gaven teams aan dat een echte samenwerking bemoeilijkt wordt door verschillende factoren: het tijdsgebrek bij zorgverleners; patiëntenstop bij dokters en wijkgezondheidscentra; en gebrek aan personeel. Eén van de teams ondernam reeds pogingen om een samenwerking op te zetten met enkele artsen van een huisartsenpraktijk, geestelijke gezondheidszorg en een wijkgezondheidscentrum. Echter gaf dit team aan dat er matig enthousiasme kon genoteerd worden omwille van de overbelasting en zware werkdruk bij huisartsen, alsook beperkte tijd en middelen om na te gaan hoe deze samenwerking vorm zou moeten krijgen. Ook gaf een team aan dat soms de individuele houding van een zorg- of hulpverlener een enorm verschil maakt in het faciliteren of belemmeren van samenwerkingen. Ook

de talenkennis van de zorgverlener kan een barrière vormen. Men vulde ook aan dat sommige doorverwijzingen op een ontgoocheling uitdraaien, wat het belang illustreert van samenwerkingen met gezondheidszorg- en welzijnspartners die openstaan voor de doelgroep. Zo illustreerde een Vlaams team: *“De mazen van het maatschappelijk net zijn niet makkelijk te dicht. We worden geconfronteerd met blokkades bij instellingen die niet de hulp bieden die ze zouden moeten bieden.”* Tot slot waren er ook uitdagingen in het niet doorstromen van informatie in een organisatie, waardoor mensen intern niet altijd op de hoogte zijn van bepaalde samenwerkingen.

Ten tweede, met betrekking tot barrières gerelateerd aan het CHW-project, stelde een Waals team dat één van de grootste uitdagingen is het feit om zich bekend te maken bij bestaande verenigingen en gezondheidsorganisaties. Hierbij vulde een Vlaams team aan dat *“onduidelijke rollen/missie/visie in de samenwerking waardoor de CHWs niet ernstig genomen worden, enkel ingezet worden als tolk, ... Enkelen ervaren hierdoor ook de moeilijkheid om grenzen af te bakenen in de samenwerkingen.”* Andere Vlaamse, Waalse en Brussels teams beaamden dat onbekendheid van het project defensieve reacties kan uitlokken of men angst heeft dat CHWs hetzelfde werk uitvoeren. Ook naar de doelgroep toe, merkte het Brussels team op dat de toegevoegde waarde van de CHWs niet altijd helder is. Een Waals team vulde aan dat een nadeel is dat zulke samenwerking opzetten veel tijd vergt, wat ten koste kan gaan van de ondersteuning van mensen. Een Vlaams team gaf aan dat de takenpakketten van de CHWs reeds goedgevuld zijn, waardoor er niet altijd ruimte is voor nieuwe samenwerking met lokale organisaties die via mond-aan-mond reclame het lokale CHW-team contacteren. Een Waals team vulde aan dat wegens tijdsgebrek het onderhouden van de contacten met lokale organisaties niet altijd evident is.

Beperkte onderlinge samenwerking

Een Waals en Vlaams team wezen op het feit dat het niet alleen belangrijk is dat het CHW-project een samenwerking opzet met gezondheidszorgdiensten, maar dat gezondheidszorgdiensten ook onderling beter zouden moeten samenwerken. Teams gaven aan dat zij het gevoel hebben machteloos te staan bij de eigenheid van hun stad waar er vaak beperkte onderlinge samenwerking is tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Daarnaast vormt het feit dat in sommige organisaties medewerkers weinig ruimte krijgen tot samenwerking een bijkomende barrière. Desalniettemin gaven de teams aan hoe de samenwerkingen mogelijk meer bevorderd kunnen worden. Centraal staat goede communicatie en overleg. Ook binnen de gezondheidszorgorganisaties is het belangrijk dat er betere samenwerking en communicatie is tussen de diensten van deze organisaties. Zo stelde een Waals team: *“Wij stellen vast dat personeelsleden die de vergadering niet hebben bijgewoond, na onze presentaties niet op de hoogte zijn van ons bestaan”.* Zo gaven verschillende teams aan dat de versnippering in het landschap van zorgactoren ervoor zorgt dat iedereen op zijn eigen eiland werkt en grondige samenwerking een uitdaging vormt.

Verder gaf een Brussels en Waals team aan dat nauwe samenwerking met één bepaalde organisatie ook beperkend kan werken in het bereik, bijvoorbeeld enkel dan te werken voor de leden van die organisatie. Een bijkomend nadeel dat een Vlaams team aanhaalt was dat men dient op te letten met samenwerkingen met organisaties met een negatief imago, omdat dit zou kunnen afstralen op de CHWs.

Bevoegdheidsverdeling

De bevoegdheidsverdeling tussen federale en regionale overheden vormde een uitdaging voor de CHWs. Zo stelde een Brussels team dat ze buiten de federale bevoegdheidsverdeling wensen te werken: *“Om acties op het terrein op een bredere manier te kunnen uitvoeren (en niet beperkt te blijven tot wat alleen de federale bevoegdheid is)”*. Dit is momenteel echter niet mogelijk in dit project, maar deelnemers aan de workshop geven aan dat dit waardevolle mogelijkheden zou bieden naar de toekomst toe indien hier over de bevoegdheidsverdelingen zou mogen gegaan worden.

Delen van informatie

Het delen van informatie tussen de CHWs en zorgverleners is momenteel nog niet gestroomlijnd. De CHWs gebruiken momenteel geen verwijsbrieven of andere structurele manieren om informatie te delen. Dit is een aandachtspunt voor de toekomst om te bekijken op welke manier dit best kan georganiseerd worden. Momenteel hanteren CHWs ad hoc manieren om informatie mee te delen: dit kan zijn door persoonlijk aanwezig te zijn op een consultatie met een zorgverlener – na toestemming van beide partijen, zowel patiënt als arts, maar ook door informatie te delen op andere wijzen. Zo gaf een Vlaams team mee: *« We gebruiken geen verwijsbrieven maar nemen telefonisch contact en stellen ons voor als CHW wanneer we afspraken moeten maken voor de cliënten. Ik geef hen ook altijd mijn visitekaartje dat ze kunnen laten zien als nodig. Wanneer cliënten naar bepaalde organisaties gaan schrijven we soms al een paar trefwoorden voor hen op papier en geven we ons telefoonnummer mee zodat de hulpverleners voor meer informatie naar ons kunnen bellen. »* Een ander Vlaams team vulde aan dat sommige CHWs een flyer meegeven aan de patiënt van het CHW-project, met bijvoorbeeld op de achterzijde meer informatie over een afspraak met de specialist, die de patiënt aan diens huisarts kan tonen. Een Waals team vulde aan dat ze naast telefonisch contact en de persoonlijke aanwezigheid ook opvolging voorzien via email. Ook diende er volgens een Waals team op toegekeken te worden dat de privacy-regels worden nageleefd, maar dat er ook mogelijkheden zijn binnen dit kader om informatie uit te wisselen in het belang van het goed ondersteunen van mensen uit de doelgroep. Een Vlaams team gaf aan dat zulke informatiedeling niet altijd mogelijk is en een vlotte werking in de weg staat.

1.4.3.2. Visie van CHW-teams met betrekking tot toekomstige samenwerkingen met eerstelijnsorganisaties

Potentiële toekomstige samenwerkingen

Alle teams gaven aan dat het waardevol zou zijn om nauwer samen te werken met zorgverleners of zorgorganisaties, zoals wijkgezondheidscentra, Dokters van de Wereld, apotheken, kinderartsen, centra voor gezinsplanning, kinesisten, psychologen, tandartsen en huisartsenpraktijken. Zo stelde een Vlaams team: *“een samenwerking met een eerstelijnszorg-organisatie betekent voor ons een optimaal tegemoetkoming aan de noden van elk patiënt. Kwetsbare mensen hebben baat aan een laagdrempelige en toch wel een integrale aanpak. Patiënten hebben ondersteuning nodig bij administratieve en praktische zaken. Bv parkeerkaart voor personen met een handicap, uitkeringen, opvoedingsvragen, huishoudhulp, vrijetijdsinvulling, mantelzorg,... . Deze steun kan belangrijk zijn. De dagelijkse beslommeringen zorgen voor stress en andere fysieke en/of psychische klachten. De rol van de CHW is er om ervoor zorgen dat deze mensen hun weg vinden en toegang krijgen op waar ze recht op hebben. De CHWs leiden deze mensen toe en ondersteunen ze naar de juiste zorg- en*

welzijnsinstanties.” Een ander Vlaams en Waals team gaven aan dat het ook zou helpen om de mensen uit de doelgroep beter en efficiënter te ondersteunen, bijvoorbeeld: door betere ondersteuning van partnerorganisaties met administratieve aspecten; en tijdswinst door nauwere contacten voor het vinden van de juiste ondersteuning of diensten. Bijgevolg zouden de doorverwijzingen vlotter kunnen verlopen, zou alsook een efficiëntere opvolging en gerichtere hulp kunnen geboden worden. Hierbij is het wel belangrijk dat er goede communicatie en informatiedeling bestaat tussen de verschillende actoren. Een Vlaams team vatte het samen als volgt: *“door meer samen te werken kunnen we mensen informeren over hun rechten. Veel diensten en organisaties wijzen mensen nu op hun plichten maar helpen veel minder wanneer het gaat over de rechten van de mensen”*. Een Waals team vulde verder aan dat dit ook waardevol is voor de zorgverleners om een beter zicht te krijgen op de realiteit in het veld van de mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden.

Naar de toekomst toe leek het de CHW-teams waardevol om naast samenwerkingen met eerstelijnszorgprofessionals ook in te zetten op samenwerkingen met andere zorgverleners, waaronder, bijvoorbeeld, de spoeddiensten van lokale ziekenhuizen of specialisten. Concreet dachten de teams aan psychiaters, orthodontie, neurologen, urologen en oncologen. Zo stelde een Vlaams team dat *“CHWs kunnen de brugfunctie opnemen van de eerste lijn naar de tweede lijn zorg voor mensen die helemaal geen netwerk hebben. In [stad] worden er patiënten naar het ziekenhuis begeleid. De administratieve onkunde aan het onthaal, de taalbarrière, in het ziekenhuis je weg vinden naar de specialist... . Dit zijn enkele drempels die de buurtbewoners ervaren”*. De teams zagen mogelijkheden bij de samenwerkingen in twee richtingen. Aan de ene zijde, konden de CHWs helpen met ondersteuning bij barrières in hun toegang tot gespecialiseerde zorg, door bijvoorbeeld mensen te ondersteunen in een consultatie met een specialist. Aan de andere zijde, gaf een Vlaams team ook aan dat het waardevol zou zijn indien men in een ziekenhuis ook mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden zou kunnen detecteren en doorverwijzen, zoals bijvoorbeeld: mensen die geen aansluiting hebben met de mutualiteit; mensen die hun ziekenhuisfactuur niet kunnen betalen; mensen die op de psychiatrische afdeling verblijven en bijkomende ondersteuningsnoden hebben. Echter gaf een Vlaams team het tegenargument om een samenwerking met de tweede lijn op te zetten dat dit niet de rol van de CHW dient te zijn *“omdat de doelgroep eerst naar de eerstelijnszorgverlener moet (dit is vaak de uitdaging). Als je de eerstelijns mee hebt, heb je iedereen mee.”*

Niet alleen met betrekking tot zorgactoren, maar ook met betrekking tot welzijnsactoren gaven de teams aan de samenwerkingen verder te willen uitbouwen. Een Vlaams team gaf aan dat het hen interessant lijkt om ook met de sociale dienst van huisvestingsmaatschappijen en diensten integratie en inburgering samen te werken. Een Waals team vulde aan dat het ook belangrijk zou zijn om met gemeenten en gemeentelijke diensten samen te werken en ook politieke steun te verkrijgen voor deze samenwerkingen.

Optimaliseren van (toekomstige) samenwerkingen

Net zoals er uitdagingen liggen bij zowel het gezondheidssysteem als bij het CHW-project en de brede context, kunnen acties aan beide zijden samenwerkingen verder optimaliseren. Voor de wijze waarop de samenwerkingen geïntensifieerd zouden kunnen worden, reikten de teams verschillende ideeën aan. Een Vlaams team vatte samen: *“de ideale samenwerking zou zijn: dat we de meest kwetsbare*

mensen opzoeken en benaderen, de zorgvraag verhelderen, een warme overdracht doen naar de eerstelijnszorg en de patiënten kunnen loslaten met een gerust gevoel!”.

Aan de zijde van de zorgverleners, gaven teams aan dat het bij samenwerkingen met zorgpartners belangrijk is dat zij open staan voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, alsook dat zij een goede reputatie hebben bij deze doelgroep. Dit om het opbouwen van vertrouwen niet teniet te doen. Bij deze eerste uitdaging gaf een team aan dat een vorming rond cultuursensitief werken mogelijk deels soelaas zou kunnen bieden. Verschillende teams gaven aan dat samenwerkingen geoptimaliseerd kunnen worden doordat er vaste contactpersonen binnen de diensten en organisaties zouden zijn, wat naar hun mening het werk vlotter en efficiënter zou doen verlopen. Zo stelde een Vlaams team: *“Een duidelijk aanspreekpunt binnen elke organisatie bij wie we rechtstreeks terecht kunnen met een hulpvraag kan de hulpverlening versnellen en verbeteren”.*

Ook aan de zijde van het CHW-project zelf kunnen verdere stappen genomen worden om samenwerkingen te bewerkstelligen. Momenteel gaven enkele teams aan dat zij het gevoel hebben niet altijd *aux sérieux* genomen te worden. Een belangrijke eerste stap die verder dient gezet te worden om samenwerkingsverbanden te kunnen opzetten is het beter bekend maken en de erkenning van de rol als CHWs volgens verschillende teams. Verschillende teams overheen alle regio's van het land gaven aan dat de rol van de CHW niet altijd helder is voor zorgverleners, waardoor verwachtingen met betrekking tot ondersteuning niet altijd kunnen ingelost worden. Zo stelde een Vlaams team: *“Rol van de community health worker is niet altijd duidelijk waardoor we mogelijks ingeschakeld worden als tolk of in de plaats van een vrijwilliger die nu langskomt, verwachting dat we ook vragen opnemen die niets met gezondheidszorg te maken hebben, ...”*. Teams over alle regio's gaven aan dat het belangrijk is om de missie van het CHW-project en de nieuwe rol beschrijving (cf. Hoofdstuk I) beter bekend te maken bij zorgverleners en organisaties om de zichtbaarheid en geloofwaardigheid te verhogen. Dit zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren om het project beter te doen aansluiten bij de bestaande zorgverleners en breder bekend te maken in het zorglandschap. Zo stelde een Vlaams team: *“Eenmaal organisaties inzien dat we wel degelijk impact hebben, hopen we dat ze het nut van een samenwerking meer serieus nemen”*. Goede communicatie tussen het CHW-project en organisaties en deze organisaties onderling is aldus van essentieel belang. Hierbij is het ook belangrijk om heldere samenwerkingsafspraken te maken. Een discussieteam gaf aan dat het belangrijk is om duidelijke samenwerkingsafspraken te maken met partners, waarbij de taken en doelen samen besproken worden. Dit kan volgens hen leiden tot een groter draagvlak tot samenwerking binnen de organisatie, alsook het vergroten van potentiële bijdrage en impact van de CHWs. Een Vlaams team vulde aan dat het ook enorm belangrijk is dat de taken goed worden afgebakend en de opvolging van de doorverwijzing verzekerd is. Het Brussels team gaf ook mee dat het belangrijk is dat de CHWs officieel erkend worden door de Belgische zorgactoren als een professional in het vakgebied. Een discussieteam nuanceerde dat zij merken dat de rol van de CHW toch reeds meer gekend begint te worden. Om het netwerk uit te bouwen zag een discussieteam een rol bij elk van de actoren in het CHW-project: CHWs, coaches, coördinatoren en beleid. Zo kunnen CHWs verder inzetten op het netwerk op het terrein. De coaches zouden volgens hen door hun aanwezigheid op het terrein en het deelnemen aan activiteiten ook kunnen bijdragen aan het uitbouwen van samenwerkingsverbanden. De coördinatoren kunnen dan op hun beurt meer op meso-niveau, het bovenlokaal netwerk opzetten en opvolgen met, bijvoorbeeld, medische huizen, ziekenhuizen en gezondheidsdiensten van de lokale

steden. De discussieteams gaven aan dat het belangrijk is om regelmatige communicatie naar het zorgnetwerk te onderhouden en partners op beleidsniveau betrokken dienen te worden in het uitbouwen van de samenwerkingsverbanden. De CHWs zouden ook verder kunnen inzetten op het verzorgen van permanenties bij zorg- en welzijnsorganisaties. Daarnaast gaven verschillende teams aan dat een direct contact tussen de CHWs en de organisatie een belangrijke stap zou zijn in goede richting. Een discussieteam stelde dat de banden met het gezondheidssysteem best op maat per organisatie en op maat van de CHW worden gemaakt.

Ook het beleid heeft volgens de discussieteams in de workshop een belangrijke rol te spelen. Een discussieteam gaf aan dat het voor hen belangrijk is dat ze een integraal deel uitmaken van het gezondheidssysteem, hierbij stelden ze dat er *“politieke moed”* nodig is voor *“structurele erkenning, waarbij we worden erkend als onderdeel van het formele gezondheidssysteem”*. Ze gaven echter aan dat het ook erg belangrijk is de onafhankelijkheid te bewaren als CHWs. Dit is een belangrijke evenwichtsoefening. Daarnaast gaven de teams ook zaken aan die binnen een breder kader dienen aangepakt te worden zoals: het wegwerken van wachtlijsten, inschakelen van tolken, vereenvoudigen van administratie bij aanvragen van premies en tegemoetkomingen, vereenvoudigen van doorverwijzingen tussen eerstelijnszorgverleners en gespecialiseerde zorgverstrekkers. Zo vatte een Vlaams team samen *“Vaak zijn we zelf afhankelijk van heel wat factoren en kunnen we mensen niet voldoende helpen.”*

Onafhankelijkheid bewaken

Een Vlaams en Waals team suggereerden dat het ook interessant zou zijn om te exploreren of een vaste samenwerking tussen een CHW en het ziekenhuis, ziekenfonds of gemeentehuis een mogelijke piste zou kunnen vormen naar de toekomst. Bijvoorbeeld: in de vorm van een vaste permanentie in de gebouwen van deze organisaties of beschikbaarheid van een vast lokaal in organisaties. Echter nuanceerde een Brussels team dat deze samenwerking ook de grote toevoegde waarde van het werk van CHWs met betrekking tot flexibiliteit niet in het gedrang mag brengen. Zo stelden ze: *“Een ideale samenwerking met een eerstelijnszorgorganisatie moet beperkt blijven tot bepaalde dagen per week, omdat wij anders de flexibiliteit in onze rol verliezen. Alle leden van de organisatie moeten een goed begrip hebben van de taken/missies van de CHW om patiënten om de juiste redenen te kunnen doorverwijzen.”*

Een Vlaams team merkte op dat hun intermutualistische en onafhankelijke positie erg waardevol en belangrijk is, om niet af te hangen van beperkende regels van bepaalde organisaties of zorginstanties. Tijdens de workshop werd opgemerkt dat de CHWs de mutualiteiten dichterbij elkaar hebben gebracht. Een Vlaamse coach gaf aan dat de huidige werking onder de Intermutualistische koepel goed werkt. Ze wensten echter geen *“‘inkanteling’ van het CHW project in een mutualiteit, waardoor het CHW project een van de vele dienstverleningen is die een mutualiteit kan bieden. Mijn vrees is dat hierdoor het project aan wendbaarheid, veerkracht en flexibiliteit verliest. De zelfstandige status van het project zorgt voor de nodige onafhankelijkheid om wendbaar en veerkrachtig te kunnen handelen. Door deze onafhankelijkheid kan een CHW daar ingezet worden waar de noden het hoogste zijn, zoals bv [naam lokale organisatie] of mensen zonder wettig verblijf. De vrees leeft dat we dit kunnen verliezen bij inkanteling in een mutualiteit”*.

1.5. Ondersteunende materialen

De CHWs kregen verschillende materialen ter beschikking om hun werking te ondersteunen. Zo kregen ze IT-materiaal: laptop, computertas, headset, muis en smartphone met mobiel internet. De teams gaven aan erg tevreden te zijn over de laptops en headsets. Daarnaast ontvingen zij ook pictogrammen om gesprekken te starten en een notitieboekje. Verder kregen de CHWs ook materialen ter beschikking om zich kenbaar te maken, zoals een rugzak met logo, naam- en visitekaartjes, affiches en banners. Een team gaf aan dat deze materialen enorm belangrijk zijn in een nieuw project als dit. De meeste teams ontvingen ook reeds de jassen van het project. Echter was hier een probleem met de maten en het logo. In verband met de banners gaf een team mee dat deze niet erg stevig zijn. Een ander team vulde aan dat de rugzakken niet voldoende sterk zijn. Tot slot gaven nog twee teams mee dat de badges dienen aangepast te worden dat zij meer professioneel en sterker zijn. Ter bescherming kregen de CHWs mondkmaskers en handgel. Eén team vroeg echter om FFP2 mondkmaskers ter optimale bescherming. In het rapport van het eerste projectjaar gaven de CHWs en coaches duidelijk aan dat ze een eigen vergaderlokaal met printer wensten (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Bij sommige teams werd dit reeds georganiseerd. Echter op het moment van de vragenlijst hadden nog niet alle teams toegang tot een vast lokaal en printer. Hierdoor moesten zij op de steun rekenen van andere organisaties of maken ze gebruik van hun persoonlijke printer.

Ook maakten de CHWs gebruik van materialen van andere organisaties. Dit kon gaan van zeer praktische materialen, zoals lokalen, koffieapparaat, printer en scanner, fiets, visitekaartjes, flyers, posters en schrijfmateriaal. Echter was dit niet altijd evident om beroep te kunnen doen op deze zaken van andere organisaties. Een Waals team maakte gebruik van de Sociale Kaart van één van de ziekenfondsen. Verder gebruikte één team het geïnformeerde toestemmingsformulier van een andere organisatie om *“defensieve reacties van zorgverleners te ontmijnen door middel van een papier waarom de client of familie uitdrukkelijk de CHW de toestemming geeft om te handelen. Mondelinge toestemming blijkt niet altijd voldoende te zijn.”* Ze maakten ook gebruik van “rechtenkaartjes” van een vereniging waar armen het woord nemen. Deze kaartjes gaven korte en bondige informatie weer die personen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden kunnen ondersteunen in hun gesprek met de zorgverlener, om zo mensen te ondersteunen in hun empowerment.

Tot slot hebben de teams ook eigen materialen ontwikkeld. Om zich kenbaar te maken in de wijk en bij de doelgroep hebben enkele teams ook eigen visitekaartjes gemaakt, alsook posters, flyers een strandvlag en badges. Een ander team maakte een eigen vest met het logo van het CHW-project. Verder schreven CHWs van een Vlaams team een artikel in een lokaal magazine, waar naar hun aanvoelen *“veel vertrouwen geeft aan nieuwe mensen dat het project gegrond is. Dit werkt beter dan een flyer.”* Vervolgens ontwikkelden ze ook zaken die hun werking ondersteunen, zoals een lijst met openingsuren van de ziekenfondsen, een boek met alle mogelijke informatie van alle lokale organisaties en diensten. Verder ontwikkelden twee teams materialen om in contact te treden met de doelgroep, zoals een gezondheidsquiz, een schattenjacht, en ijsbrekerkaarten om het “wat is gezondheid” spel te beginnen. Tot slot, ontwikkelden teams ook eigen projectmanagementhulpmiddelen, zoals een logisch kader en een eigen formulier om hun rapportering te ondersteunen en wijkverslagen. Een Brussels team werkte ook een idee uit rond inzoomen op specifieke thema's: *“Elke CHW kiest een thema dat hem/haar interesseert en informeert*

zich daarover, en legt zoveel mogelijk contacten met de actoren die met dat thema te maken hebben. Vervolgens kan de rest van het team naar deze persoon verwijzen als het om dit thema gaat.”

1.5.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Vrijwel alle teams gaven aan dat er nog beperkingen zijn met betrekking tot ondersteunende materialen die een vlotte werking in de weg staan. Zo gaf een team aan dat zij geen *WhatsApp* kunnen openen. Een ander team ervoer moeilijkheden met de VPN verbinding om zo op de nieuwe registratietool te kunnen inloggen. Ook gaven zij aan geen toegang te hebben tot de Office software. Een ander team vulde aan dat zij internet verbindingsproblemen ervaren, alsook problemen op in te loggen op de Cloud. Door deze strikte beveiliging op de laptops gaf een team aan dat zij genoodzaakt zijn om hun privé-middelen te gebruiken. Zij vulden verder aan dat ook de data niet toereikend is, en ze hier ook eigen middelen voor moeten inzetten.

De vraag naar logistieke ondersteuning, met betrekking tot een eigen lokaal voor gesprekken met cliënten, maar ook waar men toegang zou hebben tot koffie/thee, een printer en postbusadres bleven voor verschillende teams en discussiegroepjes tijdens de workshop een erg belangrijk aandachtspunt. Een discussieteam gaf ook aan dat het waardevol kan zijn om kleine materialen federaal te organiseren, zoals postzegels, schriften, balpennen en ander bureaumateriaal, om werkingskosten verder te optimaliseren.

Ook de vraag naar meer middelen voor communicatie en het kenbaar maken van het project bleven uitdrukkelijk aanwezig, bijvoorbeeld, voor kledij met het logo van het CHW-project. Blijvende aandacht voor het inzetten op het kenbaar maken van het project is dus belangrijk.

Daarnaast haalden verschillende teams aan dat meer middelen vereist zijn voor vertaling, zij het via financiële ondersteuning om een tolk in te schakelen of telefonisch via een sociale tolk. Ook het voorschieten van werkingskosten, zoals bijvoorbeeld tickets van het openbaar vervoer, vormen een uitdaging voor sommige CHWs. Het voorzien van toegang tot elektrische fietsen voor bezoeken aan mensen van de doelgroep of een bedrijfswagen zou voor andere discussieteams ook een belangrijke meerwaarde kunnen betekenen in het werk als CHW.

Een discussieteam gaf aan dat het waardevol zou zijn om nog meer overheen de regio's te leren van, bijvoorbeeld, ontwikkelde materialen en zo ervaringen te delen.

1.6. Data

Er werd een nieuwe registratietool ontwikkeld door het CHW-project. Zoals we in dit hoofdstuk bespreken, zijn de meningen verdeeld over deze nieuwe tool. Hoewel er een werkgroep werd opgestart waarin CHWs, coaches en coördinatoren samenwerkten om de registratietool vorm te geven, ervaren sommige CHWs dat de registratietool momenteel teveel gericht is op dataverzameling en te weinig om de CHWs zelf te ondersteunen. Ook in de workshop waren de meningen verdeeld. Een discussieteam vulde aan dat de *“applicatie voornamelijk beleidsgericht en niet per sé mensgericht is”*. Een andere discussie groep gaf aan dat zij vinden dat de registratietool nu beter is aangepast op

het werken op het terrein. Voor sommige CHWs was het niet helder waarom de data dient geregistreerd te worden. Een team zag als hoofddoel van de registratietool dat dit een werkdoossier dient te worden, met garantie voor de privacy van dossiers.

De teams beschreven zowel voor- als nadelen aan deze nieuwe tool in vergelijking met de voorgaande. Met betrekking tot voordelen, ervoeren de meesten de nieuwe tool als efficiënt en overzichtelijk. Zo gaven verschillende teams aan dat de opbouw van de tool bijdraagt aan het gebruiksgemak, alsook de functionaliteiten die beschikbaar zijn, zoals, bijvoorbeeld, vrije velden en ook keuzemenu's, de mogelijkheid te filteren op naam, wijk, stad of datum. In de woorden van een Waals team, die de registratietool beschreef als *“duidelijk en intuïtief”* beschrijven. Hierdoor gaven ze aan dat ze een beter zicht hebben op de stappen die zijn ondernomen in ieder dossier en ondersteuning te bieden bij opvolging van acties en cliënten. Een ander Waals team vulde aan dat het voor hen erg waardevol is dat ze verschillende acties kunnen noteren die eenzelfde interventie betreffen. De functionaliteit dat het nieuwe registratiesysteem de mogelijkheid gaf om te leren aan de hand van een keuzelijst hoe de persoon in contact kwam met de CHWs, kan hen leren bij welke diensten men reeds gekend is en bij welke organisaties of diensten de CHWs zich alsnog dienen voor te stellen. Dit met het oog op het beter bereiken van mensen. Met betrekking tot de medische situatie bij het eerste contact gaf een Vlaams team aan: *“Heeft de zorgvrager een vaste huisarts/praktijk? Heeft een globaal medisch dossier, lid ziekenkas/hulpkas? Indien het niet zo is kan je tijdens de begeleiding een datum zetten als dit in orde is. De CHWs vinden dit belangrijk om zicht te krijgen op het aantal dossiers waar we dit in orde hebben gebracht.”* Een ander Vlaams team vulde aan dat het een heldere vraagstelling betrof en dat er geen overbodige informatie werd opgevraagd. Een derde Vlaams team gaf aan dat het beperkte tijd kost om alle gegevens in te vullen. Het Brussels team sloot af door te stellen dat het ook erg waardevol is dat de gegevensverzameling uniform is over de regio's heen.

Naast de voordelen van het nieuwe registratiesysteem, gaven de teams ook aan enkele nadelen te ervaren. Eén van de meest vermelde nadelen is het feit dat men eerst dient een VPN-connectie op te zetten, voordat men de tool kan openen en starten met registratie. Verder gaven verschillende teams aan dat het feit dat de registratietool enkel beschikbaar is op laptop ook een vlotte werking in de weg staat. Er bestond een sterke vraag over de teams heen om deze registratie applicatie ook beschikbaar te maken op smartphone. Al gaf één team aan dat dit voor enkele van hun CHWs geen wens was. Daarnaast waren er enkele aandachtspunten die de teams meegeven: sommige velden zijn verplicht in te vullen wat niet altijd evident is wanneer het vertrouwen nog dient opgebouwd te worden (nota: dit werd in de loop van het tweede jaar aangepast); er geen koppeling mogelijk is tussen de registratietool van het eerste en het tweede jaar; opvolging niet altijd mogelijk lijkt te zijn, maar er toch verplicht een datum dient te worden opgegeven om de actie op te volgen. Verder staan alle gegevens van alle steden samen, wat een vlotte werking in de weg staat om bijvoorbeeld snel de juiste persoon te vinden. Om deze en andere redenen, gaven twee teams aan dat het soms moeizaam loopt om de gegevens in te geven en dit geruime tijd in beslag kan nemen. Een Vlaams team beschreef het als volgt: *“Het vraagt meer focus wat zorgt voor minder focus op de praktijk”*.

De teams kregen een handleiding ter beschikking alsook een toelichting over de registratietool begeleid door de coaches. Zo werd er een Nederlandstalige en Franstalige informatiesessie georganiseerd, waar ook de coördinatoren van de andere landstaal ook aanwezig waren. Zo kon er

eenduidige feedback voorzien worden bij deze workshop en vragen die uniform is overheen de regio's. Op eenvoudige zaken werd meteen feedback gegeven, complexe zaken werden eerst besproken onder coördinatoren en later teruggekoppeld. Voor sommige teams was deze toelichting voldoende, voor andere teams was meer uitleg gewenst van de ontwikkelaars van de registratietool. Andere teams vonden de training dan weer té algemeen, het toepassen van de registratietool op enkele casussen had voor hen meer leerrijk geweest. Daarnaast gaven twee teams ook aan dat ook voor hen de opleiding meer praktijkgericht mocht zijn en tijdens een fysieke bijeenkomst om zo samen al doende te leren. Verschillende teams gaven aan dat de begeleidende handleiding handig is en duidelijk, maar dat men voornamelijk al doende leert. Een team gaf aan dat het wekelijks teamoverleg erg waardevol is om onduidelijkheden die de collega's ondervinden gezamenlijk te bespreken, zo stelt dit Vlaams team: *“Voor de meeste community health workers volstaat de handleiding en de training. Ze gebruiken termen als duidelijk of voldoende om het hierover te hebben. Één van de collega's vult aan dat de app ook gebruiksvriendelijk is en je leert terwijl je het doet. Bovendien kunnen vragen hierover telkens in de wekelijks vergadering besproken worden.”*

De teams gaven aan dat ze bij teamgenoten terecht kunnen, alsook de coach en de coördinator, in geval van vragen bij de registratietool. In sommige teams was een CHW ook betrokken bij de ontwikkeling van deze registratietool. Deze CHWs bleken ook waardevolle ondersteuning te bieden in het team bij vragen. Ook doen sommige CHWs beroep op de Helpdesk. De ondersteuningsnoden verschillen ook binnen een team. Zo stelde een Vlaams team dat ervaringen met de tool ook variëren tussen de CHWs: *“Enkelen willen niet meer uitleg terwijl anderen meer duidelijkheid willen bij bepaalde opties, graag nog eens in groep zouden oefenen of net meer ondersteuning willen van de Service Desk”*.

1.6.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Op het moment van de vragenlijst gaf één team aan moeilijkheden te ervaren met de toegang tot de tool, alsook enkele CHWs die aangaven dat de applicatie niet naar behoren werkt. Bij het contact met de Helpdesk ervaren CHWs en coaches soms ook problemen. Zo stelde een Vlaams team: *“Sommige collega's moeten regelmatig naar de Helpdesk bellen. Deze is niet onmiddellijk beschikbaar en het aanvoelen is dat ze traag werken.”* Ook een Waals team beaamde de moeilijke bereikbaarheid van de IT-ondersteuningsafdeling. Een Vlaams team gaf als suggestie dat het waardevol zou zijn om een direct aanspreekpunt te hebben bij vragen. Een Waals team vulde verder aan dat het ook waardevol zou zijn, moest er mogelijkheid zijn om de registratietool te wijzigen. In de loop van het tweede projectjaar werd hier sterk op ingezet. Zo werd er de mogelijkheid geboden om meteen problemen aan te geven aan de IT-dienst, zodat deze nauwer en systematische kunnen opgevolgd worden.

Twee andere discussieteams gaven tijdens de workshop aan dat er angst is voor fouten in de interpretatie van de cijfers, bijvoorbeeld voor het vergelijken tussen teams wat niet wenselijk is gegeven de diverse contexten in steden en wijken. Ze gaven ook aan dat het moeilijk is om alle inspanningen van de CHWs te vatten in deze data. Verder werden uitdagingen opgemerkt in de stuurgroep met betrekking tot het uniform invullen van de registratietool. Hoewel een korte handleiding werd voorzien, opvolging door de coaches, alsook op een Nederlandstalige en Franstalige informatiesessie met het oog op het stroomlijnen van de interpretatie van de variabelen in de vragenlijst over de teams heen, leerden gesprekken met CHWs ons dat dit geen evidente opdracht is.

Het illustreert de complexiteit van het terreinwerk, alsook de nood om bijkomende tijd te investeren om CHWs en coaches op dezelfde lijn te krijgen om op uniforme wijze gegevens te verzamelen. Dit is een blijvend aandachtspunt in de werking van de CHWs.

Daarnaast werd ook een visuele tool ontwikkeld met een thermometer en *smileys* om enkele van de vragen die in de registratietool bevroegd worden, te faciliteren. Dit ondersteunend materiaal werd geprint en gelamineerd. Echter gaven de CHWs aan dat dit niet altijd de verheldering brengt die gewenst is bij de CHWs en doelgroep. Verdere verfijning van ondersteunende materialen in samenwerking met CHWs en mensen uit de doelgroep is gewenst.

De teams gaven aan dat er nood is om het registratiesysteem verder te verfijnen. Het zou interessant zijn moest er in de toekomst ook gewerkt kunnen worden aan het veilig delen van informatie tussen CHWs en zorgverleners. Daarnaast gaven ze ook aan dat het waardevol zou zijn moesten de teams zelf eenvoudige exports maken van de beschikbare data in de tool van hun team. Dit zou de coaches in staat stellen om de dagelijkse werking van de CHWs verder op te volgen, bijvoorbeeld, met betrekking tot aantal individuele en groepsinterventies, de wijze waarop de personen uit de doelgroep in contact kwamen met de CHWs, etc.

Een belangrijke beperking die de teams aangaven is het feit dat de registratietool niet beschikbaar is op smartphone. Alle teams gaven aan dat dit een prioriteit is. Echter is het budget van het tweede projectjaar té beperkt om hier aan tegemoet te komen. Om aan deze belangrijk uitdaging deels tegemoet te komen, werd er ook een papieren versie gemaakt, die een overzicht bood van alle vragen in de online tool. Deze papieren versie konden de CHWs aanwenden, indien gewenst, om tijdens hun contact met iemand uit de doelgroep aan te vullen en de gegevens nadien in te vullen in de digitale tool.

1.7. Supervisie

Bijna alle teams organiseren een wekelijks overlegmoment. Ze gaven aan dat dit voldoende is voor hen. De thema's die aan bod komen tijdens deze besprekingen zijn voor alle teams gelijkaardig. Een Vlaams team vatte samen: *“Er worden praktische zaken besproken, een terugkoppeling gedaan van de overlegmomenten in de wijken, infomomenten en activiteiten. Casusbesprekingen is een vaste agendapunt. Hier krijgen de collega's de ruimte om een casus te bespreken waar ze in vastlopen. Er wordt hier kennis, feedback en ervaring uitgewisseld.”* Daarnaast vulden teams aan dat ze ook de gegevensregistratie bespreken op het wekelijks overleg, alsook moeilijkheden op het terrein en veranderingen in het werkveld.

Naast dit teamoverleg, zijn er ook individuele gesprekken met de coach. De CHWs geven aan dat de coaches zowel fysiek als via mail of telefonische te bereiken zijn. Bij de meeste teams variëren deze gesprekken afhankelijk van de noodzaak en vraag van de CHWs. In twee teams wordt dit op vastere tijdstippen georganiseerd. Tijdens deze individuele overlegmomenten is er aandacht voor praktische zaken, ondersteuning en advies bij uitdagingen met betrekking tot specifieke casussen, ventileren en reflecteren na een interventie. Ook signalen, ergernissen en hindernissen worden besproken. Verder wordt er ook aandacht besteed aan het persoonlijk welzijn van de CHW. Eén team gaf aan dat tijdens

deze individuele momenten er aandacht is voor ondersteuning in persoonlijke vaardigheden, zoals taalvaardigheid en zelforganisatie, en werk-gerelateerde vaardigheden, zoals sociaal werk en de sociale kaart.

Naast de teammomenten en individuele gesprekken tussen de coach en CHW, zijn de coaches ook soms aanwezig op het terrein. Dit verschilt echter sterk van team tot team. In de Waalse teams zijn de coaches aanwezig op het terrein afhankelijk van de behoeften en de beschikbaarheid van de agenda. Hierbij hebben ze in één van de teams aandacht voor het coachen en ontwikkelen van vaardigheden, oplossen van uitdagingen met partnerorganisaties, invullen van registratiegegevens en bijwonen van een gesprek met een lid van de doelgroep. In het Brusselse team is de coach meer aanwezig bij evenementen, en minder bij individuele gesprekken met mensen uit de doelgroep – uitgezonderd enkele specifieke situaties waarin de coach mede zal begeleiden naar gespecialiseerde organisaties. Daarnaast woont de Brusselse coach ook overlegmomenten bij met partners, en zal deze problematische situaties met partners deblokken, partnerschappen herkaderen, hulp verschaffen bij de registratietool en ook coaching verschaffen om vertrouwen op te bouwen en het veldwerk te organiseren. In een Vlaams team is de coach aanwezig op al de activiteiten en enkele zitdagen om zo de CHW nadien te coachen met betrekking tot vaardigheden, waaronder: zelfpresentatie naar de doelgroep en externe organisaties, grenzen stellen, gericht doorvragen, etc. Verder biedt de coach ook ondersteuning bij het oplossen van problemen en bespreken van registratiegegevens. In een tweede Vlaams team is de coach aanwezig bij overleg met de partners. Daarnaast is de coach ook aanwezig voor problemen op te lossen rond vragen over registratietool, materialen of casussen. Er waren in dit team tegengestelde visies in verband met meer aanwezigheid van de coach op het terrein. Sommige pleitten voor meer aanwezigheid om de verbondenheid te bevorderen en de informatie uit de praktijk rechtstreeks aan de coach door te geven. Anderen waren hier minder voorstander van omdat men goed werkt in de kleine teams en de coach – indien nodig – voldoende beschikbaar is. Men vulde nog aan dat het ook voor de doelgroep kan afschrikken indien verschillende mensen aanwezig zouden zijn. Een derde Vlaams team vulde aan dat de coach éénmaal aanwezig was op het terrein om mede problemen op te lossen, maar dat praktische drempels het moeilijk maken voor de coach om meer aanwezig te zijn op het terrein. In een vierde Vlaams team probeerde de coach minstens één maal per maand met de CHW mee op het terrein te gaan. Afhankelijk van de individuele nood, het leren kennen van de werkcontext van de CHW of de uitdagingen die zich voordoen kan dit verschillende vormen aannemen, zoals mee op pad gaan met de CHW, het bijwonen van een gesprek met iemand uit de doelgroep, aanwezig zijn bij een overleg met de CHW en externe organisaties, materialen ontwikkelen etc. De coach gaf aan dat het doel van deze contactmomenten ook erg divers is, gaande van coaching en ontwikkeling van vaardigheden van de CHW, ondersteunen van individueel welbevinden tot bemiddelen tussen externe organisaties en de CHW of bespreken wat de meerwaarde van de CHW is op de locatie of organisatie waarmee zij samenwerken of oplossen van problemen. De coach illustreerde dit door te stellen: *“Soms reageren zorgverleners defensief ten aanzien van een CHW. De coach gaat ter plaatse om dit te bespreken en verduidelijkt het project en de taken van de CHW, en zorgt daarnaast voor duidelijke afspraken”*. De coach illustreerde haar rol in zulke situatie verder met een voorbeeld: *“Soms wordt een client zorg geweigerd (dakloos, geen medische kaart, geen financiële middelen) maar is de zorg urgent (weigering van verzorging van open wonde in het gezicht; pas geopereerd aan de heup en direct terug de straat op gestuurd, ... zowel in een wijkgezondheidscentrum (WGC) (!) als een ziekenhuis): de coach neemt contact op, samen met de*

CHW, met ofwel de coördinator van het WGC of met de ombudsdienst van het ziekenhuis om het voorval te bespreken en samen te zoeken naar hoe het beter kan of hoe dergelijke situaties in de toekomst kunnen vermeden worden. Belangrijk hierin is dat bruggen niet worden opgeblazen, in het belang van de client, maar evenzeer in het belang van de CHW. De zaken scherp en duidelijk stellen, vertrekkend vanuit een gemeenschappelijk belang (zoals het welbevinden/gezondheid van de patiënt, het borgen van verdere samenwerking) vergt soms wel enige diplomatie.” Men geeft ook nog een bijkomende voorbeeld: “[in het] ziekenhuis, patiënt uit Eritrea ligt in coma, broers wonen in het buitenland. CHW krijgt geen toegang tot de patiënt, ook al geven de broers de CHW expliciet toestemming voor bezoek of indien de broers wel in België zijn, om de broers emotionele ondersteuning te geven in deze zware casus. Echtgenote van patiënt zit in een vluchtelingenkamp in Oeganda. De arts wil de echtgenote op de hoogte brengen van de zorgwekkende toestand van de patiënt. Echter, in Eritrea is het een taboe om rechtoe rechtaan familie in te lichten over ziekte en dood. Een wilsbeschikking bestaat vooral in West-Europa, maar is onbespreekbaar in andere culturen. Dit alles is ter plaatse besproken door de CHW in aanwezigheid van de coach, maar werd niet echt positief onthaald door de arts en psycholoog. Op basis hiervan heeft de coach melding gemaakt bij de ombudsdienst en een uitgebreide mail gestuurd naar de hoofdverpleging. Dit is het letterlijk opeisen van handelingsruimte, de discretionaire ruimte, waarin een CHW zinvol kan handelen in het belang van de patiënt en familie, rekening houdend met de wettelijke context, procedures, GDPR, enz. Regels en structuren zijn nodig, maar daarnaast brengt het werken met mensen in de praktijk een noodzaak met zich mee om te kunnen afwijken van de bestaande procedures. En dat is in de context van een ziekenhuis geen evidentie en vraagt heel wat arm-geworstel. Hoe groter de organisatie, hoe logger de structuur en hoe meer de zorgverlener de neiging heeft zich te verschuilen achter procedures, covid-restricties, GDPR enzovoort. Het is soms vechten tegen de bierkaai om een CHW haar werk te laten doen.”

Tot slot gaven de coaches in Vlaanderen aan dat ook zij intervisie ontvingen, onder begeleiding van een opleider van één van de ziekenfondsen.

1.7.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Een Vlaams en Waals team haalden aan dat er uitdagingen zijn met betrekking tot tijdsbeheer, werkdruk, grenzen afbakenen en de mentale belasting van het werk voor de CHWs. Een coach van een Vlaams team illustreerde de uitdaging van de hoge werkdruk en het bewaken van de grenzen van de job als CHWs als volgt: “de inzet is heel erg groot, iedereen doet zijn uiterste best en werkt keihard, de resultaten en meerwaarde van het project zijn er echt wel. Ik vind het een belangrijke taak als coach om deze grenzen te bewaken en opnieuw te bewaken. Het welbevinden van de individuele medewerker, maar evenzeer van het team vind ik uiterst belangrijk, want niemand is gebaat bij uitval. De CHWs doen hun job met veel goesting en engagement, en dit wil ik zo behouden. Persoonlijke ondersteuning, coaching en teamcoaching en intervisie zijn veelvuldig gebruikte tools.” Aandacht voor het mentaal welzijn van de CHWs is een belangrijk aandachtspunt, waarop in het tweede jaar werd ingezet door naast de ondersteuning van de eigen coach in het team, de mogelijkheid te bieden beroep te doen op een psycholoog via Cohezio – al werd daar niet in alle regio’s in dezelfde mate beroep op gedaan.

Naar de toekomst toe gaven de teams aan dat ze graag willen focussen op de volgende zaken in het wekelijks teamoverleg: meer diepgang in bespreking van casussen, bijvoorbeeld reflectie op de persoonlijke impact op de CHW van de casus, grenzen stellen en zelfzorg; het versterken van de teamwerking en inter-team communicatie; gerichte verdieping naar bepaalde culturen en tradities. Met betrekking tot de individuele opvolging door de coach, gaven sommige CHWs aan dat het waardevol zou zijn om in deze individuele gesprekken ook meer aandacht te besteden aan het functioneren als CHW met aandacht voor sterktes en verbeterpunten.

Tijdens de workshop besprak een team dat het belangrijk is dat de coach het vertrouwen kan geven aan CHWs om autonoom te werken. Daarnaast is het ook belangrijk om als coach blijvend aandacht te schenken aan het inzetten van de competenties van individuen. Ook het verder stimuleren van goede ideeën te delen binnen teams en deze te realiseren werd aangehaald als een belangrijk aandachtspunt. Ook intervisie-momenten tussen de teams over de regio's heen strekken tot de aanbeveling volgens een Waals team *“om elkaar te kunnen verrijken”*. Zo worden er reeds maandelijkse intervisie-momenten georganiseerd tussen de teams van de Waalse regio's. Elke maand staan andere thema's op de agenda, waaronder die opleidingen, missie en rapportering van problemen op het terrein. Uitgezonderd deze gezamenlijke intervisie-momenten bij de Waalse teams, ontmoeten de CHWs elkaar niet over de teams heen. Enkel bij de opleiding en bij de CHWs die deelnamen aan het onderzoek was er interactie tussen verschillende teams. Enkele teams geven echter aan dat ze intervisie-momenten tussen alle teams erg waardevol zouden vinden, om bijvoorbeeld bezorgdheden die de regio's overstijgen te kunnen bespreken. Ook voor het bespreken van structurele signalen zou dit erg interessant zijn volgens hen. Bijkomend kan zulk overleg ook faciliteren dat oplossingen bedacht door één team kunnen doorstromen naar andere teams.

De coaches kwamen wel samen over de steden heen, bijvoorbeeld tijdens het overleg met de regionale coördinator op wekelijkse of tweewekelijkse basis afhankelijk van de regio. Hier werd dan een stand van zaken gegeven, alsook de volgende thema's besproken: team-management; projectinformatie; praktische zaken; dilemma's; en externe samenwerkingen. In het eerste projectjaar vond er ook een ontmoeting plaats tussen de coaches over de regio's heen, wat als positief werd ervaren. Men gaf aan dat zulke overlegmomenten ook naar de toekomst wenselijk zijn. Een Vlaams team stelde dat een budget voor een teambuilding activiteit erg welgekomen is.

Daarnaast gaven de coaches ook aan dat het waardevol zou zijn om bijkomende ondersteuning te ontvangen door middel van bijkomende opleidingen, zelf coaching te ontvangen en een beter gedefinieerde rol als coach. Naar het einde van het tweede jaar werd de rol van coach scherp gesteld (cf. Hoofdstuk I). Met betrekking tot de opleiding voor coaches gaf een team aan dat de volgende thema's aanbod zouden mogen komen: coachen; teambuilding; conflictmanagement; werken aan realisatie doelstellingen; netwerken en intervisie begeleiden. Ook de rol van de coach dient verder verduidelijkt te worden. In de workshop vulde een discussieteam verder aan dat zij de term *“coach”* niet voldoende dekkend vinden voor alle taken die deze persoon dient op te nemen. Ze omschreven de coach eerder als een manager. Het discussieteam gaf verder aan dat zij het ook waardevol achtten indien de CHWs de coach zouden kunnen evalueren.

Omdat sommige coaches deeltijds werken voor het CHW-project, zijn zij niet voortdurend beschikbaar. Verder gaf een team ook aan dat het waardevol zou zijn om de mogelijkheid te hebben de personeelsdienst zelf te contacteren, zodat dit niet altijd via de coach dient te verlopen.

1.8. Vergoeding

Naast een loon ontvangen de CHWs ook kilometervergoeding, terugbetaling van vervoer, maaltijdvergoeding, eindejaarsuitkering, ziekte gewaarborgd loon, bruto toeslag in geval van weekend- of feestdagwerk en betaalde vakantie. De flexibele uren en de steun van de coach werden ook als bijkomende voordelen ervaren, alsook de tevredenheid van cliënten en partners en de solidariteit van collega's. De CHWs gaven aan dat het loon betaald aan het begin van de maand voor velen te laat is. Om hieraan tegemoet te komen, werd in de loop van het tweede projectjaar besproken met de werkgroep "Human Resources" om de betaling naar het einde van de maand te vervroegen.

1.8.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

De CHWs gaven aan dat het loon niet altijd in overeenstemming is met hun werk, doordat bijvoorbeeld het aantal jaren anciënniteit niet zijn meegeteld en de werkdruk hoog is. Ook wanneer de job vereisten in ogenschouw worden genomen, gaven sommige CHWs aan dat het loon niet toereikend is: meer specifiek met betrekking tot job vereisten als flexibiliteit, uitdagende en complexe casussen en verantwoordelijkheid. Teams waren het er over eens dat het loon zou moeten herbekeken worden in overeenstemming met de taken en rol. Daarnaast vroeg een team zich af of er een mogelijkheid bestaat tot loonsverhoging na een positieve evaluatie, of verbeterde kennis en ervaring na bijvoorbeeld het volgen van een opleiding. Ook een contract van onbepaalde duur werd als belangrijk gezien. Dit was echter momenteel niet mogelijk gezien de beperkte looptijd van het project. Zo vulde een team aan dat ze wensen dat het project verduurzaamd zou worden.

De teams gaven de volgende zaken aan als bijkomende voordelen die ze graag zouden ontvangen, zoals de volgende aanvullende verzekeringen: hospitalisatieverzekering, groepsverzekering en tandverzekering. Verder suggereerden enkele teams de mogelijkheid tot meer vakantie, door dit bijvoorbeeld gelijk te stellen aan gelijkstellen met een Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO) van een inloopcentrum of Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW). Ook het meenemen van anciënniteit en het opleidingsniveau strekte volgens de team tot de aanbeveling. Vele teams gaven ook aan dat met betrekking tot vervoer, de mogelijkheid voor het leasen van een fiets, een abonnement van het openbaarvervoer en betere vergoeding van brandstofkosten bij gebruik van eigen wagen. Twee teams gaven aan dat een "telewerkbonus", die internet-, elektriciteit en verwarmingskosten van thuiswerk zou kunnen vergoeden. Omdat CHWs veel op de baan zijn suggereerde een team ook voor zakgeld om iets te kunnen drinken of het toilet te gebruiken. Enkele andere elementen die teams aanhaalden waren: ecocheques, meer verlofdagen, risicopremie, cadeaupakketten bij de feestdagen en griepvaccin. Verder gaf een team aan dat bijkomende bijscholingen, die de CHWs zelf kunnen kiezen in functie van hun noden, erg waardevol zouden zijn.

Ook de coaches gaven aan dat het loon niet geheel in verhouding is tot het werk dat zij uitvoeren. Zo werd niet alle anciënniteit meegerekend, blijkt het loon lager te liggen in vergelijking met gelijkaardige

functies in andere organisaties of projecten en ligt er zeer veel verantwoordelijkheid en werkdruk bij de coach. Zo stelde een coach: *“Wij zijn geen coach maar een teamleider. De functie stemt niet overeen met het aanwervingsprofiel en het brutosalaris evenmin. Je moet jongleren met het zeer omvangrijke administratieve werk en tegelijkertijd beschikbaar zijn voor je team en op het terrein voor de begeleiders. Gebrek aan tijd om alles te doen...Overwerk is gebruikelijk.”*

1.9. Accreditatie

Momenteel bestaat er in België nog geen officieel erkende opleiding tot CHW. Hoewel de CHWs binnen de project een zekere opleiding kregen aan het begin van hun tewerkstelling, is deze vorming niet geaccrediteerd. Deze opleiding wordt dus niet erkend en de deelnemende CHWs hebben dan ook geen certificaat van deelname of diploma gekregen dat hun vaardigheden onderschrijft.

1.9.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Eén van de aandachtspunten bij het professionaliseren van CHWs wereldwijd is accreditatie (Ballard, Bonds et al. 2018). Op de vraag of het de teams waardevol lijkt om een gestandaardiseerde formele basisopleiding te organiseren voor iedereen die CHW wenst te worden en een “soort CHW-diploma” ontvangt, waren alle teams het unaniem eens dat dit een waardevol idee is. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat deze opleiding toegankelijk is voor mensen met en zonder voorgaande opleiding of werkervaring omdat – in woorden van een Waals team – *“sommige mensen (zijn) niet in staat een studie te volgen, terwijl zij op grond van hun ervaring en hun levenservaring heel goed in staat zouden zijn het vak uit te oefenen”*. De teams gaven verschillende redenen aan waarom zulke geaccrediteerde opleiding wenselijk is, niet alleen voor de huidige functie maar ook naar toekomstige carrièremogelijkheden. Ten eerste, zou zulke opleiding een goede voorbereiding kunnen vormen om vaardigheden en kennis aan te scherpen voor het werk als CHW waar men mensen ondersteuning geeft die kampen met complexe levensomstandigheden, zoals verslaving, schulden, vechtscheiding, intra familiaal geweld, gezondheidsproblemen en anderen. Daarbovenop vereist het outreachend werken in socio-economisch kwetsbare buurten een specifieke aanpak. Ook al hebben sommige CHWs reeds werkervaring, een team gaf aan dat desalniettemin de outreachende werkwijze niet voor iedereen evident is. Daarnaast kan dit de CHWs helpen in het verkrijgen van een deontologisch kader, alsook een missie, visie en waarden. Ten tweede, kan zulke geaccrediteerde opleiding volgens een team bijdragen aan de verduurzaming van het werk van de CHWs om zo personen te kunnen blijven ondersteunen. Ten derde, ziet men een getuigschrift of diploma als een meerwaarde. Dit kan bijdragen aan het waarderen van deze loopbaan en verschaffen van meer beroepsperspectief. Tot slot, gaf een Waals team ook mee dat dit ook waardevol kan zijn om meer erkenning te verwerven naar zorgverleners en andere actoren in het veld. Zo stelden ze: *“Ondanks onze status als beroepsbeoefenaars werden onze opleiding en ons studieniveau herhaaldelijk in twijfel getrokken door beroepsbeoefenaars van verschillende organisaties (directeur, manager, maatschappelijk werker, enz.) (...) Het is triest dat wij bij een nieuw project onze aanwezigheid op het terrein moeten rechtvaardigen en dat ons werk in twijfel wordt getrokken omdat wij geen “opleiding” hebben genoten.”*

De teams waren het eens dat een geaccrediteerde basisopleiding, zowel een inhoudelijk als een sterke praktische component moet omvatten – waar het trainen van verschillende vaardigheden en het aanscherpen van kennis aanbod dient te komen. Met betrekking tot de inhoud gaven de teams aan dat er aandacht dient te zijn voor (1) sociale- en communicatievaardigheden met als centraal aandachtspunt een goede basishouding als CHW met centraal staand respect, actief luisteren, autonomie bevorderen; sociale opmerkzaamheid; communicatieve vaardigheden, met aandacht voor interculturele communicatie; individuele gesprekstechnieken en voor een publiek praten; vertrouwen opbouwen; omgaan met emoties; geweldloze communicatie; (2) competenties aan te scherpen om het werk goed uit te voeren, die aansluiten bij de duidelijke rolbeschrijving van de CHW: outreachend werken; oplossingsgericht werken; bewustwording eigen waarden en normen en omgaan met mensen met ander referentiekader; oriëntatie-vaardigheid en coördinatie skills; werken met groepen; grenzen stellen; beroepsgeheim, casuïstiek, ethische kwesties; een deontologisch kader; onderhandelingsvaardigheden; cultuursensitief werken; *empowerment* werken; coaching; omgaan met uitdagende situaties, waaronder agressie; omgaan met specifieke groepen; (3) praktische vaardigheden, zoals: adequate kennis van internetvaardigheden en kennis van bepaalde software pakketten; taalvaardigheid verbeteren voor zowel anderstaligen als voor mensen die Nederlands als moedertaal hebben maar sterk dialect spreken; tijdbeheer; en (4) inhoudelijke kennis met betrekking tot sociale zekerheid; kennis sociale kaart (welzijns- en gezondheidssysteem) en de werking van het medisch-sociale veld in zijn geheel; kennis van het Belgische gezondheidszorgsysteem en zijn bijzonderheden, zoals de bevoegdheidsverdeling tussen het federale en regionale niveau of wegwijzen maken in specifieke terminologie zoals specialisaties in ziekenhuis; kennis van ziekenfondsen en het terugbetalingssysteem; kennis van rechten en plichten (incl. voor mensen met en zonder problemen); kennis van meest voorkomende chronische ziekten en psychologische aandoeningen; kennis van gezondheidspromotie; basiskennis rond regelgeving en wetgeving; aandacht voor diversiteit in gewoontes en tradities.

Naast deze inhoudelijke component, gaven de teams aan dat het belangrijk is om ook in te zetten op een praktische opleiding, waar verschillende mogelijkheden bestaan: stage; praktisch oefenen van het outreachende werken en huisbezoeken; aandacht voor kennismaking met organisaties in de buurt; meelopen met een ervaren CHW; intervisie-momenten waarin specifieke casussen worden besproken; het professionele en sociale netwerk van een client in kaart brengen, en bepalen welke rol en taken de CHW hierin opneemt; leren omgaan met moeilijke omstandigheden en deze verwerken na een intensieve werkdag; leren faciliteren van workshops; leren organiseren en plannen van veldwerk; leren grenzen stellen en zelfzorg; uitwisselen goede praktijken met andere CHWs en partnerorganisaties.

Een Vlaamse coach vulde hierop aan: *“er zijn verschillende ‘bouwstenen’/modules mogelijk, zowel een basis voor beginners, als voor meer ervaren medewerkers. Belangrijk is ook om te bepalen wat ‘eerst’ moet gevolgd worden vooraleer vervolgmodes aan bod komen. Ook vervolgmodes kunnen deel uit maken van een basisopleiding”*. Qua basisopleiding zou dit team focussen op kennis over het gezondheidszorgsysteem, werken met gezondheidsvaardigheden met mensen die leven in socio-economisch kwetsbare omstandigheden; verzamelen en verwerken van signalen en cultuur sensitieve zorg en communicatie. Als vervolgmodes gaven ze thema’s mee waarvan ze verwachten dat deze enige praktijkervaring nodig hebben om te kunnen vertrekken van concrete casussen. Dit betreft:

patiënten-rechten en empowerment; omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid; ethische knopen doorhakken; kennis van regelgeving rond gezondheid en mensen zonder wettig verblijf.

Alle teams, uitgezonderd één, waren ervan overtuigd dat het belangrijk is om blijvend de CHWs bij te scholen. Dit met het oog op het voorzien van modules en vormingen naar aanleiding van noden die men ervaart in het werkveld, zoals bijvoorbeeld: ondersteunen bij het ontwikkelen van pictogrammen in verband met taalbarrière of bij bepaalde problematieken die men veelvuldig ervaart (vb. een vluchtervaring uit oorlogsgebied; drugsproblematiek; trauma; COVID-19; en anderen). Daarnaast leek het hen ook waardevol om blijvend bijgeschoold te worden over de bestaande wetgeving en de mogelijke beschikbare steunmaatregelen om zo op de hoogte te blijven van de laatste evoluties in de sector. Ook blijvende aandacht voor zaken als Eerste Hulp Bij Ongevallen (EHBO) en veiligheid, zoals omgaan met fysieke en verbale agressie, leek hen waardevol. Verder zou hier ook aandacht kunnen besteed worden aan doorgroeimogelijkheden van CHW naar coach.

Tot slot waren alle teams het eens over het feit dat het waardevol zou zijn moest er een certificaat worden voorzien dat de werkervaring van de CHWs in de praktijk erkent. De discussieteams tijdens de workshop vulden aan dat het waardevol zou zijn om na het volgen van de basisopleiding en het toetsen van kennis en vaardigheden, een certificaat te voorzien. Het is belangrijk volgens één van de teams om objectieve criteria vast te leggen op basis waarvan een CHW dit certificaat zou kunnen verkrijgen. Het Brussel team beschreef de meerwaarde van zulk certificaat als volgt: *“om het werk en de kennis die de CHW heeft verworven te waarderen, wat hem/haar verdere verdiende kansen kan bieden en hem/haar tot een echte velddeskundige maakt.”* Een Vlaams team gaf aan dat ze het zouden zien *“als een (h)erkenning of waardering van ons beroep (incl. onze communicatievaardigheden en onze creativiteit)”*. Een Waals team vulde aan dat het ook kan helpen bij het erkennen van het werk van de CHW bij partnerorganisaties. De teams deden ook suggesties voor dat wat het certificaat zou moeten beschrijven, waaronder *“Bruggenbouwer tussen kwetsbare mensen/buurtten en zorg- en welzijnsinstanties.”* Het certificaat zou vaardigheden kunnen weergeven die de CHWs aanleren en inzetten in hun dagelijkse werking, alsook de bekwaamheid en ervaring van de CHW met aandacht voor de unieke rol die zij vervullen in het gezondheidszorg landschap. Daarnaast zou het certificaat ook de periode kunnen weergeven waarin de betrokken op het terrein actief is geweest en de activiteiten die zij/hij heeft verricht.

1.10. Carrière mogelijkheden

CHWs gaven aan dat de werkervaring als CHW waardevol is voor hun toekomstige arbeidsloopbaan. Zo stelde een Vlaams team: *“De CHWs geven aan dat deze functie een enorme leerervaring is voor hun toekomstige carrière. Ze zien hun toekomstige carrière als een professionele CHW en kijken sterk uit naar de opleidingen en vormingen om zich verder te ontwikkelen in deze functie.”* Ook gaf men aan dat het succesvol mensen kunnen ondersteunen hen voldoening biedt. In woorden van een Vlaams team haalde men onder meer voldoening uit *“de positieve feedback die ik soms krijg van de zorgvrager of van de partners en de voldoening die ik daaruit kan halen.”*

Verder gaven de CHW teams aan dat de werkervaring als CHW hen verscheidene zaken heeft bijgeleerd qua vaardigheden, kennis en netwerk. Ten eerste, gaven de teams aan dat de werkervaring als CHW hen de volgende vaardigheden heeft bijgebracht of versterkt: zelfstandig taken uitvoeren en eigen agenda beheren; psychosociale gesprekken voeren; open houding en respect voor andere leef- en zienswijze; analytische en oplossingsgericht denken; stilstaan en reflecteren over hun handelen; outreachend werken; omgaan met crisissituaties; zich kunnen presenteren; flexibel werken; grenzen leren stellen; leren samenwerken; leren vormingen geven rond bepaalde gezondheidsthema's voor mensen die leven in kwetsbare omstandigheden; en methodieken leren uit te werken op maat van de doelgroep. Ten tweede, met betrekking tot kennis, leerden CHWs zaken bij met betrekking tot: de sociale- en zorgkaart; de doelgroep; en kennis van rechten, zoals bijvoorbeeld dringende medische hulp. Ten derde, zien CHWs en coaches in de teams het opbouwen van het netwerk zowel een meerwaarde voor hun werking binnen het CHW-project, als een persoonlijke verrijking. Zo hebben ze een eigen netwerk uitgebouwd in de buurt waardoor ze mensen naar de juiste diensten kunnen doorverwijzen. Daarnaast illustreerde een CHW in een Vlaams team de meerwaarde van het opgebouwde netwerk door te stellen: *“Het opgebouwde netwerk in de sociale sector, de nieuwe contacten die ik kon leggen met de partners, ... kunnen misschien bijdragen aan een toekomstige carrière.”*

Voorgaande werkervaring, voorgaande opleiding of levenservaring dragen bij aan het werk als CHW. In woorden van het Brussels team: *“kennis van het vakgebied, levenservaring, academische kwalificaties, opleiding, enz. dragen allemaal bij tot een kapitaal aan kennis dat onze opdrachten mede heeft bepaald”*. Hoewel geen voorgaande opleiding vereist was om te solliciteren als CHW, boden toch verschillende mensen zich aan met kwalificaties, zoals bijvoorbeeld een opleiding tot zorgkundige of een buitenlands diploma in de psychiatrie. Deze laatste CHW gaf aan dat diens training hem *“veel kennis en vaardigheden [heeft gegeven] om met mensen te praten over hun gezondheid en moeilijkheden”*. Daarnaast hebben verschillende CHWs reeds werkervaring of waren zij actief in het lokaal verenigingsleven. De kennis van lokale organisaties van sommige CHW die in de sociale sector werkzaam waren, heeft het team enorm geholpen. Echter wordt deze ervaring niet volledig erkend in het loon dat men ontvangt. Daarnaast bracht deze voorgaande werkervaring ook belangrijke skills met zich mee, die ze als CHW kunnen inzetten, zoals outreachend werken of geduldig de tijd nemen om mensen te ondersteunen. Een Vlaamse CHW illustreerde diens ervaring: *“Mijn jaren ervaring in de sociale sector als coördinator voor vluchtelingenopvang en opbouwwerker, gaf mij de kans om met verschillende mensen van verschillende origine te werken. Ik leerde hun cultuur en vond een manier om een deel van de taal te omzeilen. Het gaf me ook de kans om een nuttig netwerk op te bouwen en een goede kennis van de sociale kaart in de Provincie. In mijn privé leven ben ik ook sociaal actief binnen de gemeenschap. Dit heeft allemaal bijgedragen aan mijn werk als een goede CHW.”* Tot slot zijn er ook CHWs die door eigen levenservaring mensen beter kunnen ondersteunen, door een eigen ervaring als nieuwkomer of een eigen vluchtervaring. Een Waalse CHW zei hieromtrent: *“De kennis van het persoonlijke traject heeft ons in staat gesteld bepaalde stappen te kennen en gemakkelijker mensen te kunnen doorverwijzen.”* Verder stelde de kennis van diverse talen, die ook gangbaar zijn bij de doelgroep, hen ook in staat mensen beter te ondersteunen. Een Vlaams team vatte samen: *“Werk en levenservaringen dragen bij tot een correcte basishouding als CHW (door respect, actief luisteren het vertrouwen winnen en zo doel bereiken, werken in het tempo en volgens het kunnen van de mensen, laagdrempelig).*

1.10.1. Uitdagingen en potentiële mitigerende acties

Op het moment van de vragenlijst was nog niet bekend of het CHW-project al dan niet een verlenging zou kennen. CHWs en coaches gaven aan te hopen dat het project zou verlengd worden. Een Waals team stelde *“Idealiter zou het proefproject structureel moeten worden”* met mogelijkheid tot uitbreiding van de steden en wijken en het verschaffen van een vast contract aan CHWs. Dit werd aangevuld door een Vlaams team: *“in een ideale situatie het project groeit en de CHW’s tot senior CHW kunnen groeien waarbij deze coördinerende, specialistische, ... rollen opnemen op basis van thema’s of kwaliteiten.”* Indien het project zou verlengd worden, gaf een discussieteam in de workshop aan dat het belangrijk zou zijn om contracten van onbepaalde duur te voorzien met ook een mogelijkheid tot verhoging loon na succesvol werken als CHW voor een bepaalde periode. Een ander discussieteam vulde aan dat indien het project zou verlengd worden en de teams groter worden, het interessant zou zijn om de mogelijkheid te bieden voor CHWs om door te groeien naar rol als coach, die enkele CHWs zou aansturen in een bepaalde wijk.

Tijdens de workshop stelde een discussieteam dat er erg diverse profielen aanwezig zijn in hun team en men poogt iedereen naar waarde te schatten en op basis van competentie te waarderen. Een discussieteam uit de workshop vulde aan dat het ook waardevol zou zijn om op basis van deze competenties meer “zijwaartse” doorgroeimogelijkheden worden voorzien, waarbij de CHWs andere taken kunnen opnemen, zoals vormingen geven of mee schrijven aan beleid.

Het Brussels team wenste dat op basis van vaardigheden CHWs de mogelijkheid zouden krijgen om meer verantwoordelijkheden op te nemen. Verder leek het een ander team waardevol om één van de CHWs te laten doorgroeien tot woordvoerder van het team CHWs en dat zij ook de mogelijkheid krijgen om mee te werken aan het maken en geven van opleidingen.

Daarnaast wees een discussieteam erop dat de levenssituatie van de CHWs ook in sommige gevallen moeilijk is. Bijkomende mogelijkheden tot promotie zouden ook in dit kader volgens hen wenselijk zijn, zodat zij thuis meer mentale ruimte krijgen om zo ook mensen verder te kunnen ondersteunen.

2. Kwantitatieve resultaten

In deze kwantitatieve resultatensectie bespreken we eerst het profiel van de CHWs die actief zijn in het CHW project. Daarnaast bekijken we het profiel van de mensen die zij ondersteunen. Het kwantitatieve luik zal daarna verder inzoomen op de 11 indicatoren die werden verfijnd op basis van het werk van het “CHW Common Indicator Project” (Rodela, Wiggins et al. 2021). In totaal hebben 39 CHWs de vragenlijst ingevuld van de in totaal 49 personen die actief zijn als CHW (i.e. ongeveer 46 voltijds equivalenten). Van deze 39 CHWs, waren er vijf, die op één van de “consent vragen” voor het gebruik van gegevens ‘neen’ hebben geantwoord. Daardoor zal de data hieronder gepresenteerd betrekking hebben op 34 CHWs. Eén van de CHWs die de vragenlijst invulde werkte op moment van de vragenlijst niet meer voor het project. Alle CHWs – uitgezonderd 2 – waren gestart in het eerste project-jaar. In totaal vulden acht coaches van het CHW-project de vragenlijst in, en gingen akkoord met het verwerken van hun gegevens. Van deze acht respondenten is één coach recent gestopt. De

meerderheid werkt als sinds 2021 voor het CHW-project. Eén coach startte in 2022. Aan het einde van 2022 waren er in totaal 6,9 FTE coaches actief.

2.1. Profiel van de CHWs in het Belgische CHW-project

Tabel 3.1 toont het socio-demografisch en socio-economisch profiel van de CHWs die de survey invulden. De leeftijd van de CHWs varieert van 23 tot 63 jaar, met een gemiddelde van 39,37. Ongeveer een derde van de CHWs (28,1%) heeft een universitair masterdiploma. Daarnaast gaf iets minder dan een vijfde (18,8%) aan hogeschoolonderwijs van het korte type, alsook 15,6% hoger secundair onderwijs als hoogste scholingsniveau volbracht te hebben. Iets meer dan drie op vier CHWs (77,8%) gaf aan diens diploma in België te hebben behaald. Van de 7 personen die aangaven een buitenlands diploma te hebben, gaven 5 CHWs (71,4%) aan hier werk mee te kunnen verkrijgen, buiten de job als CHW, en 2 personen (28,6%) niet. De CHWs zijn geboren in 13 verschillende landen. Een coach gaf na afloop van de vragenlijst aan dat CHWs drie landen niet konden vinden in de beschikbare lijst. De helft van de CHWs heeft als geboorteland België (50%, = 16). De tweede grootste groep zijn CHWs geboren in Marokko (15,6%, n = 5). Telkens één CHW was afkomstig van één van de volgende landen: Algerije, Brazilië, Haïti, Indonesië, Iran, Libanon, Nigeria, Roemenië, Servië, Oekraïne en de Arabische Verenigde Emiraten. Op de vraag of men diens geboorteland is ontvlucht, antwoordden 4 CHWs dat dit het geval was. Daarnaast gaven 2 CHWs aan niet wensen te antwoorden op deze vraag, alsook 10 CHWs dat dit niet zo is. Met betrekking tot voorgaande werkervaring, hadden de meeste personen reeds betaald werk in België, al dan niet in combinatie met vrijwilligerswerk. Iets meer dan een vijfde van de CHWs (21,9%) gaf aan geen voorgaande werkervaring te hebben gehad in België. Op de vraag of men de eindjes aan elkaar kan knopen met het beschikbare huishoudinkomen in het gezin, gaven vier op tien CHWs (43,8%) aan dat men dit als zeer moeilijk tot eerder moeilijk ervaart.

Tabel 3.1: Socio-demografisch en socio-economisch profiel CHWs

Variabele		Categorie	Beschrijvende gegevens
Leeftijd (gemiddeld)	n = 32		39,37 jaar
Geslacht	n = 32	Vrouw	71,9%
		Man	28,1%
Opleidingsniveau	n = 32	Geen diploma	3,1%
		Lager secundair onderwijs of secundair onderwijs van de 1ste of 2de graad	3,1%
		Hoger secundair onderwijs of secundair onderwijs van de 3de graad	15,6%
		Post secundair niet-hoger onderwijs (4° graad, 7de jaar, ondernemingsopleiding,...)	6,3%
		Hogescholenonderwijs van het korte type, graduaat (A1), professionele bachelor	18,8%

		Hogescholenonderwijs van het lange type, master aan een hogeschool	3,1%
		Bachelor universiteit	9,4%
		Master universiteit	28,1%
		Ander diploma	12,5%
Hoogste diploma behaald in België	n = 31	Ja	77,4%
		Nee	22,6%
Voorgaande werkervaring in België	n = 31	Betaald werk en geen vrijwilligerswerk	37,5%
		Betaald werk in combinatie met vrijwilligerswerk	40,6%
		Geen betaald werk, wel vrijwilligers werk	12,5%
		Geen betaald werk en geen vrijwilligerswerk	9,4%
Rondkomen met huishoudinkomen	n = 32	Zeer moeilijk	6,3%
		Moeilijk	9,4%
		Eerder moeilijk	28,1%
		Eerder gemakkelijk	40,6%
		Gemakkelijk	12,5%
		Zeer gemakkelijk	3,1%

De meerderheid van de CHWs woont in de buurt waar ze werken (53,2%, n = 17). Vrijwel alle CHWs die dit aangaven, ervaren dit als een meerwaarde. Twee personen zouden dit echter graag anders willen. Zo stelde één van de CHWs: *“Zelfs op de "vrije" dag doen mensen verzoeken tijdens dagelijkse externe taken (boodschappen, wandelingen,...). Ze kunnen kennis hebben van ons privéleven zoals ons adres, onze relaties,...”*. Van de 46,8 % (n = 15), zijn er 3 CHWs die momenteel niet wonen in de buurt waar ze werken maar hier wel de meerwaarde van zagen: *“Ik zou ook graag werken in de buurt waar ik woon, omdat de mensen me al kennen en de vertrouwensband al is opgebouwd, ik weet ook wat ze nodig hebben en welke moeilijkheden ze hebben... Het is ook goed om in verschillende gebieden te werken om meer mensen te bereiken.”*

2.2. Profiel van de mensen die de CHWs ondersteunen

De CHWs registreerden 4901 personen. Hiervan gaven ze aan dat 461 personen via een groepsinterventie in contact kwamen met de CHW. In totaal werden 20785 personen bereikt via groepsinterventies.

Tabel 3.2 toont een overzicht van het socio-demografische en socio-economische profiel van de mensen die de CHWs ondersteunden in 2022. De gemiddelde leeftijd van de ondersteunde personen is 43 jaar, met een minimum van 0 jaar en maximum van 97 jaar. Bij het minimum geeft de persoon die de data analyseerde aan dat dit wellicht over ondersteuning van de administratie bij de geboorte gaat. Vrijwel evenveel mannen als vrouwen worden geholpen, met een kleine meerderheid aan mannen (53,04%). Iets meer dan een derde van de personen (36,06%) heeft geen opleiding genoten. De personen die werden ondersteund hadden 109 verschillende nationaliteiten. De helft van de personen die de CHWs ondersteunden hebben de Belgische nationaliteit (50,85%), terwijl 14,11% de categorie “vluchteling of subsidiaire bescherming” aangaf en 11,80% geen verblijfsvergunning heeft

of in een asielprocedure (7,18%) zit. Qua inkomen, gaf een derde van de personen die ondersteund worden aan geen inkomen te hebben (31,43%). De tweede grootste groep verwierf een inkomen voor sociale integratie (20,54%). Drie vierde van de personen die werden ondersteund door de CHWs geven aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen met het huishoudinkomen (76%).

Tabel 3.2: Socio-demografisch en socio-economisch profiel van mensen die de CHWs ondersteunen

Variabele	n	Categorie	Beschrijvende gegevens
Leeftijd (gemiddeld)	n = 3512/4901		43 jaar (gemiddeld) Min: 0 jaar Max: 97 jaar
Geslacht	n = 4557/4901	Vrouw	% 46.37
		Man	% 53.04
		X	% 0.59
Nationaliteit	n = 4338/4901	109 verschillende nationaliteiten	
Wettelijke status	n = 3679/4901	Andere Verblijfsstatus	13,26%
		Belgische nationaliteit	50,85%
		Geen verblijfsvergunning	11,80%
		In asielprocedure	7,18%
		Visum	2,80%
		Vluchteling of subsidiaire bescherming	14,11%
Opleidingsniveau	n = 1950/4901	Geen	36,05%
		Buitengewoon lager onderwijs	6,56%
		Lager onderwijs	17,59%
		Lager secundair onderwijs	13,23%
		Hoger secundair onderwijs	16,41%
		Hoger onderwijs	10,15%
Inkomen	n = 3437/4901	Geen inkomen	31,43%
		Inkomen voor sociale integratie	20,54%
		Invaliditeitsuitkering	13,27%
		Pensioen	11,00%
		Tijdelijke job	6,60%
		Vaste job	10,88%
		Werkloosheidsuitkering	6,28%
Rondkomen met huishoudinkomen	n = 2248/4901	Zeer makkelijk	1%
		Eerder makkelijk	16%
		Makkelijk	7%
		Moeilijk	20%
		Eerder moeilijk	28%
		Zeer moeilijk	28%

Mensen konden ook aangeven welke barrières zijn ervoeren, hierbij waren ook meerdere keuzes mogelijk. Het percentage dat in Tabel 3.3 wordt weergegeven, is op basis van het aantal mensen waarvoor deze barrière werd aangegeven. Hierbij is de meest voorkomende barrière deze van administratieve rompslomp, gevolgd door beperkte kennis van het gezondheidssysteem en rechten, alsook taal en financiële drempels.

Tabel 3.3: ervaren barrières van mensen die CHWs ondersteunen

Barrières	n = 2595/4901	Administratie	75,03 %
		Beperkte kennis gezondheidssysteem en rechten	65,01 %
		Cultuur	27,28 %
		Financieel	46,97 %
		Gebrek aan vertrouwen/conflict met levensomstandigheden	32,87 %
		Taal	44,97 %
		toegankelijkheid	53,49 %
			47,24 %

2.3. Profiel van de Coaches in het CHW-project

Tabel 3.4 leert ons dat de leeftijd van de coaches schommelt tussen de 23 en 55 jaar. De meerderheid (75%) is vrouw. De coaches hebben vrijwel allemaal een diploma hoge onderwijs (bachelor of master), met uitzondering van één coach die enkel een hoger secundair onderwijsdiploma heeft. Allen behaalden deze diploma's in België. Alle coaches hadden voor deze functie een betaalde job, al dan niet aangevuld met vrijwilligerswerk. De resultaten leren dat de meerderheid van de coaches in België is geboren en de Belgische nationaliteit heeft (75%). Eén van de coaches heeft de dubbele nationaliteit (Belgische en Marokkaanse nationaliteit). Eén van de coaches is geboren in Afghanistan en een andere coach in Marokko.

Tabel 3.4: profiel coaches

Variabele		Categorie	Beschrijvende gegevens
Leeftijd (gemiddeld)	n = 9	Min = 23 jaar Max = 55 jaar	40
Geslacht	n = 8	Vrouw	75%
		Man	25%
Opleidingsniveau	n = 8	Geen diploma	0%
		Lager secundair onderwijs of secundair onderwijs van de 1ste of 2de graad	0%
		Hoger secundair onderwijs of secundair onderwijs van de 3de graad	12,5%

		Post secundair niet-hoger onderwijs (4° graad, 7de jaar, ondernemingsopleiding,...)	0%
		Hogescholenonderwijs van het korte type, graduaat (A1), professionele bachelor	50%
		Hogescholenonderwijs van het lange type, master aan een hogeschool	12,5%
		Bachelor universiteit	0%
		Master universiteit	12,5%
		Doctoraat op proefschrift	12,5%
		Ander diploma	0%
Hoogste diploma behaald in België	n = 8	Ja	100%
		Nee	0%
Voorgaande werkervaring in België	n = 8	Betaald werk en geen vrijwilligerswerk	50%
		Betaald werk in combinatie met vrijwilligerswerk	50%
		Geen betaald werk, wel vrijwilligers werk	0%
		Geen betaald werk en geen vrijwilligerswerk	0%

2.4. Indicatoren

2.4.1. Indicator #1: Niveau van vergoeding, voordelen en promotie van CHWs

Op de vraag hoe tevreden de CHWs zijn met hun job als CHW, antwoordden men een gemiddelde van 7,75 op 10 (n = 32). Eén CHW gaf een score van 3 op 10, met als toelichting: *“Het maandinkomen staat niet in verhouding met de moeite die ik doe”*, alsook met diens diploma. Alle andere CHWs scoorden minstens een 6 en maximum een 10. In de open vraag, gingen de CHWs dieper in op de redenen die ze gaven voor deze scores. Zo verwezen enkele CHWs naar het belang van hun werk in het ondersteunen van anderen. Daarnaast gaven enkele CHWs aan dat het veel voldoening gaf om iets te kunnen betekenen voor mensen, alsook afwisselend werk te hebben en veel autonomie. Een CHW omschreef dit werk als *“mijn droomjob”*. Verder werden het loon, ontvangen van opleidingen en het teamwerk als positief ervaren – hoewel net zoals in bovenstaande quote, andere CHWs ook aanhalen dat het loon laag is en waardevolle anciënniteit zou moeten worden meegenomen. Desalniettemin gaven CHWs ook aan dat het werk niet altijd eenvoudig is. Zo omschreef een CHW: *“Het is een baan waarin je je nuttig voelt, maar die veel persoonlijke investering vergt”*. Verder gaf een CHW aan dat er enkele nadelen zijn aan verbonden, zoals *“weinig promo materiaal en geen vaste werkplek waar wij of onze cliënten terecht kunnen”*. Een andere CHW vulde aan dat hij/zij soms veel frustratie voelt bij het uitvoeren van het werk. Een collega-CHW maakte dit concreet door te stellen dat er *“zijn nog veel structurele belemmeringen die mij verhinderen te slagen op bepaalde gebieden”*. Een CHW vatte de positieve en negatieve element in zijn/haar beleving samen: *“Ik ben volledig tevreden met mijn werk. We nemen de tijd, het menselijke aspect komt naar voren, we werken met het netwerk,... Ik vind het leuk wat ik doe en de personen die we ondersteunen geven ons meer dan genoeg in het werk dat we met hen doen. De vertrouwensrelatie ontstaat na verloop van tijd en is geen relatie van controle. We leren hen kennen zoals ze zijn, zonder filter, en zo slagen we erin duurzame oplossingen*

voor hen te vinden. Ik heb ze 9/10 gegeven, ook al had ik ze 10/10 kunnen geven, om de eenvoudige reden dat ik vind dat de werktijden moeten kunnen veranderen, vanaf 8.00 uur voor de personen die we ondersteunen die bijvoorbeeld werken. De uren moeten flexibeler zijn.”

Op de open vraag wat CHWs graag zouden veranderen aan het salaris dat ze ontvangen of het uurrooster/werkrooster, gaven 27 CHWs een antwoord. Hiervan gaven vijf CHWs aan dat de situatie voor hen niet dient aangepast te worden. Een zesde CHW vulde aan: *“Als het project wordt verlengd (wat ik met heel mijn hart hoop), is het dat onze diploma's worden erkend, het gaat niet om salarissen maar om erkenning. Wij hebben, denk ik, een zeer goed salaris vergeleken met mensen met zeer zware banen (diensttitel bijvoorbeeld).”* Twee CHWs gaven aan hun werkuren te willen verhogen van halftijds werken naar fulltime werk. De meerderheid gaf aan een hoger salaris te wensen. Dit om verscheidene redenen: loon niet in verhouding met job inhoud; psychosociale belasting en aard van het werk; Anciënniteit (in de sociaal sector) zou moeten worden meegenomen; loon vergelijkbaar maken met andere sectoren; stijgende kost levensonderhoud.

Zoals in tabel 3.1 beschreven, zien we dat sommige CHWs moeilijkheden ervaren met het rondkomen met hun huishoudinkomen. In deze open vragen verwijzen sommigen van hen hier naar terug. Zo vatte een CHW haar situatie samen: *“Ik heb best wat anciënniteit en daarbij een diploma hoger onderwijs, maar als alleenstaande mama met de voltijdse zorg is het soms wat de eindjes aan elkaar knopen aan het eind van de maand. Meer loon zou wel mogen en eventuele bijkomende compensaties in de vorm van maaltijd/ecocheques.”* Een andere CHW vulde aan: *“Vanwege dit inkomen (dat niet in verhouding staat tot de aard van het werk en de levensbehoeften) kregen mijn kinderen geen steun voor hoger onderwijs ... dus ik wil iets om dit te compenseren”.*

Met betrekking tot de open vraag over bijkomende voordelen, gaven 30 CHWs een antwoord. Drie personen gaven aan geen veranderingen te wensen. Andere CHWs vroegen nieuwe bijkomende voordelen, zoals: thuiswerkvergoeding; toegang tot (elektrische) fiets; internet voorzien op laptop; een dertiende maand; vrij op islamietische feestdagen; bijkomende opleidingen; maaltijd- en/of ecocheques; risicopremie; meer vakantie; en een aanvullend pensioen. Verder werd ook gevraagd naar een eenvoudigere procedure voor het terugvorderen van gemaakte kosten. De vraag naar een vast contract werd ook gesteld door één van de CHWs. De vraag voor een thuiswerkvergoeding bij wanneer telewerk voor het vervullen van administratieve taken kwam veelvuldig voor (n = 7). Een derde van de CHWs (n = 10) gaf aan een hospitalisatieverzekering te wensen. Eén van de CHWs gaf aan dat zij een graag een gratis aansluiting bij de mutualiteiten zou ontvangen. Verder gaf een CHW aan meer ondersteuning met betrekking tot de eigen gezondheid te wensen ontvangen: *“consultatie door de bedrijfsarts en vaccinatie voor besmettelijke ziekten (bijv. hepatitis) en psychologische ondersteuning voor CHW's.”*

De vraag voor een ontmoetingsplaats in de wijk werd ook onderstreept door enkele CHWs, alsook kledij met het logo van het CHW-project.

Op de vraag hoe tevreden de coaches zijn met hun job als coach antwoordden ze gemiddeld 8,8 op 10 (minimum 7 en maximum 9). Zo schreef één van de coaches: *“Het ganse plaatje klopt voor mij: klein team, juiste doelgroep, juiste focus, juiste doelstellingen, coaching en leidinggeven, in de stad*

waar ik woon. Bovendien heb ik een fijn team met gemotiveerde mensen. Daarnaast is een pilootproject uit de grond stampen echt iets voor mij. Werken tussen strak uitgezette lijnen is dit veel minder". Een andere coach vulde aan dat hij/zij niet helemaal tevreden is over het loon.

2.4.2. Indicator #2: CHWs voeren de kernrollen uit

In de dagelijkse registratietool gaven de CHWs aan welke rollen ze opnamen tijdens ondersteuning van mensen uit de doelgroep. Deze rollen werden in meer detail beschreven in hoofdstuk I. In totaal werden 19600 acties geregistreerd door de CHWs, waarvan er 567 geannuleerd en opnieuw gepland werden. Van de 19033 acties die werden uitgevoerd (cf. Tabel 3.5), gaven de CHWs aan dat ze het meest de rol "bruggenbouwen tussen individuen, gemeenschappen en gezondheidsactoren" opnamen (25,80%), nauw gevolgd door het "bieden van coaching en sociale steun" (24,42%) en "navigatie in het gezondheidssysteem" (22,54%). In gesprek met CHWs, werd het echter duidelijk dat deze onderverdeling niet altijd even helder is en er nood is aan een verdere verfijning van deze rollen.

Tabel 3.5: kernrollen CHWs opgenomen tijdens interventies

Welke rollen werden opgenomen bij het uitvoeren van acties?	n = 19033	Bieden van coaching en sociale steun	24,42%
		Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en gezondheidsactoren	25,80%
		Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	0,47%
		Navigatie in het gezondheidssysteem	22,54%
		Opkomen voor individuen en gemeenschappen	3,54%
		Outreaching optreden	10,59%
		Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en gemeenschapsniveau	2,41%
		Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	10,23%

2.4.3. Indicator #3. CHW-gefaciliteerde verwijzingen

Tabel 3.6: type CHW-interventies

Hoe zijn de mensen uit de doelgroep in contact gekomen met CHWs	n = 4901	Via een buurtwerking, lokale werking	19,92%
		Via een CHW inloophoudmoment	16,22%
		Via een contact met CHW op straat/plein	13,90%
		Via een groepsinterventie	9,41%
		Via een sleutelfiguur	6,79%
		Via een welzijnsdienst (OCWW, CPAS, CAW, ...)	10,88%
		Via een ziekenfonds/DMW	0,45%
		Via een zorgverlener	5,37%

		Via mond aan mond	17,06%
Aantal interventies	n = 13836	Individuele interventies	12650
		Groepsinterventies	1186
Gemiddeld aantal deelnemers per interventie	n = 1186 groepsinterventies (max = 350) (min = 2)	Per groepsinterventie	17,53 (gemiddeld)
Gemiddeld aantal individuele interventies per persoon	n = 12650		3,25 (gemiddeld)
Type interventie	n = 12650 (individuele interventies)	Andere	16,80%
		Contact op straat	13,85%
		Contact tijdens inloophmoment	21,49%
		Huisbezoek	15,47%
		Telefonisch contact	32,39%

Tabel 3.6 toont dat de meeste mensen in contact kwamen met CHWs via buurt- en lokale werking (19,92%), alsook via mond-aan-mond reclame (17,06%) en via het inloophmoment van CHWs in diverse organisaties waar zij op een vaste dag aanwezig zijn, bijvoorbeeld bij voedselbanken (16,22%). In totaal werden 12650 individuele interventies geregistreerd. Gemiddeld ontving een persoon 3,25 individuele interventies. Daarnaast registreerden de CHWs ook 1186 groepsinterventies met gemiddeld 17,53 deelnemers per groepsinterventie. Ongeveer een derde van de contactmomenten verliep via telefoon. Het is echter niet duidelijk of dit gaat over opvolgcontacten of eerste contacten. Dit is een aandachtspunt naar de verdere ontwikkeling van de registratietool om hierin te diversifiëren. Verdere verfijning van deze laatste categorie is noodzakelijk in samenspraak met de CHWs. Iets meer dan een vijfde van de interventies verliep tijdens een inloophmoment (21,49%), alsook andere (16,80%). Ook hier is verdere verfijning noodzakelijk van de categorie "andere". In 15,47% van de gevallen verliep het contact via een huisbezoek en in 13,85% van de gevallen vond dit contact plaats op straat.

Tabel 3.7 toont ons dat CHWs voornamelijk acties uitvoeren ten aanzien van de volgende actoren: Mutualiteit (18,79%); Specialist (15,86%) en Huisarts (13,26%). Ook de categorie "andere" werd vaak aangevinkt (17,36%), wat aangeeft dat ook hier een verdere verfijning noodzakelijk is naar het derde jaar. Verder werd het hebben van een huisarts, globaal medisch dossier of aansluiting bij een ziekenfonds niet op een eenduidige wijze geregistreerd. Door de programmering kan niet met zekerheid gezegd worden of iemand geen van deze heeft of dat dit niet werd ingevuld. Dit dient naar het derde projectjaar aangepast te worden.

Tabel 3.7: zorg- en welzijnsactoren ten aanzien van dewelke de actie werd uitgevoerd

Zorg	n = 19033	Zorg - Andere specialist	15,86%
		Zorg - Apotheek	0,78%
		Zorg - Huisarts	13,26%
		Zorg - Mutualiteit	18,79%

Covid	Zorg - Psycholoog	4,01%
	Zorg - Spoeddienst	0,71%
	Zorg - Tandarts	4,62%
	Covid - Maatregelen	0,44%
	Covid - Testen en tracing	0,63%
	Covid - Vaccinatie	3,07%
Andere	Andere - Basiseducatie voor anderstaligen	1,23%
	Andere - CAW	1,04%
	Andere - Gemeentehuis	2,61%
	Andere - Kind en Gezin	0,84%
	Andere - OCMW	9,37%
	Andere - Sociaal verhuur/huisvestingsmaatschappij	2,49%
	Andere - VDAB	1,18%
	Andere - Voedselbank	1,71%
	Andere	17,36%

Tabel 3.8 geeft een overzicht van de primaire barrières, waar CHWs aangaven in de registratie tool te hebben op gefocust tijdens 19033 acties binnen de interventies. Deze liggen in lijn met de algemene barrières die mensen in hun persoonsfiche aangaven te ervaren in hun toegang tot zorg (cf. Tabel 3.3.). CHWs konden meerdere barrières aangeven bij één actie, waarbij minstens één primaire barrière verplicht diende te worden ingevuld. Bij de meeste acties 12232 (van de 19033) werden geen secundaire barrières geregistreerd. Tijdens 6801 (19033-12232) acties binnen de geregistreerde interventies, vermeldden de CHWs ook 9257 secundaire barrières waar men aandacht aan schonk. Hierbij werd voornamelijk de digital kloof (20,54%), alsook sociaal isolement (15,55%) en geestelijke gezondheidsproblemen (11,20%) als belangrijke secundaire drempels genoteerd. Het onderscheid tussen primaire en secundaire barrières was echter niet voor iedereen helder en werkbaar. De onderverdeling van secundaire en primaire barrières diende naar het derde jaar toe ook verder te worden bekeken en aangepast.

Tabel: 3.8 Barrières die werden aangepakt tijdens acties binnen interventies

Primaire barrières	n = 78355	Administratie	78,06 %
		Beperkte kennis gezondheidssysteem en rechten	58,41 %
		Cultuur	28,97 %
		Financieel	46,02 %
		Gebrek aan vertrouwen/conflict met levensomstandigheden	38,86 %
		Taal	58 %
		toegankelijkheid	53,8 %
Secundaire barrières	n = 9257 barrières	Analfabetisme	8,56 %
		Covid Safe Ticket	4,03 %

	tijdens 19033 acties	Digitale kloof	20,54 %
		Geestelijke gezondheidsproblemen	11,20 %
		Mobiliteit	9,98 %
		Onbewoonbaarheid van de woning	3,13 %
		Sociaal isolement	15,55 %
		Trage procedure (tijdelijk)	8,78 %

In het tabblad ‘actie’ werd bijkomend aan de CHWs gevraagd om zelf in te schatten of deze actie geholpen heeft (cf. Tabel 3.9). Sociaalwenselijke antwoorden kunnen mogelijk bij deze vraag voor een zekere bias zorgen en de bevindingen moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. CHWs gaven aan dat in 80,61% van de acties deze geholpen hebben om de barrières van deze persoon te overkomen, terwijl 11,86% aangeeft dat dit naar hun inschatting een beetje hielp en 7,53% aan gaf dat dit niet geholpen heeft.

Tabel 3.9: heeft deze actie geholpen?

Heeft deze actie geholpen?	n = 16902	Ja	80,61%
		Een beetje	11,86%
		Neen	7,53%

2.4.4. Indicator #4. CHW betrokkenheid bij besluitvorming en beleid

Tabel 3.10: invloed van CHWs op beleid

Ik geloof dat ik als CHW invloed heb gehad op het beleid op wijk- en/of gemeente/stad-niveau (n = 31)	
Helemaal niet akkoord	3,2%
Niet akkoord	35.5%
Akkoord	32.3%
Zeer Akkoord	29%

Op de vraag of de CHWs vinden dat zij invloed hebben gehad op het beleid op wijk- en/of stadsniveau antwoordde een meerderheid akkoord of zeer akkoord (cf. Tabel 3.10). In de survey werd er ook gevraagd om voorbeelden te geven hiervan. Terwijl enkele CHWs aangaven hoe ze op individueel niveau mensen ondersteunen, gaven anderen ook voorbeelden op beleidsniveau. Enkele CHWs keken naar de samenwerkingen met andere organisaties en het netwerken op wijkniveau. Eén CHW gaf als voorbeeld dat zij een belangrijke partner zijn geworden van de wijkmanagers in de buurt. Daarnaast wezen enkele CHWs op een andere taak van de CHWs: *“Een van onze missies is het signaleren van structurele problemen. Ik hoop dat ze daar op den duur rekening mee houden.”* Een andere CHW vulde aan dat ze niet alleen via de coach de noden signaleren (cf. Hoofdstuk IV), maar ook in het wijkteam. Verder maakten enkele CHWs dit concreet op gemeente niveau: *“dankzij onze tussenkomst en follow-up heeft de gemeente een coördinatie met de inwoners en diensten georganiseerd”; “heb ook enkele gemeenteraadsleden kunnen overtuigen om het voor de mensen [zonder papieren] gemakkelijker te*

maken om hun Covid-certificaat af te halen". Daarnaast, haalde een CHW ook een voorbeeld aan van hoe hij/zij vanuit concrete casussen partners samenbrengt om te bekijken hoe structurele barrières kunnen worden aangepakt: "Ik heb door verschillende casussen enkele moeilijkheden blootgelegd over het aanmelden van mensen zonder wettig verblijf bij het ziekenhuis. Mijn cliënten krijgen dikwijls weerstand bij het aanmelden (zonder wettig verblijf of door het niet hebben van een medische kaart of adres). Er zijn al gesprekken geweest met 1 ziekenhuis en overleg met iemand van de medische kaart en met collega's straatwerk en een andere vzw [naam vzw] die zich inzetten voor deze doelgroep. Het probleem ligt bij het kostenplaatje en bepaalde diensten niet de weg vinden om die teruggevorderd te krijgen."

2.4.5. Indicator #5. CHW integratie in teams

Bij indicator 5 kijken we zowel naar de integratie van CHWs in gezondheidszorgteams, alsook de samenwerking met welzijnsactoren.

2.4.5.1. CHW integratie in gezondheidzorgteams

Tabel 3.11: relatie tussen CHWs en zorgverleners

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
In hoeverre zijn de zorgverleners met wie u samenwerkt op de hoogte van het werk dat u doet met mensen uit de doelgroep? (n = 31)	0%	22,5%	35,5%	35,5%	6,5%
In welke mate begrijpen de zorgverleners met wie u samenwerkt uw rol en wat u doet als CHW? (n = 31)	0%	19,4%	35,4%	38,7%	6,5%
In hoeverre voelt u zich op uw gemak om met zorgverleners met wie u samenwerkt te praten over de behoeften van mensen uit de doelgroep (n = 31)	0%	12,9%	22,6%	35,5%	29,0%
Heeft u het gevoel dat u de enige stem van de doelgroep bent onder zorgverleners met wie u werkt? (n = 31)	41,9%	9,7%	16,1%	22,6%	9,7%

Voelt u zich afgewezen of niet gerespecteerd in uw rol als CHW door zorgverleners met wie u samenwerkt? (n = 31)	61,3%	29,1%	3,2%	3,2%	3,2%
---	-------	-------	------	------	------

Tabel 3.11 leert ons dat ongeveer een vijfde van de CHWs aangaf dat zorgverleners slechts een beperkte kennis hebben van hun rol als CHW, alsook van wat het werk juist omvat. Verder gaf een derde aan dat ze zich een beetje afgewezen voelen in hun rol als CHWs door de zorgverleners met wie men samenwerkt. Vrijwel zes op tien (58,1%) van de CHWs gaf aan het gevoel te hebben een beetje tot heel erg de enige stem te zijn voor mensen uit de doelgroep. Verder toonde deze tabel dat CHWs zich over het algemeen zeer op hun gemak voelen bij het praten over behoeften van mensen uit de doelgroep.

Tabel 3.12, zoomt verder in op communicatie tussen zorgverleners en CHWs. Hier zien we dat CHWs zowel in het algemeen relatief vaak communiceren met zorgverleners over mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, alsook over specifieke personen die zij beide ondersteunen. Een CHW gaf ook een voorbeeld van hoe hij/zij zorgverleners informeert over socio-culturele gebruiken en gewoonten van mensen die zij ondersteunen: *“In mijn cultuur is het onaanvaardbaar om samen met de dokter over de dood te praten met de palliatief patiënt. De dokter vroeg me om de laatste wilsbeschikking van de patiënt te bespreken met hem. Maar dat gaat niet, dat is een taboe. Ook bij de familie. Dat heb ik aan de dokter verteld. De dokter heeft geleerd dat hierover spreken bij sommige mensen erg moeilijk tot onmogelijk is.”*

Tabel 3.12: communicatie tussen CHWs en zorgverleners

	Nooit	Zelden	Af en toe	Vaak	altijd
Hoe vaak communiceert u met de zorgverleners met wie u samenwerkt over de doelgroep? (n = 31)	0%	3,2%	29,0%	45,2%	22,6%
Hoe vaak communiceert u met de zorgverleners met wie u werkt over de persoon die je ondersteunt? (n = 31)	0%	0%	38,7%	38,7%	22,6%

Tabel 3.13: informatie registreren en delen

	Nee	Ja
Hebt u toegang tot de registratie van informatie over uw deelnemers in het systeem van andere zorgverleners voor het	87,1%	12,9%

opvolgen van de mensen die je ondersteunt? (n = 31)		
Biedt uw werkgever u voldoende ruimte om te werken (vb mensen uit de doelgroep te ontmoeten, papieren in te vullen, te telefoneren, een computer te gebruiken enz)? (n = 31)	22,6%	77,4%

De grote meerderheid van de CHWs (87,1%) heeft geen toegang tot het registratiesysteem van andere zorgverleners om informatie te delen over de persoon die men ondersteunt (cf. tabel 3.13). Op de vraag of de werkgever voldoende ruimte biedt om te werken antwoordde 77,4% dat dit zo is. Enkele CHWs lichtten hun antwoord ook verder toe: één van de CHWs geeft aan dat dankzij de coach er een plaats voor het houden van permanenties kon gevonden worden; een andere CHW gaf aan dat de coach hierbij ondersteuning bood, maar dat CHWs zelf ook samenwerkingen dienden op te zetten om bijvoorbeeld toegang te krijgen tot een lokaal in de buurt of om permanenties te houden.

2.4.5.2. Welzijnsorganisaties

In het dit hoofdstuk bekijken we de samenwerkingen van CHWs met welzijnsorganisaties. Hieronder verstaan we organisaties die werken rond algemeen welzijnswerk, alsook rond huisvesting, armoede en andere levensdomeinen.

Tabel 3.14: relatie tussen CHWs en sociale dienstverleners

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
In hoeverre zijn de sociale dienstverleners met wie u samenwerkt op de hoogte van het werk dat u doet met mensen uit de doelgroep? (n = 31)	0%	16,1%	19,4%	51,6%	12,9%
In welke mate begrijpen de sociale dienstverleners met wie u samenwerkt uw rol en wat u doet als CHW? (n = 31)	3,2%	9,7%	32,3%	45,2%	9,7%
In hoeverre voelt u zich op uw gemak om met sociale dienstverleners met wie u samenwerkt te praten over de behoeften van	0%	12,9%	16,1%	29,0%	41,9%

mensen uit de doelgroep (n = 31)					
Heeft u het gevoel dat u de enige stem van de doelgroep bent onder sociale dienstverleners met wie u werkt? (n = 31)	45,2%	12,9%	25,8%	6,5%	9,7%
Voelt u zich afgewezen of niet gerespecteerd in uw rol als CHW door sociale dienstverleners met wie u samenwerkt? (n = 31)	58,1%	22,6%	9,7%	6,5%	3,2%

Wanneer we tabel 3.15 vergelijken met de antwoorden met betrekking tot de zorgverleners (cf. 3.14), leren we dat CHWs aangeven dat sociale dienstverleners meer op de hoogte zijn van het werk dat de CHW doet dan zorgverleners. Qua begrip van de rol, lagen de resultaten tussen beide groepen in dezelfde lijn. CHWs gaven aan zich meer op hun gemak te voelen in een contact met sociale dienstverleners, dan met zorgverleners. Ook de resultaten met betrekking tot het gevoel te hebben de enige stem te zijn, lagen in dezelfde lijn – zij het dat CHWs iets minder het gevoel hebben de enige stem te zijn bij sociale dienstverleners, dan bij zorgverleners. Ook qua het gevoel van gerespecteerd te worden in de rol als CHW kunnen we relatief gelijkaardige resultaten noteren voor sociale dienstverleners, als zorgverleners.

Tabel 3.15: communicatie tussen CHWs en sociale dienstverleners

	Nooit	Zelden	Af en toe	Vaak	Altijd
Hoe vaak communiceert u met sociale dienstverleners met wie u samenwerkt over de doelgroep? (n = 31)	0%	3,2%	22,6%	45,2%	29,0%
Hoe vaak communiceert u met sociale dienstverleners met wie u werkt over de persoon die je ondersteunt? (n = 31)	0%	3,2%	19,4%	48,4%	29,0%

Ook qua communicatie, kunnen we relatief gelijkaardige patronen vaststellen tussen sociale dienstverleners (cf. tabel 3.15) en zorgverleners (cf. tabel 3.12). Een ruime meerderheid van CHWs gaf aan vaak te communiceren over mensen uit de doelgroep met sociale dienstverleners. Tabel 3.16, toont dat toegang tot registratie van mensen die men ondersteunt in het systeem van sociale dienstverleners echter beperkt is tot 12,9% van de CHWs die antwoordden op deze vraag.

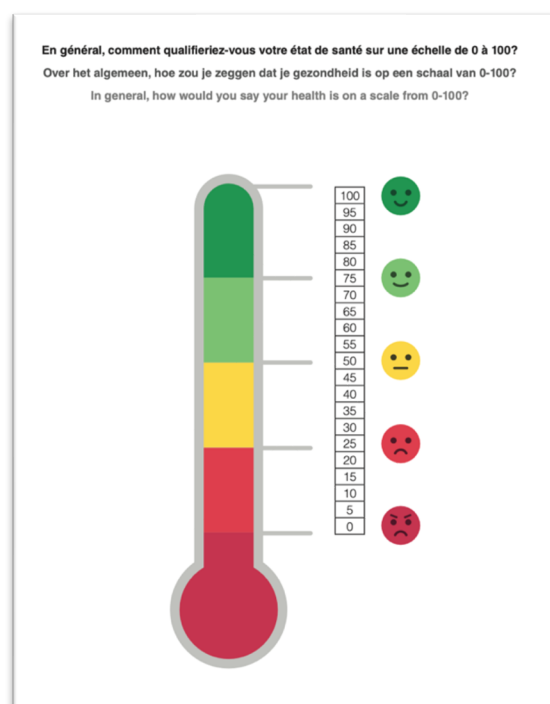
Tabel 3.16: informatie registreren en delen

	Nee	Ja
Hebt u toegang tot de registratie van informatie over uw deelnemers in het systeem van sociale dienstverleners voor het opvolgen van de mensen die je ondersteunt? (n = 31)	87,1%	12,9%

2.4.6. Indicator #6. Deelnemers: zelf-gerapporteerde fysieke, mentale en emotionele gezondheid

Om de zelfgerapporteerde gezondheid te meten werd gebruik gemaakt van de vraag “hoe voelt u zich op een schaal van 1 tot 100” – een aangepaste versie van de “Visual Analogue Scale van de EuroQol group” (Cheng, Tan et al. 2021). Om CHWs te ondersteunen deze vraag op een begrijpbare wijze te stellen aan mensen die zij ondersteunen, werd een gelamineerde illustratie voorzien waarop een gekleurde thermometer en smileys afgebeeld stonden, waarop mensen konden aangeven hoe zij zich voelen (cf. Figuur 3.1). CHWs gaven echter aan dat deze vraag niet evident was om te stellen aan de mensen die ze ondersteunen, alsook om deze correct in te vullen. Omwille van de beperkte betrouwbaarheid van de resultaten werden deze finaal niet meegenomen in het rapport. Naar het derde jaar toe is het belangrijk om meer in detail met de CHWs te bekijken hoe deze indicator kan geoperationaliseerd worden op een wijze die werkbaar is voor de CHWs en helder voor de mensen die men ondersteunt.

Figuur 3.1: visuele ondersteuning voor zelf-gerelateerde gezondheid



2.4.7. Indicator #7. Gezondheidszorg en sociale behoeften van de personen die CHWs ondersteunen

Tabel 3.17 toont een overzicht van de verblijfplaats en wettelijke status van de mensen die de CHWs ondersteunen. CHWs gaven aan dat deze vragen niet altijd evident zijn om meteen te stellen – gegeven het belang van het opbouwen van vertrouwen. Iets meer dan één vierde van de mensen gaf aan geen of niet zeker te zijn van een vaste verblijfplaats. De CHWs gaven een eigen inschatting van de staat van de verblijfplaats – indien ze dit konden inschatten. Daarbij gaf iets meer dan de helft aan dat de staat goed was (53,30%), terwijl 38,69% aangaf dat dit gemiddeld was en 7,81% onbewoonbaar. Naar de toekomst toe is het belangrijk om voor deze indicator gezondheidsnoden en gebruik van gezondheidszorg meer in kaart te brengen.

Tabel 3.17: verblijfplaats en wettelijke status van mensen die werden ondersteund door CHWs

Verblijfplaats	n = 3635/4901	Ik ben niet zeker van mijn vaste verblijfplaats	14,25%
		Ik heb een vaste verblijfplaats	72,02%
		Ik heb geen vaste verblijfplaats	13,73%
Staat verblijfplaats	n = 2254/4901	Gemiddeld	38,69%
		Goed	53,50%
		Onbewoonbaar	7,81%

2.4.8. Indicator #8. Sociale steun voor de personen die CHWs ondersteunen

Iets minder dan de helft (44,93%) van de mensen gaf aan een sociaal netwerk te hebben (cf. tabel 3.18). Ongeveer een kwart van de personen die ondersteund worden door de CHW hebben een klein sociaal netwerk. Terwijl 9,23% aangaf geen sociaal netwerk te hebben. Zoals aanwezigheid van sociaal netwerk, is het naar de toekomst toe belangrijk om verder in te zetten op het in kaart brengen van de sterktes van mensen die de CHWs ondersteunen en op deze sterktes verder te bouwen. Verder is het waardevol om een overzicht te krijgen van de eventuele zorg-en welzijnsactoren die reeds in het netwerk van de persoon aanwezig zijn, om dit mee in rekening te brengen bij een goede ondersteuning door de CHW.

Tabel 3.18: sociaal netwerk van personen die ondersteuning ontvangen van de CHW

Aanwezigheid van een sociaal netwerk	n = 3403/4901	Ja	44,93%
		Een beetje	24,54%
		Nee	9,23%
		Niet gekend	21,30%

2.4.9. Indicator #9. Empowerment van deelnemers

Daar de registratietool in de eerste plaats werd gemaakt om de CHWs te ondersteunen in hun werk en ter opvolging van de activiteiten door de coaches, werd dit aspect niet bevraagd. In gesprek met de CHWs, coaches en coördinatoren werd besloten dat de uitgebreide schaal aan vragen – zoals opgemaakt door de collega's in de Verenigde Staten – niet konden worden opgenomen omwille van de te grote tijdsinvestering dat dit zou vergen van de CHWs.

2.4.10. Indicator #10. Beleid en systeemverandering (werkgeversniveau)

De vragen met betrekking tot indicator 10 werden gesteld aan de federale coördinator van het CHW-project. Zoals beschreven in hoofdstuk I, hanteert het CHW-project een geschreven definitie van CHWs, die aangepast werd in samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren op basis van de definitie van de APHA (American Public Health Association 2014, The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018). Verder werden 10 kernrollen – zoals gedefinieerd door the Community Health Worker Core Consensus project – aangepast aan de Belgische context. Zo werden in samenspraak met CHWs, coach, en coördinator de 10 rollen herleid tot 8 rollen op basis van de dagelijkse werking van de CHWs (cf. Hoofdstuk I) (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018).

Verder peilt men in de originele indicator 10 naar het volgen van een erkende CHW opleiding door de staat gebaseerd op de “kernvakbekwaamheden” van CHWs, alsook een specifieke training met betrekking tot het CHW-model voor coaches, en CHW-certificering. Zoals ook beschreven in de resultaten van de *CHW-AIM* (cf. Hoofdstuk II, *CHW-AIM* resultaten) bestaat er momenteel in België nog niet zulke opleiding, erkend door de staat of door het CHW-netwerk, voor CHWs en coaches. Ook CHW-certificering is op dit moment niet bestaande in België.

2.4.11. Indicator #11. Beleid en systeemverandering (staatsniveau)

De Algemene beleidsnota “Volksgezondheid” (28 Oktober 2022, *DOC 55 2934/012*) maakt tweemaal melding van Community health workers. Zo vermelden ze in het kader van initiatieven om toegankelijkheid van gezondheidszorg te verbeteren voor mensen die leven in kwetsbare omstandigheden: *“in het kader van het witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zullen wij onze initiatieven voor kwetsbare groepen verderzetten, met name door de geleidelijke invoering van een lijn 0,5 voort te zetten in een aantal grote steden (Brussel sinds 2015, Luik in 2022), de herneming van het project “Community Health Workers” (gezondheidsfacilitatoren), waarvan de eerste evaluatie positief is gebleken”* (p. 21). Verder maakt men ook melding van CHWs in het kader van betrokkenheid van burgers bij gezondheidsbeleid: *“Patiënten zijn de belangrijkste partner in gezondheid op micro-, meso- en macroniveau. Het is mijn ambitie om via verschillende initiatieven de deelname en de empowerment van de patiënten te versterken en verder vorm te geven. Ik denk hierbij aan het inzetten van de interculturele bemiddelaars, community health workers en ervaringsdeskundigen.”* (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers 2022: p. 74).

2.4.12. Indicator #12. Ondersteunend en reflectief toezicht op CHW

Het tewerkstellingspercentage van de coaches in het CHW-project varieert van 50% (n = 2), over 75% (n = 1) en 80% (n = 1) tot 100% (n = 3). De teams variëren van 3 FTE (voltijdsequivalenten) tot 10 FTE in één team – dit afhankelijk van stad tot stad.

Supervisie

Zoals gebruikt in de vragenlijst, verwijst ‘supervisie’ naar een proces waarin een coach en een CHW elkaar regelmatig ontmoeten met het doel de CHW te ondersteunen om zijn best mogelijke werk te doen en om professioneel te groeien. Ondersteunende en reflectieve supervisie omvat een wederzijdse relatie waarin beide partijen de macht delen en de kans krijgen om van elkaar te leren. CHW-supervisie verdelen we hier in drie aspecten: administratief, supervisie over de praktijk en supervisie op het terrein. De coaches spenderen gemiddeld 30% van hun tijd aan administratieve supervisie (n = 7, minimum 10% en maximum 60%). Administratieve supervisie gaat over zaken als het op tijd op het werk aankomen en het correct invullen van de registratietool. De supervisie over de praktijk, wat supervisie over de dagelijkse werking betreft zoals het bespreken van de casussen, maakt gemiddeld 37% van het werkaandeel van de coaches uit (n = 7, minimum 25% en maximum 50%). Het minste van de tijd spenderen de coaches aan supervisie op het terrein (i.e. de coach bezoekt CHWs op het terrein en ondersteunt hen zo om een betere CHW te worden). Wel valt op te merken dat er tussen de coaches sterke verschillen zijn in het verdelen van de tijd over de verschillende types supervisie. Een coach merkte dit zelf op en stelde *“Coach zijn kan voor ieder van ons anders ingevuld worden, basis is wel altijd gelijkaardig, accenten kunnen zeker verschillen. Intervisie is daarom zeker nuttig”*.

Op de vraag hoe de coaches de kwaliteit beoordelen van de ondersteuning die ze van hun regionale coördinator krijgen, antwoordden 7 coaches (71,4%) dat ze dit redelijk goed vinden en 2 coaches (28,6%) dat ze dit als goed ervaren. Wel bemerkte één coach op dat ze enkele maanden zonder coördinator hebben moeten werken, wat niet eenvoudig was. Eén van de coaches lichtte zijn/haar score uitgebreid toe: *“Ook de regionale coördinatoren zitten 'gesandwiched' tussen de coaches en de bovenbouw en stuurgroep van het project, geen benijdenswaardige positie. Ze doen echt hun best. Toch mis ik hun voeling met de basis, met hoe het er op de werkvloer aan toe gaat. Dit merk ik aan het advies dat wordt gegeven dat nogal ver staat van de werkvloer, maar eerder voortvloeit uit quick wins en managerialisme. Soms worden bezorgdheden nogal snel afgewimpeld als 'dat past niet binnen het project', terwijl het echt een confronterende realiteit is waarin we moeten werken. Complexe ingewikkelde casussen, crisissituaties met intra-familiaal geweld, kindermishandeling, trauma's... het hoort er allemaal bij. Als vertrouwenspersoon is het dan echt niet eenvoudig om door te verwijzen, zelf 'oplossen' kunnen we ook niet. Het is dikwijls een patstelling waarbij we zoeken naar hulpbronnen om ons hierbij de ondersteunen, bv contacteren van professional met ervaring in dit soort crisissen die ons dan raad kan geven. Wij zijn geen hulpverleners, maar soms is de grens flinterdun. Wij zijn bruggebouwers, maar dit is niet zomaar af te grenzen. Moeilijk. En daarin mis ik als coach echt wel ondersteuning of mee nadenken over mogelijke pistes. En wordt snel weggewimpeld, wellicht omdat ze het ook niet weten. Maar er bestaat gewoon geen 'draaiboek' om met complexe situaties of crisissen om te gaan, dat heeft niemand.”* Een andere coach vulde aan dat het *“veelal zelf ontdekken”* is, maar hij/zij uiteindelijk wel antwoord krijgt op gestelde vragen *“mits geduld en herinnering aan de vraag”*.

Ervaring van CHWs met betrekking tot supervisie

Tabel 3.19 beschrijft de gegevens op basis van de vragenlijst van de CHWs. CHWs geven aan voornamelijk supervisie met betrekking tot de praktijk te ontvangen. In tweede orde, is er aandacht voor supervisie met betrekking tot administratie. Tot slot, gaf ongeveer drie vierde van de CHWs (74,2%) aan een zekere vorm van supervisie op het terrein te ontvangen wanneer we kijken naar de drie laatste antwoord categorieën.

Tabel 3.19: ontvangen van types supervisie.

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
Ontvangen jullie de volgende types supervisie?					
Supervisie met betrekking tot administratie? (n = 31)	3,2%	12,9%	22,6%	29,0%	32,3%
Supervisie over de praktijk? (n = 31)	3,2%	9,7%	16,1%	32,3%	38,7%
Supervisie op het terrein? (n = 31)	9,7%	16,1%	32,1%	19,4%	22,6%

Tabel 3.20 toont dat de meerderheid van de CHWs de supervisie die men ontvangt als voldoende ervaart. Toch gaf bijna één op vijf aan meer supervisie te wensen op het terrein.

Tabel 3.20: ervaring ontvangen supervisie naar inhoud

Is de supervisie die jullie als CHWs ontvangen voldoende?		
	Nee, dit is niet voldoende	Ja, dit is voldoende
Supervisie met betrekking tot administratie? (n = 31)	10%	90%
Supervisie over de praktijk? (n = 31)	16,1%	83,9%
Supervisie op het terrein? (n = 31)	19,4%	80,6%

Verder toont tabel 3.21 dat een grote meerderheid van de CHWs tevreden is over de hoeveelheid individuele supervisie en supervisie in het team. CHWs konden in een open vraag meer toelichting geven indien gewenst met betrekking tot de individuele en groepssupervisie. Met betrekking tot de individuele intervisie gaven CHWs aan dat dit contact vaak telefonisch of online is. Buiten één CHW, die aangaf geen individuele supervisie te hebben ontvangen, waren de andere zes CHWs die bijkomende informatie gaven positief: *“De supervisor is altijd beschikbaar, luistert en helpt mijn*

veldwerk te verbeteren en situaties te deblokkeren als dat nodig is.”; “Het is zeer noodzakelijk, we kunnen van gedachten wisselen over onze situaties, een externe blik hebben die ons helpt bepaalde problemen op te lossen,...”; “De coach heeft regelmatig telefoongesprekken met ons of persoonlijke gesprekken om te weten hoe het met ons gaat en waar ze kan bijsturen als we ergens vastzitten”. Over de groepssupervisie zijn alle CHWs (n = 6) die bijkomende toelichting gaven positief. Zo lichtte een CHW diens antwoord als volgt toe: “Wekelijkse bijeenkomst met het team: stelt ons in staat de situaties van andere teamleden te bespreken en ons daardoor te laten verrijken. Om elkaar te kunnen steunen en adviseren. Tijdens deze vergaderingen werden ook verschillende administratieve procedures uitgewisseld om de personen die we ondersteunen naar behoren te helpen.” Net als deze CHW, gaven de andere CHWs aan wekelijks een groepssupervisie moment te hebben, wat zij allen als erg waardevol inschatten.

Tabel 3.21: ervaring ontvangen supervisie naar vorm

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Zeer akkoord
Ontving je voldoende individuele supervisie? (n = 30)	0%	6,7%	53,3%	40,0%
Ontving je de voldoende groepssupervisie? (n = 30)	3,3%	3,3%	46,7%	46,7%

Over de kwaliteit van beide vormen van supervisie – individuele en groepssupervisie – zijn de CHWs het eens dat deze varieert van redelijk tot zeer goed (cf tabel 3.22). Zo geven 76,7% van de CHWs aan de individuele supervisie en 83,3% de groepssupervisie als goed tot zeer goed te ervaren.

Tabel 3.22: kwaliteit supervisie ervaren door CHWs

	Zeer slecht	Slecht	Redelijk	Goed	Zeer goed
Beoordeel de algehele kwaliteit van de individuele supervisie die u hebt gekregen (n = 30)	0%	3,3%	20,0%	36,7%	40%
Beoordeel de algehele kwaliteit van de groepssupervisie die u hebt gekregen (n = 30)	0%	0%	16,7%	53,3%	30%

Tabel 3.23 toont verschillende aspecten van betrokkenheid van de coaches bij het werk van de CHWs. Zo gaven CHWs aan dat zij vrijwel allemaal ervaren dat de coach hun werk waardeert, en hen zal verdedigen bij coördinatoren indien nodig. Ook met betrekking tot het begrip van de coach ten aanzien van de noden van de gemeenschap, alsook ten aanzien van de noden van het aanpakken van sociale determinanten van gezondheid, evalueerden vrijwel alle CHWs positief. Met betrekking tot de training die de coaches ontvingen, gaf 28,6% aan dat zij geen training hebben gevolgd over het CHW-

beroep. Bijna negen op tien CHWs was het eens dat diens coach hen aanmoedigt qua professionele groei, waarmee verwezen werd naar de volgende voorbeelden: regelmatig aan te moedigen en/of suggesties te accepteren tijdens supervisiesessies om trainingsmogelijkheden te creëren; conferenties bij te wonen; en leiderschapsvaardigheden te ontwikkelen. CHWs worden echter nog beperkt betrokken bij de aanwerving van nieuwe coaches.

Tabel 3.23: betrokkenheid coach

	Helemaal niet akkoord	Niet akkkoord	Akkoord	Zeer akkoord
Mijn coach waardeert mijn rol als CHW. (n = 29)	0%	3,4%	31,1%	65,5%
Mijn coach verdedigt de rol van CHW's bij het hoger management (coördinatoren). (n = 29)	0%	3,4%	27,6%	69,0%
Mijn coach heeft een training over het CHW-beroep gevolgd (n = 28)	0%	28,6%	39,3%	32,1%
Mijn coach moedigt mijn professionele groei aan (n = 27)	0%	11,1%	48,2%	40,7%
Mijn coach begrijpt de sterktes en noden van de gemeenschap(pen) die we dienen. (n = 29)	0%	3,4%	37,9%	58,7%
Mijn coach begrijpt dat om de gezondheid te verbeteren sociale determinanten van gezondheid moeten worden aangepakt. (n = 29)	0%	6,9%	41,4%	51,7%
In mijn organisatie nemen CHW's deel aan selectiegesprekken wanneer CHW-coaches worden geselecteerd. (n = 29)	62,1%	20,7%	10,3%	6,9%

IV. Signalen & samenwerking

Zoals besproken in Hoofdstuk I werd de signaal functie en opvolging van deze structurele signalen uitgewerkt. In het eerste deel van dit hoofdstuk, kan de lezer een overzicht vinden van de signalen die op deze wijze werden verzameld. Daarnaast geven de teams in het tweede deel van dit hoofdstuk een overzicht van de samenwerkingen in 2022 en bespreken we enkele vragen die het CHW-project ontving, die de nood van CHWs op het terrein onderstrepen.

1. Signalen

Het structurele signalenbeleid zit in een pilootfase, waarbij het tweemaal werd doorlopen in 2022. In deze eerste fase ontving de werkgroep 21 signalen die werden besproken. Echter werden nog niet alle stappen van het structurele signalenbeleid – zoals beschreven in Hoofdstuk I – doorlopen. Dit vormt een belangrijk aandachtspunt in het derde projectjaar om deze uitgetekende procedure volledig te doorlopen en te optimaliseren op basis van de ervaring op het terrein. Als resultaat van een eerste oefening beschreef het team de onderstaande resultaten.

Het team merkte op dat CHWs dagelijks in contact komen met structurele problemen of deze waarnemen. Verder gaven ze mee dat ze ervaren dat deze structurele toegankelijkheidsproblemen een impact hebben, niet alleen op de mensen uit de doelgroep maar ook op hun werk. De hoofdthema's die voor alle regio's naar voren kwamen uit de piloot oefening waren: (1) Toegang tot medische zorg; (2) Toegang tot geestelijke gezondheidszorg; (3) Toegang tot tandheelkundige zorg; (4) Toegang tot tolken; en (5) Toegang tot dringende medische hulp. Deze vijf categorieën van structurele toegankelijkheidsproblemen worden – in de woorden van het team – toegelicht in Kader 4.1.

Kader 4.1: Resultaten piloot oefening met betrekking tot structurele signalen

Structurele signalen
<i>Toegang tot medische zorg</i> <u>Probleem vastgesteld:</u> - <i>Tekort aan huisartsen, specialisten en verzadiging wijkgezondheidscentra.</i> - <i>Moeilijkheden om een afspraak te maken of een nieuwe dokter te vinden.</i> - <i>Sommige medische centra met een vaste prijs hebben te weinig personeel en de begunstigde kan niet elders terecht. (b.v. [naam stad]: normale medische centra aanvaarden mensen die betalen en niet voor een vast bedrag en de anderen aanvaarden mensen die vaak komen en die te veel aanvragen doen)</i> <u>Gevolgen voor de gezondheid van de persoon uit de doelgroep, voor de continuïteit van de zorg en het werk van de CHWs:</u> - <i>Meer uitval uit het zorgtraject</i> - <i>Opstapeling van problemen</i> - <i>Late tussenkomsten: Interventie voor belangrijkere problemen omdat ze (te) laat worden opgemerkt</i>

- Lange zoektocht naar gepaste zorg. Bijvoorbeeld, één CHW deed 38 oproepen om een huisarts te vinden voor een begunstigde
- CHWs doen soms wekenlang onderzoek (of vinden iemand, maar niet in de buurt van de begunstigde... maar maken zich zorgen over reiskosten enz.)

Toegang tot geestelijke gezondheidszorg

Probleem vastgesteld: toegenomen vraag naar psychologische ondersteuning en gebrek aan psychologen in nationale en vreemde talen

Gevolgen voor de gezondheid van de persoon uit de doelgroep, voor de continuïteit van de zorg en het werk van de CHWs:

- Onvervulde psychologische behoeften
- Er zijn situaties waarin psychologisch werk een basis is om met de persoon verder te gaan. Door gebrek aan psychologische ondersteuning, ervaart men vast te zitten in het zorgpad.
- Wachtlijst of enkel opvolging op korte termijn.
- Onmogelijkheid om diens probleem ergens kwijt te kunnen – draaglast
- Extra mentale belasting voor CHWs ---> niet getraind hiervoor + gevangen tussen vertrouwen en hun grenzen

Toegang tot tandheekkundige zorg

Probleem vastgesteld: tekort aan tandartsen. Sommige tandartsen willen de persoon niet meer aannemen als hij/zij meerdere malen een afspraak heeft afgezegd of niet is komen opdagen.

Gevolgen voor de gezondheid van de persoon uit de doelgroep, voor de continuïteit van de zorg en het werk van de CHWs:

- Gebrek aan tandheekkundige zorg of follow-up
- Mondproblemen die verergeren en meer zorg nodig hebben
- Nood aan continuïteit in de opvolging van de doelgroep

Toegang tot tolken

Probleem vastgesteld:

- Gebrek aan tolken voor medische afspraken + gebrek aan sommige talen.
- Sommige ziekenhuizen hebben een dienst, andere niet. Zelfs als er een dienst is, kost het soms tijd om een afspraak te maken. Sommige zorgverleners weigeren tolken te gebruiken, mogelijk omwille van de bijkomende tijd die dit kost
- Kostprijs voor deze dienst kan ook barrière vormen

Gevolgen voor de gezondheid van de persoon uit de doelgroep, voor de continuïteit van de zorg en het werk van de CHWs:

- Gebrekkige toegang tot gezondheidszorg
- Diagnose en advies arts wordt onvoldoende begrepen en opgevolgd

- Moeilijke zoektocht naar tolken
- CHW wordt gevraagd om te tolken – niet hun rol

Toegang tot dringende medische hulp

Probleem vastgesteld: moeilijkheid om dringende medische hulp te verkrijgen

- Sommige OCMW's voegen voorwaarden voor toekenning toe die niet in de basisprocedure staan, wat het verkrijgen van informatie bemoeilijkt.
- Niet alle huisartsen zijn bereid patiënten te ontmoeten (administratieve rompslomp)

Gevolgen voor de gezondheid van de persoon uit de doelgroep, voor de continuïteit van de zorg en het werk van de CHWs:

- Basiszorg onvoldoende
- (Overmatig) gebruik van spoeddiensten
- Lange en complexe procedure

Bij de volgende stappen gaf het team aan dat men structurele problemen zal blijven benadrukken, alsook het verder bekijken van mogelijkheden om met kwantitatieve gegevens (vb data van het Inter mutualistisch Agentschap) bepaalde uitdagingen uit te diepen. De analyse werd afgesloten door het team met te stellen: *“het werk van de CHWs met de mensen uit de doelgroep en de dagelijkse samenwerking met de organisaties op het terrein maken het mogelijk structurele problemen aan het licht te brengen en te verhelpen door hun acties op het terrein”*. Het team geeft hierbij het volgende voorbeeld: *“voor tolken: CAW (centrum voor algemeen welzijn/frontlijn groep sociale dienstverlening) gaat dit nu aanpakken met agentschap van inburgering en integratie/agentschap voor integratie en inclusie”*.

Daarnaast gaf het Brusselse team aan dat in hun wekelijkse teamvergadering er ook ruimte is voor het bespreken van signalen met betrekking tot structurele barrières. Zo wezen ze op de volgende punten: *“De frontlinie krijgt geen opleiding/ondersteuning om de zorg voor een multicultureel publiek te vergemakkelijken; de door OCMW en mutualiteiten aangeboden diensten kunnen vergelijkbaar zijn en het is moeilijk te bepalen wie de verantwoordelijke instantie is voor de toegang ertoe, hetgeen ertoe leidt dat de personen die we ondersteunen van de ene instantie naar de andere worden doorverwezen; gezondheidsorganisaties, zoals ziekenfondsen, werken steeds meer digitaal, waardoor kwetsbare en digitaal gebroken groepen (mensen die analfabeet zijn, ouderen, mensen met een visuele handicap, enz.) uit de boot vallen; sommige overheidsorganen nemen hun verantwoordelijkheid tegenover de personen die we ondersteunen niet, hoewel zij de enige zijn die verantwoordelijk zijn, wat ook betekent dat zij geen medische zorg verlenen (bijvoorbeeld: FEDASIL en de opvang van asielzoekers)”*. Ook een Vlaams team maakte een olijsting van barrières in dit rapport (Cf. hoofdstuk II, pagina 30-31)

2. Samenwerkingen van het CHW-project

Naast de bestaande samenwerkingen die het CHW-project kent in het tweede project jaar, geven we aan het einde van dit hoofdstuk ook een korte inkijk in enkele van de vragen tot bijkomende samenwerking die werden gesteld in 2022.

2.1. Samenwerkingen in 2022

In dit hoofdstuk staan de samenwerkingen van het CHW-project op federaal, regionaal en lokaal niveau centraal. De samenwerkingen in de regio's zijn beschreven in de eigen woorden van de teams.

2.1.1. Overleg en samenwerking op federaal niveau

Op het federale niveau werden verschillende overlegmomenten gehouden om het CHW-project toe te lichten en te bekijken waar synergiën en samenwerkingen mogelijk zijn. In Februari werd tijdens een eerste Interkabinettenwerkgroep (IKW) van 2022 toelichting gegeven over de stand van zaken en resultaten van het onderzoek. In September werd een tweede IKW georganiseerd waarbij de eerste kwantitatieve resultaten van de registratietool werden getoond, alsook de eerste resultaten van de *CHW-AIM* workshop. Verder werd een toekomst visie vanuit het CHW-project toegelicht. Aan de start van 2022 werd ook een begeleidingscomité van het CHW-project georganiseerd met een presentatie van de onderzoeksresultaten en eerste blik op 2022. Daarnaast nam de federale coördinator ook deel aan het begeleidingscomité van de Witboek-projecten om een stand van zaken van 2022 toe te lichten, alsook het perspectief naar 2023. Er werd een aanvullend overleg gepleegd om te kijken hoe bijkomende middelen kunnen ingezet worden in Witboek-projecten voor mensen die leven met een verslavingsproblematiek. Verder werd met de volgende instanties in dialoog getreden om ervaringen uit te wisselen en kennis te maken met het oog op potentiële toekomstige samenwerkingen: Fedasil; Be-Hive; en Project Résistiré.

2.1.2. Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Het Waalse team bouwde naast stads-specifieke samenwerkingen, ook een nauwe samenwerking uit met *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP)*. Deze samenwerking werd geformaliseerd in een overeenkomst. Hierin worden onder meer intervisies, strategische communicatie, advies en ondersteuning met betrekking tot de strategische visie en opleidingen opgenomen. Met betrekking tot de opleidingen, baseert RWLP zich onder meer op de principes van “popular education” – wat in de literatuur ook naar voren komt als een waardevolle basis om CHW training op te bouwen (Wiggins, Johnson et al. 2009). Daarnaast startte het Waalse team ook een samenwerking op met het project Ervaringsdeskundigen van de POD Maatschappelijke Integratie.

Naam organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de partnerorganisatie
<i>Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté</i>	<i>Begeleiding van een dag met alle CHW's eens per maand. Doel: het bespreken en behandelen van verschillende thema's in verband met hun werk, door middel van lezingen, video's of debatten. Ondersteuning bij hun activiteiten en bij hun mentaal welzijn. Bijkomend ook intervisie op een coördinatiedag met de coaches en de coördinatoren eens per maand.</i>	<i>Inbreng van hun ervaringen en bevraging van hun praktijk</i>	<i>VZW, bestaande uit 25 verenigingen, die tot taak hebben een participatieve aanpak te activeren voor de toegang tot en de uitoefening van de rechten van mensen in armoede in het Waalse Gewest, met het oog op de sociale rechtvaardigheid die essentieel is voor een democratische samenleving.</i>
<i>Les Experts du vécu</i>	<i>Deelname aan – door het RWLP ondersteunde – gezamenlijke intervisies</i>	<i>CHWs bieden inhoud door hun beroepservaring, hun contact met mensen uit de doelgroep en hun regelmatige contact met structurele barrières in het gezondheidssysteem.</i>	<i>Ervaringsdeskundigen zijn mensen die ervaring hebben met armoede en sociale uitsluiting, en die deze ervaring gebruiken om de toegankelijkheid van diensten te verbeteren. Zij dragen bij tot een betere toegang tot de sociale grondrechten van de burgers door het standpunt van mensen die in armoede leven in de CHW-interventies te (her)presenteren.</i>

2.1.2.1. Verviers en Eupen/Lacalamine

Eerstelijnsactoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
Medisch Centrum Thier Mère Dieu	Verwijzing van zorgpersoneel naar CHWs	Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures	Medisch centrum
MM Le Braséro	Maatschappelijk werkers	Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures	Medisch centrum
Maison Croix Rouge [Rode Kruis] de Verviers	Terbeschikkingstelling van lokalen voor CHWs	Bezoeken + besloten vergaderingen	Onthaaldienst, soepbar, tweedehandswinkel, sociale dienst
Le Dispositif d'urgence sociale (DUSS)	Frequente verzoeken om administratieve procedures in orde te brengen met het oog op gezondheid	Ondersteuning voor toepassingen	OCMW-tak voor sociale noodopvang/nachtopvang en ondersteuning van mensen die op straat leven
VZW La belle Diversité	Samenwerking bij bewustmakingsevenementen / verzenden van gezondheidssituaties	Het verzorgen van begunstigde situaties/het runnen van een stand op het buurtfeest	Steun van het Comité voor migranten zonder papieren
Régie de Quartier de Dison	Sociaal werker neemt regelmatig contact op met CHWs en verwijst personen die we ondersteunen door.	Zorgsituaties, bijeenkomsten op locatie en thuis	Opleiding, sociaal-professionele reïntegratie, sociale dienst, soepbar en evenementen
Geestelijke Gezondheidsdienst van Verviers	Doorverwijzing van CHWs naar hun personen die we ondersteunen en andere verenigingen en regelmatige samenwerking in verschillende situaties.	Behandeling van situaties	Psychiatrische follow-up, psycholoog, fysiotherapeut, verpleegkundigen...
Relais Social Urbain de Verviers	Oproepen van de medische en paramedische beroepen om situaties te behandelen	Behandeling van situaties	Netwerken van openbare en particuliere verenigingen voor een overgang van noodsituatie naar integratie
Centre culturel éducatif Verviëtois (CCEV)	Informatiesessies over sociale zekerheid en patiëntenrechten + verwijzing van te volgen situaties	Projectpresentatie, gezondheidsonderwerpen in kleine groepen en vervolgsituaties	Huiswerkschool, Frans als vreemde taal cursus, sociale dienst

<i>Amonsoli</i>	<i>Regelmatig contact voor gezondheidswesties</i>	<i>Individuele follow-ups</i>	<i>idem</i>
Welzijnsactoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
<i>PSE 2 Verviers</i>	<i>Oproepen voor follow-up met gezinnen</i>	<i>idem</i>	<i>School opvolging...</i>
<i>Planning Familial Soralia</i>	<i>Één maal per maand gezondheidsconsulten of zij verwijzen situaties door naar de CHWs en de CHWs kunnen tijdens de consulten ook andere personen die we ondersteunen ontvangen.</i>	<i>Het houden van vergaderingen en opvolging voor gezondheidsprocedures.</i>	<i>Planning Familial is een militante beweging die rekening houdt met alle geaardheden en het recht op anticonceptie, abortus en seksuele voorlichting verdedigt.</i>
<i>PMS 2 Verviers</i>	<i>Oproepen voor opvolging van families</i>	<i>Follow-up met gezinnen voor gezondheidsprocedures.</i>	<i>Zij helpen onder meer jongeren tijdens hun schoolloopbaan te begeleiden en te oriënteren, signaleren moeilijkheden en informeren en ondersteunen ouders en leerkrachten.</i>
<i>CPAS [Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW)] Verviers</i>	<i>Verbinding tussen personen die we ondersteunen en CHW wanneer er een gezondheidsbehoefte is, begeleiding in zorgstructuren</i>	<i>Opvolging van begunstigde voor gezondheidsprocedures.</i>	<i>De missie van het OCMW is om individuen en gezinnen de hulp te bieden die de gemeenschap nodig heeft. Het biedt niet alleen palliatieve of curatieve hulp, maar ook preventieve hulp. Deze hulp kan van materiële, sociale, medische, medisch-sociale of psychologische aard zijn.</i>
<i>ONE Stembert</i>	<i>Opvolg gesprekken met familie</i>	<i>idem</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Kaleido</i>	<i>De contactgegevens van de CHWs regelmatig doorgeven aan hun personen die we ondersteunen en aan andere verenigingen en regelmatig samenwerken in verschillende situaties.</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>Equivalent ONE Kinderopvang in het Duitse taalgebied</i>

<i>Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben</i>	<i>Adressen van de personen die we ondersteunen . Multidisciplinaire vergaderingen. Follow-up uitwisselingen</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>[Agence wallonne pour une vie de qualité] AVIQ-equivalent en meer</i>
<i>Klinik St Joseph ST Vith</i>	<i>Behandelt situaties voor gezondheidsgerelateerde follow-up</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>Sociale dienst psychologie tak van St. Vith ziekenhuis</i>
<i>Psychiatrischer Begleitdienst</i>	<i>Behandelt situaties voor gezondheidsgerelateerde follow-up</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>Psychiatrische hulpdienst. -> Thuisbegeleiding voor mensen onder zorg van een psycholoog/psychiater.</i>
<i>Josephine Koch Stichting</i>	<i>Permanente aanwezigheid in hun gebouwen. Ter beschikkingstelling van lokalen in het stadscentrum. Verwijzingen naar personen die we ondersteunen in beide richtingen.</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures + permanentie in het vergadercentrum + besloten vergadering + presentatie van het project aan groepen mensen</i>	<i>Sociale taxi / Vergadercentrum</i>
<i>Rode Kruis Eupen</i>	<i>Permanente aanwezigheid in hun gebouwen. Verwijzingen naar personen die we ondersteunen in beide richtingen.</i>	<i>Voedselbank (momenteel niet meer) + follow-up van de personen die we ondersteunen</i>	<i>Voedselbank, ambulant vervoer, tweedehandswinkel enz.</i>
<i>Haus der Justiz (Huis van Justitie)</i>	<i>Behandelt situaties voor gezondheidsgerelateerde follow-up</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>Rechtsbijstand</i>
<i>Sociale Dienst Hopital st Nicolas Eupen</i>	<i>Behandelt situaties voor gezondheidsgerelateerde follow-up</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>Sociale dienst</i>

<i>Haus der Begegnung</i>	<i>Ik krijg situaties om op te volgen met betrekking tot de gezondheid. Presentatie van het project in discussiegroepen</i>	<i>Ondersteuning voor verzoeken in verband met gezondheidsprocedures</i>	<i>Ontmoetingshuis, lunchtafel, discussiegroep</i>
<i>Conseil de participation des volontaires de la mutuelle chrétienne</i>	<i>Uitwisseling op netwerkniveau</i>	<i>Deelnemen aan vergaderingen/werkgroepen</i>	<i>Lokale projecten uitvoeren</i>

2.1.2.1. Luik

Eerstelijnsactoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
<i>Maison Médicale BVS</i>	<i>Uitwisseling met de coördinator betreffende personen die we ondersteunen van hun dienst en doorverwijzing van personen die we ondersteunen die CHW-diensten nodig hebben.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Een multidisciplinair team van zorgverleners verleent eerstelijnszorg die wordt vergoed door de verplichte zorgverzekering.</i>
<i>L'ONE Saint-Nicolas</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Het Bureau voor geboorte en kinderjaren</i>
<i>Accueil Botanique</i>	<i>Permanentie</i>	<i>Permanente aanwezigheid in hun kantoor</i>	<i>Sociale diensten, voedselhulp, integratie</i>
<i>CPMS Luik rue Beckam</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>De CPMS (psycho-medisch-sociale centra) hebben tot doel de ontwikkeling van de leerling in zijn school-, persoonlijk en sociaal leven te bevorderen.</i>
<i>Ecole Soralia Liège</i>	<i>CHW oproep voor personen die we ondersteunen en school oproep voor studenten</i>	<i>Ondersteuning van studenten in hun gezondheid en doorverwijzing naar school voor personen die we ondersteunen</i>	<i>School voor sociale promotie</i>

<i>Maison Médicale de la passerelle</i>	<i>Oproep voor personen die we ondersteunen, vragen aan de sociaal assistent en oproep van thuis voor personen die we ondersteunen</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Een multidisciplinair team van zorgverleners verleent eerstelijnszorg die wordt vergoed door de verplichte zorgverzekering.</i>
<i>Maison Médicale Herman</i>	<i>Oproep voor personen die we ondersteunen, vragen aan de sociaal assistent en oproep van thuis voor personen die we ondersteunen</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>een multidisciplinair team van zorgverleners verleent eerstelijnszorg die wordt vergoed door de verplichte zorgverzekering.</i>
<i>Planning Familial Louise Michel</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Een plek om alle vragen over het emotionele, relationele en seksuele leven te bespreken.</i>
<i>L'ONE Saint-Leonard</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Het Bureau voor geboorte en kinderen</i>
<i>Saint-Egidio</i>	<i>Bezoeken aan hun huizen om de twee weken</i>	<i>Permanente aanwezigheid in hun gebouwen</i>	<i>Sant'Egidio voert projecten uit die tot doel hebben de banden in de samenleving tussen jonge en oude Belgen en buitenlanders te versterken.</i>
<i>Smi-le</i>	<i>Deelname aan de opleiding van CHWs in straatrondes + oproep voor bepaalde situaties</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Mobiel medisch team dat medische hulp biedt aan mensen die op straat leven in Luik</i>
<i>DASI (Dispositif d'Accompagnement Social Innodation)</i>	<i>Zij delen de contactgegevens van de CHW mee aan hun begunstigde in nood.</i>	<i>Beheer van de gezondheidsvraag</i>	<i>Mobiele teams die luisteren, mensen begeleiden en begeleiden in rampgebieden</i>
<i>Dr. Nassera Ben Hamou</i>	<i>Frequente oproepen voor patiënten</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Aanwezige arts</i>
<i>Espoir et vie</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Sociale dienst voor nieuwkomers</i>
<i>Asbl Vivre Solidaire</i>	<i>Organisatie van de dienst in hun gebouwen</i>	<i>Permanente aanwezigheid in hun gebouwen</i>	<i>Bestrijding van armoede en sociale uitsluiting van gezinnen in moeilijkheden in de wijken van Seraing</i>
<i>Armée du Salut</i>	<i>Organisatie van de dienst in hun gebouwen</i>	<i>Permanente aanwezigheid in hun gebouwen</i>	<i>bestrijding van alle vormen van uitsluiting en bevordering van de integratie van allen in de samenleving</i>

<i>Form'anim</i>	<i>Uitwisseling van situaties en vergaderingen in hun gebouwen</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Strijd tegen uitsluiting met speciale aandacht voor migranten zonder papieren, asielzoekers...</i>
<i>Asbl [vzw] Les sarments</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Begeleidt kinderen met leerproblemen op school en bij het leren van de Franse taal</i>
<i>Centre Alpha</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Geestelijke gezondheidsdienst gespecialiseerd in verslavingsbehandeling, preventie en schadebeperking</i>
<i>Télé-service Armercoeur</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Hulp voor mensen met beperkte mobiliteit, ouderen, zieken, kansarmen en kinderen (vervoersdienst, huiswerkschool, enz.).</i>
<i>Cap migrant</i>	<i>Samenwerken aan situaties met Cap migrant die de administratieve kant voor zijn rekening neemt</i>	<i>Samenwerking bij situaties door het begeleiden van het gezondheidsaspect</i>	<i>Steun voor de opleiding en integratie van migranten</i>
<i>Point d'appui</i>	<i>Contact met sociaal assistent. Uitwisseling over de situatie</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Dienst voor mensen zonder papieren</i>
<i>Asbl [vzw] le monde des possibles</i>	<i>Advocaat die personen die we ondersteunen doorstuurt voor medische follow-up</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Biedt opleidingen aan in IT en Frans als vreemde taal (FLE)</i>
<i>Asbl [vzw] Bavardons</i>	<i>Stuurt mensen voor voedselpakketten en zij sturen situaties</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Het bevorderen van culturele en artistieke culturele en artistieke uitwisselingen, haar deelname aan sociale en professionele integratie professionele integratie en bevordering van het samenleven</i>
<i>La maison intergénérationnelle van Outre-Meuse</i>	<i>Deelname van CHWs aan sommige activiteiten + één keer per maand voor een koffiegesprek (meestal senioren)</i>	<i>Aanwezigheid van CHWs om gezondheidsvragen van deelnemers te beantwoorden</i>	<i>Biedt de bevolking van Outre-Meuse sociale activiteiten aan (koor, gymnastiek, ontmoetingen...)</i>
<i>Asbl [vzw] Cisolré</i>	<i>Oriëntatie voor voedselpakketten en zij oriënteren zich voor medische pakketten + gesprekstafel presentatie project</i>	<i>Gezondheidsverwijzingen en doorverwijzing van personen die we ondersteunen naar de</i>	<i>hulp en ondersteuning bieden aan het migranten- en transmigrantepubliek, zowel</i>

		<i>organisatie + vertegenwoordiging van het project in gesprekstafels</i>	<i>aan nieuwkomers als aan mensen op doorreis in de provincie Luik</i>
<i>La régie des quartiers de Liège</i>	<i>Zij informeren de CHWs over de mensen die geen ziekenfonds, behandelend arts... + permanentie in cybercafé</i>	<i>Permanentie in hun lokalen + hulp aan personen die we ondersteunen bij gezondheidsproblemen</i>	<i>Revitalisering van de Luikse wijken en sociaal-professionele integratie.</i>
<i>F41</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Cursussen Frans</i>
<i>Le relais santé du gezondheidsrelais dus CPAS [OCMW] de liège</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Toegang tot zorg voor iedereen</i>
Welzijnsactoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
<i>Maison de l'étang</i>	<i>Mensen uit de buurt verwelkomen en uitnodigen als CHW</i>	<i>Deelname aan parkdagen en behandeling van gezondheidsgerelateerde verzoeken</i>	<i>Het park in handen nemen van de buurtbewoners.</i>
<i>Latitude jeune</i>	<i>Samenwerking rond situaties die CHWs op zich nemen (huiswerk school, schoolvakantie activiteit)</i>	<i>Doorverwijzing van personen die we ondersteunen naar de organisatie</i>	<i>Jeugdorganisatie</i>
<i>Caritas</i>	<i>Bel CHW indien nodig en CHW belt hen ook.</i>	<i>Verwijzingen naar de gezondheidszorg en verwijzingen naar de organisatie</i>	<i>Sociaal-juridisch advies, opleiding, interculturele activiteiten, opvang en begeleiding naar zelfstandigheid</i>
<i>Asbl [vzw] Ariane – groupement territorial pour la santé mentale in Seraing (GTSMS)</i>	<i>Deelname aan vergaderingen</i>	<i>Traceert de behoeften die in de contacten met de personen die we ondersteunen zijn geconstateerd</i>	<i>Het GTSMS zet zich in om de behoeften en de waargenomen lacunes op ons grondgebied op het gebied van ondersteuning in de leefomgeving te analyseren.</i>

2.1.2.2. Charleroi

Eerstelijns- en sociale actoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
<i>Régies de quartiers (Marcinelle, Lodelinsart, Charleroi, Matadi, Jumet, la docherie).</i>	<i>Deelname aan buurt evenementen en -vergaderingen</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Rehabilitatie en opleiding in tuinieren en groenvoorziening</i>
<i>Vie Féminine</i>	<i>Faciliteren en presenteren van het project in de groepen</i>	<i>Verbindingen leggen, mensen ontmoeten en hen doorverwijzen naar verschillende diensten</i>	<i>Vrouwenbeweging voor levenslang leren</i>
<i>Asbl [vzw] Triangle</i>	<i>Verzoek om follow-up per e-mail en telefoon</i>	<i>Zoeken naar verwijzende artsen en reorganisatie van ziekenfondsen</i>	<i>Huisvesting voor gezinnen</i>
<i>Caritas</i>	<i>Begeleiding en follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Huisvesting voor asielzoekers</i>
<i>Espace jeune Docherie</i>	<i>Animatie, projectpresentatie</i>	<i>Links maken, rechtstreeks naar verschillende diensten</i>	<i>Opvang van jongeren uit de buurt</i>
<i>Régie de quartier Docherie</i>	<i>Permanenties , animaties , hulp</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Rehabilitatie en opleiding in tuinieren en groenvoorziening</i>
<i>Espace santé</i>	<i>Begeleiders en follow-ups</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>C-MEDIC</i>	<i>Begeleiders en follow-ups</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>

		<i>die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	
<i>Collectif Bilan Orientation CPAS [OCMW] Charleroi</i>	<i>Follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, sturen</i>	<i>Activiteit sociale oriëntatie</i>
<i>De pioche</i>	<i>Follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, sturen</i>	<i>Psychologische follow-up en ondersteuning</i>
<i>Espace citoyen</i>	<i>Permanentie , activiteiten , evenementen</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Faciliteren van dagelijkse en burgerlijke procedures</i>
<i>AID Soleilmont</i>	<i>Follow-up, presentatie</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Park- en tuinopleiding</i>
<i>Espace citoyen Docherie</i>	<i>Follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze opdrachten voorstellen, de personen die we ondersteunen ontmoeten, een band met het publiek creëren</i>	<i>Faciliteren van dagelijkse en burgerlijke procedures</i>
<i>Croix Rouge [Rode Kruis]</i>	<i>Permanentie</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze missies voorstellen, personen die we ondersteunen ontmoeten en contacten leggen met personen</i>	<i>Distributie van voedselpakketten</i>
<i>Maison médicale Ransart</i>	<i>Follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze missies voorstellen, personen die we ondersteunen ontmoeten en contacten leggen met personen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Espace libre Charleroi</i>	<i>Follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, oriënteren, onze missies voorstellen, personen die we ondersteunen ontmoeten en contacten leggen met personen</i>	<i>Hulpdienst voor gevangenen, hun familie en slachtoffers van gevangenen</i>

<i>Service de santé mentale de Montignies sur Sambre</i>	<i>Follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen, contacten leggen met personen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Lire et ecrire</i>	<i>Follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen, contacten leggen met personen</i>	<i>Recht op alfabetisering voor iedereen</i>
<i>Cabinet Dr Zayane</i>	<i>Follow-up en ondersteuning</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Le 26 Charleroi</i>	<i>Animatie en projectpresentatie</i>	<i>Verbinden met mensen</i>	<i>Onderdak voor vrouwen en kinderen die het slachtoffer zijn van huiselijk geweld</i>
<i>FEDASIL</i>	<i>Veldwerk, follow-ups</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Huisvestingscentrum voor migranten</i>
<i>Expert de vécu de la CAAMI</i>	<i>Outreach en follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met individuen</i>	<i>Verplichte ziektekostenverzekering</i>
<i>CPAS [OCMW] DE GILLY</i>	<i>Outreach en follow-up</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Sociale bijstand</i>
<i>Asbl [vzw] D'COLE</i>	<i>Outreach en follow-up</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Buurtdienst</i>
<i>AVIQ</i>	<i>Outreach en follow-up</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Openbare stichting en overheidsinstelling voor mensen met een handicap</i>
<i>Dr Ithrou</i>	<i>Begeleiding en follow-up</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Maison Pluriel</i>	<i>Begeleiding, follow-up, outreach</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Bewustmaking en preventie van huiselijk geweld</i>
<i>Saint Vincent de Paul</i>	<i>Follow-up, duurzaamheid, outreach</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Distributie van voedselpakketten</i>
<i>Asbl [vzw] Le figuier</i>	<i>Begeleiding, follow-up, outreach</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Gemengd opvangcentrum</i>
<i>Maison Justice de Charleroi</i>	<i>Begeleiding en follow-up</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren</i>	<i>Rechterlijke besluitvorming door ondersteuning van de rechtzoekende. Reïntegratie en bemiddeling</i>

<i>Service droit des jeunes</i>	<i>Outreach en follow-up</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Ondersteuningsdienst voor jeugd en gezin</i>
<i>Migr'en santé</i>	<i>Outreach, follow-up, ondersteuning</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Gezondheidsbevordering voor gezinnen</i>
<i>SIDA IST Charleroi - Mons</i>	<i>Outreach, follow-up, ondersteuning</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>HIV-bescherming, testen, behandeling</i>
<i>Contact Center Turenne</i>	<i>Permanentie, outreach, follow-up, ondersteuning</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Administratieve ondersteuning</i>
<i>Plateforme femmes migrantes pour la diversité</i>	<i>Permanentie, outreach, follow-up, ondersteuning</i>	<i>Contacten leggen tussen professionals en individuen</i>	<i>Platform in oprichting</i>
<i>Maison médicale la Glaise</i>	<i>Begeleiding en follow-up</i>	<i>Begeleiden</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>ADIS (gezondheidskaart + rif) CPAS [OCMW] van Charleroi</i>	<i>Begeleiding, follow-up, outreach</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Medische noodhulp en inkomen voor sociale integratie</i>
<i>Grand hôpital de Charleroi</i>	<i>Begeleiding, follow-up, outreach, permanentie</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Gezondheidszorg</i>
<i>Isppc Charleroi</i>	<i>Begeleiding, follow-up, outreach</i>	<i>Begeleiden, helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Gezondheidszorg</i>
<i>La Funoc</i>	<i>Begeleiding, follow-up, outreach, permanentie</i>	<i>Helpen, begeleiden, informeren, contacten leggen met personen</i>	<i>Sociaal-professionele opleiding</i>
<i>Asbl [vzw] Saint Vincent de Paul Couillet</i>	<i>Aanwezigheid bij voedselbedeling</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen</i>	<i>Voedselpakketten</i>
<i>PCS Chatelet - Plan de Cohésion Sociale</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen</i>	<i>Een gemeenschapsdienst die projecten opzet voor de burgers van Châtelet</i>
<i>Esapce temps Maison Médicale gilly</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Partena: département d'aide à la personne</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Verzoek om follow-up informatie - outreach</i>	<i>Gezondheidsadviseur - Proactieve ondersteuningseenheid</i>
<i>Santé en Exil</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Hulp, ondersteuning, begeleiding</i>	<i>Psychologische bijstand voor illegaal verblijvende personen in precaire situaties</i>

<i>FOREM AS</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Hulp, ondersteuning, begeleiding</i>	<i>Ondersteuningsteam - sociale dienst</i>
<i>Impasse dans l'impasse</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Oriëntatie van mensen</i>	<i>Psychologisch ondersteuningssysteem</i>
<i>Le Regain</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Hulp, ondersteuning, begeleiding</i>	<i>Beschermd wonen + Psychiatrische zorg voor thuisblijvende volwassenen</i>
<i>Hainaut Est Equipe Mobile 2a + 2b</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Hulp, ondersteuning, begeleiding</i>	<i>Intensieve multidisciplinaire ondersteuning in de leefomgeving van de gebruiker, voor elke persoon ouder dan 16 jaar met psychische problemen als gevolg van een crisissituatie</i>
<i>Maison Médicale Les Genets de Couillet</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Maison Médicale Charleroi Nord</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>API Aide personnes immigrées</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, sturen</i>	<i>CISP (Centrum voor Socio-professionele Integratie), Sociale permanentie, integratiepad</i>
<i>Cheminon</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Hulp, ondersteuning, begeleiding</i>	<i>Steun voor families, ouders of toekomstige ouders, geïsoleerd of kwetsbaar</i>
<i>Le resto du coeur</i>	<i>Telefonisch contact; Mail, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen</i>	<i>Voedselverstrekking, Garderobe, warme maaltijd ter plaatse</i>
<i>Le relais santé</i>	<i>Telefonisch contact, post, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen</i>	<i>Eerstelijnszorg voor daklozen</i>
<i>Asbl [vzw] comme chez nous " Le Rebond »</i>	<i>Telefonisch contact, post, follow-up en ondersteuning</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Hulp voor precare burgers (daklozen)</i>
<i>Espace Citoyen Dampremy</i>	<i>Duurzaamheid + activiteit</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Vergemakkelijken van burger- en dagelijkse procedures</i>
<i>Maison Médical Dampremy</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>

<i>Maison Médical La planche</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>SPF Handicap</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Aanvraag voor SPF, invaliditeit inkomen,...</i>
<i>Le Chaf</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Woon- en dagverblijven</i>
<i>CEME Dampremy</i>	<i>Vaccinatie covid (covid safe ticket) + permanentie</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Vaccinatie covid</i>
<i>Ecole Soleil Levant</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Gespecialiseerde school</i>
<i>CSD (Mobilité en Hainaut)</i>	<i>Contact voor transportreservering + medische apparatuur</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Vervoersdienst</i>
<i>Dr jamouille</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Dr Benzerroug</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Primaire gezondheidszorg</i>
<i>Atelier Cambier</i>	<i>Telefonisch contact + e-mail voor follow-up</i>	<i>Helpen, begeleiden, vergezellen, informeren</i>	<i>Beschutte werkplaats</i>

2.1.3. Brussel

Tijdens de zomermaanden presenteerde het Brusselse CHW team diens werking aan Brusano (07.07.2022) en aan het Kenniscentrum WWZ en hun project Cultuursensitieve zorg bij personen met een Handicap (25.08.2022). In September, had het Brusselse team een overleg met het Kabinet van Minister Maron (02.09.2022). In November, zat het Brusselse team samen met de Zorgraad Bruzel (08.11.2022) en “Contrats locaux social-santé” (08.11.2022). Verder organiseerde het team ook een overleg met het Kenniscentrum over het Burenhulp netwerk “Project Accolage” (29.11.2022). Tot slot waren er ook verschillende overleg momenten tussen CHW, de “Relais d'Action de Quartier” (RAQs), “field agents” en “agents de prévention” (24.6.2022 en 09.09.2022)

Eerstelijnsactoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
AMO NOH (1120 Bxl)	Gezondheidsactiviteiten met jongeren en follow-up van medische kwesties door personen die we ondersteunen .	Vorbereiding van gezondheidsgerelateerde activiteiten voor jongeren, follow-up van personen die we ondersteunen (wederzijdse bijstand, sociale zekerheid, invaliditeitsverzekering, online ID-verbinding met verschillende instellingen, hulp bij online formulieren, opstellen van e-mails, maken van afspraken).	Activiteiten met jongeren uit de buurt, hulp voor gezinnen, juridische aspecten, het vinden van scholen... Ondersteuning van ouders bij problemen met hun kinderen.
Coin des cerises (1120 Bxl)	Begeleiders van de personen die we ondersteunen .	Medische en psychologische afspraken, ondersteuning in dagcentra, sociale steun.	Multidisciplinaire psychologische ondersteuning: psycholoog, psychiater, jeugdwerking, maatschappelijk werker ondersteuning
Fedasil centre MENA NOH (1120 Bxl)	Activiteit 2x/maand in het centrum met ongeveer 15 jongeren en vertaling ook tijdens de activiteiten.	Gezondheidsactiviteit met de jongeren van het centrum: gezondheidsbewustzijn (schurft, soa, voedsel, toestemming, tabak, enz.)	Eerstelijns opvangcentrum voor nieuwkomers (niet-begeleide minderjarigen), opvang voor enkele maanden voordat zij naar andere centra worden overgebracht. Team van opvoeders, psychologen, verpleegkundigen, artsen, enz.
CPAS [OCMW] NOH (1120 BXL)	Follow-up van personen die we ondersteunen (met betrekking tot gezondheid)	Follow-up, wederzijdse verzoeken, schrijven van e-mails, online ID-verbinding (invullen van formulieren, medische afspraken, begeleiding en vertaling)	OCMW van de stad Brussel. Algemene sociale bijstand.
Forum ldc (1000 Bxl)	Permanentie 1X per week	Follow-up, wederzijdse verzekeringsaanvragen, e-mails schrijven, online ID-verbinding, medische afspraken, begeleiding en vertaling	Dienstencentrum voor senioren in de wijk Anneessens. Ontmoetingsplaats voor senioren, maaltijden, activiteiten, sociale ondersteuning
Het Anker ldc (1000 Bxl)	Permanence 1X om de 15 dagen	Follow-up van wederzijdse verzekeringsaanvragen, schrijven van e-mails, online ID-verbinding, medische afspraken en begeleiding, vertaling	Dienstencentrum voor senioren in de wijk Dansaert. Ontmoetingsplaats voor senioren, maaltijden, activiteiten, sociale ondersteuning

<i>Maison médicale des Riches Claires (1000 Bxl)</i>	<i>1x per week op afroep</i>	<i>Gezondheidsinformatie met patiënten, vertaling, online ID verbinding, hulp voor de communicatie visuals van het medische huis. Deelname aan filmdebatten en gemeenschapsactiviteiten</i>	<i>Multidisciplinair medisch centrum: Artsen, psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, gezondheidswerkers, gemeenschap (activiteiten), verpleegkundigen.</i>
<i>Douche flux/Strada (1070 Bxl)</i>	<i>1x per week straatrondes, verschillende routes om de daklozen te ontmoeten</i>	<i>Gesprek met de daklozen, koffie en thee geschonken, doorverwijzing naar gezondheidswerkers, psycholoog, hulp bij noodhuisvesting, advocaat, garderobe, douche, en individuele follow-up indien toegang tot zorg wordt gevraagd.</i>	<i>Douches en was- en kledruimtes voor daklozen ter plaatse plus outreach. Maatschappelijk werkers, psychologen, verpleegkundigen, juridische diensten, enz.</i>
<i>Maison médical Laeken</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Wij verwijzen cliënten naar hen, en ontvangen ook cliënten die extra ondersteuning nodig hebben. We gaan bijvoorbeeld samen een stap verder naar ziekenhuisafspraken, maken huisartsenafspraken of bieden administratieve ondersteuning</i>	<i>Medisch Centrum</i>
Welzijnsactoren			
Naam Organisatie	Samenwerking	Rol van de CHW	Rol van de organisatie
<i>Metissage Asbl [vzw]</i>	<i>Tijdens de diensttijd werkt de CHW aan gezondheidskwesties.</i>	<i>Onze rol is om mensen te helpen met hun administratieve procedures, om een arts/medisch centrum te vinden, om afspraken te maken in ziekenhuizen, om de verschillende brieven uit te leggen, om hen door te verwijzen naar de bevoegde diensten volgens de aanvraag.</i>	<i>Een ontmoetingsplaats voor vrouwen boven de 60.</i>
<i>Lire et écrire – centre Aplha Schaerbeek</i>	<i>Tijdens de permanentie treden wij op rond gezondheidskwesties.</i>	<i>Meestal komen mensen met brieven, rekeningen die niet begrepen worden. We zoeken gezondheidswerkers bij het publiek. Wij begeleiden hen door de administratieve procedures.</i> <i>Wij ontmoeten ook vrouwen om hen te</i>	<i>Begeleiding van mensen die analfabeet zijn (alle personen ouder dan 18 jaar)</i>

		<i>informereren over het gezondheidsstelsel in België.</i>	
<i>Distribution alimentaire de ST-Vincent de Paul</i>	<i>Bezetting van de openbare ruimte - Wij ontmoeten het publiek buiten terwijl zij op hun voedselpakketten wachten.</i>	<i>Informatie over gezondheid, voorstellen voor gezondheidscentra, verwijzingen naar de betrokken non-profitorganisaties</i>	<i>Distributie van voedselpakketten</i>
<i>Espace commuautaire PCS Marbotin</i>	<i>Permanentie waar we handelen op het gebied van gezondheid</i>	<i>Onze rol is om mensen te helpen met hun administratieve procedures, om een dokter/medisch huis te vinden, om afspraken te maken in ziekenhuizen, om de verschillende brieven uit te leggen, om hen door te verwijzen naar de bevoegde diensten volgens de aanvraag.</i>	<i>Project voor sociale cohesie: ontmoeting van bewoners, totstandbrenging van banden, participatieve en collectieve projecten.</i>
<i>Elmer</i>	<i>Deelname aan uitwisselingssessies met ouders</i>	<i>Gezondheidsinformatie, verwijzing naar onze permanentie Voldoen aan de behoeften van het publiek</i>	<i>Chrèche</i>
<i>Apaj asbl</i>	<i>Groepsactiviteiten: informatie over de gezondheidszorg in België :</i> - Verhoogde tegemoetkoming status - Medische huizen - Ziekenhuizen, specialisten en huisartsen - Mutualiteiten	<i>Gezondheidsinformatie in verschillende talen zoals Arabisch, Frans en Engels Mensen doorverwijzen naar onze permanenties Voldoen aan de behoeften van het publiek</i>	<i>Opleidingscentrum voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt (werkzoekenden tussen 25 en 60 jaar)</i>
<i>CAD de werklijn</i>	<i>Groepsactiviteiten: informatie over de gezondheidszorg in België :</i> - Verhoogde tegemoetkoming status - Gezondheidskaart - Mutualiteiten - Arbeidsongeschiktheid - Werking vergoedingen in de gezondheidszorg	<i>Gezondheidsinformatie in verschillende talen zoals Arabisch, Frans en Engels Mensen doorverwijzen naar onze permanenties Voldoen aan de behoeften van het publiek</i>	<i>Steun voor werkzoekenden.</i>
<i>Huis voor gezondheid</i>	<i>Deelname aan door de organisatie gegeven opleidingen.</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Directe of indirecte steun verlenen aan zorgverleners en hun organisaties in Brussel en omgeving om de kwaliteit en de efficiëntie van de Nederlandstalige gezondheidszorg te verbeteren</i>

<i>Maison sociale d'évere</i>	<i>Het publiek van het sociaal huis evere wordt doorverwezen naar onze permanenties</i>	<i>Onze rol is om mensen te helpen met hun administratieve procedures, om een dokter/medisch centrum te vinden, om afspraken te maken in ziekenhuizen, om de verschillende brieven uit te leggen, om hen door te verwijzen naar de bevoegde diensten volgens de aanvraag.</i>	<i>Lokale ondersteuning en voorlichting. In het sociaal huis vindt u: een sociale permanentie, juridische permanentie, schuldbemiddeling, ...</i>
<i>Sociale coördinatie van Schaarbeek</i>	<i>Uitnodigingen voor de voorstelling van de vzw's van de wijk, deelname aan de [Contrat locaux social santé] CLSS, ondersteuning van de promotie van de CHW-permanentie, verspreiding van wijkinformatie door de sociale coördinatie van Schaarbeek, verspreiding van de contactgegevens van de vzw's van Schaarbeek.</i>	<i>Onze rol is om deel te nemen aan de vergaderingen, maar ook om onze visie, onze waarnemingen mee te nemen, om deel te nemen aan de workshops die tijdens het CLSS (lokaal sociaal en gezondheidscontract) worden gehouden, om informatie aan ons netwerk door te geven.</i>	<i>Haar opdracht bestaat erin te informeren, op te leiden, sociale netwerken te versterken en gemeenschappelijke acties te ontwikkelen om de armoede in Schaarbeek te bestrijden. Zij doet ook een beroep op de bevoegde autoriteiten op basis van analyses van de ondervonden sociale problemen.</i>
<i>Buurtwinkel</i>	<i>Toekomstig doel: een netwerk creëren in de wijk Anneessens en elkaar helpen om beter te werken met personen die we ondersteunen en partners.</i>	<i>Toegang tot gezondheidszorg</i>	<i>Buurthuis, algemeen welzijn</i>
<i>Convivence</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Sociale bijstand, huisvesting (huurders en eigenaars)</i>
<i>Télé-service</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Schuld, sociale en juridische bemiddeling, sociale en professionele integratie, gemeenschapsactiviteiten.</i>
<i>Habitat et Rénovation</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Huisvestingssteun, sociale cohesie, activiteiten, huiswerkschool, ...</i>
<i>Hubbie</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Hulp voor mensen met een mentale beperking</i>
<i>MASS de Bruxelles</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Hulp voor mensen met een aanhankelijkheidsproblematiek, toegang tot multidisciplinaire zorg. Consumptieruimte, ...</i>
<i>Transit Asbl [vzw]</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Verslavingszorg, medische opvolging, mishandeling...</i>
<i>Infor Jeunes</i>	<i>//</i>	<i>//</i>	<i>Jeugdhulp, studies, studentenbanen,...</i>

<i>Esseghem</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Wij verwijzen cliënten naar hen, en ontvangen ook cliënten die extra ondersteuning nodig hebben. Samen gaan we bijvoorbeeld een stap verder naar ziekenhuisafspraken, maken we huisartsenafspraken of bieden we administratieve ondersteuning</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>L'abordage</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Wij verwijzen cliënten naar hen, en ontvangen ook cliënten die extra ondersteuning nodig hebben. Samen gaan we bijvoorbeeld een stap verder naar ziekenhuisafspraken, maken we huisartsenafspraken of bieden we administratieve ondersteuning</i>	<i>Activiteit voor de bewoners van de sociale woningen in Jette, oplossen van sociale en administratieve problemen.</i>
<i>Restojet</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Wij verwijzen cliënten naar hen, en ontvangen ook cliënten die extra ondersteuning nodig hebben. Samen gaan we bijvoorbeeld een stap verder naar ziekenhuisafspraken, maken we huisartsenafspraken of bieden we administratieve ondersteuning</i>	<i>Om te verwelkomen om te oriënteren, om te verwelkomen om te begeleiden. Hun dagelijks leven wordt gekenmerkt door diensten die voedselhulp, hygiënehulp, sociaal-culturele activiteiten en psychosociale basisondersteuning bieden, met de mogelijkheid van administratieve ondersteuning en/of begeleiding voor personen die we ondersteunen die dat wensen.</i>
<i>Cité Modèle</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Wij verwijzen cliënten naar hen, en ontvangen ook cliënten die extra ondersteuning nodig hebben. Samen gaan we bijvoorbeeld een stap verder naar ziekenhuisafspraken, maken we huisartsenafspraken of bieden we administratieve ondersteuning</i>	<i>Sociale steun voor huurders en kandidaat-huurders van de Foyer Laekenois. Het samenleven verbeteren en bevorderen.</i> <i>- Door huurders te begeleiden en te mobiliseren om collectieve projecten uit te voeren.</i> <i>- Door participatieve en inclusieve evenementen (mede) te organiseren.</i> <i>- Door ruimtes voor uitwisseling te creëren.</i>

PSA Croix Rouge [Rode Kruis]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	Wij verwijzen cliënten naar hen	Maaltijdverdeling, dagcentrum voor daklozen.
Comité Santé Laeken	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	Deelname aan en organisatie van gezondheidsgerelateerde activiteiten	Coördinatie

2.1.4. Vlaanderen

2.1.4.1. Oostende

Naam organisatie	Samenwerking	Rol CHW	Rol Organisatie
Samenwerking met ziekenfondsen			
Christelijke Mutualiteit, Solidaris, Liberale Mutualiteit, Helan, Neutrale Ziekenfondsen	CHW leidt doelgroep toe : Maakt afspraken Begeleiding indien nodig CM verwijst ook door naar CHW, vb bij zoektocht naar tandarts, huisarts,... Of bij specifieke administratieve vragenlijst door huisarts in te vullen, frequente goede samenwerkingen	-bruggenbouwer -coachen -navigeren	Medisch en sociale hulp
Samenwerking met de stad Oostende			
Cliëntoverleg Stad Oostende	Samenwerking voor cliëntoverleg. CHW vraagt soms groot overleg aan voor bepaalde cliënt om de afspraken rond die cliënt op orde te krijgen. Soms wordt CHW door [naam] uitgenodigd om deel te nemen aan overleg over bepaalde cliënt door andere organisatie aangevraagd.	-bruggenbouwer -coachen -opkomen voor individu	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Beleidscoördinator gezondheid	Aangeven van structurele signalen door coach nadat deze door team op vergadering kwamen, signalen over gezondheid en armoede, organisator trefdag armoede waar CHW aan deelneemt	-bruggenbouwer -opkomen voor individu -signaleren van barrières	-Armoedebeleid, beleid gezondheidszorg

Rechtenverkenning OCMW	Heel belangrijk voor CHW, via aanvraag/ mail maakt CHW hulpvraag naar OCMW kenbaar	-bruggenbouwer -navigatie -opkomen voor individu	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Sociale dienst OCMW	Eenmaal Cliënt goedgekeurd dossier heeft, verloopt samenwerking rechtstreeks via de toegekennde maatschappelijk werker. CHW wordt vaak ingeroepen ivm coaching persoon, naleven afspraken met artsen,...	-bruggenbouwer -navigatie -coaching	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Schuldhelp OCMW	Al doorverwijzingen gekregen van deze dienst om het medische luik mee in orde te maken wegens weinig omkadering van persoon.	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Straathoekwerkers	Samenwerking en doorverwijzing met straathoekwerkers in de diverse wijken, afpraak dat we mee medische luik begeleiden of zelfs volledig overnemen	-bruggenbouwer	-outreaching naar kwetsbare bewoners Oostende
Stadsmariniers	Zijn verantwoordelijk voor veiligheid in de wijken in Oostende en kunnen doorverwijzen naar CHW, voorlopig nog weinig actief, maar soms op zelfde vergaderingen aanwezig	-bruggenbouwer	-veiligheid in de wijken, signalen opvangen
Antenne	CHW [naam] shoudt hier zitdagen. Sociale kruidenier, ontmoetingsplaats	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	-sociale kruidenier -ontmoetingsplaats
Tand'em	Door verwijzingen van ons team naar rechtenverkenning, die dan afspraak met tand'em toelaat voor personen die voldoen aan de voorwaarden. CHW volgt mee op, maar verliep vroeger rechtstreeks en was makkelijker	-toeleiding -coaching	-mondzorg
Ontmoetingscentra stad Oostende	Samenwerking ahv Zitdagen CHW, verantwoordelijke centrum verwijst mensen met gezondheidszorg hulpvraag door	-outreaching	-sociaal netwerk
Oostendse Haard / Gelukkige Haard	SVK [Sociaal Verhuur Kantoor], verwijzen door naar hen indien huisvestingsprobleem,	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]

	<i>contacten met hen op groot overleg door stad georganiseerd ivm specifieke cliënt</i>		
<i>Brugfiguren</i>	<i>Heel vaak doorverwijzingen naar CHW van de brugfiguren, zijn verbonden aan scholen, dus vaak vragen ivm tandarts, huisarts, gespecialiseerde medische hulp,...</i>	<i>-bruggenbouwer -navigeren -coachen -gezondheidsvaardigheden aanleren</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>MSOC</i>	<i>Doorverwijzingen van en naar [naam] (verslavingsproblematiek), vraag om hulp bij toeleiding naar ZH [ziekenhuis], arts,...</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Daklozen en Thuislozen, Imagine (nachtopvang)</i>	<i>Doorverwijzing naar deze stadsdienst, vooral opvang (Imagine, doorgroeihuis,...)</i>	<i>-navigatie</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Opgroeien</i>	<i>Vooraf doorverwijzingen naar CHW via mail, van verpleegkundigen of sociale dienst om verdere begeleiding van persoon, vb zoektocht naar huisarts, navigatie naar ziekenhuis,...</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Iedere stem telt</i>	<i>CHW maakt deel uit van deze groep, nemen de signalen van gezondheidszorg voor onze rekening</i>	<i>-opkomen voor individuen en gemeenschappen</i>	<i>-armoedebeleid, signalen</i>
Samenwerking met lokale VZW's			
<i>Katrol</i>	<i>Goede samenwerking, wederzijdse doorverwijzingen, doelgroep zijn kinderen en ook de ouders met die kinderen kunnen worden begeleid. Werken met stagiairs, die thuis intensief gaan begeleiden. Gaan op zich niet mee naar artsen,... zochten soms wel zelf naar huisarts maar verwijzen nu vaak door naar CHW voor al deze gezondheids gerelateerde hulpvragen</i>	<i>-coachen -bruggenbouwen -navigeren</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>CAW</i>	<i>Wederzijdse doorverwijzing via onthaal, goede samenwerking in inloopcentrum Kwiedam met ook Dokters van de Wereld. CHW gaat frequent naar dit inloopcentra om</i>	<i>-bruggenbouwen -coachen -navigeren</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

	contacten te leggen, outreachend te werken.		
SAAMO	Zitdagen CHW in Opex en Stene, familisalon (Najat)	Goede samenwerking tussen CHW en mw saamo, doorverwijzingen,...	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Straatverpleegkundige/ PET	Goede samenwerking met de straatverpleegkundige die zorg mag toedienen, maar nooit onbegeleid. CHW leidt toe, stelt haar vragen om advies,...	-bruggenbouwer -navigatie -outreachend	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Samen Divers	Wederzijdse doorverwijzing, Hun doelgroep zijn kwetsbaren, gekleurde armoede. Afspraak dat wij deel gezondheid opnemen en doorverwijzen naar hen indien andere hulpvragen Ook doorverwijzingen naar Babelbox, Culturele participatie, werk zoeken op maat,... Open onthaal	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	Erkende vereniging waar armen het woord nemen, bestrijden van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting
Klein verhaal	Zitdag [naam], gebruik lokaal	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Dokters van de Wereld	Doorverwijzingen naar deze dokters voor mensen zonder papieren, zitdag do vm. Goede samenwerkingen met alle CHW, [naam] nauw contact met arts	-outreachend -bruggenbouwer -coaching -navigatie	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Wijkgezondheidscentra	Nauwe samenwerking CHW met sociale werker [naam], toeleiding van personen, maar geen zitdagen daar ...	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Ziekenhuizen Oostende	Contacten met sociale dienst en secretariaat + facturatie, doorverwijzingen, oplossingen zoeken	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
ELZ Oostende	Goede samenwerking, was zeer actief in tijden van vaccinatie en CST (cfr rechtstreekse lijn [naam] naar [naam] om afspraken voor daklozen te maken). Nieuw platform zipster (bij doorverwijzingen,	[Geen bijkomende informatie ontvangen]	[Geen bijkomende informatie ontvangen]

	<i>toeleidingen) zou ons ook helpen maar functioneert nog niet zoals het moet</i>		
<i>SIBE</i>	<i>Organiseren opleidingen waar CHW en doelgroep aan kunnen deelnemen, vb workshop diabetes, wegwijs in dementie, ook netwerkeventen ism ELZ waar coach aan deelneemt</i>	<i>-navigeren -bruggenbouwer</i>	<i>-opleidingen</i>
<i>FMDO</i>	<i>Organiseren groepsvormingen over gezondheidskwesties, cfr [naam] is ook vrijwilliger gezondheidsambassadeur van FMDO, contacteren CHW ivm doorverwijzingen</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Stappie</i>	<i>Reeds samenwerking ikv 1 zwaar medisch belast meisje in gezin waar iedereen gevolgd wordt. Zal goede afspraken vragen wie wat op zich neemt bij elke casus.</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Jakoeboe</i>	<i>Voedselpakketten, doorverwijzingen door CHW indien geen voedsel, vaak bij dakloze mensen</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
<i>Colsol</i>	<i>Idem Jakoeboe</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Samenwerking met Vlaamse en federale organisaties			
<i>Fedasil Reach Out Project</i>	<i>Willen vertrouwensband opbouwen met migranten zonder wettig verblijf, informatie over procedures geven,...maar nog geen doorverwijzingen van ons team, wegens wantrouwen hoewel voorstelling door [naam] en [naam] net dat wantrouwen wou wegnemen.</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

2.1.4.2. Tienen

Onderstaand kan een overzicht gevonden worden van de samenwerkingen die het Tiense CHW-team heeft opgebouwd met eerstelijnsactoren in de buurt. Verder geeft het team ook aan samenwerkingen te zijn aangegaan met de volgende welzijnsactoren: Kringwinkel; OCMW; Stadhuis Dienst Vleemdelingenzaken; BOM; Inloophuis; Praatcafé; Tiensewereldvrouwen; Kom binnen; SAAMO.

Eerstelijnsactoren	
Naam organisatie	Samenwerking
Vierkappes wijkgezondheidscentrum	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Regionaal Ziekenhuis Mobiel Crisisteam	Toeleden en ondersteunen van bewoners. Samen met cliënt op consultatie
Tandarts	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Tandarts	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
CM	Cliënten toeleiden
Gezonde buurten CM	Brengt coach op de hoogte van evenementen, activiteiten, belangrijke overlegmomenten,...
Solidaris	Cliënten toeleiden, maken afspraken DMW [Dienst Maatschappelijk Werk], samen met cliënten op gesprek
Perinti	Toeleden van zwangere vrouwen
ELZOH	Algemene ondersteuning/ informeren over de eerstelijns organisaties.
-LIGO	Wederzijdse toeleidngen
Dokter Carla Delmulle	Wederzijdse toeleidingen

<i>Resonans vzw: Biedt ondersteuning aan personen met (vermoeden van) een beperking. Werken op een laagdrempelige manier en op maat van de zorgvrager (erkend door VAPH)</i>	<i>Toeleiden van personen met een beperking</i>
--	---

2.1.4.3. Genk

Het Genkse team zoomde in op de samenwerkingen met de eerstelijnsactoren (cfr. Onderstaande tabel) en welzijnsactoren. Zo zetten zij partnerschappen op met de volgende organisaties en personen in de buurt: Wijkmanagers Stad Genk (Ondersteuning, gebruik vergaderruimtes, deelname wijkteams, toeleiden naar andere wijkactoren in het wijkteam, signaleren van de noden); Vertrouwenscentrum (wederzijdse toeleiding); SAAMO (Een goede samenwerking. Inloopmomenten, aanwezig tijdens hun activiteiten, wederzijdse toeleidingen); STEBO (Een goede samenwerking. Inloopmomenten, aanwezig tijdens hun activiteiten, wederzijdse toeleidingen); Werkstation (toeleiding); Stadstoezichthouders (wederzijdse toeleidingen); Campus O3 (wederzijdse toeleidingen en huisbezoeken); Sociale huisvestingsmaatschappij Nieuw Dak (wederzijdse toeleidingen); Gigos (wederzijdse toeleidingen); Dienstencentrum De Halm (wederzijdse toeleidingen, samen met klant op gesprek); Dienstencentrum De Hazelaar (samenwerking zorgzame buurten); Portavida; Team dienstencentra; Het Huurderssyndicaat; Vakbond ACV; Vakbond ACLVB; Muna en CO (toeleiding); OCMW; Vzw WeForThem; Moskee Yildirim Beyazit Kolderbos; Vzw open je hart; Vzw zonder honger naar bed (toeleiden); Moskee Hassaan Ebno Tabit; Moskee El Hoeda; Moskee Al Farah-Atouba; Italiaanse kerk Genk; Buurthuis passarel; Vzw de sluis; Alternatief; Moskee Yunus Emre Sledderlo; Moskee Fatih Winterslag; vzw Mevlana moskee; Aif; bindus; Stippe Stap; Europaschool Genk (wederzijdse toeleidingen); Sint Vincentius; Mickey Mouse; De Sleutel school (wederzijdse toeleidingen); Driehoeven; Buso Sint-geragdus; De Bol; Vzw de sfeer; UAV BELGIE; Zorgzame buurten; BOOST; Dienst Diversiteit en gelijke kansen Genk; Mens en samenleving; ABVV; Mixes- Menu (wederzijdse toeleidingen); Yadelim Plus; Gigos (toeleiding); en Nieuw dak (huisbezoeken).

Eerstelijnsactoren	
Naam organisatie	Samenwerking
Buurtgezondheidscentrum AtIhea	Ondersteunen cliënten, bijvoorbeeld: Clienten worden doorgestuurd . CHW gaan ook samen op consultatie indien nodig.
Familiehulp	Toeleden
Wit gele kruis	Doorverwijzen
De regenboog	Toeleidingen en samen op gesprek
Apotheek Sledderlo	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Zelfstandige thuisverpleging	Toeleden van Turske patiënten. infosessies gegeven rond EHBO
Zorgteam OCMW	Wederzijdse toeleidingen
Geneeskunde voor het volk huisartsenpraktijk	Goede samenwerking. Wederzijdse toeleidingen
Medisch integratiecentrum Zwartberg	Toeleden
VZW-Inzet	Toeleden
I-Mens	Toeleden naar infosessies
Liberale Mutualiteit	Goede samenwerking, helpen met afspraken maken, samen op gesprek gaan, vaste contactpersoon DMW [Dienst Maatschappelijk Werk]. Samen op huisbezoek
Christelijke mutualiteit	Goede samenwerking, helpen met afspraken maken, samen op gesprek gaan, vaste contactpersoon.
Solidaris	Goede samenwerking, helpen met afspraken maken, samen op gesprek gaan, om de 2 weken vaste uren bij DMW [Dienst Maatschappelijk Werk].
Helan	Goede samenwerking, helpen klanten met afspraken maken, samen op gesprek gaan DMW [Dienst Maatschappelijk Werk], samen op huisbezoek
Huisartsenpraktijk Medi-Mine	Goede samenwerking. Helpen met afspraken maken en samen op consultatie
Samana	Goede samenwerking. Infosessies komen geven in de wijken over mantelzorgers
Tandarts pullinx	Goede samenwerking. Toeleidingen
Dokterspraktijk Potargent	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Klinisch psycholoog	Goede samenwerking.
Noolim	Goede samenwerking, samen op huisbezoeken

Overkop	<i>Toeleiden van jongeren met psychische problemen</i>
MENOS	<i>Goede samenwerking. Infosessies gegeven rond dementie in de wijken. Toeleidingen</i>
LOGO Limburg	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Dokter Zervas	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Overkop	<i>Toeleiden van jongeren met psychische problemen</i>
Dokter Timur	<i>Wederzijdse toeleidingen</i>
Dokter Duran	<i>Toeleidingen naar dokter</i>
Kom Op Tegen Kanker	<i>Infosessies en toeleidingen</i>
Ziekenhuis Oost Limburg Oncologie	<i>Toeleiden en ondersteunen van patienten</i>
Gezonde Mond	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

2.1.4.4. Antwerpen

Naam organisatie	Samenwerking	Rol CHW	Rol Organisatie
Eerstelijns- en welzijnsactoren			
SAAMO Antwerpen	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Alle rollen CHW</i>	<i>Doorverwijzing naar CHW</i>
<i>Dokters van de wereld (Antwerpen)</i>	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Alle rollen CHW</i>	
<i>Elegast (Antwerpen)</i>	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Alle rollen CHW</i>	<i>Minder doorverwijzing naar CHW. Wel doorverwijzing tijdens permanentie</i>
CAW (Antwerpen)	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Bruggenbouwer, navigatie, minder coaching</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Ligo (Antwerpen)	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Alle rollen CHW</i>	<i>Heel vaak telefoon van Ligo naar CHW (doorverwijzing na permanentie)</i>
Boys project (Antwerpen)	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Alle rollen CHW</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Buurthuis De Buurt (Antwerpen)	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Werkhuis (Antwerpen)	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>/</i>	<i>Enkel gebruik van ruimte</i>
Gezondheidskiosk (Antwerpen)	<i>Aanwezig tijdens werking/permanentie</i>	<i>Alle rollen CHW</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

Violette	Geen permanentie, zij bellen CHW wanneer nodig	Alle rollen CHW	[Geen bijkomende informatie ontvangen]
Instituut voor Tropische Geneeskunde	Geen permanentie, zij bellen CHW wanneer nodig	Alle rollen CHW	Verwijzen door naar CHW
Wegwijzers Borgerhout	Geen permanentie	Alle rollen CHW	Verwijzen door naar CHW
WGC [Wijkgezondheidscentrum] spoort	Geen permanentie	Alle rollen CHW	Verwijzen door naar CHW
Atlas, inburgering, districthuis Borgerhout, kind en gezin	Geen permanentie	Alle rollen CHW	Verwijzen door naar CHW

2.1.4.5. Gent

Naam organisatie	Samenwerking	Rol CHW	Rol Organisatie
Eerstelijns- en welzijnsactoren			
WGC [Wijkgezondheidscentrum] Nieuw Gent	In het algemeen komen onderstaande taken terug bij de wgc's. Afsproken per wgc, met hier en daar enige nuance of nadruk op specifieke taak. Basis is altijd: waar precies ligt de nood van het wgc en op welke manier kan het chw project hierop een antwoord geven. Geen afsprakennota's, wel verslag met afspraken. Fysieke begeleiding: chw gaat mee met client naar afspraken buiten het WGC + terugkoppelen naar arts (is patient ook geweest ifv vermijden 'no show' en 'no prep' – heeft de patient de juiste	- bruggenbouwer - navigatie, - coaching en sociale steun, - opkomen voor belangen individu en gemeenschap, - cultureel aangepaste gezondheidsinformatie - - versterken gezondheidsvaardigheden	- Goede afspraken maken over taken van chw, dagdelen, fysieke plaats (bureau), contactpersoon in het WGC, terugkoppelen naar artsen en andere zorgverleners in het wgc, - Follow-up en regelmatig evalueren met bijsturing indien nodig - Het ene wgc is het andere niet, cultuur kan verschillen: het ene heeft graag de vinger aan de pols, het andere is wat losser. - Bij het ene wgc ligt de nadruk meer op ondersteunen bij digitale vaardigheden, bij het andere op

	<i>documenten bij?) ; client ondersteunen in het zoeken van zorgverleners, zoals tandarts, mondhygieniste; herinneren aan afspraken bij ziekenhuis, ziekenfonds, vdab, vakbond,; patiënten 'niet in regel' ondersteunen bij het in orde maken bij ziekenfonds/ Hulpkas/ Medische kaart; ondersteunen bij digitale vaardigheden (opvolgen dossier ziekenfonds, online afspraken maken, online formulier invullen, ...)</i>		<i>vermijden van 'no show' en 'no prep', enz</i>
WGC De Kaai - Bloemekeswijk	<i>Idem; iets meer nadruk op huisbezoeken ifv opvolging afspraken, medicatie, ...</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>
WGC Botermarkt – Ledeberg	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>
WGC Watersportbaan	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>
WGC Kapellenberg - Gentbrugge	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>
SAAMO Ledeberg en Watersportbaan	<i>Aanwezigheid CHW; begeleiden, informeren en ondersteunen ifv eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn</i>	- bruggenbouwer - navigatie, - coaching en sociale steun, - opkomen voor belangen individu en gemeenschap, - cultureel aangepaste gezondheidsinformatie - versterken gezondheidsvaardigheden	<i>Afspraken maken over aanwezigheid van CHW , de rol van de CHW (wat wel, wat niet), CHW voorstellen aan doelgroep; SAAMO heeft gewerkt rond de toegankelijkheid van ziekenfondsen en een beleidsbrief geschreven aan de ziekenfondsen ism doelgroep</i>
Mobiel Team GGZ [Geestelijke gezondheidszorg]	<i>Meelopen met bedoeling bewoners te leren kennen, elkaars werking te versterken; aanvullen op elkaar, ieder met eigen rol; doorverwijzen naar elkaar</i>	<i>idem</i>	

PAKT: netwerk van zorgverleners en zorgverlenende voorzieningen werkzaam in regio Gent - Eeklo - Vlaamse Ardennen met als doel de geestelijke gezondheidszorg in de regio te verbeteren.	<i>Elkaar op de hoogte houden van moeilijke casussen, over en weer doorverwijzen; vorming</i>	<i>idem</i>	<i>Vnl praktische afspraken over doorverwijzing</i>
KRAS diensten Kring Rond Armoede In De Stad, christelijk netwerk van vrijwilligersorganisaties die voedselpakketten verdelen; meer specifiek: vzw Geraarke, vzw Toontje, vzw De Tinten (enkel voor mensen zonder wettig verblijf en medische kaart)	<i>Gericht doorverwijzen naar elkaar; samen organiseren van activiteiten, rond bv mondzorg en tandenscreening mbv mondhygieniste</i>	<i>idem</i>	<i>Faciliteren van afspraken of specifieke acties rond bv mondzorg</i>
De Serre (Nieuw Gent): laagdrempelige ontmoetingsplaats voor de wijk; samenwerkingsverband met verschillende organisaties zoals de Zuidpoort (VWAHWN), Poco Loco (GGZ), KAAG Foundation; Campus Atelier (hout-atelier)	<i>Aanwezigheid, doorverwijzen, luisterend oor; Arabisch sprekende vrouwengroep vanuit de KAAG Foundation</i>	<i>idem</i>	<i>Faciliteren (bv aanwezigheid melden in de nieuwsbrief), bewoners in contact brengen met CHW</i>
Mondzorgcentrum Nieuw Gent (nieuw en laagdrempelig tandenzorg en mondhygiëniste; volgens principe van WGC)	<i>Toeleiden en opvolgen van bewoners; aansluiting ziekenfonds of medische kaart in orde brengen,</i>	<i>idem</i>	<i>Faciliteren van rol CHW goede communicatie over en weer</i>
Wijkregisseur Nieuw Gent en Watersportbaan; andere	<i>Toeleiden, ondersteunen, begeleiden</i>	<i>idem</i>	<i>Faciliteren van rol CHW wijkgerichte organisaties ondersteunen en</i>

wijkregisseurs staan op de planning			<i>aanmoedigen om samen te werken ifv het realiseren van de rol van de CHW</i>
Meet & Mix: laagdrempelige ontmoetingsplaats voor mensen met psychische kwetsbaarheid (samenwerking tussen SAAMO Ledeberg en WGC Ledeberg)	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>Faciliteren aanwezigheid en rol CHW tijdens de activiteiten</i>
Mondhygiëniste Ledeberg	<i>Tandenscreening op verschillende laagdrempelige plaatsen in Ledeberg;</i>	<i>Toeleiden naar en follow-up van de screening; ter plaatse tolken en relatie opbouwen met cliënten</i>	<i>Afspraken maken over aanwezigheid en wie welke rol opneemt</i>
De Fontein, huis van hygiëne voor daklozen en mensen in nood – Orde van Malta (Bloemekeswijk)	<i>Aanwezigheid; begeleiden, ondersteunen en informeren over gezondheid en gezondheidsdiensten</i>		<i>faciliteren</i>
CM aanklampend beleid	<i>Nog verder afspreken over doorverwijzing over en weer</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
LM	<i>Doorverwijzen over en weer</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Helan	<i>idem</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Solidaris	<i>idem</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
ELZ	<i>Elkaar informeren en op de hoogte houden van wat er leeft in stad Gent; aansluiten bij vorming</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Stad Gent - gezondheidsdienst	<i>Overleg en samenwerking, bv ifv preventie CO vergiftiging; volgen van vorming; maar ook werkgroep toegankelijke gezondheidszorg (ifv verzamelen en aanpak van signalen en drempels in de gezondheidszorg); netwerkoeverleg gezondheidspromotie</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

Stad Gent - gezondheidsgidsen	<i>idem</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Allerlei stadsdiensten: buurtstewards (ifv IEM groepen: Intra-Europese migranten), straathoekwerk; dienst ontmoeten en verbinden (buurtwerk), vaccinatiecentrum (vroeger)	<i>Doorverwijzen over en weer, altijd in het belang van de client</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>Faciliteren rol en opdracht CHWs</i>
Stad Gent: SOI (stedelijk opvanginitiatief vluchtelingen) + Renoboot (Fedasil) + project Opvang en Orientatie	<i>Aanwezigheid CHW; begeleiden, informeren en ondersteunen ifv eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn</i>	<i>Idem; Terugkoppelen gesprek met arts naar de medewerkers van het SOI</i>	<i>Faciliteren;</i>
CAW: nachtopvang; inloopcentra; De Schelp (crisisopvang voor vrouwen); Transithuis (biedt gratis info, advies en hulp aan mensen met vragen over verblijfsprocedures)	<i>Doorverwijzen</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
OCMW: Dienst Medische kaart; Gezinsbegeleiding; Welzijnsbureaus in verschillende wijken; psychologische dienst; ...	<i>Doorverwijzen, meegaan, ondersteunen, opvolgen</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
4 Gentse Ziekenhuizen: AZ Jan Palfijn; UZ; AZ Maria Middelaars; AZ Sint-Lucas	<i>Idem; maar ook met de ombudsdienst ifv klachten of het weigeren van hulp door een ziekenhuismedewerker aan mensen zonder wettig verblijf; racisme tav CHW</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

Fiola vzw - biedt deskundige ondersteuning op maat voor personen met een (vermoeden van) beperking en hun netwerk.	<i>Doorverwijzen, meegaan, ondersteunen, opvolgen</i>	<i>De initiële vraag is voor occasionele ondersteuning, maar steeds zijn het complexe situaties met verschillende interventies</i>	<i>Altijd ism medewerker van Fiola, overdracht, opvolging</i>
Huisartsenvereniging Gent	<i>Ifv het koppelen van een huisartsenpraktijk aan een CHW- zit in de running (personeelswissel)</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Fedasil (Reach Out)	<i>Doorverwijzing over en weer; meelopen</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Kraamkaravaan	<i>Overlegplatform over kwetsbare gezinnen en mama's; doorverwijzing over en weer</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>faciliteren</i>
Stad Gent – team GGZ	<i>Doorverwijzen over en weer; kennisdeling; oplossingsgericht advies bij moeilijke casussen (naar waar doorverwijzen?)</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Open Netwerk vzw ism Rooigempy ifv cultuur-sensitieve psychische zorg (zowel binnen als buiten de conventie) - ook met Solentra is het eerste contact gelegd	<i>Idem</i> <i>Samenwerking ifv cultuur-sensitieve psychische zorg: doorverwijzing; maar ook samenwerking ifv groepssessies binnen de ELP conventie ism Erigent</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
VWAHWN vzw Sivi (Sint-Amandsberg)	<i>Doorverwijzen, meegaan, ondersteunen, opvolgen</i>	<i>Rollen van chw'er</i>	<i>Faciliteren, opvolgen casussen</i>
Erigent (zelf-organisatie Eritrese gemeenschap)	<i>Doorverwijzen, meegaan, ondersteunen, opvolgen</i>	<i>Rollen van chw'er</i>	<i>Faciliteren, opvolgen casussen</i>

Burgerplicht vzw (zelf-organisatie Turkse gemeenschap)	<i>Werkgroep gezondheid</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>
Nog enkele kleine organisaties waarmee we occasioneel over en weer doorverwijzen, toeleiden	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>	<i>[Geen bijkomende informatie ontvangen]</i>

2.1. Organisaties en personen die nood aan CHWs aangeven

Tijdens het tweede jaar ontving het CHW-project diverse vragen van steden, waar het reeds actief is om uit te breiden naar andere wijken. Daarnaast stelden ook nieuwe steden en gemeenten, zorgverleners en welzijnsactoren, alsook van onderzoekers een vraag tot samenwerking. Bepaalde steden, gemeenten en eerstelijnszones gaven aan interesse te hebben om ook CHWs in te zetten in hun wijken. Verder ontving het CHW-project ook verschillende vragen van onderzoeksprojecten om mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden te bereiken voor hun onderzoek. Tot slot, ontving het CHW-project vragen van individuele zorgverleners, bijvoorbeeld van een wijkgezondheidscentrum, en lokale vzw's die bijkomende ondersteuning zochten voor specifieke patiënten of cliënten die zij ondersteunen. Eén van de vragen ging over ondersteuning tussen de regio's heen, wat in dit federale CHW-project mogelijk is. Daarnaast ontving het project ook een vraag van een ziekenhuisnetwerk voor advies van CHWs met betrekking tot het bereiken van mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden voor bijvoorbeeld het maken van een afspraak, het invullen van een voorbereidende vragenlijst voorafgaand aan een ziekenhuisbezoek en de opvolging na een ziekenhuisbezoek met betrekking tot behandeling. Een coördinator en CHW zijn in gesprek gegaan met personen van dit betreffende ziekenhuis om ervaringen uit te wisselen.

V. Discussie

1. *CHW-AIM* workshop en kwantitatieve resultaten

In dit rapport van het tweede jaar van het Belgische CHW-project staat een evaluatie centraal op basis van de “Community Health Worker (CHW) Assessment and Improvement Matrix (*CHW AIM*): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services” (Ballard, Bonds et al. 2018). *CHW AIM* vormt een basis om CHW-programma’s te evalueren op tien thema’s: (1) rol en rekrutering; (2) training; (3) accreditatie; (4) tools; (5) supervisie; (6) vergoeding; (7) betrokkenheid van de gemeenschap; (8) carrièremogelijkheden; (9) data; en (10) link met het nationaal gezondheidssysteem. In samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren werd het project op een kwalitatieve manier geëvalueerd met betrekking tot welke uitdagingen en potentiële mitigerende acties kunnen geïdentificeerd worden. Het verbeteren van CHW-programma’s dient immers in samenspraak met CHWs te gebeuren – die experts zijn door hun dagelijkse ervaring in het veld (Kok, Crigler et al. 2021). Het belang van professionalisering van CHW-programma’s, met onder meer aandacht voor adequate vergoeding, training en supervisie – in lijn met de richtlijnen van de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organization 2018) – werd verder onderstreept tijdens de COVID-19 crisis (Ballard, Olsen et al. 2022).

De *CHW-AIM* evaluatie wordt aangevuld met een kwantitatief luik. Hierbij bouwen we verder op het werk van het “Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project” in de Verenigde Staten (Rodela, Wiggins et al. 2021), wiens vragenlijst in samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren werd aangepast aan de Belgische context. Om deze indicatoren te operationaliseren in het Belgische project, werd gebruik gemaakt van verschillende databronnen: de registratietool van de CHWs waarin ze hun dagelijkse werking opvolgen; een vragenlijst voor CHWs; een vragenlijst voor de coaches; een vragenlijst voor de werkgever en HR; en een vraag gericht aan de beleidsmakers. Deze strategie is in lijn met internationale wetenschappelijke literatuur die stelt dat een mix van verschillende databronnen belangrijk is om de complexiteit van CHW-programma’s te vatten (Kok, Crigler et al. 2021). De vertaalslag van de indicatoren naar de Belgische context werd teruggekoppeld naar de auteurs in de Verenigde Staten, die verder kunnen bouwen op dit werk. Zo draagt dit CHW-project ook bij aan het ontwikkelen van internationale indicatoren voor CHW-programma’s.

In deze discussie brengen we de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen samen aan de hand van tien thema’s, zoals vooropgesteld door *CHW-AIM* (Ballard, Bonds et al. 2018). Deze discussie wordt afgesloten met een conclusie.

1.1. Rol en rekrutering

Een belangrijk aandachtspunt in het tweede jaar was het scherpstellen van de rollen van CHWs. Deze rolonduidelijkheid vinden we ook terug in wetenschappelijke literatuur als een belangrijke uitdaging in CHW-programma’s wereldwijd (Crigler, Hill et al. 2013). De rolbeschrijving werd gebaseerd op het werk van het “The Community Health Worker Core Consensus (C3) project in de Verenigde Staten” (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018). In samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren werd deze Amerikaanse rolbeschrijving aangepast aan de Belgische context. Het combineren van zowel internationale onderzoeksresultaten als de lokale ervaringen van de CHWs is in lijn met aanbevelingen in de internationale wetenschappelijke literatuur “om programma’s te

ontwikkelen die effectief zijn in het bereiken van hun doelstellingen en tegelijkertijd aanvaardbaar zijn voor de betrokkenen, uitvoerbaar zijn en duurzaam in de tijd” (Glenton, Javadi et al. 2021: p. 1). De rolbeschrijving van de CHW werd kenbaar gemaakt op verschillende manieren, onder meer: naar de CHWs toe; op de website van het CHW-project; en via diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten. Om het werk van de CHW in kaart te brengen, werden deze rollen ook geïntegreerd in de registratietool, die werd ontwikkeld door het CHW-project (cf. Discussie, 1.6 Data).

Alle teams gaven aan dat de rolbeschrijving erg waardevol is om zo ook het werk van de CHW te kunnen afbakenen. Echter gaven ze ook aan dat het belangrijk is om deze rolbeschrijving verder te verfijnen en aan te passen in samenspraak met de CHWs. Zoals uit de rolbeschrijving blijkt, hebben de CHWs tot doel om mensen te ondersteunen zelfredzaam te worden in hun toegang tot gezondheidszorg. Naar de toekomst toe kan het interessant zijn te bekijken of er meer ingezet kan worden op het in kaart brengen en beroep doen op de sterktes van de mensen uit de doelgroep die ze ondersteunen (Rapp, Saleebey et al. 2006). Verder kan het ook waardevol zijn om de persoonlijke levensdoelen van mensen mee in ogenschouw te nemen bij het vormgeven van de ondersteuning die CHWs bieden (Vandenbroeck and Braes T. 2020). Naast het definiëren van de rollen als CHW, werd ook ingezet op het formuleren van de rol van de coach. Naar het derde jaar toe is het waardevol om ook de rol van de coördinator scherp te stellen. Verder werd ook aangehaald dat het belangrijk is om de missie, visie en doelstellingen van het CHW-project verder uit te werken.

Het onderzoek van het tweede jaar leert ook dat het belangrijk is om naar de toekomst verder in te zetten op het zich eigen maken van rol als CHW en het breed kenbaar maken van de rol buiten het CHW-project. Verder inzetten op het bekend maken van deze rollen, kan leiden tot minder defensieve reacties bij zorgverleners, mede als antwoord op de perceptie van CHWs om soms niet *au sérieux* te worden genomen – een ervaring die in de lijn ligt met deze van CHWs wereldwijd (LeBan, Kok et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021). Een heldere rol kan er ook voor zorgen dat verwachtingen van actoren in de gezondheidszorg, alsook de mensen die de CHWs ondersteunen meer aansluiten bij de steun die de CHW kan bieden (Crigler, Hill et al. 2013). De teams zien een taak weggelegd voor verschillende actoren bij het verder bekend maken van de rol als CHW: CHWs, coaches, coördinatoren en beleid. Zo kunnen CHWs verder inzetten op het kenbaar maken van de CHW-rol in hun netwerk op het terrein. De coaches zouden volgens hen door hun aanwezigheid op het terrein en het deelnemen aan activiteiten ook kunnen bijdragen aan het uitbouwen van samenwerkingsverbanden die aansluiten op de CHW-rol. Hierbij onderstreept internationale literatuur dat het belangrijk is om na te gaan of de rollen aanvaardbaar en gepast worden geacht door mensen als de doelgroep, alsook door de CHWs en coaches (Glenton, Javadi et al. 2021). De coördinatoren kunnen dan op hun beurt meer op meso-niveau de CHW-rol kenbaar maken en het bovenlokaal netwerk opzetten en opvolgen met, bijvoorbeeld, medische huizen, ziekenhuizen en gezondheidsdiensten van de lokale steden. De federale coördinator en beleid kunnen op macro-niveau de rol van CHWs verder bekend maken op federaal niveau.

Naast het verder eigen maken en bekend maken van de CHW-rol, gaven de teams aan dat het waardevol zou zijn om taken en kerncompetenties te koppelen aan de CHW-rollen. Bijkomend is het belangrijk na te gaan of de rollen overeenstemmen met de vaardigheden en training die de CHWs krijgen, zodat zij deze op een goede manier kunnen uitvoeren (Glenton, Javadi et al. 2021). Verder

gaven CHWs aan dat het waardevol zou zijn om de rekrutering en profielbeschrijving meer af te stemmen op de nieuwe rolbeschrijving.

In het tweede jaar werden ook eerste stappen gezet voor het vormgeven van een structureel signalenbeleid. Op basis van het werk van de *Werkgroep Signalen Gent* met betrekking tot hun Signalenbundel (Eerstelijnszone Gent 2022), ontwikkelde een werkgroep binnen het CHW-project een strategie om signalen over structurele barrières gestructureerd te kunnen doorgeven en opvolgen: (1) een signaal opmerken; (2) verzamelen en bespreken; (3) registreren; (4) bundelen en verduidelijken vragen; (5) analyseren; (6) beslissen tot actie; (7) actie; en (8) feedback krijgen en geven (cf. hoofdstuk I). Een overzicht van de eerste signalen die op deze wijze werden verzameld werd weergegeven in hoofdstuk IV. De grote thema's die hierbij aanbod kwamen waren: toegang tot medische zorg; toegang tot geestelijke gezondheidszorg; toegang tot tandheelkundige zorg; toegang tot tolken; en toegang tot dringende medische hulp. De uitgewerkte strategie staat nog in de kinderschoenen en dient verder te worden geïmplementeerd en aangepast aan de ervaringen op het terrein in het derde jaar.

1.2. Opleiding

Uit de survey blijkt dat CHWs in het Belgische project een diverse vooropleiding hebben genoten. Hoewel geen voorgaande opleiding vereist was om te solliciteren als CHW, boden toch verschillende mensen zich aan met een diploma. Ongeveer een derde van de CHWs (28,1%) heeft een master diploma aan de Universiteit. Daarnaast gaf iets minder dan een vijfde (18,8%) aan Hogescholenonderwijs van het korte type, alsook 15,6% Hoger secundair onderwijs te hebben gevolgd. Iets meer dan drie op vier CHWs (77,8%) gaf aan diens diploma in België te hebben behaald. De resultaten van de *CHW-AIM* vragenlijst en kwantitatieve vragenlijsten tonen dat CHWs een diverse levens-, opleidings-, en werkervaring hebben. Deze diversiteit in instroom resulteert in diverse noden met betrekking tot de basis- en bijkomende opleidingen die mee in rekening gebracht moeten worden bij het verder uitwerken van een basis- en vervolgopleiding voor CHWs in het derde jaar. Dit wordt onderstreept in de internationale wetenschappelijke literatuur om een opleiding te voorzien die stoelt “op de inhoud van het werk en de vereiste vaardigheden, de reeds bestaande kennis- en vaardigheidsniveau van de cursisten en andere contextuele factoren” (Schleiff, Aitken et al. 2021: p. 16). In verband met een gedegen basisopleiding geven de teams de suggestie om een basispakket te voorzien, dat aangevuld kan worden bij keuzemodules op basis van noden van CHWs.

Om verder in te spelen op de diverse profielen van CHWs, gaven de discussieteams in de workshop mee dat het waardevol zou zijn om een persoonlijk ontwikkelingsplan op te stellen voor elke individuele CHW met betrekking tot vaardigheden, kennis en competenties. Dit is in lijn met internationale wetenschappelijke literatuur die onderstreept dat opleidingen dynamisch zijn en voortdurend dienen te worden aangepast aan de noden in het veld (Perry, Chowdhury et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). Naast deze basis- en bijkomende opleidingen voor CHWs, pleitten de coaches ook voor een eigen basisopleiding en bijscholingen– wat ook als belangrijk wordt geacht in internationale wetenschappelijke literatuur (Perry, Chowdhury et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021).

Alle teams gaven aan dat naast een gedegen basisopleiding, regelmatige opfrissing van de basiskennis alsook bijscholing essentieel is om de CHWs te ondersteunen – in lijn met internationale wetenschappelijke literatuur (Crigler, Hill et al. 2013, World Health Organization 2018, Perry, Chowdhury et al. 2021). Belangrijk aandachtspunt bij het vormgeven van de opleidingen is om de CHWs hierbij te betrekken. Verder dient de opleiding praktische handvaten te bieden en toegepast te worden op casussen uit de praktijk (Schleiff, Aitken et al. 2021). Deze opleiding zou volgens de teams kunnen aangevuld worden met een kwaliteitshandboek. In verband met een opfrissingscursus, gaven teams suggesties tot thema's die zij noodzakelijk achten om te behandelen. Het gaat om basisbeginselen van: het werk van CHWs; de rollen en competenties van CHWs; de nieuwe registratietool; communicatievaardigheden; het gezondheidssysteem; sociale voordelen en rechten; handvaten om om te gaan met mensen met psychische kwetsbaarheid. Deze thema's zijn in lijn met internationale wetenschappelijke literatuur die onderstreept dat het essentieel is CHWs te trainen in: communicatie- en counseling technieken en verlenen van psychosociale steun; identificatie van gezondheids- en sociale behoeften; gezondheidspromotie en gezondheidspreventie; sociale determinanten van gezondheid; versterking van interpersoonlijke vaardigheden met betrekking tot vertrouwelijkheid, communicatie, betrokkenheid bij de gemeenschap; kennis van het gezondheidssysteem en integratie in bredere gezondheidssysteem; en probleem-oplossende vaardigheden (World Health Organization 2018, Glenton, Javadi et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021, Olaniran, Banke-Thomas et al. 2022). Naast het aanscherpen van kennis, is het ook belangrijk om de geleefde ervaring van CHWs te erkennen en te versterken in de opleiding (Pinto, da Silva et al. 2012). Hierin kan geleerd worden van de ervaring in het Waalse team dat via RWLP opleiding genoot die onder meer gebaseerd op de principes van “popular education” – wat in de literatuur ook onderstreept wordt als een waardevolle basis om training voor CHWs op te stoelen (Wiggins, Johnson et al. 2009).

CHWs ontvingen de verschillende trainingen ter bijscholing – al kon een grote diversiteit worden opgetekend tussen de regio's en steden. Afzal et al. (2021) stelt in een recent artikel dat een gedegen en continue training vaak een belangrijke uitdaging is van CHW-programma's wereldwijd. Echter kan een gebrek aan goede opleiding een belangrijke barrière vormen voor het succes van een CHW-programma, door niet gedegen voorbereid te zijn voor een rol als CHW. Dit kan een negatief effect hebben op motivatie van CHWs en de kwaliteit van hun werk (World Health Organization 2018, Schleiff, Aitken et al. 2021). Naar het derde jaar toe is het belangrijk om deze zoveel als mogelijk de basis- en vervolgopleiding te stroomlijnen over de steden en regio's heen – verder bouwend op aanbevelingen in de internationale wetenschappelijke literatuur (World Health Organization 2018, Schleiff, Aitken et al. 2021). Bijkomend kunnen dan stads-specifieke opleidingen worden aangeboden op basis van lokale noden.

1.3. Inbedding in de gemeenschap

Het belang van het aanpassen aan lokalen noden en context (Hodgins, Kok et al. 2021, Perry and Hodgins 2021) werd onderstreept door de teams. Bijvoorbeeld, de oorlog in Oekraïne vertaalde zich in een grote vraag naar ondersteuning voor recent gearriveerde migranten uit dit land. Zo werd de flyer van de CHWs vertaald in het Oekraïens en werden CHWs, voornamelijk in Tienen waar een CHW van Oekraïense afkomst werkt, sterk ingezet. Verder onderstreepten de teams het belang om zich

aan te passen aan het bestaande aanbod van de aanwezige partnerorganisaties. In hoofdstuk IV gaven de teams een uitgebreid overzicht van de bestaande samenwerkingen op federaal en regionaal niveau. In sommige steden zijn de CHWs de enige die op een outreachende wijze werken. In andere steden, zijn ook andere partners werkzaam op deze wijze. Desalniettemin ervoer men ook in deze steden een complementariteit. De teams haalden verschillende elementen aan die maken dat het werk van de CHW complementair is aan dat van bestaande organisaties door de aard van de begeleiding die de CHWs geven: de gedeelde levenservaring met de mensen die ze ondersteunen; de tijd kunnen nemen; outreachend werken; pro-actief mensen benaderen; een luisterend oor bieden; en vertrouwen opbouwen. Een goede wijkwerking en bestaande netwerken in de wijk faciliteren het werk van de CHWs. De wijze waarop samengewerkt wordt met verschillende lokale partners is zeer divers, gaande van een éénmalig contact, over enkele bijeenkomsten, tot nauwe samenwerkingen waar ook tot informatiedeling wordt overgegaan. Verder faciliteren CHWs ook samenwerkingen tussen andere organisaties in de wijk.

Uit de *CHW-AIM* workshop leerden we ook dat het belangrijk is naar de toekomst toe verder te kijken hoe de gemeenschap meer betrokken kan worden in het CHW-project, bijvoorbeeld, door betrokkenheid bij rekrutering en de rolbeschrijving. Zo vat een recent wetenschappelijk artikel samen dat "deelname van de gemeenschap aan het wervings- en selectieproces niet alleen de geschiktheid van de geselecteerde personen, maar maakt ook "een dialoog mogelijk tussen leden van de gemeenschap en gezondheidsorganisaties vergroot, waardoor zij meer inzicht krijgen in lokale kwesties" (Schleiff, Aitken et al. 2021: p. 13). Het is echter niet altijd evident om de gemeenschap te betrekken bij het selectieproces. Het actief betrekken van gemeenschapsleiders in het definiëren van de rol van de CHWs en het identificeren van de nodige vaardigheden, kan ook bijdragen aan betere rekrutering en geloofwaardigheid in de gemeenschap (Crigler, Hill et al. 2013). Tot slot, is het interessant om verder in te zetten op mogelijkheid tot feedback vanuit de gemeenschap – zoals ook onderstreept in de internationale wetenschappelijke literatuur (Crigler, Hill et al. 2013, Lewin, Lehmann et al. 2021), bijvoorbeeld via de website of het exploreren van andere feedbackmogelijkheden.

1.4. Aansluiting bij de gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties

Naast een inbedding in de gemeenschap, onderstreept de internationale wetenschappelijke literatuur het belang van een goede aansluiting van CHW-programma's bij het gezondheidssysteem, met aandacht voor goede planning, coördinatie en succesvolle partnerschappen (Afzal, Pariyo et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). In de originele *CHW-AIM* tool staat enkel « aansluiting bij gezondheidszorg » beschreven, maar in de praktijk zien we dat ook aansluiting bij welzijnsorganisaties vaak ter sprake komt. Samenwerkingsverbanden met gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties verschillen sterk qua inhoud en qua graad van formalisering. De wijze waarop de CHWs aanvulling bieden in deze samenwerkingsverbanden is erg divers: doorverwijzen naar eerstelijnsgezondheidsactoren; meer duidelijkheid krijgen op de zorgsituatie van de patiënt; ondersteuning bieden bij aanvragen tegemoetkomingen en premies; ondersteunen bij het maken en nakomen van afspraken bij specialisten en huisartsen; vertalen; warme overdrachten naar de zorg- en welzijnsinstanties; ondersteuning bij grondig opvolgen van patiënten; oplossingen zoeken voor problemen bij toegang tot zorg. Bij het bekijken van facilitators van samenwerkingsverbanden zien we dat de volgende

kenmerken van CHWs en het CHW-project bijdragen aan een goede samenwerking: unieke profiel CHWs; gezamenlijk doel; vertrouwensrelatie; flexibiliteit van de CHW; en verduidelijking van de CHW-rol. Verschillende teams geven aan dat eerder welzijnswerkers dan zorgverleners mensen naar hen doorverwijzen die nood hebben aan ondersteuning.

Naast de succesvolle samenwerkingsverbanden zijn er ook aspecten die maken dat deze samenwerkingen tussen het CHW-project en gezondheids-en welzijnsorganisaties bemoeilijkt worden: zowel aan de zijde van de partnerorganisaties, als aan de zijde van het CHW-project. Aan de zijde van de partnerorganisaties, gaven teams onder meer de volgende barrières tot samenwerking aan: het tijdsgebrek bij zorgverleners en maatschappelijk werkers; patiëntenstop bij dokters en wijkgezondheidscentra; gebrek aan personeel; houding en talenkennis van een zorg- of hulpverlener; geen of beperkte doorstroom van informatie; beperkte ruimte die medewerkers krijgen om samenwerkingen te faciliteren. Aan de zijde van het CHW-project zoomen teams onder meer in op de volgende barrières: beperkte bekendheid van de CHW-rol; onduidelijke missie en visie; en soms een gebrek aan ruimte voor het faciliteren en onderhouden van samenwerkingen omwille van de reeds goedgevulde takenpakketten van de CHWs. De beperkte onderlinge samenwerking tussen organisaties in de wijken is ook een belemmerende factor in het opzetten van succesvolle partnerschappen, alsook de bevoegdheidsverdelingen tussen federale en regionale overheden en de beperkte mogelijkheden voor informatiedeling. CHW-programma's worden mede gevormd door het wettelijk en beleidskader waarin zij opereren (Lewin, Lehmann et al. 2021). In de *CHW-AIM* vragenlijst en workshop zien we dat men aangeeft dat het waardevol zou zijn om te bekijken of de taken van de CHWs kunnen worden uitgebreid, over federale bevoegdheidsverdelingen heen. Bijvoorbeeld, aandacht voor preventie zou erg waardevol kunnen zijn naar de toekomst toe. In buitenlandse CHW-programma's zien we vele voorbeelden van CHWs die succesvol gezondheidspromotie en -preventie activiteiten uitvoeren (Santos and Albuquerque 2023). Literatuur leert dat CHWs ook de brug kunnen vormen tussen het preventieve en curatieve luik (Perry, Chowdhury et al. 2021). Ook het Witboek over toegankelijkheid van gezondheidszorg in België onderstreept het belang van inzetten op preventie en gezondheidspromotie: "Inzetten op preventie en gezondheidspromotie is dus noodzakelijk om de gezondheidsongelijkheden te verminderen, maar dan moet men zich vooral op de meest kwetsbare bevolkingsgroepen richten en een intersectorale en multidisciplinaire aanpak volgen." (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014: p. 9)

Ondanks feit dat de CHWs beter bekend worden in de buurten, gaven teams aan dat het belangrijk is blijvend in te zetten op het bekend maken van de rol van CHWs naar zowel de doelgroep als lokale organisaties in de wijk om inbedding en samenwerking verder te faciliteren. Uit de kwantitatieve bevraging leren we dat iets meer dan de helft (54,9%) van de sociale dienstverleners en iets minder dan de helft van de zorgverleners (45,2%) redelijk veel of heel erg begrijpt wat de rol van de CHW is. Daar waar men niet voldoende op de hoogte is van de werking van de CHWs, loopt de samenwerking moeizamer of merkt men dat organisaties zelf weigerachtig staan ten opzichte van een samenwerkingsverband. Verder gaven teams aan dat het waardevol is verder in te zetten op het optimaliseren van samenwerkingen met partnerorganisatie op verscheidene manieren, bijvoorbeeld: door een vast contact persoon binnen een organisatie aan te stellen; concrete samenwerkingsafspraken op te maken; verbeteren van communicatie; erkenning van samenwerking door samenwerkingscertificaat.

Alle teams gaven aan dat het waardevol zou zijn om nauwer samen te werken met zorgverleners of zorgorganisaties – zonder de belangrijke onafhankelijke positie te verliezen die de CHWs nu innemen. Hierbij dachten ze in de eerste plaats aan actoren in de eerste lijn, maar bij uitbreiding zien sommige teams ook een potentiële rol voor CHWs als brugfunctie tussen de eerste en tweede lijn. Niet alleen met betrekking tot zorgactoren, maar ook welzijnsactoren zien de teams verdere uitbouw van samenwerking als interessant voor de toekomst. Enkele van de facilitators die samenwerkingen kunnen bevorderen zijn: goede communicatie en overleg; gestroomlijnde informatiedeling; openheid aan de partner-zijde naar de doelgroep toe; vast contactpersoon/aanspreekpunt en verdere bekendheid en erkenning van de rol als CHWs door zowel CHWs, coaches, coördinatoren en beleid. Daarnaast geven de teams ook zaken aan die binnen het bredere kader dienen aangepakt te worden om de werking van de CHWs, alsook samenwerkingen, verder te faciliteren: zoals wegwerken van wachtlijsten; inschakelen van tolken; vereenvoudigen van administratie bij aanvragen van premies en tegemoetkomingen; en vereenvoudigen van doorverwijzingen tussen eerstelijnszorgverleners en gespecialiseerde zorgverstrekkers. Naar de toekomst toe dient ingezoomd te worden op de huidige samenwerkingen met zorgverleners en samen met de betrokken actoren te reflecteren hoe deze naar de toekomst toe geoptimaliseerd kunnen worden.

1.5. Ondersteunende materialen

Ondersteunende materialen zijn essentieel om de taak als CHW goed te kunnen uitvoeren (Crigler, Hill et al. 2013, Schleiff, Aitken et al. 2021). CHWs ontvingen IT-materiaal om hun werking te ondersteunen, alsook COVID-19 beschermingsmateriaal. Verder ontvingen ze ook flyers en banners om zich kenbaar te maken als CHW. CHWs gaven echter dat deze van beperkte kwaliteit waren. Naast het gebruik maken van materialen van andere organisaties om hun werking te ondersteunen, maken teams ook gebruik van eigen ontwikkelde materialen om in contact te treden met mensen uit de doelgroep, zich kenbaar te maken, alsook hun werking te ondersteunen. Het strekt tot aanbeveling om in het derde jaar deze eigen ontwikkelde materialen, alsook deze waarvan ze gebruik maken van andere organisaties, in kaart te brengen, kritische te evalueren en een basispakket te voorzien voor alle CHWs over de regio's heen.

Teams geven diverse IT-uitdagingen aan, waaronder moeilijkheden met VPN-verbindingen of geen toegang tot *WhatsApp*. De toegang tot een eigen lokaal en printer is reeds verbeterd ten aanzien van het eerste jaar, maar er is nog ruimte voor optimalisering. Blijvende aandacht voor communicatiematerialen en budget voor het kenbaar maken van het CHW-project en de -rol van CHWs is belangrijk.

1.6. Data

De Wereldgezondheidsorganisatie onderstreept het belang van het verzamelen van gegevens over de diensten die CHWs verlenen (World Health Organization 2018), met aandacht voor: “het minimaliseren van de rapportagelast en harmoniseren van de gegevensvereisten; de vertrouwelijkheid en veiligheid van de gegevens waarborgen; CHWs uitrusten met de vereiste competenties door middel van opleiding; en hun feedback geven over hun prestaties op basis van de verzamelde gegevens”(World Health Organization 2018: p. 54). In het tweede jaar werd sterk ingezet

op het ontwikkelen van een nieuwe registratietool die in de eerste plaats de werking van de CHWs kan ondersteunen. In tweede en derde orde had deze registratietool tot doel de opvolging van de coaches te bevorderen, alsook de rapportering te optimaliseren. Doordat de prioriteit lag bij het verzamelen van data die de werking van de CHWs ondersteunt, konden niet alle indicatoren – zoals opgelijst door de “Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project” in de Verenigde Staten (Rodela, Wiggins et al. 2021) – even uitvoerig geoperationaliseerd worden. De resultaten van de dagelijkse registratietool kan u vinden onder: “2.2.Profiel van de mensen die de CHWs ondersteunen” en indicatoren 2, 3, 7 en 8 in de resultaten sectie – op basis van het werk van het “Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project” in de Verenigde Staten (Rodela, Wiggins et al. 2021).

De registratietool werd ontwikkeld in samenspraak met CHWs, coaches en coördinatoren. Een handleiding en toelichting over de registratietool tijdens een informatie sessie werd georganiseerd met het oog op het uniform registreren. In de vragenlijst en *CHW-AIM* workshop bleken de meningen over de registratietool verdeeld en beschrijven de teams zowel voor- als nadelen aan de nieuwe registratietool. Met betrekking tot voordelen, gaven teams aan dat de registratietool efficiënt en overzichtelijk is, heldere vraagstelling bevat, meer op maat is van het werk van CHWs dan de registratietool van het eerste jaar, alsook ondersteuning geeft bij de CHW-werking. Met betrekking tot de nadelen, vermeldde de teams als nadelen dat er eerst VPN verbinding dient gemaakt te worden en dat er geen smartphone-applicatie ter beschikking is, wat een vlotte registratie in de weg staat. Ook een coördinator gaf aan dat het inzetten van de tool voor opvolging van de teams niet eenvoudig is omwille van de complexe data extractie.

De registratietool is een belangrijke stap in de goede richting. De teams gaven bijkomende suggesties hoe deze naar de toekomst toe nog verder zou geoptimaliseerd kunnen worden – in samenspraak met de CHWs. Bijvoorbeeld, CHWs gaven aan dat de rol-onderverdeling niet altijd even helder is om deze te registreren in de registratietool. Zo zouden bijvoorbeeld sub-rollen, zoals ook beschreven in Hoofdstuk I, mee kunnen worden opgenomen in de registratietool om deze dataverzameling verder te verfijnen. Verder dient de registratie van gezondheidsnoden en het gebruik van de gezondheidszorg op punt gesteld te worden. Bijkomende training kan waardevol zijn, waar ook aandacht is voor verdere toelichting waarom bepaalde gegevens verzameld worden. Men gaf hierbij aan dat de training over de registratietool ook meer praktijkgericht dient gemaakt te worden. Verder gaven de teams aan dat het interessant kan zijn te exploreren of informatie op een veilige wijze kan gedeeld worden tussen CHWs en zorgverleners. In een derde jaar dient er verder te worden ingezet op het uniform registreren over de regio's en teams heen. Ook werden moeilijkheden ervaren bij het contact met de IT-helpdesk. Een direct aanspreekpunt in verband met IT-ondersteuning lijkt de teams erg waardevol naar de toekomst toe.

1.7. Supervisie

De internationale wetenschappelijke literatuur onderstreept het belang van goede supervisie (World Health Organization 2018, Westgate, Musoke et al. 2021). Elk CHW-team ontvangt coaching van een coach. In het tweede jaar hielden alle teams een wekelijks teamoverleg, waarbij men de volgende zaken besprak: terugkoppeling activiteiten in de wijken; praktische zaken; casusbespreking;

registratiegegevens; moeilijkheden op terrein; en veranderingen in werkveld. Daarnaast ontvingen de meeste CHWs ook individuele opvolging van de coach in een één-op-één gesprek. De kwantitatieve data leren ons dat de CHWs voornamelijk aangeven supervisie met betrekking tot de praktijk te ontvangen, gevolgd door supervisie met betrekking tot administratie. Het minst van de tijd spenderen de coaches aan supervisie op het terrein. De *CHW-AIM* vragenlijst en workshop vullen verder aan dat de aanwezigheid van de coach op terrein sterk verschilt van stad tot stad. Naar het derde jaar toe is het waardevol om te bekijken of er meer kan ingezet worden op supervisie op het terrein om de kwaliteit van ondersteuning van de CHWs nog te verbeteren en de kwaliteit van dienstverlening van CHWs meer te kunnen opvolgen (Westgate, Musoke et al. 2021).

Enkele teams halen aan dat er uitdagingen zijn met betrekking tot tijdsbeheer, werkdruk, grenzen afbakenen en de mentale belasting van het werk voor de CHWs. Als coach is het belangrijk blijvend aandacht te schenken aan het mentaal welzijn van de CHWs, alsook aan het inzetten van de competenties van individuen, en het stimuleren van nieuwe ideeën in teams. Intervisies tussen de teams over de regio's heen strekt ook tot de aanbeveling. Een bijkomend werkpunt volgens de teams is het feit dat de CHW zelf de personeelsdienst zou kunnen contacteren.

Net als in de wetenschappelijke literatuur (Westgate, Musoke et al. 2021), voeren de coaches in het Belgische project diverse taken uit. Deze rollen van de coach werden in het tweede jaar geëxpliciteerd (cf. Hoofdstuk I). Terwijl het essentieel is voor een succesvol CHW-programma dat CHWs goede ondersteuning krijgen van hun coaches, is de literatuur ook eenduidig dat deze coaches zelf ook ondersteuning nodig hebben (Westgate, Musoke et al. 2021). De kwantitatieve bevraging leert dat de coaches over het algemeen tevreden zijn met de opvolging door de coördinatoren. Desalniettemin, gaven ze aan graag bijkomende ondersteuning te ontvangen in hun werk, bijvoorbeeld, door bijkomende opleidingen of een budget voor teambuilding.

1.8. Vergoeding

De internationale wetenschappelijke literatuur onderstreept het belang van goede werkomstandigheden (Colvin, Hodgins et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021) met specifieke aandacht voor de financiële vergoeding van CHWs in overeenstemming met “de functie-eisen, de complexiteit, aantal uren, opleiding en taken die zij op zich nemen” (World Health Organization 2018: p. 47). Naast een loon ontvangen de CHWs ook een kilometervergoeding, terugbetaling van openbaar vervoer, een maaltijdvergoeding, eindejaarsuitkering en betaalde vakantie. De flexibele uren en de steun van de coach worden ook als bijkomende voordelen ervaren, alsook de tevredenheid van cliënten en partners en de solidariteit van collega's. De erkenning door de gemeenschap, CHW-collega's en actoren uit de gezondheidszorg is ook voor CHWs in buitenlandse programma's een belangrijke motiverende factor (Colvin, Hodgins et al. 2021). Bijkomende voordelen die de CHWs naar de toekomst toe graag zouden ontvangen omvatten: een thuiswerkvergoeding; toegang tot een (elektrische) fiets; het voorzien van mobiel internet op de laptop van de CHW; verlof op islamitische feestdagen; verkrijgen van bijkomende opleidingen; ontvangen van maaltijd- en/of ecocheques; verkrijgen van een risicopremie; meer vakantiedagen; en een aanvullend pensioen.

CHWs en coaches ervaren dat het loon niet altijd in overeenstemming is met het werk van zowel CHWs als coaches – door onder meer de hoge werkdruk en de job-vereisten zoals flexibiliteit, uitdagende en complexe casussen en verantwoordelijkheid. Ook voorgaande werkervaring, opleiding of levenservaring worden volgens CHWs niet voldoende meegenomen in het loon dat men ontvangt. Deze bevinding is in overeenstemming met internationale wetenschappelijk literatuur waarin CHWs aangeven het gevoel te hebben onderbetaald te worden “en dat hun beloning onvoldoende recht doet aan de tijd en inspanningen die zij leveren” (Colvin, Hodgins et al. 2021: p. 5). Verder gaven verschillende teams aan een langere termijnperspectief te wensen door de verduurzaming van het CHW-project. Naar het einde van het tweede projectjaar werd een verlenging van drie jaar van het CHW-project goedgekeurd. Internationale literatuur wijst op het feit dat het belangrijk is om bij vergoedingen blijvend te bekijken of deze nog in lijn zijn met de huidige en veranderende omstandigheden van het CHW-programma (Colvin, Hodgins et al. 2021).

1.9. Accreditatie

De richtlijnen van de Wereld Gezondheidsorganisatie geven aan dat competentie-gebaseerde formele erkenning vele voordelen heeft (World Health Organization 2018), “waaronder het vergroten van het gevoel van eigenwaarde van CHW's en het respect dat zij krijgen van andere gezondheidswerkers” (Schleiff, Aitken et al. 2021: p. 22). Momenteel bestaat er in België nog geen officieel erkende opleiding tot CHW. Bij het begin van hun tewerkstelling, ontvingen de CHWs een basisopleiding – die echter niet erkend of geaccrediteerd is. De deelnemende CHWs hebben dan ook geen certificaat van deelname of diploma gekregen dat hun vaardigheden onderschrijft. Echter, alle teams waren het eens over het feit dat het waardevol zou zijn moest er een certificaat worden voorzien dat de werkervaring van de CHWs in de praktijk erkent.

Naar de toekomst toe werd een geaccrediteerde basisopleiding met inhoudelijke en praktische componenten als een interessante piste gezien door CHWs en coaches. Zulk getuigschrift of diploma ziet men als een meerwaarde voor het waarderen van iemands loopbaan, erkenning van het werk als CHW, en verschaffen van een verder loopbaanperspectief. Voortdurende bijscholing wordt als belangrijk gezien door vrijwel alle teams. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is echter dat deze opleiding zowel toegankelijk is voor mensen met en zonder voorgaande opleiding of werkervaring en aangepast is aan de diverse instroom van CHWs. Deze bezorgdheid kon ook teruggevonden worden in een recente studie over accreditering in de Verenigde Staten. De auteurs stelden vast dat sommige CHWs de idee van accreditering steunden, terwijl anderen vreesden dat dit hun identiteit als CHW zou aantasten en het werk met de gemeenschap zou ondermijnen (Kissinger, Cordova et al. 2022). Om aan deze bezorgdheden tegemoet te komen beveelt deze studie een “vrijwillig certificeringsproces” aan “met meerdere trajecten om de toetredingsdrempels van de traditionele certificeringsprocessen te overwinnen, de identiteit van de CHW te behouden en de diversiteit binnen het personeelsbestand te beschermen” (Kissinger, Cordova et al. 2022: p. 1). De auteurs benadrukken verder ook het belang om CHWs te betrekken bij het ontwikkelen van deze accreditatieprocessen (Kissinger, Cordova et al. 2022). Naar de toekomst toe kan het interessant zijn de lessen van de Amerikaanse studie mee te nemen in het vormgeven van accreditering in de Belgische context – in samenspraak met de CHWs.

1.10. Carrière mogelijkheden

CHWs gaven aan dat deze werkervaring erg leerrijk is met betrekking tot vaardigheden, kennis en het opbouwen van een netwerk. Verder zien CHWs het ook als een waardevolle opportuniteit voor hun toekomstige arbeidsloopbaan. Verder inzetten op persoonlijke ontwikkeling en professionele groei, alsook een gevoel van autonomie strekt tot de aanbeveling volgens internationale wetenschappelijke literatuur (Colvin, Hodgins et al. 2021). CHWs gaven aan verder te willen groeien als professionele CHWs door bijkomende opleidingen te volgen.

Naast de financiële vergoeding, job-tevredenheid, rolduidelijkheid en ondersteunende supervisie leert de internationale literatuur ons dat ook carrièremogelijkheden een belangrijke bron van motivatie voor de CHWs kunnen vormen (Colvin, Hodgins et al. 2021). Op het moment van de vragenlijst en de *CHW-AIM* workshop was de verlenging van het CHW-project nog niet gekend. Op dat moment gaven vrijwel alle CHW-teams aan dat er geen promotiemogelijkheden bestaan binnen het CHW-project, behalve de doorgroeimogelijkheid in enkele teams om coach te worden. Bijkomend gaven ze aan dat de hoop heerst dat het project verduurzaamd zou worden. Bij verlenging van het project gaven teams aan dat het waardevol zou zijn om contracten van onbepaalde duur te voorzien en meer mogelijkheden te verschaffen om door te groeien of meer verantwoordelijkheden te krijgen. Een discussieteam uit de workshop vulde aan dat het ook waardevol zou zijn om op basis van deze competenties meer “zijwaartse” doorgroeimogelijkheden worden voorzien, waarbij de CHWs andere taken kunnen opnemen, zoals vormingen geven of mee werken aan beleidsontwikkeling. Naar de toekomst van het CHW-project, is een belangrijk aandachtspunt om een strategie voor groei en ontwikkeling van CHWs op te stellen, zodat CHWs de mogelijkheid hebben om zichzelf te ontwikkelen via een duidelijke loopbaanstructuur (Schleiff, Aitken et al. 2021).

2. Conclusie

Terwijl in het rapport van het eerste jaar (Masquillier, Cosaert et al. 2022) sterk werd ingezet op diepgaand kwalitatief onderzoek met een beperkte groep CHWs, coaches en mensen uit de doelgroep, krijgen alle CHWs en coaches in dit rapport van het tweede jaar ruimte om hun ervaringen en visie naar de toekomst te delen. Zo werden alle CHWs en coaches uitgenodigd deel te nemen aan de voorbereidende vragenlijst van de *CHW-AIM* workshop (Ballard, Bonds et al. 2018) en aan de kwantitatieve vragenlijsten – op basis van het werk van collega’s in de Verenigde Staten (Rodela, Wiggins et al. 2021). De lessen die werden geleerd uit deze vertaalslag van het “CHW Common Indicators Project” werden terug gecommuniceerd naar het Amerikaanse team, zodat het onderzoekswerk in dit rapport kan bijdragen aan het verbeteren van internationale indicatoren voor CHWs.

De CHWs registreerden in 2022 4901 unieke personen. Hiervan gaven ze aan dat 461 personen via een groepsinterventie in contact kwamen met de CHW. In totaal werden 20785 personen bereikt via groepsinterventies. Vrijwel evenveel mannen als vrouwen werden geholpen, met een kleine meerderheid aan mannen. De kwantitatieve data leert ons dat CHWs voornamelijk mensen bereikten met een lage socio-economische status. Zo gaf drie vierde van de personen die werden ondersteund door de CHWs aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen met diens huishoudinkomen. Iets meer

dan een derde van de personen die ondersteund worden door de CHWs had geen opleiding genoten. De personen die werden ondersteund hadden 109 verschillende nationaliteiten. De meest voorkomende barrière die mensen ervoeren in hun toegang tot zorg was deze van administratieve rompslomp, gevolgd door beperkte kennis van het gezondheidssysteem en rechten, alsook taal barrière en financiële drempels.

Gemiddeld ontving een persoon 3,25 individuele interventies. Daarnaast registreerden de CHWs ook 1186 groepsinterventies met gemiddeld 17,53 deelnemers per groepsinterventie. Binnen interventies, konden de CHWs acties registreren. In totaal werden 19600 acties geregistreerd door de CHWs, waarvan er 567 geannuleerd en opnieuw gepland werden. Van de 19033 acties die werden uitgevoerd, gaven de CHWs aan dat ze het meest de rol “bruggenbouwen tussen individuen, gemeenschappen en gezondheidsactoren” opnamen, nauw gevolgd door het “bieden van coaching en sociale steun” en “navigatie in het gezondheidssysteem” (cf. Hoofdstuk I). In gesprek met CHWs, werd het echter duidelijk dat deze onderverdeling niet altijd even helder is en registratie bijgevolg niet altijd optimaal en eenduidig over de regio's heen werd volbracht.

In 2022 werd er verder gebouwd op de fundamenten die werden gelegd in het eerste jaar, met aandacht voor onder andere het verduidelijken van de rollen van de CHW en coach, alsook de eerste stappen van een structureel signalenbeleid en de ontwikkeling van een nieuwe registratietool – dit alles in samenspraak met CHWs. Deze aspecten zijn erg belangrijk voor het verder verbeteren van CHW-programma's (Lewin, Lehmann et al. 2021). In het derde jaar dient hier verder op gebouwd te worden. Zo strekt het tot de aanbevelingen om de rollen die werden ontwikkeld, verder te verfijnen in samenspraak met CHWs, verder toe te lichten in training naar CHWs en coaches, verder te communiceren naar mensen uit de doelgroep en zorgactoren, te optimaliseren in de registratietool, alsook hieraan taken en kerncompetenties te koppelen en training op af te stemmen. Met betrekking tot het verder optimaliseren van de registratietool is het belangrijk deze in samenspraak met de CHWs verder aan te passen, bijvoorbeeld, om op toegankelijke wijze de gezondheidsnoden en gebruik van gezondheidszorg in kaart te brengen. Ook is er bijkomende training nodig alsook uitwisselingsessies over de regio's heen om een uniforme registratie te stimuleren. In het derde jaar is het belangrijk om het structurele signalenbeleid volledig te doorlopen en te optimaliseren op basis van de ervaring op het terrein.

Internationaal is er een sterke aandacht voor het verder professionaliseren van CHW-programma's met een focus op onder meer een goede verloning, supervisie, opleiding en ondersteunende materialen (Community Health Impact Coalition 2023). Bij deze beweging naar professionalisering is het belangrijk naast meer “technische kennis” ook de “*indigenous knowledge*” te erkennen en te versterken – kennis en vaardigheden opgedaan door levenservaring van CHWs over de “de culturele normen en de middelen en behoeften op het gebied van gezondheid van hun gemeenschap” (Pinto, da Silva et al. 2012: p. 2). Een grondig uitgebouwd opleidingsaanbod voor CHWs en coaches – met aandacht om deze geleefde ervaring van CHWs te erkennen en te versterken – is een belangrijk werkpunt voor het derde jaar. Verder is het belangrijk naar de toekomst in te zetten op de volgende zaken: (1) het verder exploreren hoe de gemeenschap meer betrokken kan worden bij het CHW-project; (2) het in kaart brengen, kritisch evalueren en optimaliseren van de ondersteunende materialen over de regio's heen; (3) het uitwerken van een ontwikkelingsplan voor het versterken van

competenties op maat van elke CHW; (4) de uitbouw van accreditatie- en carrière mogelijkheden; (5) voorzien van verdere ondersteuning van coaches en bekijken hoe coaches de kwaliteit van dienstverlening van CHWs nog meer kunnen opvolgen; (6) verder inzetten op de aansluiting bij de eerstelijnsgezondheidszorg; en (7) scherper stellen van de missie en visie van het CHW-project. Belangrijk bij het aanpakken van deze uitdagingen is verder blijven inzetten op de betrokkenheid van de CHWs en meer uitwisseling te faciliteren tussen de regio's om van elkaar te leren en elkaar te versterken.

Het project werd op het einde van 2022 verlengd voor drie jaar, wat een belangrijke stap is in het verder uitbouwen van een duurzaam CHW-kader. Vanuit het beleid dient er verder in gezet te worden op een lange termijn beleidsvisie en duurzame financiering om het werk van CHWs verder te versterken zodat zij mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden blijvend kunnen ondersteunen in hun toegang tot zorg (Masquillier and Cosaert 2022, Wintrup 2022). De nood aan de ondersteuning zal immers blijven bestaan en zal mogelijk groeien door de veranderende economische omstandigheden en migratiebewegingen.

VI. Bronnen

- 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.
- American Public Health Association (2014). "Support for community health worker leadership in determining workforce standards for training and credentialing." Policy Statement 201414.
- Ballard, m., m. Bonds, j. Burey, h. s. f. Dini, j. Foth, r. Furth, k. Fiori, i. Holeman, t. Jacobs, a. Johnson, n. Kureshy, j. Lyons, s. Malaba, p. Palazuelos, m. Raghavan, a. Rogers, r. Schwarz and j. Zambrun. (2018). "CHW AIM: UPDATED PROGRAM FUNCTIONALITY MATRIX FOR OPTIMIZING COMMUNITY HEALTH PROGRAMS. ."
- Ballard, M., H. E. Olsen, A. Milllear, J. Yang, C. Whidden, A. Yembrick, D. Thakura, A. Nuwasiima, M. Christiansen and D. J. Ressler (2022). "Continuity of community-based healthcare provision during COVID-19: a multicountry interrupted time series analysis." *BMJ open* 12(5): e052407.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (2022). DOC 55 2934/012: Algemene Beleidsnota Volksgezondheid. Brussel: 102.
- Cheng, L. J., R. L.-Y. Tan and N. Luo (2021). "Measurement properties of the EQ VAS around the globe: a systematic review and meta-regression analysis." *Value in Health* 24(8): 1223-1233.
- 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.
- Community Health Impact Coalition (2023). Annual Report 2022: p. 33.
- Crigler, L., K. Hill and R. Furth (2013). "Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix." Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project.
- Eerstelijnszone Gent. (2022). "Beleidssignalen." from <http://www.beleidssignalen.be/index.php/signalenproces>.
- Furth, R. and L. Crigler (2012). "Improving CHW program functionality, performance, and engagement: operations research results from Zambia." Research and evaluation report. USAID health care improvement project.
- 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.
- 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.
- Hoffman, E. (2002). *Interculturele gespreksvoering: theorie en praktijk van het TOPOI model*, Bohn Stafleu van Loghum.
- Kickbusch IL, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. *The solid facts: Health literacy*. Denmark: The World Health Organisation Regional Office for Europe. 2013.
- Kissinger, A., S. Cordova, A. Keller, J. Mauldon, L. Copan and C. S. Rood (2022). "Don't change who we are but give us a chance: confronting the potential of community health worker certification for workforce recognition and exclusion." *Archives of Public Health* 80(1): 1-13.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Masquillier, Cosaert and Wouters (2022). *Community health workers in België – rapport 2021*. University of Antwerp. Antwerp: 150.
- Masquillier, C. and T. Cosaert (2022). "Community health workers: A sustainable health system innovation or just an emergency response?" *Frontiers in Public Health* 10.
- Nutbeam, Don. "The evolving concept of health literacy." *Social science & medicine* 67, no. 12 (2008): 2072-2078.
- Olaniran, A., A. Banke-Thomas, S. Bar-Zeev and B. Madaj (2022). "Not knowing enough, not having enough, not feeling wanted: Challenges of community health workers providing maternal and newborn services in Africa and Asia." *Plos one* 17(9): e0274110.
- Olaniran, A., H. Smith, R. Unkels, S. Bar-Zeev and N. van den Broek (2017). "Who is a community health worker?—a systematic review of definitions." *Global health action* 10(1): 1272223.
- 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.
- Pinto, R. M., S. B. da Silva and R. Soriano (2012). "Community health workers in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors." *Social science & medicine* 74(6): 940-947.
- Rapp, C. A., D. Saleebey and W. P. Sullivan (2006). "The future of strengths-based social work." *Advances in social work: Special issue on the futures of social work* 6(1): 79-90.
- 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.
- Santos, R. C. d. and P. C. d. Albuquerque (2023). "Community Health Workers: what do international studies tell us?" *Ciência & Saúde Coletiva* 28: 501-520.
- 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.

- The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project (2018). The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project: A Report of the C3 Project: Phase 1 and 2 Texas Tech University Health Sciences Center El Paso: 31.
- 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.
- Vlaams Instituut Gezondleven. (2022). "Sociale Determinanten van Gezondheid." from <https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/sociale-determinanten-van-gezondheid#:~:text=Wat%20zijn%20sociale%20determinanten%20van,belangrijke%20invloed%20uitoefenen%20op%20gezondheid>.
- 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.
- Wiggins, N., D. Johnson, M. Avila, S. A. Farquhar, Y. L. Michael, T. Rios and A. Lopez (2009). "Using popular education for community empowerment: perspectives of Community Health Workers in the Poder es Salud/Power for Health program." Critical Public Health 19(1): 11-22.
- Wintrup, J. (2022). "Health by the people, again? The lost lessons of Alma-Ata in a community health worker programme in Zambia." Social Science & Medicine: 115257.
- World Health Organization (2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes, World Health Organization.