

Community health workers in België

Rapport
2023



Dankbetuiging:

De auteurs willen graag alle *community health workers*, coaches en coördinatoren hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport en hun deelname aan het onderzoek.

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

Auteurs:

Hoofdstuk 1: Implementatie CHW-programma in België: update 2023

Apers Hanne & Mullié, Karen

Hoofdstuk 2: Onderzoek

Apers Hanne, Masquillier Caroline, Van Iseghem Tijs en Wouters Edwin

Hoofdstuk 3: Signalenbundel

Mullié Karen (op basis van de inbreng van coaches en coördinatoren)

Hoofdstuk 4 : Rapport Verslaving en middelengebruik

Pauwels Debby & Céline Deville

Gelieve naar het rapport te verwijzen als:

Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline (2024) Community health workers in België – rapport 2023, Universiteit Antwerpen: Antwerpen, 130 p., ISBN: 9789057288272

Wettelijk depotnummer: D/2023/12.293/46

Illustratie Cover: Elise Buntinx

Voorwoord

Beste lezer,

2023 was weer een boeiend jaar. We hebben ons team van *community health workers (CHW)*, coaches en coördinatoren nog versterkt. Dat heeft ons toegelaten een aantal belangrijke mijlpalen te bereiken.

Dit jaar hebben we ook afscheid moeten nemen van onze Antwerpse collega Benedict Mayuku. Benedict was door iedereen graag gezien. Hij was een baken van vertrouwen voor zijn collega's. We zullen hem blijven herinneren als een zeer trotse CHW, die een grote invloed heeft gehad op ons allemaal.

Ik wil jullie graag enkele van mijn persoonlijke hoogtepunten van het afgelopen werkjaar meegeven:

- Er was **de verlenging van het project**, ditmaal niet met één jaar maar met drie jaar. Dit was een belangrijke stap om onze zeer gemotiveerde collega's meer stabiliteit te bieden en een aantal structurele zaken in beweging te zetten richting verduurzaming van de functie van *community health worker* in het zorg- en welzijnslandschap.
- Met een enthousiast team van stuurgroepleden en coördinatoren hebben we **de missie- en visie oefening** voor het CHW-programma aangevat. Deze strategische oefening moet borg staan voor een heldere en duidelijke richting die we uit willen gaan met het programma. Het resultaat gaan we volgend jaar afdroegen bij onze *community health workers* en coaches.
- De talrijke **presentaties en lezingen, nationaal én internationaal**, waar onze CHW zelf het woord namen en met fierheid hun werk voorstelden, waren stuk voor stuk hoogtepunten. De positieve respons die ze elke keer opnieuw kregen, was hartverwarmend.
- Ook **de awards** die sommige CHW mochten ontvangen in de stad waar ze werkzaam zijn, waren een mooie erkenning voor het waardevolle werk dat ze leveren.
- De **twee samenkomstdagen**, waar we alle CHW over de grenzen van hun team en/of regio heen samenbrachten, waren superboeiend met interessante workshops en discussies rond thema's die ons allen bezighouden, zoals samenwerking en *outreaching* werken. Het waren telkens ook belangrijke momenten van verbinding die zorgen voor teamkracht.
- **Samenwerken** blijft een onmisbaar onderdeel van de CHW-werking. We bouwden bestaande samenwerkingen verder uit en gingen nieuwe samenwerkingen aan. We hebben ook de brug gemaakt naar projecten geïntegreerde zorg. Voor het onderzoek van UAntwerpen lag de focus dit jaar op samenwerkingen en tools, waarvan de resultaten ons naar volgend jaar toe opnieuw gaan inspireren om het nog beter te doen.
- Onze eerste voorzichtige **bundel met structurele signalen** is ook terug te vinden in dit rapport.
- En onze **verslavingscoördinatoren** waren welgekomen nieuwkomers dit jaar.

Al die successen en realisaties zijn vooral te danken aan het harde werk van ons hele team. We hebben dit jaar mooie vooruitgang geboekt en ik wil alle *community health workers*, coaches, coördinatoren en leden van de stuurgroep bedanken voor hun energie en inzet om het CHW-programma vooruit te helpen.

Ook voor 2024 hebben we al mooie plannen en vooruitzichten, ons verhaal is zeker nog niet uitverteld.

Bedankt allemaal voor weer een geweldig jaar. Ik kijk ernaar uit om in 2024 met jullie allemaal opnieuw grenzen te verleggen.

Karen Mullié

Federaal coördinator CHW-programma

Inhoud

Voorwoord.....	2
Inleiding	6
Doel & opbouw rapport.....	6
Het CHW-programma in een notendop.....	6
Doelstelling CHW-programma	7
HOOFDSTUK 1 Implementatie CHW-programma in België: update 2023.....	8
1. Definities en rolomschrijvingen	9
1.1. Definitie CHW	9
1.2. Rolbeschrijving CHW, coach en coördinator.....	9
2. Opvolging structurele signalen inzake toegankelijkheid.....	10
2.1. Kader signalenbeleid.....	10
2.2. Procesflow signalen	11
3. CHW in de kijker	11
3.1. Awards	12
3.2. Presentaties en lezingen	12
3.3. Media.....	14
4. Wijzigingen in de structurele omkadering	16
4.1. Wijzigingen in bestuursstructuur	16
5. Wijzigingen in personeelszaken	20
5.1. Rekrutering	20
5.2. Opleidingen.....	21
5.3. Meetings, intervisies en samenkomstdagen.....	25
5.4. Vergoeding.....	27
5.5. Carrière mogelijkheden	27
5.6. Preventie.....	28
6. Wijzigingen in ondersteunende zaken.....	28
6.1. Logistieke ondersteuning.....	28
6.2. Analyse van de data uit de registratietool	29
7. Wijzigingen in implementatie op het terrein	34
7.1. Uitbreiding werkgebied CHW	34
7.2. Samenwerkingen (op verschillende programmaniveau's).....	35
HOOFDSTUK 2 Onderzoek	36

1.	Situering in de wetenschappelijke literatuur	37
1.1.	Samenwerkingen	37
1.2.	Tools	40
1.3.	Onderzoeksvragen	41
2.	Methodologie	41
2.1.	Ethische goedkeuring.....	41
2.2.	Geïnformeerde toestemming	41
2.3.	Mixed-methods onderzoek.....	41
2.4.	Selectie van de respondenten	43
2.5.	Dataverzameling en - analyse	43
3.	Resultaten.....	43
3.1.	Samenwerkingen op federaal niveau.....	44
3.2.	Samenwerkingen op regionaal niveau.....	44
3.3.	Samenwerkingen op lokaal niveau.....	48
3.4.	Tools	63
4.	Discussie	67
4.1.	Samenwerkingen	67
4.2.	Tools	72
5.	Beperkingen onderzoek.....	73
6.	Aanbevelingen	74
6.1.	Aanbevelingen samenwerkingen	74
6.2.	Aanbevelingen Tools.....	75
7.	Referenties.....	76
	HOOFDSTUK 3 Bloemlezing van structurele signalen	79
1.	Digitalisering werkt onbedoeld uitsluiting in de hand.....	80
2.	Afbouw fysieke dienstverlening en gebruik van keuzemenu's ingeval van telefonische contactname.....	82
3.	Ontoereikend betaalbaar aanbod specialistische zorg	84
4.	Ontoereikend aanbod huisartsen	87
5.	Toegankelijkheidsproblemen van organisaties	89
6.	Mobiliteit vormt een grote uitdaging	92
7.	Discriminatie van doelgroep door zorg- en welzijnsorganisaties.....	94
8.	Geen/onvoldoende erkenning van de functie van CHW door sommige zorgverleners en welzijnsdiensten.	95

9.	Gebrek aan cultuursensitieve zorg	96
10.	Zorg aan vluchtelingen en mensen met medische kaart	97
11.	Onvoldoende aandacht voor duidelijke en praktisch bruikbare informatie op maat van de doelgroep over de werking van het gezondheidszorgsysteem binnen het inburgeringsproces	98
12.	Zorgondersteuning voor alleenstaande ouders met kinderen met een handicap.	98
HOOFDSTUK 4 Rapport Verslaving en middelengebruik		100
1.	Vlaanderen.....	101
1.1.	Informatieverzameling.....	101
1.2.	Feedback coaches.....	101
1.3.	Feedback <i>community health workers</i>	102
1.4.	Netwerking	104
1.5.	Conclusie.....	107
2.	Brussel en Wallonië	108
2.1.	Inleiding	108
2.2.	Verhalend en chronologisch verslag van activiteiten.....	108
2.3.	Projectdoelstellingen en -prioriteiten bewaken.....	117
2.4.	enkele eerste signalen en aanbevelingen	119
Bijlage 1 – Rollen van federale en regionale coördinator – in detail.....		121
Bijlage 2 - Tabel ‘CHW in de kijker’		122
Bijlage 3 – Tabel Opleidingen (thematische categorisatie)		126

Inleiding

Doel & opbouw rapport

In dit rapport brengen we de activiteiten van het derde jaar van het *Community Health Worker* (CHW) meerjarenprogramma in kaart. Het rapport heeft verschillende doelen: in een eerste hoofdstuk biedt het rapport een overzicht van de implementatie van het CHW-programma in 2023 en wijzigingen in die implementatie ten opzichte van vorig jaar. In een tweede hoofdstuk focust dit rapport op de resultaten van een onderzoek waarin de focus ligt op de samenwerkingen en het gebruik van tools in het CHW-programma. In het derde hoofdstuk kan de bundel met structurele signalen teruggevonden worden. En in het vierde en laatste hoofdstuk komt het rapport 'Verslaving en Middelengebruik' aan bod.

Het CHW-programma in een notendop

Hieronder wordt kort ingegaan op het CHW-programma en het ontstaan ervan, ter inleiding van dit rapport. Voor een uitgebreide bespreking verwijzen we graag naar de vorige jaarrapporten (Masquillier, Cosaert, & Wouters, 2022; Masquillier & Wouters, 2023) die terug te vinden zijn op de website, <https://www.chw-intermut.be/>. In deze documenten wordt een volledig overzicht gegeven van het ontstaan van het programma, de doelstellingen, enzovoort.

Op initiatief van Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke, werd op 15 januari 2021 het programma '*Community Health Workers* in België' goedgekeurd door de Federale Ministerraad. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Nationaal InterMutualistisch College (NIC) kregen de opdracht om het programma vorm te geven. In tien steden in Vlaanderen (Antwerpen, Genk, Gent, Oostende en Tienen), Brussel, Wallonië (Charleroi, Liège en Verviers-Dison) en de Duitstalige gemeenschap (Eupen en Kelmis) gingen CHW aan het werk. Na een positieve evaluatie in december 2021 en 2022, werd door het Verzekeringscomité van het RIZIV beslist om het programma te verlengen, ditmaal niet enkel voor één jaar maar direct voor drie jaar, meer bepaald tot december 2025. Dit creëerde de gevraagde en noodzakelijke ruimte die nodig was om de medewerkers wat meer stabiliteit te garanderen op middellange termijn. Ook voor de werking van het CHW-programma was deze beslissing essentieel om meer structurele zaken vast te pakken.

CHW hebben de taak om mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties de nodige begeleiding te geven en de weg te wijzen naar en in de Belgische gezondheidszorg, en helpen zo gezondheidsongelijkheden te verminderen. Ze zoeken mensen op en leggen contacten om hen te informeren over gezondheid en gezondheidszorg. De CHW is zelf lid van de gemeenschap waarin hij of zij actief is of heeft er een bijzonder goede band mee en beschikt daardoor over een uitgebreide kennis van die gemeenschap. Bovendien geniet hij of zij daardoor van een aanzienlijk vertrouwen door de leden in de gemeenschap. Door deze vertrouwensrelatie fungeert de CHW als de geknipte verbindingspersoon tussen de gezondheids- en welzijnsdiensten en gemeenschappen in kwetsbare wijken. Bovendien zijn CHW in staat om de barrières te identificeren waarmee deze gemeenschappen worden geconfronteerd en kunnen zij deze signaleren.

Om CHW hun opdracht optimaal te laten uitvoeren en ondersteuning op het terrein te bieden, is een goede omkadering van groot belang. De CHW-teams worden daarom bijgestaan door coaches, die de dagelijkse leiding op zich nemen. Binnen elke regio, is een regionale coördinator actief, die de coaches aanstuurt en de werking in alle regionale steden overziet. Het programma wordt overkoepelend geleid door een projectteam, onder toezicht van de federale coördinator, en een federale stuurgroep. Daarnaast volgt een begeleidingscomité van het RIZIV het programma op.

Doelstelling CHW-programma

In 2023, bleven het doel en de kernopdracht van het programma ongewijzigd (zie voor meer info Masquillier & Wouters, 2023 pagina 8). Ook in 2023 wordt verder ingezet op het verbeteren van de toegankelijkheid tot de eerstelijnsgezondheidszorg voor kwetsbare groepen. Het outreachend inzetten van *community health workers* die lid zijn van of een vertrouwde band en een goede kennis hebben van de gemeenschap waarin ze werken, blijft hiervoor de beste methodiek. 'Kwetsbare groepen' zijn 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.

Om dit doel te bereiken, voert het CHW-programma de volgende opdrachten uit:

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.

In 2022 bleek er vanuit de CHW-teams een grote vraag naar een duidelijke missie en visie van het CHW-programma. Dit zou onder andere de communicatie met (mogelijke) samenwerkingspartners vergemakkelijken. Daarom kwamen de federale stuurgroep en het projectteam in 2023 twee dagen fysiek samen, om een missie, visie, waarden en strategie van het CHW-programma te bepalen. Twee facilitatoren werden ingeschakeld om deze oefening te begeleiden. In een volgende fase zullen deze missie, visie en de geformuleerde doelstellingen afgetoetst worden met de CHW en coaches en zal een gericht actieplan opgesteld worden om deze doelstellingen te verwezenlijken. Dit strategisch kader zal de basis vormen voor alle verdere acties in 2024 en 2025.

HOOFDSTUK 1

Implementatie CHW- programma in België: update 2023

In het volgende deel wordt een gedetailleerde update gepresenteerd over de implementatie van het CHW-programma in België. Ook in het afgelopen werkjaar waren er significante ontwikkelingen en aanpassingen in het streven naar het versterken van de rol van CHW in de verschillende regio's. Deze update biedt een overzicht van de recente vooruitgang, uitdagingen die zijn aangepakt en strategieën die zijn ingezet om de gestelde doelstellingen te verwezenlijken.

1. Definities en rolomschrijvingen

In dit deel wordt er verduidelijking gegeven aan de essentiële definities en rolomschrijvingen die centraal staan in het CHW-programma.

1.1. Definitie CHW

In het tweede programmajaar (2022) werd samen met de CHW, coaches en coördinatoren een definitie geformuleerd van *community health worker* in de Belgische context (cfr. Masquillier & Wouters, 2023 pagina 7). Deze definitie blijft onveranderd:

“Een community health worker (CHW) helpt om gezondheidsongelijkheden te verminderen. De CHW staat in de frontlinie en beschikt over een transculturele houding. 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 voor gezondheid op het leven van patiënten en hun zorg.”

1.2. Rolbeschrijving CHW, coach en coördinator

In reactie op de onduidelijkheid over rollen in het eerste programmajaar, zoals beschreven in het eerste rapport (Masquillier et al., 2022), werd in het tweede jaar een aanzienlijke inspanning geleverd om de rolomschrijvingen van de CHW en coach te verduidelijken (zie Masquillier & Wouters 2023, pagina 9 en verder). In 2023 zijn de rolomschrijvingen voor de CHW onveranderd gebleven, maar werd nagedacht over de manier waarop ze in de registratietool kunnen worden vastgelegd om beter aan te sluiten bij de realiteit op het terrein. Deze aanpassingen zijn besproken in een gemengde werkgroep, CHW, coaches en coördinatoren uit verschillende regio's. De volledige analyse ligt klaar om in 2024 ook effectief gerealiseerd te worden in de registratietool.

De rol van de coach bleef eveneens onveranderd. De coach geeft coaching aan de CHW en is verantwoordelijk voor het bijhorende personeelsbeheer. Daarnaast zetten ze in op het uitbouwen en onderhouden van het lokale gezondheids- en zorgnetwerk, en helpen het CHW-programma verder uit te werken door o.a. deelname aan werkgroepen, te helpen bij de verdere ontwikkeling en verbetering van werkprocedures of nog door bij te dragen aan het structureel signalenbeleid dat verder wordt uitgetekend en elk jaar meer vorm krijgt.

Dit jaar werd ook een rolomschrijving voor de coördinatoren toegevoegd. Aangezien het programma nationaal wordt uitgerold en actief is in verschillende Belgische regio's, namelijk Vlaanderen, Brussel, Wallonië en de Duitstalige gemeenschap, vereist dit een sterke coördinatie op zowel nationaal niveau (federaal coördinator) als op regionaal niveau (regionaal coördinator). Beide coördinatierollen dragen

significant bij aan het programma. Een gestandaardiseerde, overkoepelende aanpak heeft namelijk voordelen wat betreft het behoud van overzicht, monitoring en de planning van activiteiten (Hodgins et al., 2021). Tegelijkertijd kan een meer gedecentraliseerde, regionale coördinatie ervoor zorgen dat de rollen en taken CHW beter aansluiten bij lokale behoeften in de specifieke regio's met hun eigen context en doelgroepen (Glenton, Javadi, & Perry, 2021). De gedetailleerde rollen voor de federale en regionale coördinator zijn terug te vinden in bijlage 1.

In de Intermut werkgroep Human Resources (HR) werd op basis van deze rolomschrijving een salarisschaal voor de rol van coördinator uitgewerkt die ook goedgekeurd werd door het managementteam van I.M. vzw. Tot nu toe werd deze functie altijd ingevuld door een medewerker van een van de ziekenfondsen. Er werd een forfaitair bedrag voorzien per coördinator. Het voorziene bedrag voor de coördinatierol dekte echter niet de volledige loonkost van de coördinatoren, het resterende bedrag werd gedragen door de Christelijke Mutualiteit (CM), Solidaris en MLOZ, die de coördinatoren aanleverde. Vanaf 2024 zal Houria Bounouch, momenteel werkzaam als coach, doorgroeien naar de functie van regionaal coördinator in Brussel. Aangezien zij op de loonlijst van IM staat, de werkgever van de CHW en coaches, was een weloverwogen salarisschaal voor de rol van coördinator noodzakelijk. De rol van federale en van de regionale coördinator voor Wallonië en Vlaanderen zal in principe tot eind 2025 verder ingevuld worden door een persoon, werkzaam bij één van de ziekenfondsen.

2. Opvolging structurele signalen inzake toegankelijkheid

Een van de doelstellingen van het CHW-programma bestaat in het signaleren van structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze signalen worden gecapteerd vanuit de verhalen en de hulpvraag van de mensen die de CHW bereiken en door de samenwerking met een sterk netwerk.

Daarnaast is 'Opkomen voor individuen en gemeenschappen' één van de 8 rollen van de CHW. Dit omvat volgende opdrachten:

- de behoeften en visie op gezondheid van gemeenschappen onder de aandacht brengen van gezondheidsactoren en beleidsmakers door te pleiten voor maatschappelijke verandering.
- 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.
- 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.

Het spreekt dan ook voor zich dat het verder uitwerken van een plan van aanpak om deze doelstelling en opdracht te realiseren, ook in 2023 één van de uitdagingen was.

2.1. Kader signalenbeleid

De CHW worden van bij de start in 2021 geconfronteerd met structurele problemen. In de voorbije rapporten werden al enkele structurele signalen opgenomen. Maar het is belangrijk om een goed doordacht proces te voorzien opdat deze signalen op een meer gestructureerde manier samengebracht worden en op een meer efficiënte manier aan het beleid kunnen overgemaakt worden. Uiteindelijke doel is om samen oplossingen en verbeteringen te zoeken waar iedereen en in de eerste plaats de mensen die leven op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden beter van worden.

Ook voor de CHW zelf is het heel belangrijk om structurele signalen te kunnen doorgeven en te weten dat deze ook op een efficiënte manier doorstromen naar het beleid. Zij lopen in hun dagdagelijkse praktijk regelmatig tegen zaken aan waar ze vanuit hun eigen rol geen rechtstreekse impact op hebben maar die wel soms heel blokkerend zijn om hun werk goed te kunnen doen en de mensen ook echt verder te kunnen helpen.

2.2. Procesflow signalen

In het tweede projectjaar werd onderzocht hoe het project op een gestructureerde manier kon omgaan met deze signalen. Er werd een strategie ontwikkeld om signalen van CHW en coaches systematisch vast te leggen. In een werkgroep, bestaande uit CHW, coaches, coördinatoren en een onderzoeker, werd een gestructureerde aanpak opgezet, bestaande uit verschillende fases met verschillende uitvoerders per fase (cfr. Masquillier & Wouters, 2023).

De eerste fases van dit proces werden in 2022 opgestart. In 2023 werden deze verder verfijnd. Zo werd het aanmeldingsformulier dat door de coach wordt ingevuld, geoptimaliseerd. Ook werden overkoepelende thema's geïdentificeerd die toelaten om de signalen meer te clusteren.

Daarnaast werden er twee interessante overlegmomenten georganiseerd met de dienst ervaringsdeskundigen van de programmatorische federale overheidsdienst Maatschappelijke integratie (POD MI), om elkaars werkwijze inzake het capteren en opvolgen van structurele signalen beter te leren kennen. Aangezien voor beide diensten het structureel signalenbeleid nog in volle ontwikkeling is, zal de onderlinge afstemming in 2024 zeker verdergezet worden om van elkaar te leren en op termijn te kijken op welke manier beide programma's elkaar ook op vlak van signalenbeleid kunnen versterken.

In 2023 is het proces dus nog in volle ontwikkeling en ook 2024 zullen we stappen vooruitzetten. Enkele belangrijke signalen zijn samengebracht in een eerste versie van 'signalenbundel' waarin werd aangegeven of deze signalen zich lokaal, regionaal en/of interregionaal voordoen. Deze bundel is verder in dit rapport te vinden, onder hoofdstuk 3.

3. CHW in de kijker

Ook in 2023 stonden CHW regelmatig op verschillende manieren in de kijker. In bijlage 2 vind je een gedetailleerd overzicht van deze boeiende momenten terug. In wat volgt, worden enkele belangrijke momenten toegelicht.

3.1. Awards

Het jaar begon bijzonder positief met de toekenning van een award aan de Antwerpse CHW tijdens het Gala van de Gouden Reusken in Borgerhout. Dit gala verkiest jaarlijks een lokale held, en in 2023 waren de CHW aan de beurt.



Ook in Tienen werden de CHW beloond: in maart won het lokale CHW-team de Culturele Diversiteitsaward 2023. Ze kregen deze onderscheiding binnen de categorie 'organisatie die bijdraagt aan een divers, participatief, solidair en respectvol Tienen', waar meer dan 900 inwoners van Tienen hun stem op uitbrachten.



3.2. Presentaties en lezingen

Het CHW-programma werd meermaals in de verf gezet tijdens verschillende presentaties en lezingen. Op 21 februari werd de werking voorgesteld door de federale coördinator en het Brusselse CHW-team tijdens een webinar op 'Les midis scientifiques', georganiseerd door Be.Hive, waar zowel onderzoekers als eerstelijnsprofessionals aanwezig waren, evenals leden van AviQ en Brusano. Een week later presenteerden de Vlaamse coördinator en een CHW het CHW-programma aan de medewerkers van Solidaris Vlaanderen tijdens hun WeConnect-evenement. In mei werd het CHW-programma op verschillende manieren belicht tijdens *The International Conference on Integrated Care 2023 (ICIC23)*.

Zo was er onder meer een workshop die begeleid werd door CHW-medewerkers samen met een vertegenwoordiger van de gezondheidskiosk te Antwerpen, met wie het CHW-programma prachtig samenwerkt, en de Academie voor de eerste lijn en Be.Hive die vanuit hun expertise inzake geïntegreerde zorg, mee voor een heel mooie synergie en inhoud zorgden. Daarnaast werden de bevindingen van de *Photovoice*-studie uit 2021 gepresenteerd, en was er een videovoorstelling waarin een CHW gevolgd werd tijdens zijn dagelijkse werkzaamheden. In het kader van de European Public Health Week 2023, die plaatsvond van 22 tot 26 mei, organiseerde de Vlaamse CHW-coördinator een presentatie en rondetafeldiscussie tijdens het virtuele evenement "*Intersectionality and healthcare lessons learned from Resistiré*".

In juni vertegenwoordigde UA-onderzoekster Caroline Masquillier het CHW-programma op twee internationale evenementen in de Verenigde Staten: het '*CHW Indicators Project advisory board*' en de *Global Community Health Annual Workshop*. Hiermee werden diverse academici, beleidsmakers, gezondheidsmedewerkers en andere geïnteresseerden in het veld bereikt. Het internationale publiek werd ook in november bereikt door middel van een posterpresentatie op de American Public Health Association Conference. Op 23 november gaf de coach van CHW-team Gent een boeiende presentatie op het seminarie 'Migratie en mentale gezondheid' (in organisatie van Instituut Tropische Geneeskunde en Universiteit Antwerpen). Hier werden niet alleen het CHW-programma uit de doeken gedaan, maar ook het initiatief '*Ericare*', een groepstherapie rond migratie, trauma en veerkracht in het Tigrinya en Nederlands. Dit initiatief is voortgevloeid uit de samenwerking van CHW-team Gent met Open Netwerk VZW. Onderzoekster Hanne Apers en CHW Iuliia Volokha uit Tienen verzorgden op 28 november een presentatie over het CHW-programma en de eerste resultaten van het onderzoek 2023 op de Conferentie van de Eerste Lijn.



3.3. Media

Ook in de online en geschreven media stonden de CHW in de schijnwerpers. In enkele interviews lichtten de CHW toe welke structurele barrières er bestaan bij de toegang tot gezondheidszorg, hoe hun dagelijkse werk eruitziet en waarom het werk van CHW zo cruciaal is. Zo verscheen in het eerste nummer van het SAAMO-magazine van 2023 een uitgebreid artikel over de CHW-werkzaamheden in Oostende. Twee Oostendse CHW, Roos en Najia, deelden in een interview hun ervaringen en prijken zelfs op de cover van het tijdschrift. Daarnaast werd Fanny, een Brusselse CHW, geïnterviewd voor de website van CBCS, met als titel 'Des Community Health Workers pour pallier au non-recours?'. Ook Olivier, CHW in Eupen en Kelmis, werd in de kijker gezet in het lokale magazine 'Kelmis Magazin'. In Charleroi verscheen er een krantenartikel naar aanleiding van de verlenging van het CHW-programma. In dat artikel werd de noodzaak van het CHW-werk belicht, en hoe het lokale CHW-team te werk gaat.



Des Community Health Workers pour pallier au non-recours ?

Depuis 2021, les facilitateurs en santé, ou Community Health Workers, aident les personnes vulnérables à trouver leur chemin vers la première ligne d'accompagnement et de soins. Subventionnés par le fédéral et engagés via les mutuelles, leur travail se déploie sur toute la Belgique. À Bruxelles, c'est une équipe mobile de 11 personnes qui se répartit le territoire par commune. Parmi elles, Fanny Wancket couvre le territoire de la commune de Bruxelles-ville et de Neder-Over-Hembeek. Une profession qui en dit long sur l'état de nos institutions de santé !



Par Adeline Thollot - interview réalisée en mai 2023

KELMIS MAGAZIN Juli 20

GESUNDHEIT FÜR ALLE



Les facilitateurs en santé "pour se soigner sans trop dépenser"

RÉGION DE CHARLEROI

Le projet intermutuelles "Facilitateurs en santé" prolongé pour trois ans au moins.

C'est une bonne nouvelle pour les "facilitateurs en santé" de Charleroi, ceux répartis sur l'entier du pays mais surtout pour les personnes éprouvant

des difficultés à se faire soigner: le projet a été reconduit pour trois ans. Même si ce service n'est pas le plus connu du grand public, il est fondamental pour l'accès à la santé des personnes

fragilisées ou en situation de précarité. Il s'agissait d'un projet pilote du ministre fédéral de la Santé, Frank Vandendriessche, qui a su démontrer son utilité. Sur Charleroi, l'équipe composée de cinq personnes est coordonnée par Frédéric Lion, gestionnaire de projets pour le service promotion à la santé chez Solidaritis. "Les facilitateurs

en santé ou Community Health Workers est un projet intermutuelles destiné à favoriser l'accès à la santé aux personnes précarisées. Le choix de l'implantation et celui des actions sont déterminés sur base des indices socio-économiques."

Un accompagnement sur mesure pour les personnes les plus précarisées.

Bien que le projet soit intermutuelles, à Charleroi, c'est Solidaritis qui en a la coordination tout comme c'est la mutualité chrétienne qui a la coordination sur le territoire liégeois. "La base de notre action est de faire en sorte que les personnes puissent accéder facilement à la santé pour se faire soigner sans trop dépenser. Sur base d'une étude, nous avons sélectionné des quartiers pour être aujourd'hui actifs sur 26 quartiers au total dont 10 à Charleroi et 7 sur Châtelet. Il est important de préciser que nous ne sommes pas seulement actifs uniquement sur des quartiers pré-définis. Si on remarque qu'une famille a besoin de notre aide, nous sommes là."

été fait afin de faire connaître le projet. "Pour nous faire connaître, nous avons tissé des liens avec des acteurs locaux comme les Restos du Cœur, la Croix-Rouge, le CRIC ou encore Saint-Vincent de Paul. Quand ils constatent qu'une personne éprouve des difficultés pour avoir accès à la santé, ils nous sollicitent. Certains nous ont ouvert leur porte pour y avoir des permanences. Il y a aussi la mairade, pratique pour aller directement à la rencontre des gens."

Concrètement, les facilitateurs en santé sont présents à diverses équipes, avant, pendant et après les soins. Ils accompagnent le public dans le choix d'une mutuelle, l'une des premières étapes afin de se faire soigner et retoucher une partie. Savoir si une personne a également un médecin traitant. "Nous cherchons à déterminer à quel niveau cela bloque. Nous essayons surtout de travailler à les rendre autonomes, à ce qu'ils retrouvent confiance aux partenaires sociaux."

Pour l'année 2022, ce sont quelque 4 500 personnes qui ont été aidées et 10 000 interventions.

Contact: charleroi@chw-internal.be
Frédéric Ngom



Le service est fondamental pour l'accès à la santé des personnes fragilisées. © SHUTTERSTOCK

Un gros travail de terrain a

Het CHW-programma staat ook internationaal in de schijnwerpers. De *WHO Foundation* voert een uitgebreide campagne die de diversiteit, impact en waarde van organisaties die wereldgezondheid bevorderen, in de schijnwerpers zet. Als onderdeel van deze campagne wordt aan het begin van 2024 een digitale serie genaamd *'Healthier Together: A Path to a Better World'* gelanceerd. Deze serie is geproduceerd door de BBC, en belicht verschillende inspirerende initiatieven. Het Belgische CHW-programma is met trots geselecteerd als een van de opmerkelijke verhalen in deze serie. Afgelopen jaar hebben de makers interviews afgenomen met CHW in diverse regio's, gericht hun lokale successen en bijdragen in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt ook de ondersteunende structuur van het CHW-programma in de kijker gezet, met een focus op de toegewijde coaches en het coördinerende projectteam.



4. Wijzigingen in de structurele omkadering

In deze sectie lichten we toe waar er in het programma wijzigingen werden gemaakt in de structurele omkadering ten opzichte van het vorige jaar, 2022. Er wordt dieper ingegaan op de wijzigingen in de bestuursstructuur van het CHW-programma (zowel regionaal als federaal), de gewijzigde personeelszaken en wijzigingen in ondersteunende zaken. Een uitvoerige beschrijving van de verschillende bestuursstructuren in het CHW-programma is terug te vinden in het CHW-rapport 2021 (Masquillier et al., 2022).

4.1. Wijzigingen in bestuursstructuur

Federaal

Om de CHW in hun lokale werking te ondersteunen, is er een sterk federaal overkoepelend kader gecreëerd, zie figuur 1. In 2023 werd de federale stuurgroep opgesplitst in een intermutualistische stuurgroep en een projectteam, elk met een duidelijk omschreven opdracht.

De stuurgroep situeert zich meer op het strategisch niveau en is samengesteld uit vertegenwoordigers van elke landsbond van mutualiteiten, een vertegenwoordiger van het managementteam van IM en de onderzoekster. De stuurgroep wordt voorgezeten door de sponsor, hierin ondersteund door de federale coördinator. Belangrijke opdrachten van de stuurgroep zijn o.m. het bewaken van de tijdige en kwalitatieve oplevering van de overeengekomen resultaten, het bewaken en goed beheer van het budget en het ondersteunen van het projectteam. Zij vormt ook het verbindingsstuk naar het Nationaal Intermutualistisch College Politiek (NIC Pol). De stuurgroep vergadert minimaal 4 keer per jaar. Afgelopen jaar gaf Rik Desein, sponsor van het CHW-programma, de fakkel door aan Pierre Cools. Hij zit de vergadering van de stuurgroep voor.

Het projectteam bestaat uit de regionale en federale coördinatoren, en wordt in functie van de agenda uitgebreid met experts. Zo neemt bijvoorbeeld de HR verantwoordelijke van IM, (de werkgever van de CHW en coaches) deel wanneer het een agendapunt over personeelszaken betreft of de onderzoekster van UA wanneer er over onderzoek gesproken wordt. Het projectteam heeft o.m. als opdracht om kritisch en creatief mee te denken over de projectorganisatie, een concrete projectplanning uit te werken (afbakenen van de projectdoelstellingen, reikwijdte en scope van het project, timing en mijlpalenplan, deelprojecten, financiële aspecten, ...) en te zorgen voor de organisatie van intervisie voor de CHW-medewerkers in eigen regio en regio-overschrijdend. Het projectteam komt wekelijks samen.

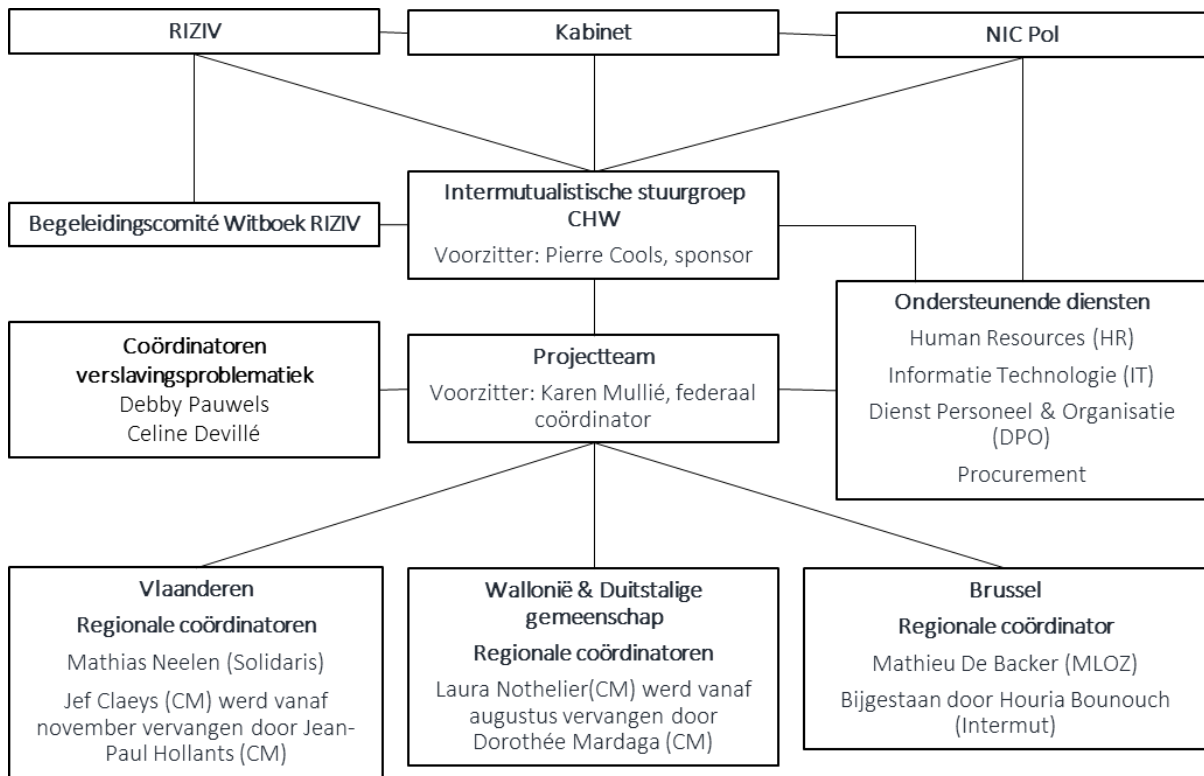
Het CHW-programma werd ondergebracht onder de witboek-projecten die als doel hebben de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België te verbeteren. Meer informatie over dit initiatief en een pdf-versie van het witboek zijn te vinden via bijgevoegde QR-codes.



Er is één gemeenschappelijk begeleidingscomité voor alle witboek-projecten, waarin vertegenwoordigers van verschillende organisaties en beleidsdiensten zetelen. Het CHW-programma wordt in het begeleidingscomité vertegenwoordigd door de federale coördinator en de sponsor. Dit comité vergadert tweemaal per jaar, neemt kennis van de jaarverslagen van de verschillende projecten en geeft op basis hiervan advies aan het Verzekeringscomité. Door het contact met de andere witboek-projecten kunnen er interne synergieën ontstaan en samenwerkingen bevorderd worden.



Figuur 1. Federale bestuursstructuur



In 2023 is de werkgroep visibiliteit opnieuw van start gegaan, met als doel een huisstijl te ontwikkelen voor onder andere presentaties en brieven, en het uniformeren van communicatiemiddelen zoals visitekaartjes en flyers.

Belangrijke nieuwigheid in 2023 was de toevoeging van een avenant aan de overeenkomst met het RIZIV, om een extra coördinator aan te stellen met de focus op verslavingsproblematiek. De taken van deze coördinator omvatten:

- Ontwikkelen van een ondersteuningskader voor de CHW bij het uitvoeren van interventies en acties waarbij ze geconfronteerd worden met de verslavingsproblematiek;
- Partnerschappen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, gelinkt aan het thema verslaving, ontwikkelen en de opvolging waarborgen;
- Deelnemen aan bestaande netwerken in verband met verslavingen;
- Signalen verzamelen van de CHW met betrekking tot verslaving;
- Bruggen bouwen met de reeds gekende initiatieven op het terrein zowel met partners binnen het project witboek als met partners buiten de projecten witboek;
- Het vergroten van de expertise van de coördinator en coaches inzake verslavingsproblematiek om de CHW beter te ondersteunen.

Deze coördinatie rol werd opgesplitst in twee halftijdse equivalenten, iemand voor Vlaanderen en iemand voor Wallonië en Brussel samen. Voor Vlaanderen werd gekozen om deze halftijdse functie te combineren met een halftijdse opdracht als coach voor het team Antwerpen. Sinds augustus 2023 is deze functie ook effectief ingevuld. Voor de regio's Brussel en Wallonië werd een samenwerking aangegaan met het *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* (RWLP). De coördinator kon daar al starten in mei 2023, zoals ook beschreven in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Regionaal

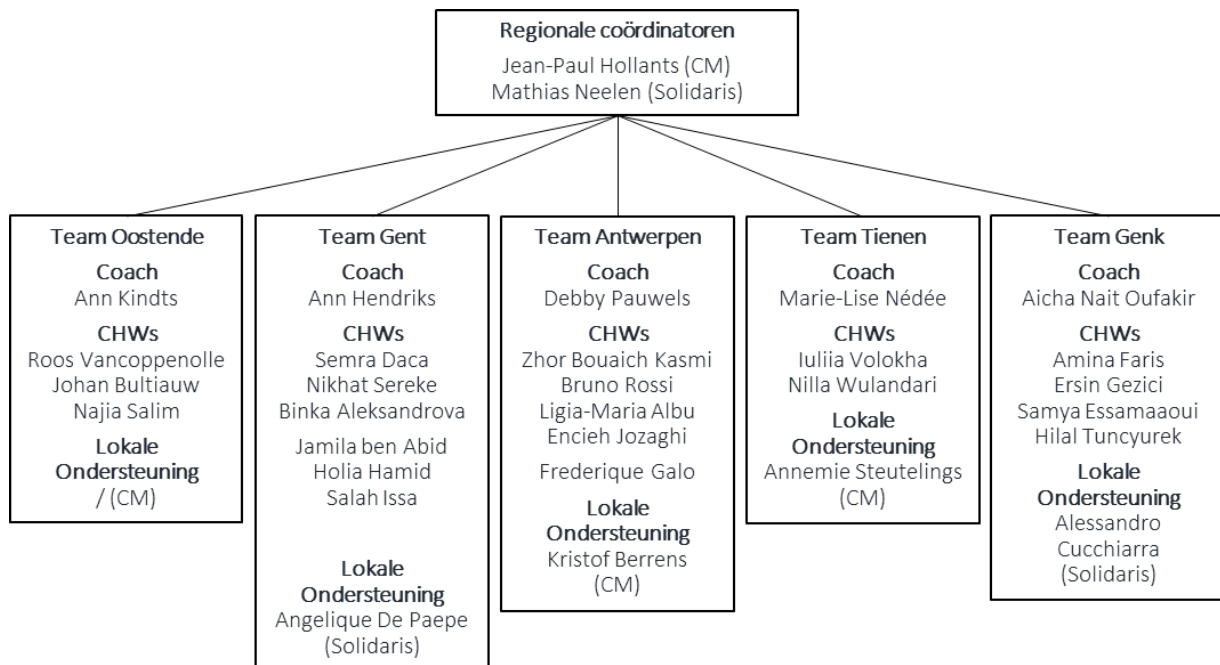
Net zoals de vorige werkjaren, worden de CHW in elke regio ondersteund door coaches, die instaan voor de operationele opvolging van de CHW. Het belang van de aanwezigheid op het terrein en de nabijheid van de coaches voor een goede werking en voor het welzijn van de medewerkers, werd ook in 2023 nog maar eens bevestigd. De coaches worden op hun beurt ondersteund door de regionale coördinator, die instaat voor de opvolging en aansturing van het programma.

Vlaanderen

In Vlaanderen is er per team ook steeds een vertegenwoordiger van een lokaal ziekenfonds die de coaches en coördinator informeert over eventuele opportuniteiten in de stad. De nabijheid van een coach op het terrein is voor elk team, groot of klein, een belangrijke voorwaarde voor een efficiënte werking. De extra aanwerving in de loop van het jaar van een coach voor Tienen is hier een belangrijk gevolg van (zie infra).

De bestuursstructuur en invulling van posities wordt weergegeven in Figuur 2.

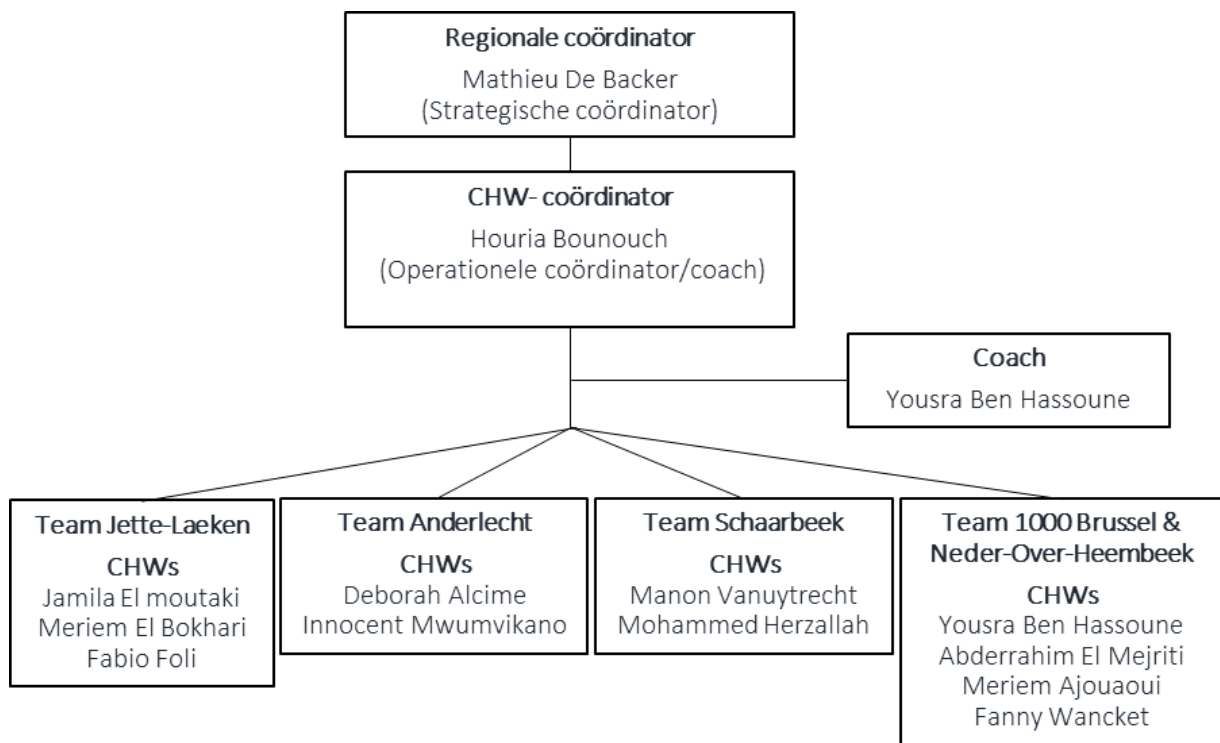
Figuur 2. Bestuursstructuur regio Vlaanderen



Brussel

De bestuursstructuur van regio Brussel is onveranderd gebleven en wordt in onderstaande figuur weergegeven. Wel werd de samenwerking tussen de Brusselse, Waalse en Duitstalige regio met RWLP geherdefinieerd.

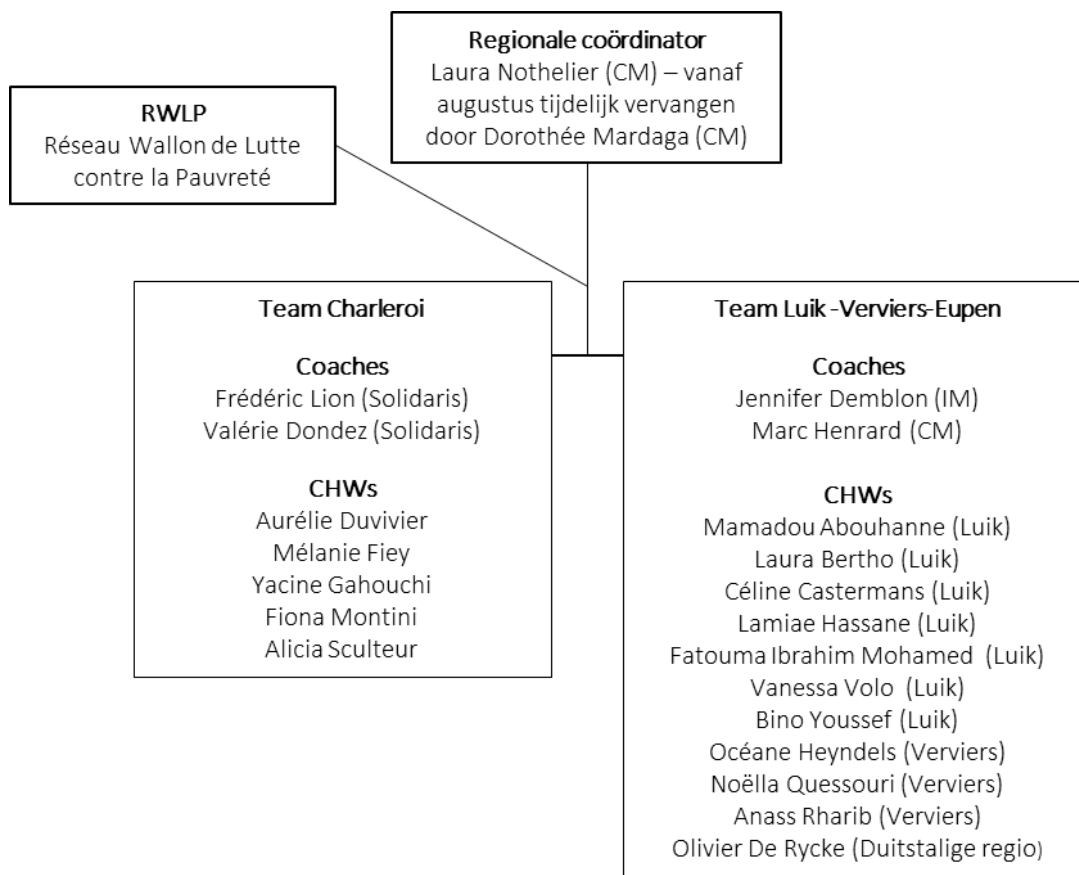
Figuur 3. Bestuursstructuur Brussel



Wallonië en Duitstalige gemeenschap

In Brussel, Wallonië en de Duitstalige gemeenschap werd aan de start van het programma een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met de vzw ‘Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté’ (RWLP), zij bieden praktische ondersteuning en organiseren intervisies met de CHW en coaches. Deze samenwerking werd in 2023 geherdefinieerd naar de coördinatie en opleidingen rond de aanpak van verslavingsproblematiek (zie ook wijzigingen in de federale bestuursstructuur). In onderstaande figuur wordt de Waalse en Duitstalige bestuursstructuur voor het CHW-programma weergegeven.

Figuur 4. Waalse & Duitstalige bestuursstructuur



5. Wijzigingen in personeelszaken

Waar voorheen de ondersteunende diensten door een aantal mutualiteiten werden verzekerd, heeft sinds 2023 het overkoepelde IM een meer leidende rol opgenomen in het beheren en uitvoeren van onder meer de personeelszaken. In dit deel worden de wijzigingen weergegeven in de verschillende zaken die te maken hebben met personeelszaken: rekrutering, opleidingen, meetings, intervisies en supervisies, vergoedingen, carrièremogelijkheden en accreditatie.

5.1. Rekrutering

In **Vlaanderen** werden in 2023 de vacante posities van coach in Antwerpen en in Tienen ingevuld. Initieel werd gekozen om de coach van Genk ook in te schakelen om het team in Tienen te leiden. De hoge werklast van twee teams voor één coach bleek echter niet haalbaar en leidde tot uitval. Ook voor de CHW bleek de nabijheid van de coach cruciaal. Daarom werd gekozen om een nieuwe coach voor Tienen aan te werven.

De coach in Antwerpen combineert deze functie met de sinds 2023 nieuwe opdracht van halftijdse coördinator verslavingsproblematiek (zie wijzigingen federale bestuursstructuur). De haalbaarheid van het combineren van beide rollen zal in de komende tijd bekeken worden. In Gent werd er een nieuwe deeltijdse CHW aangeworven.

De regionale coördinatierol in Vlaanderen wordt vervuld door twee parttime equivalenten. Sinds juli heeft een van deze coördinatoren een andere functie aangenomen binnen het ziekenfonds waar hij werkzaam is. Sinds november is de coördinatiefunctie voor Vlaanderen terug volledig ingevuld.

In **Wallonië en de Duitstalige gemeenschap** is de regionale coördinator sinds augustus met zwangerschapsverlof gegaan en zij wordt vervangen door een collega die al eerder ervaring heeft opgedaan in het CHW-programma.

In Luik werden er twee nieuwe coaches aangesteld: één coach werkt deeltijds en de andere persoon werkt voltijds als coach. Er startte ook een nieuwe CHW in Luik. Team Charleroi kreeg twee parttime coaches. Drie nieuwe CHW kwamen het team versterken: één persoon startte in mei en de andere twee in augustus.

Eind november gingen twee CHW van het team Charleroi uit dienst.

De tewerkstelling in aantallen (FTE) op datum 27.11.2023 voor de verschillende teams is weergegeven in onderstaande tabel. Momenteel is er een openstaande vacature voor een CHW in Antwerpen.

Tabel 1. Tewerkstelling CHW en coaches per team (aantallen en FTE)

Team	Aantal CHW	Aantal FTE CHW	Aantal coaches	Aantal FTE coaches
Oostende	3	3	1	0,5
Gent	6	5,3	1	1
Antwerpen	5	4,5	1	0,5
Tienen	2	2	1	0,5
Genk	4	3,67	1	1
Brussel	10	9,5	1	1
Charleroi	7	7	2	1
Luik, Verviers Eupen	11	10,6	2	1,5
Totaal	46	45,57	10	7

5.2. Opleidingen

In 2023 hebben CHW en coaches deelgenomen aan diverse opleidingen, welke gedetailleerd zijn weergegeven in bijlage 3. Het is belangrijk op te merken dat het team van CHW en coaches zeer divers is, met verschillende niveaus inzake taalvaardigheid, uiteenlopende werkervaringen en diverse opleidingsachtergronden. Hierdoor variëren de behoeften aan opleidingen aanzienlijk. Het is daarom een uitdaging om het aanbod van opleidingen divers en flexibel uit te bouwen om zo efficiënt mogelijk te kunnen inspelen op deze diversiteit. Bovendien kan niet altijd het volledige team beschikbaar zijn

voor een specifieke opleiding, waardoor het opzetten van een systeem van feedback en het uitwisselen van inhoudelijke informatie binnen het team een meerwaarde biedt.

In de zomer bezocht onderzoekster Caroline Masquillier in het kader van haar onderzoeksproject Compass het CHW-project in *Churchill Gardens* (Londen, VK). De federale coördinator van het CHW-programma vergezelde haar tijdens dat bezoek, met veel interessante contacten tot gevolg. Ook werden ervaringen uitgewisseld. In navolging van de categorisatie van opleidingen zoals toegepast in het project in *Churchill Gardens*, werd ervoor gekozen om de gevolgde opleidingen van de CHW eveneens onder te verdelen in vergelijkbare domeinen. Hierdoor ontstaat een overzichtelijke categorisatie die het gemakkelijker maakt om de verscheidenheid aan trainingen en vormingen die CHW hebben gevolgd, te begrijpen.





Educatieve opleidingen

Onder educatieve opleidingen vallen die trainingen die CHW voorzien van een diepgaander en uitgebreider inzicht in de ruimere context van het CHW-werk zoals de invloed van sociale determinanten van gezondheid of de beleidscontext. In het afgelopen jaar hebben CHW uit de regio Brussel bijvoorbeeld een specifieke opleiding gevolgd met betrekking tot sociale verschillen in de Covid-19 vaccinatie. Ook hebben zij deelgenomen aan een vorming over het Deense gezondheidszorgsysteem, waarbij de Deense ervaring met gezondheidszorgintegratie als lokaal beleidsthema werd toegelicht.

Door deel te nemen aan informatieve opleidingen vergroten CHW hun kennis, die aansluit bij de noden en contexten van de personen die ze bereiken en de gemeenschappen waarin zij werken. Dit stelt hen in staat relevante en correcte informatie over te brengen en hun taken effectiever uit te voeren. CHW uit de regio Wallonië en de Duitstalige gemeenschap volgden bijvoorbeeld opleidingen met thema's als vreemdelingenrecht en gezinshereniging. Ook rond onderwerpen zoals sociale bijstand, werk en sociale zekerheid werden vormingen gevolgd door de CHW.

Navigatie in het gezondheidssysteem

CHW hebben de opdracht om mensen te begeleiden in het doolhof van het Belgische gezondheidszorgsysteem en de toegang tot passende diensten te faciliteren. Het is daarom van cruciaal belang dat CHW zelf een grondig begrip hebben van dit gezondheidssysteem. In Brussel hebben enkele CHW een opleiding gevolgd met een specifieke focus op het digitale gezondheidsdossier, e-Health en het Brusselse gezondheidsnetwerk. Deze training heeft hen niet alleen meer vertrouwd gemaakt met de technologische tools die gebruikt worden binnen de Brusselse gezondheidszorg, maar ook met de organisatorische structuur ervan. Daarnaast hebben zij kennis opgedaan over de beschikbare ondersteuningsopties op de eerste lijn voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.

In Wallonië en de Duitstalige gemeenschap hebben CHW zich verdiept in de verplichte ziekteverzekering, uitgelegd door experts van een ziekenfonds. Daarnaast kregen zij uitleg over de procedures en mogelijkheden voor buitenlanders om toegang te verkrijgen tot de gezondheidszorg.

Klinische en praktijkgerichte opleidingen

Een aanzienlijk deel van de opleidingen die CHW volgen, richt zich op specifieke medische kennis, het verlenen van basisgezondheidszorg, het herkennen van gezondheidsproblemen en het nemen van preventieve maatregelen. Hiermee worden CHW breed opgeleid en goed uitgerust om diverse gezondheidsuitdagingen in de wijken waar ze actief zijn, aan te pakken. In Wallonië bijvoorbeeld, hebben CHW trainingen gevolgd over een niet-medicamenteuze benadering van de ziekte Alzheimer en het bevorderen van een waardig leven. Vlaamse CHW volgden opleiding over suicidepreventie en dementiezorg. CHW uit Brussel verwierven meer inzicht in het hanteren van een gendergerichte aanpak in hun werk om meer gepaste ondersteuning te bieden aan dakloze vrouwen, en leerden hoe ze zorg kunnen verlenen aan geïsoleerde senioren.

CHW uit Brussel, Wallonië en de Duitstalige gemeenschap hebben diverse trainingen gevolgd met betrekking tot geestelijke gezondheid en kwetsbaarheid, met de nadruk op het verbeteren van hun communicatieve vaardigheden met dit specifieke publiek. Er is ook aanzienlijke aandacht besteed aan trainingen rond rookpreventie en verslavingsproblematiek. Deze trainingen richten zich onder andere op het verlagen van drempels, effectieve communicatie met gebruikers met een verslaving en het doorbreken van stereotypen. Daarnaast heeft een CHW uit Wallonië ook een basiscursus EHBO gevolgd.

Dit jaar werd er extra geïnvesteerd in de aanpak van verslavingsproblematiek (zie ook de eerdere vermeldingen in de wijzigingen in bestuursstructuur, en het deel over samenwerkingen op regionaal niveau). In Brussel en Wallonië werd daarvoor een samenwerking aangegaan met RWLP om onder andere de expertise van zowel de coördinator als de coaches rond dit thema uit te breiden. Daarom werd er onder meer een vierdaags opleidingstraject rond verslavingsproblematiek uitgewerkt.

Ondersteuning en zelfmanagement

Met opleidingen in ondersteuning en zelfmanagement verwijzen we naar trainingen en programma's die gericht zijn op het ontwikkelen van vaardigheden en kennis waarmee CHW leden in de gemeenschap beter kunnen ondersteunen. De Vlaamse CHW hebben bijvoorbeeld deelgenomen aan opleidingen die gericht zijn op het versterken van communicatievaardigheden en gesprekstechnieken. Daarnaast werden ook alle CHW aanvullend opgeleid om bekwaam te worden in het gebruik van de registratietool. Hierdoor kan onder andere nauwkeurig worden bijgehouden welke personen door de CHW worden ondersteund en op welke wijze zij deze ondersteuning bieden. Daarnaast heeft een CHW een omstaandertraining gevolgd om adequaat te kunnen reageren wanneer hij of zij getuige is van ongewenst gedrag. Ook de Brusselse CHW hebben hun vaardigheden aangescherpt door deel te nemen aan een intervisie over het thema van toegankelijkheid en ontvangst. Het Brusselse CHW-team heeft daarnaast de vorming 'En wat vind jij ervan?' bijgewoond, georganiseerd door een ziekenfonds, waarin ze leerden hoe animatie-tools effectief kunnen worden ingezet binnen gezondheidsvoorlichting.

Persoonlijke ontwikkeling

Er wordt ook aandacht besteed aan opleidingen gericht op de persoonlijke ontwikkeling van zowel CHW als coaches, waarmee ze zowel hun professionele en persoonlijke capaciteiten kunnen versterken. In dit kader hebben Vlaamse coaches bijvoorbeeld deelgenomen aan een intensieve opleidingsdag die zich concentreerde op de organisatie van intervisies. Daarnaast hebben twee CHW uit Wallonië een

bijbscholing gevolgd met betrekking tot psychosociale competenties. Voor alle CHW werd een cursus over time-management met de titel 'Neem de tijd om uw tijd te beheren' aangeboden.

Ook werd er voor de coaches een opleiding georganiseerd rond changemanagement.

Onderzoek

Opleidingen omvatten ook aspecten van onderzoek. Zo is ook de eerder vermelde opleiding over de registratietool een belangrijke factor wanneer onderzoek uitgevoerd wordt, zodat ook CHW bijdragen aan het verzamelen van betrouwbare data en onderzoeksgegevens die de evaluatie en het verloop van het CHW-programma kunnen verbeteren. Daarnaast gaven de onderzoekers ook een vorming van de onderzoeksdoelstelling en -aanpak in 2023.

Andere opleidingen

In een laatste categorie vallen de opleidingen die niet direct onder een voorgaande categorie kunnen ondergebracht worden. Dit gaat vaak over praktische opleidingen, zoals bijvoorbeeld de opleiding over informatica of het gebruik van HR-programma's die de CHW uit de Waalse en Duitstalige regio kregen. Ook de Vlaamse CHW schoolden zich bij in het gebruik van Excel en Outlook.

Iedereen kreeg ook een toelichting over het gebruik van de HR-tools zoals Primetime.

5.3. Meetings, intervisies en samenkomstdagen

In het CHW-programma vinden regelmatig ook meetings, intervisies en samenkomstdagen plaats om de werking en opvolging binnen het programma te garanderen, om problemen te bespreken, samen te werken en momenten van reflectie te creëren, waarbij ervaringen worden gedeeld en er van elkaar kan worden bijgeleerd.

Tijdens teammeetings die wekelijks of tweewekelijks plaatsvinden, wordt ingezet op uitwisseling van ervaringen en kunnen CHW elkaar onderling ondersteunen en advies geven hoe zij bepaalde zaken aanpakken. Ook is er voldoende ruimte voor bespreking van moeilijke casussen. De persoonlijke ontwikkeling van de CHW en het verbeteren van hun dagelijkse werk zijn ook terugkerende onderwerpen.

In **Vlaanderen** gebeurt er wekelijks een teammeeting, en wekelijks vindt er een overleg plaats met alle coaches uit de regio. In een sessie van drie uur worden dan zowel praktische afspraken als casussen besproken.

De **Brusselse** CHW-teams komen wekelijks samen voor teamoverleg.

In **Wallonië** komen de CHW-teams van Luik en Verviers-Eupen wekelijks samen om te vergaderen, het CHW-team van Charleroi komt tweewekelijks samen. Maandelijks vinden er vergaderingen plaats met de coaches, elke twee weken is er ook een overleg tussen de coördinator en coaches per team. Twee à drie keer per jaar vinden er ook uitwisselingsmomenten plaats voor de CHW, coaches en regionale coördinator in samenwerking met het 'Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté' (RWLP). Daarnaast organiseert RWLP ook intervisiemomenten voor de CHW. Deze focussen op thema's die gerelateerd zijn aan het dagelijkse veldwerk, zo werd er dit jaar bijvoorbeeld ingezoomd op de barrières in de toegang tot de gezondheidszorg en de structurele signalen hierover. Daarnaast werd er in 2023 ook een intervisie voor de CHW van Luik, Verviers en Eupen georganiseerd, in samenwerking met Fusion Liège. Tijdens die intervisie worden situaties die zich voordoen in de dagelijkse werking gekoppeld aan theoretische inzichten; deze oefening stelt de CHW in staat om deze situaties beter te begrijpen en beter te kunnen ingrijpen.

Jaarlijks organiseert het **federale** projectteam samenkomstdagen, die dienen als belangrijk platform voor verbinding en uitwisseling tussen de diverse teams over de grenzen van de regio's heen. Het doel van deze dagen is niet alleen om CHW met elkaar in contact te brengen, maar ook dat ze kunnen bijleren van elkaar en ervaren dat hun collega's voor dezelfde uitdagingen staan en soms met dezelfde dingen worstelen. Er wordt ook steeds tijd gemaakt voor het beantwoorden van vragen die leven onder de CHW, waarbij verschillende onderwerpen aan bod kunnen komen. Deze dagen zijn een belangrijk en onmisbaar element binnen de gehele werking en gebeuren in samenwerking met alle medewerkers binnen het CHW-programma. Samenkomstdagen tillen de kwaliteit van het CHW-programma naar een hoger niveau. Omdat er een grote nood en vraag is naar zulke uitwisselingsmomenten vanuit de CHW-teams, engageert het projectteam zich om in de komende jaren deze op meer regelmatige tijdstippen te organiseren, zowel op team, regionaal als nationaal niveau. Dit is ook zo voorzien in het actieplan.

In 2023 vond op 31 mei een regionale samenkomstdag voor de Vlaamse CHW en coaches plaats, voor de Brusselse, Waalse en Duitstalige teams ging deze door op 7 juni. Na een verwelkoming en kennismaking, waren er interactieve deelsessies rond de thema's 'samenwerkingen' en 'outsiders'. De inzichten uit deze sessies werden vervolgens besproken in een plenaire sessie. In de namiddag was er uitgebreid tijd om HR-gerelateerde thema's te bespreken. Na een interessante toelichting door de HR verantwoordelijke van IM, volgde voldoende tijd voor een Q&A sessie.



Foto: de Vlaamse CHW, coaches en coördinatoren op de regionale intersessiedag op 31 mei 2023



Foto: de Brusselse, Waalse en Duitstalige CHW, coaches en coördinatoren op de regionale intervisiedag op 07 juni 2023

Op 18 oktober stond er een uitwisselingsmoment gepland voor alle coaches, georganiseerd door het projectteam. De focus lag hierbij op HR-gerelateerde onderwerpen, afspraken met betrekking tot boekhouding en de aanpak van structurele signalen. Vanwege de aanslag op Zweedse burgers op 16 oktober werd deze geplande fysieke bijeenkomst vervangen door een online Teams-vergadering. Dit moment werd per regio georganiseerd: in de voormiddag kwamen de Franstalige coaches samen, in de namiddag de Nederlandstalige. Hierbij werden alleen de HR-onderwerpen behandeld, omdat de andere onderwerpen minder geschikt waren voor een online bespreking. Op 22 november vond er een nationale samenkomst plaats, daarbij was er ruimte voor kennismaking over de regiogrenzen heen en werden workshops rond het thema “outreaching werken” georganiseerd. Voor de coaches was er in de namiddag ook een intervisiemoment rond changemanagement voorzien.

Er werden in het najaar ook twee denkdagen georganiseerd met de federale stuurgroep en het projectteam gericht op het formuleren van een missie en visie, de waarden en de strategie van het CHW-programma. Hiervoor werden twee facilitatoren van één van de ziekenfondsen ingeschakeld om tijdens een fysieke bijeenkomst de begeleiding op zich te nemen. In 2024 zal het resultaat hiervan verder afgestemd worden met CHW en coaches en zal er een concreet actieplan worden opgemaakt.

5.4. Vergoeding

Er zijn geen wijzigingen in de vergoedingen ten opzichte van vorig jaar. De extralegale voordelen die worden gegeven, zijn een verplaatsing- en een maaltijdvergoeding. Daarnaast hebben CHW recht op de conventionele feest- en verlofdagen, alsook de communautaire feestdag.

5.5. Carrière mogelijkheden

Er werden geen specifieke, nieuwe carrière mogelijkheden aangeboden aan de CHW. De openstaande vacature van CHW-coach stond open voor iedereen, ook geïnteresseerde CHW konden hierop solliciteren. Binnen het programma wordt gestreefd naar het benutten van de individuele talenten van de CHW. Dit betekent dat degenen die bijvoorbeeld affiniteit hebben met het geven van presentaties de kans krijgen om dit te doen. Op dezelfde manier worden CHW die uitblinken in het gebruik van de registratietool actief betrokken bij de ontwikkeling van nieuwe modules.

5.6. Preventie

In samenwerking met de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk werd een risico-analyse uitgevoerd om te bepalen aan welk type medisch onderzoek de CHW onderworpen moeten worden. Doel is het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de werknemers door de preventie van risico's verbonden aan het werk. Resultaat van deze analyse was dat CHW in een hogere risicoklasse werden ingeschaald en op regelmatige tijdstippen een gezondheidsonderzoek moeten ondergaan. Er werd in samenwerking met diezelfde externe dienst ook al een verdere analyse van de psychosociale risico's en overleg voor opmaak van een preventiekader voor deze psychosociale risico's ingepland. Deze zal uitgevoerd worden in 2024.

6. Wijzigingen in ondersteunende zaken

In deze sectie worden aanpassingen beschreven die zijn doorgevoerd in de ondersteuning voor de uitvoering van CHW-werk op het terrein, zoals logistieke ondersteuning en wijzigingen in de implementatie van de registratietool. Het gebruik van tools, waarmee niet enkel de registratietool wordt bedoeld maar evengoed praktische hulpmiddelen zoals thematische gesprekskaarten, is een onderdeel van 'ondersteunende zaken' en maakte ook onderwerp uit van het onderzoek. Voor een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte tools, verwijzen we daarom naar de onderzoeksresultaten in hoofdstuk 2.

6.1. Logistieke ondersteuning

Onder 'logistieke ondersteuning' valt het materiaal en de acties die ondernomen worden om de dagelijkse werking van de CHW te ondersteunen, bijvoorbeeld materiaal en benodigdheden, het voorzien van werk- en vergaderlokalen, enzovoort.

Op **federaal** niveau heeft de werkgroep visibiliteit, die bestaat uit de Vlaamse coördinator en een CHW of coach uit elke regio, zich toegespitst op het in kaart brengen van de op vandaag gebruikte communicatiemiddelen door de CHW. Tot voor kort werden communicatiemiddelen - zoals visitekaartjes, flyers, brieven, enzovoort – per team vormgegeven. In 2023 werd er gewerkt om deze voor alle CHW-teams te uniformeren en een huisstijl te ontwerpen. Het gebruik van uniforme visitekaartjes en eenzelfde e-mailhandtekening zijn reeds in voege, aan de huisstijl wordt verder gewerkt. Ook de flyers en posters werden herwerkt zodat deze over heel België dezelfde look, feel en inhoud hebben. Deze zullen begin 2024 eerst getest worden bij een deel van het doelpubliek. De feedback daarvan wordt meegenomen om dan de definitieve versies op te maken en te drukken voor gebruik. Daarnaast werd ook de aanzet gemaakt van een communicatieplan, waarop zal verder gewerkt worden zodra de missie, visie-oefening die lopende is, is afgerond.

In **Vlaanderen** blijkt dat vooral de ruimtes van CM en Solidaris vaak beschikbaar worden gesteld voor CHW. Alle Vlaamse CHW hebben een badge waarmee zij toegang hebben tot lokale CM-gebouwen waar zij ook gebruik kunnen maken van een printer. Ook bij Solidaris kan er van lokalen en printers gebruik gemaakt worden, daar wordt er zonder badge gewerkt. De lokalen bij CM en Solidaris kunnen echter niet gebruikt worden om personen te ontvangen. Bij aanvang van het project werd er een verdeling gemaakt welke mutualiteit er in elke stad voor de lokale ondersteuning zou instaan. Deze verdeling geldt tot op vandaag nog steeds (zie ook de afbeelding bestuursstructuur Vlaanderen). De intentie is om dit voor de komende werkjaren breder te trekken. Op verzoek van de coördinator hebben de coaches contact opgenomen met de lokale afdelingen van verschillende ziekenfondsen, om navraag te doen naar de mogelijkheden om hun faciliteiten te gebruiken. Op deze manier kan het intermutualistische karakter van het programma op het terrein versterkt worden.

In **Brussel** worden de lokalen van de Mutualités Libres/Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) gebruikt. Om een goede samenwerking te garanderen, vond er een ontmoeting plaats met de verantwoordelijken van de gebouwfaciliteiten van MLOZ en kregen de Brusselse CHW een identificatiebadge. Ook voor het gebruik van de lokalen van Partenamut beschikken de CHW over een toegangsbadge. Met de teams van Partenamut werd er bovendien een ontmoeting georganiseerd, zodat de CHW hun aanspreekpunten binnen de ziekenfondsen konden uitbreiden en een vlotte samenwerking konden uitbouwen. Daarnaast worden er af en toe vergaderingen of bijeenkomsten gehouden in de ruimtes van Forum VZW, een partner van het CHW-team die hun faciliteiten op aanvraag beschikbaar stelt. Hoewel het team aanvankelijk een werkruimte huurde in het pand van de VZW bij de start van het programma, is deze huur inmiddels stopgezet. Met als doel een zo breed mogelijk publiek te bereiken, heeft het Brusselse CHW-team de locaties en tijden van hun permanenties zo gevarieerd mogelijk gemaakt.

Het Brusselse CHW-team bewaarde aanvankelijk zijn materiaal bij MLOZ. Omdat dit voor de CHW onpraktisch was om steeds daar hun benodigdheden op te halen, werd er ook een opslagruimte aangevraagd bij de afdeling van Partenamut op de Anspachlaan en bij Forum VZW. Bovendien wordt het materiaal opgeslagen in de CM-gebouwen in Schaarbeek. Bij elke opslaglocatie wordt een inventarisatie opgemaakt. Voor zwaarder materiaal, zoals tafels en stoelen die nodig zijn bij de organisatie van evenementen, kunnen de Brusselse CHW rekenen op logistieke hulp van MLOZ.

In de regio **Wallonië** varieert het gebruik van lokalen per team. Het team in Luik heeft toegang tot een kantoor in de gebouwen van CM, waar ze tevens gebruik kunnen maken van een kopieerapparaat en materiaal kunnen opslaan. Daarentegen hebben de andere Waalse teams geen vaste locaties of kantoren, en evenmin toegang tot kopieerapparaten. Voor deze teams zoekt de coördinator momenteel naar passende oplossingen. Per team wordt er ook gebruik gemaakt van meerdere locaties bij verschillende samenwerkingspartners om permanenties te organiseren. De wekelijkse teamvergaderingen vinden in Luik en Verviers plaats in lokalen van CM, in Charleroi varieert dit over verschillende ziekenfondsen zoals CM, Solidaris, enzovoort. Overleggen tussen de coördinator en de coaches vinden plaats bij RWLP in Namen.

6.2. Analyse van de data uit de registratietool

Elke CHW registreert de interventies en acties en die hij of zij onderneemt in de registratietool.

Met een 'interventie' wordt elk contactmoment bedoeld dat de CHW heeft met één of meerdere personen met een hulpvraag. Met een 'actie' wordt de concrete handeling of activiteit bedoeld zoals bijvoorbeeld het toeleiden van de persoon naar een huisarts, die de CHW heeft ondernomen tijdens de interventie.

Personen kunnen zowel individueel opgevolgd worden, of via een groepsinterventie (bijvoorbeeld tijdens een informatiesessie of een outreachmoment) bereikt worden. Door het registreren van deze informatie kan er een analyse worden gemaakt van de personen die bereikt worden in het CHW-programma, op welke manier deze bereikt worden, welke acties er ondernomen worden voor deze personen enzovoort. Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen van de gegevensanalyse voor 2023.

Eind 2023 staat de teller van totaal aantal personen die geregistreerd zijn sinds het begin van het bestaan van de registratietool in 2022, op 8 313. In 2023 werden er 3 693 nieuwe personen geregistreerd.

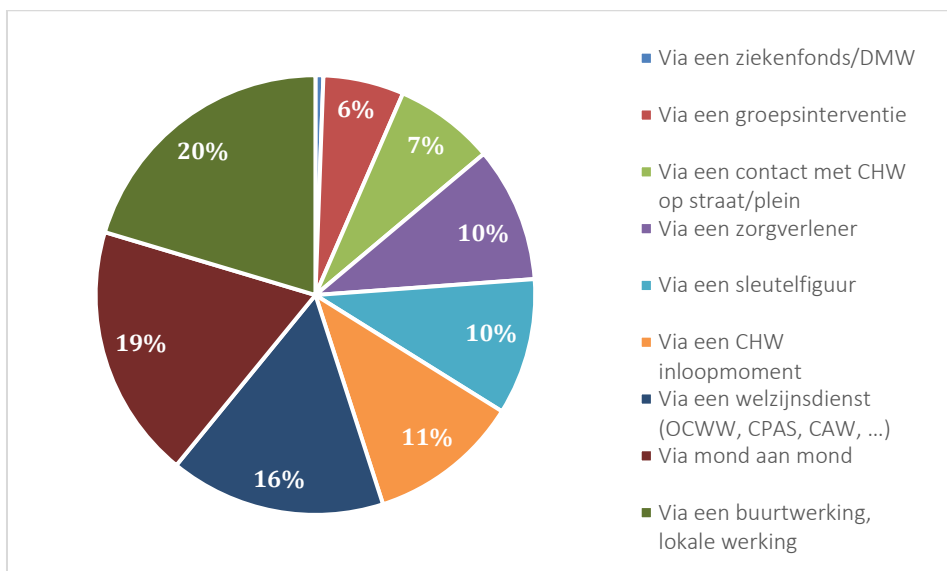
In 2023 werden in totaal 14 574 interventies uitgevoerd, waarvan 12 760 individuele interventies en 1 814 groepsinterventies. Met de groepsinterventies werden er in totaal 24 792 personen bereikt. Wat de individuele interventies betreft, zien we een gemiddelde van 3,46 interventies per persoon. In 2023 voerden de CHW in totaal 627 meer groepsinterventies uit dan in 2022.

Er werden in totaal 21 440 acties geregistreerd waarvan 30% gericht was op het bouwen van bruggen tussen individuen, gemeenschappen en gezondheidsactoren, 22% bestond uit een tussenkomst gericht op het bieden van coaching en sociale steun, 21% was gericht op navigatie in het gezondheidssysteem en 10% op het verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie.(zie figuur 5)



Figuur 5: aantal acties per actietype

Van de 14.574 interventies weten we van 12.748 personen hoe ze in contact kwamen met het CHW-programma (zie de figuur 6). De meeste personen (20 %) komen in contact via een buurt- of lokale werking, gevolgd door 19 % die de CHW via mond aan mond reclame leren kennen. 16 % leerde de CHW via een welzijnsdienst (OCMW, CAW,...) kennen, 11 % via een inloophmoment, 10 % via een zorgverlener en 10 % via een brugfiguur. 7 % kwam in contact met een CHW op straat of op een plein. 6 % kwam in contact met een CHW op straat of op een plein.

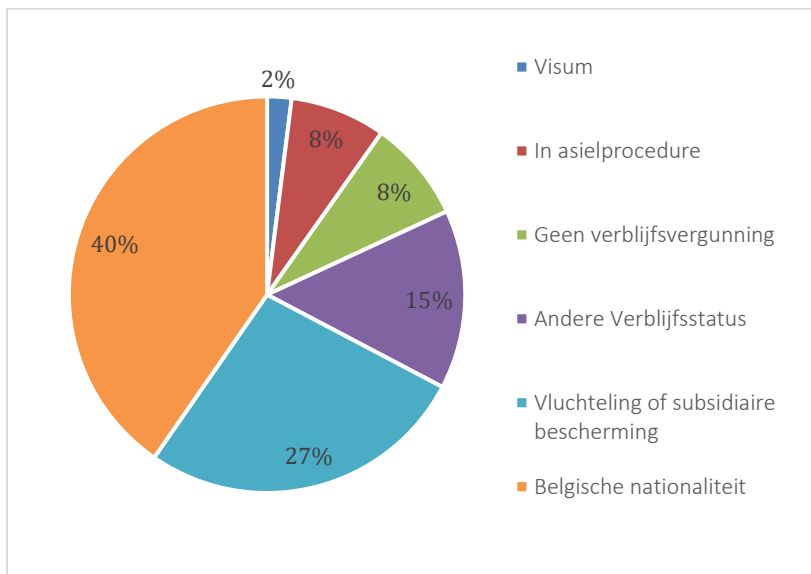


Figuur 6: Hoe kwamen ondersteunde personen in contact met CHW-programma?

De gemiddelde leeftijd van het totaal aantal ondersteunde personen is 43 jaar, met een minimum van 0 jaar en maximum van 108 jaar. Bij de leeftijd van 0 jaar, is dit wellicht te wijten aan het feit dat het over een ondersteuning van de administratie bij de geboorte gaat. In 2023 werden iets meer vrouwen (49 %) dan mannen (43 %) geholpen, waar in 2022 de mannen nog in de meerderheid waren met 53,04 %. 37 personen gaven aan zich niet als vrouw noch als man te identificeren, en van 524 personen (6 %) ...

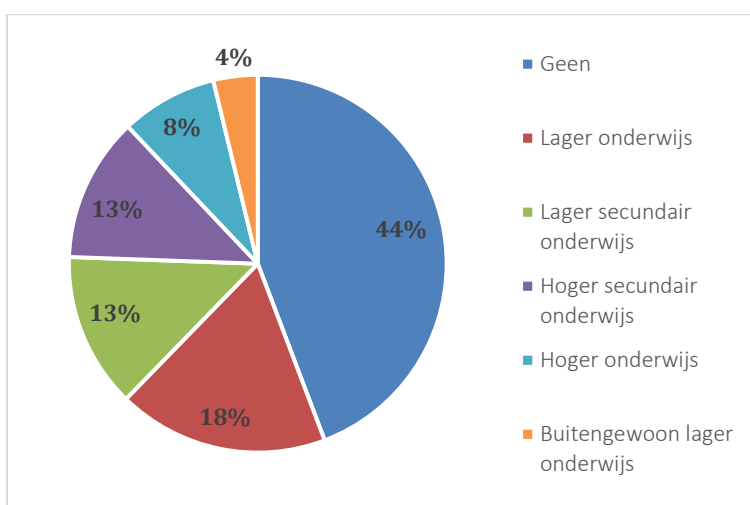
werd het gender niet geregistreerd. De personen die werden ondersteund hadden meer dan 100 verschillende nationaliteiten. Van de 3 391 personen van wie we de nationaliteit registreerden, heeft iets minder dan de helft de Belgische nationaliteit (45%). Andere veel voorkomende nationaliteiten onder de geregistreeerde personen zijn de Marokkaanse nationaliteit (15%), de Afghaanse nationaliteit (7%), de Oekraïense nationaliteit (7%) de Turkse nationaliteit (6%), de Syrische nationaliteit (7%). Van 10% is de nationaliteit onbekend.

2 544 personen van het totaal van 3 693 geregistreeerde personen in 2023 gaven ook informatie over hun legaal statuut. 40 % zei over de Belgische nationaliteit te beschikken, 27% gaf aan te behoren tot de categorie “vluchteling of subsidiaire bescherming”. 8% zat in een asielprocedure en nog eens 8% gaf aan over geen verblijfsvergunning te beschikken.



Figuur 7: legaal statuut

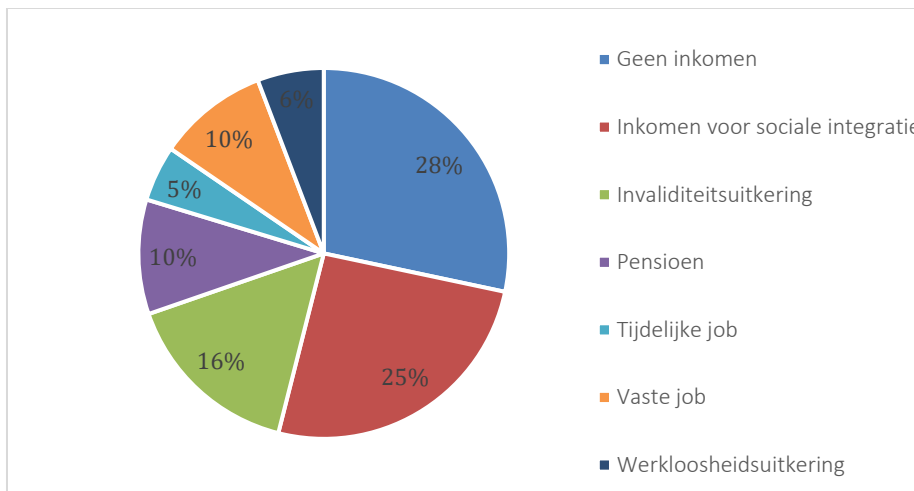
Van ongeveer de helft van het totaal aantal geregistreeerde personen in 2023 (1 318 van 3 696) werd ook het opleidingsniveau geregistreeerd. 44% heeft geen diploma en 18% heeft enkel lager onderwijs genoten. 8% heeft hoger onderwijs genoten. (figuur 8)



Figuur 8: opleidingsniveau

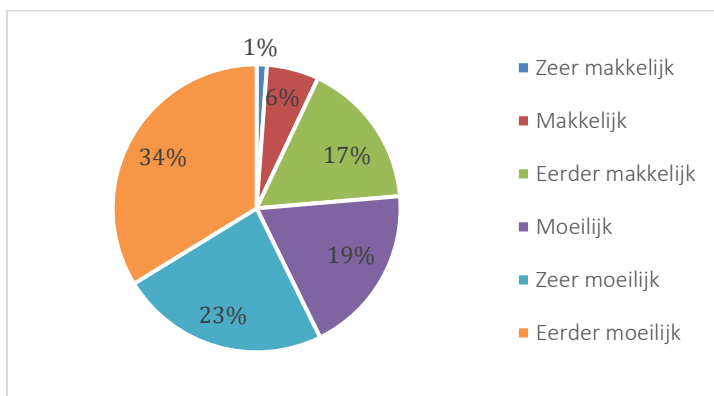
Zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur 9 betreffende het type van inkomen, blijkt dat van de

2 330 personen die hierover informatie vrijgaven, bijna een derde van de personen geen inkomen te hebben (28%). De tweede grootste groep verwierf een inkomen voor sociale integratie (25%). Daarnaast ontving 16% een invaliditeitsuitkering. Slechts 10% geeft aan een vaste job te hebben.



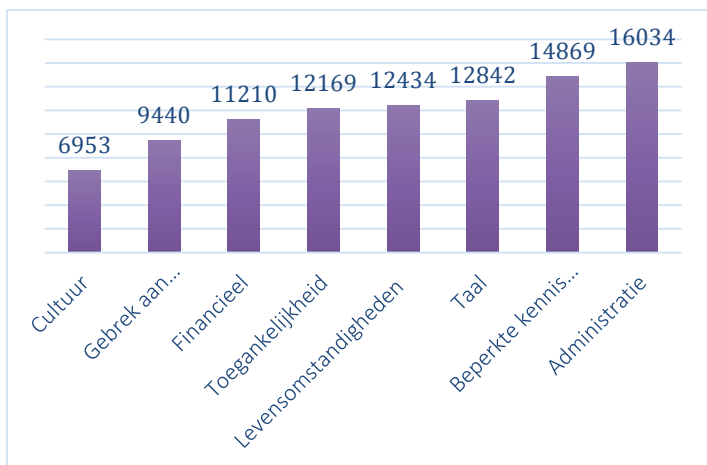
Figuur 9: type inkomen

Wanneer de CHW dan doorvraagt of men rondkomt met zijn inkomen, blijkt dat drie vierde van de 1 552 personen die hierop hebben geantwoord aangeven zeer moeilijk (23%), eerder moeilijk (34%) of moeilijk (19%) rond te komen met het inkomen: Net geen vierde van de personen geeft aan dat hun inkomen voldoende is: 17 % geeft aan 'eerder makkelijk' rond te komen, 6% zegt 'makkelijk' rond te komen en slechts 1% geeft aan 'zeer makkelijk' rond te komen. Deze cijfers lopen gelijk met wat het voorgaande jaar geregistreerd werd en geeft aan dat de CHW wel degelijk een specifieke doelgroep bereiken, namelijk personen in een moeilijke socio-economische situatie.



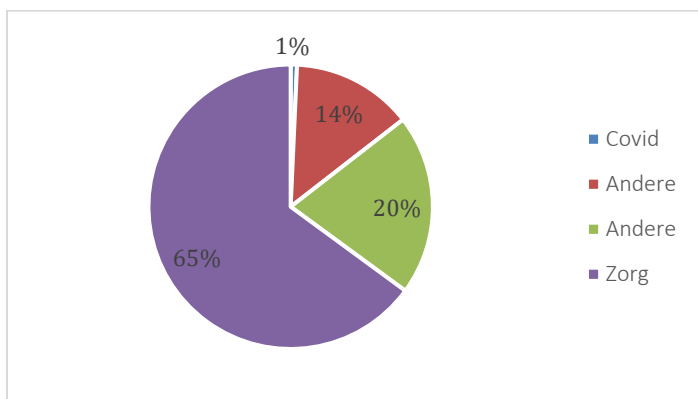
Figuur 10: rondkomen met inkomen

Mensen konden ook aangeven welke barrières zij ervoeren in de gezondheidszorg. De meest voorkomende barrières bleken, net als in 2022, deze van administratieve rompslomp, gevolgd door beperkte kennis van het gezondheidssysteem en rechten. Maar ook de taal, de levensomstandigheden en de toegankelijkheid van het zorgsysteem evenals de financiële drempels blijven veel voorkomende barrières.



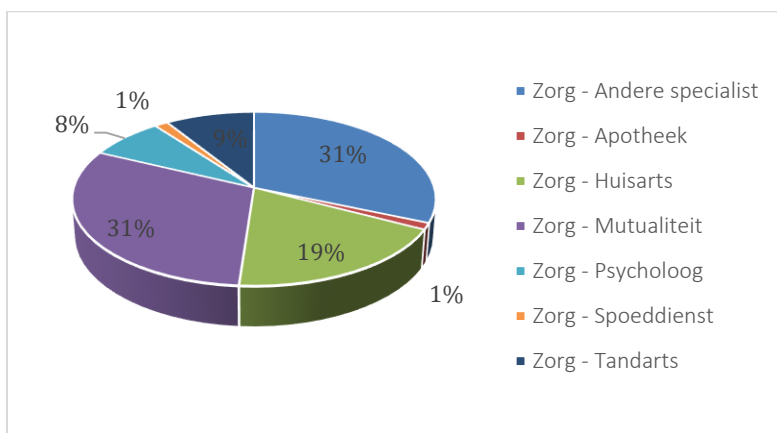
Figuur 11: Barrières

Als we dan gaan kijken op welke categorieën de 21 440 uitgevoerde acties betrekking hadden, zien we dat 65 % betrekking had op Zorg, 20% op andere en nog steeds een restcategorie 'andere' van 14% die niet werd gespecificeerd bij registratie.



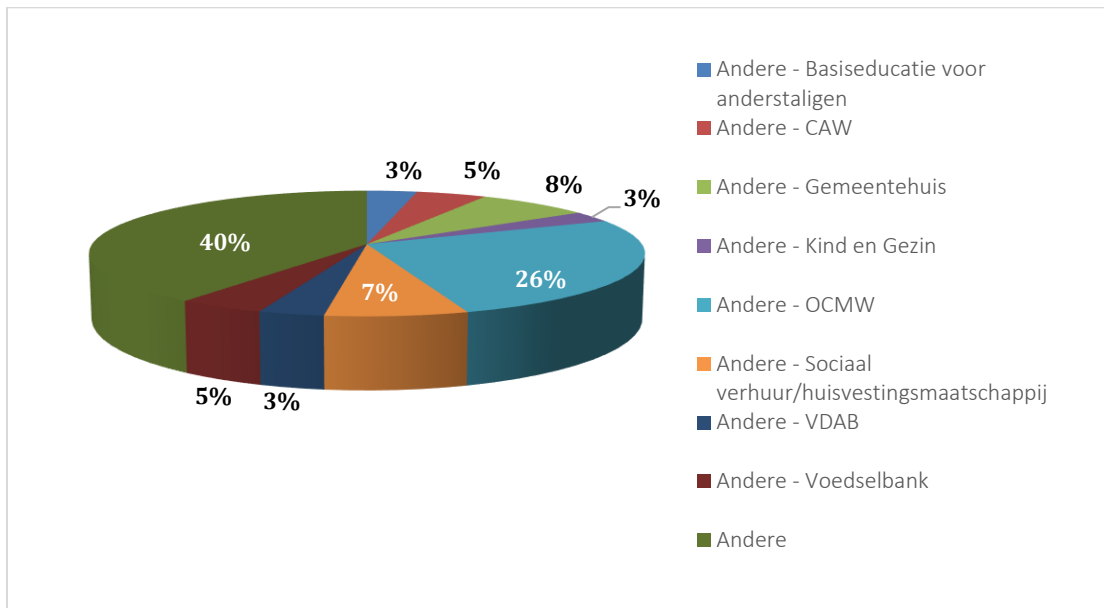
Figuur 12: acties per hoofdcategorie

Als we dan nog wat dieper inzoomen op de 13 922 acties die betrekking hebben op de categorie zorg, zien we dat 31% van de acties betrekking heeft op een andere specialist, 31% op de mutualiteit en 19% gaat over de huisarts.



Figuur 13: detail categorie zorg

Voor de categorie ‘andere’ zien we dat van de 7 364 acties in de categorie ‘andere’ 26% betrekking heeft op het OCMW.



Figuur 14: detail categorie andere

7. Wijzigingen in implementatie op het terrein

7.1. Uitbreiding werkgebied CHW

Het werkgebied in **Vlaanderen** werd verder uitgebreid met de wijk Gentbrugge in Gent. Daar werd in 2022 en 2023 in gesprek gegaan met wijkgezondheidscentra (WGC) en artsengroepspraktijken in samenwerking met de Huisartsenvereniging Gent (HVG), met de bedoeling om CHW en gezondheidsgidsen van Stad Gent te koppelen aan een wijkgezondheidscentrum of artsenpraktijk. Op basis van deze gesprekken is er in het WGC Gentbrugge een samenwerking met de CHW opgestart. In Antwerpen werd de werking uitgebreid naar Deurne-Noord, omdat dit grenst aan Borgerhout, wat reeds een drukbezocht CHW-werkingsgebied was. Deze CHW kregen heel wat aanvragen van Deurne binnen, ook van partners. Waarop werd besloten om mensen die in Deurne wonen en met een vraag langskomen ook verder te helpen, maar de CHW gaan niet proactief outreachend werken in Deurne. Ook in Genk waren er plannen om uit te breiden naar de wijk Nieuwe Kempen, maar door een langdurige afwezigheid van een CHW kon dit tot op heden nog niet worden gerealiseerd. In elke stad en provincie komen er veel vragen binnen om uit te breiden, maar door de beperkte personeelsmogelijkheden is dit niet mogelijk. Zo kwamen er bijvoorbeeld vragen uit Bredene, Heusden-Zolder, Houthalen, Hasselt, Leuven, Linkeroever en regio 2020 in Antwerpen. Voorlopig kan hier niet op ingegaan worden.

In **Brussel** werd door de grote vraag naar CHW een andere aanpak geïmplementeerd waarbij er zowel structureel als inhoudelijk anders gewerkt wordt. Dit als oplossing om alle aanvragen, zoals het organiseren van permanenties en workshops en het bieden van ondersteuning te kunnen behandelen. Rekening houdend met sociale, administratieve en medische factoren werd het actieterrain verruimd. Zo werken de teams van de wijken Neder-Over-Heembeek en Brussel-Centrum nog nauwer samen om een grotere bereikbaarheid te creëren. Ook in Schaarbeek en Anderlecht wordt er samengewerkt voor collectieve activiteiten of indien ondersteuning nodig is. De keuze van locaties voor permanenties wordt bepaald door het publiek dat het CHW-team wenst te bereiken, bijvoorbeeld door een permanentie te organiseren in de wijk Helmet om een seniorenpubliek te kunnen aanspreken, of een permanentie in

Samu Social in het kader van het project 'Casa' om kwetsbare vrouwen te ondersteunen, enzovoort. Inhoudelijk kreeg elke CHW een referentierol voor specifieke thema's: bijvoorbeeld dakloosheid, senioren, personen met een handicap, kleine kinderen, verslaving, asielzoekers en immigranten zonder papieren, enzovoort.

In **Wallonië** werd in Charleroi de wijk Farciennes toegevoegd aan het werkgebied van het lokale CHW-team.

7.2. Samenwerkingen (op verschillende programmaniveau's)

Om de implementatie op het terrein te versterken, worden er op alle niveaus in het CHW-programma en in alle CHW-teams verschillende samenwerkingen aangegaan. Samenwerkingen tussen CHW en zorg- en hulpverleners inzake gezondheid en/of welzijn spelen immers een cruciale rol bij het verbeteren van zowel de toegang naar, als de kwaliteit van de gezondheidszorg. Door samen te werken met verschillende lokale diensten en organisaties ontstaat er een waardevolle uitwisseling van kennis, kunnen structurele signalen beter geïdentificeerd worden, kan de zorg voor kwetsbare personen verbeterd worden en kan het vertrouwen in de gezondheidszorg bij deze specifieke gemeenschappen groeien. Dit jaar werd door Universiteit Antwerpen onderzoek gedaan naar de samenwerkingen in het CHW-programma om meer inzicht te verkrijgen.

Uit het onderzoek bleek dat de bestuursstructuur van het CHW-programma een belangrijke factor is in het opzetten en uitwerken van samenwerkingen. Wanneer er immers op federaal of regionaal niveau met andere organisaties, projecten en initiatieven wordt samengezeten, faciliteert dit de implementatie op lokaal niveau. Daarnaast dragen deze federale en regionale samenwerkingen bij aan het verspreiden van de boodschap, expertise en kennis van het CHW-programma.

De lokale context in de verschillende steden waar het CHW-programma aanwezig is, zorgt dan weer voor diverse samenwerkingen met unieke dynamieken en andere klemtonen. Het onderzoek ging dieper in op hoe deze samenwerkingen tot stand komen, wat een samenwerking vlot doet verlopen, of wat een samenwerking belemmert, en dergelijke meer. Uit de resultaten bleek dat samenwerkingspartners de opdracht van het CHW-programma hoog in het vaandel dragen omdat ze merkbaar voelen dat mensen betere zorg krijgen en beter opgevolgd worden. Samenwerkingen zijn binnen het programma dus een belangrijke bouwsteen om een inclusieve gezondheidszorg te waarborgen. De resultaten van het onderzoek zijn terug te vinden in het volgende hoofdstuk van het rapport.

HOOFDSTUK 2

Onderzoek

Elk jaar wordt er in het CHW-programma ook een onderzoeksluik uitgevoerd, door onafhankelijke onderzoekers van Universiteit Antwerpen. In dit derde programmajaar werd een onderzoek uitgevoerd naar de samenwerkingen tussen CHW en gezondheids- en welzijnszorgverleners, alsook naar de tools die gebruikt worden door de CHW om hun dagelijkse werking te vergemakkelijken. Dit hoofdstuk biedt inzicht in de onderzoeksresultaten.

We starten het hoofdstuk met een situering van de onderzoeksonderwerpen in de bestaande wetenschappelijke literatuur, beschrijven daarna onze onderzoeksmethodologie en delen onze resultatensectie op in twee delen. In het eerste deel gaan we in op de samenwerkingen: hoe deze ontstaan, hoe de samenwerkingen verlopen, welke de voordelen en uitdagingen zijn. In een tweede deel zoomen we in op de tools: welke tools er gebruikt worden, hoe deze ervaren worden door de CHW en welke tools zij nog nodig vinden. We formuleren doorheen dit hoofdstuk ook enkele aanbevelingen hoe samenwerkingen en tools kunnen ingebed worden in de toekomstige programmajaren.

1. Situering in de wetenschappelijke literatuur

1.1. Samenwerkingen

Samenwerkingen tussen *community health workers* (CHW) en gezondheids- en welzijnszorgverleners spelen een cruciale rol bij het verbeteren van zowel de toegang als de kwaliteit van gezondheidszorgdiensten (Franklin et al. 2015; Mupara et al. 2022). CHW vormen een aanvulling op de reguliere gezondheidszorg doordat ze voorzien in de gezondheidsbehoeften van gemeenschappen die nog onvoldoende worden bediend in die reguliere gezondheidszorg, zoals bevolkingsgroepen met een socio-economische kwetsbaarheid (Mupara et al. 2022; Washburn et al. 2022). Samenwerken met CHW draagt bij aan het verminderen van gezondheidsongelijkheden binnen deze groepen en heeft gunstige effecten op hun behandelingsresultaten (Franklin et al. 2015). Een belangrijke factor in het succes van deze samenwerkingen is de complementariteit in de vaardigheden en kennis van CHW en reguliere gezondheids- en welzijnszorgverleners. Enerzijds genieten CHW een groot vertrouwen in de gemeenschappen en beschikken ze over een gedegen kennis van de relevante culturele, sociale en economische contexten waarin deze gemeenschappen leven (Damio et al. 2017; Glenton, Javadi, and Perry 2021; Javanparast et al. 2018). Door hun nauwe betrokkenheid kunnen CHW een brug slaan naar de formele gezondheidszorg: hun positie binnen de gemeenschappen stelt hen in staat om toegang te faciliteren tot effectieve zorg, gezondheidsinformatie te verschaffen en eventueel preventieve diensten te coördineren (Glenton et al. 2021; Schaaf et al. 2020). Anderzijds hebben reguliere gezondheids- en welzijnszorgverleners, zoals (huis)artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk/sociaal werkers en andere zorgverleners, een diepgaande (medische) kennis, gespecialiseerde vaardigheden en expertise die ze kunnen inzetten om complexe medische en sociale problemen aan te pakken en de zorg te coördineren (Payne et al. 2017; Vaseghi, Yarmohammadian, and Raeisi 2022). De beste kansen voor succesvolle samenwerkingen met de reguliere gezondheidszorg ontstaan wanneer CHW worden geïntegreerd in de eerstelijnsgezondheidszorg, waar zij een weerspiegeling kunnen zijn van en een stem kunnen bieden aan de gemeenschappen die zij bereiken (Franklin et al. 2015).

Samenwerkingen tussen CHW en gezondheids- en welzijnszorgverleners brengen dus vele voordelen met zich mee, maar blijven ook niet gespaard van uitdagingen, die mee de kwaliteit en de uitkomsten van de samenwerkingen bepalen (LeBan, Kok, and Perry 2021). In België of Europa is er tot nog toe nog weinig onderzoek uitgevoerd naar samenwerkingen tussen CHW en gezondheids- en welzijnszorgverleners, dus we kijken hierbij vooral naar internationale literatuur uit landen waar CHW reeds langer inbed zijn in de gezondheidszorg. Studies die onderzochten hoe CHW worden geïntegreerd in gezondheidszorginstellingen en -teams, benadrukken het cruciale belang van de sociale, economische

en politieke context waarin deze integratie plaatsvindt (LeBan et al. 2021). Deze contexten variëren uiteraard afhankelijk van het land of de regio, daarom is het essentieel dat beleidsmakers rekening houden met deze contextuele factoren om de succesvolle integratie van CHW in gezondheidszorgsystemen mogelijk te maken.

Daarnaast biedt de internationale wetenschappelijke literatuur ook inzichten in verschillende samenwerkingsfactoren die van cruciaal belang zijn om concrete samenwerkingen te laten slagen. Het is immers van groot belang dat het vertrouwen dat de persoon in de CHW stelt, niet beschadigd wordt door negatieve ervaringen in samenwerkingen (LeBan et al. 2021). Zo duiden verschillende onderzoekers op het belang van een goede coördinatie en verdeling van verantwoordelijkheden: zowel de rollen van de CHW als van de reguliere zorgverleners dienen duidelijk afgebakend te worden in de samenwerking (Franklin et al. 2015; LeBan et al. 2021). Het is belangrijk dat beide partijen goed geïnformeerd zijn over elkaars rollen: een duidelijke communicatie en eventuele opleidingen hierover zijn cruciaal (Franklin et al. 2015). Recent Amerikaans onderzoek toonde aan dat de integratie van CHW in interprofessionele teams een tijdrovend proces kan zijn dat soms tot conflicten kan leiden wanneer de traditionele zorgmodellen moeten worden herzien (Washburn et al. 2022). Dit gebeurt vaak vanwege een gebrek aan kennis en begrip over de rollen en toegevoegde waarde van CHW, wat tot gevoelens van concurrentie onder de reguliere zorgverleners kan leiden. Het is daarom van cruciaal belang om duidelijke informatie te verstrekken over de bijdrage en capaciteiten van CHW, en dat de reguliere zorgverleners zich actief inzetten om de CHW te integreren in hun werking. Een succesvolle samenwerking tussen beide partijen, gebaseerd op gelijkheid, respect en wederzijds vertrouwen, is van essentieel belang om positieve resultaten te behalen (Franklin et al. 2015; LeBan et al. 2021). Een effectieve communicatie speelt hierbij een centrale rol. Bovendien draagt een gedeeld begrip van normen, waarden en gezamenlijke doelen bij aan een vlot verloop van de samenwerking.

Definitie ‘samenwerking’

Om na te gaan hoe samenwerkingen verlopen, is het essentieel dat er een duidelijke definitie van wat zo een ‘samenwerking’ inhoudt, gehanteerd wordt. In de wetenschappelijke literatuur zijn er vele verschillende definities en interpretaties van de term ‘samenwerken’ te vinden (Hammelburg, Lubbers, and Nauta 2014; Scheepers 2015; Vyt 2012). Vaak wordt er gedifferentieerd naargelang de vorm van samenwerken, zo bestaan er definities van ‘interprofessioneel samenwerken’, ‘interdisciplinair samenwerken’, ‘Multi professioneel samenwerken’, ‘multidisciplinair samenwerken’, ‘netwerksamenwerking’, ‘geïntegreerde zorg’, enzovoort (Franklin et al. 2015; Hammelburg et al. 2014; Scheepers 2015; Vaseghi et al. 2022; Vyt 2008). Elke vorm van samenwerken heeft bijgevolg ook specifieke karakteristieken of voorwaarden waaraan voldaan moet worden, om over die specifieke vorm van samenwerken te kunnen spreken.

In het kader van het CHW-programma, opteren wij voor het gebruik van de definitie van samenwerken zoals omschreven door Hammelburg en collega's in het boek ‘Veranderende samenwerking in de zorg’ (Hammelburg et al. 2014). Zij hanteren daarin een definitie voor ‘samenwerking in patiëntenzorg’ (p. 18), waarvan wij achtten dat deze het meest van toepassing is op de samenwerkingen binnen het CHW-programma. In tegenstelling tot vele andere definities in een internationale context, die zich richten op gezondheidszorgsystemen die aanzienlijk verschillen van het Belgische systeem en vaak de nadruk leggen op gezondheidszorgteams binnen eenzelfde instelling of binnen een hiërarchische structuur, is deze definitie preciezer en meer toepasbaar op samenwerkingsverbanden binnen het kader van het CHW-programma.

De definitie gaat als volgt:

“Verschillende zorgprofessionals zijn (tegelijkertijd of volgtijdelijk) betrokken bij de zorg voor dezelfde patiënt/persoon; zij wisselen daarbij kennis en informatie uit over een patiënt en delen die kennis en informatie, voor zover die voor een goede uitoefening van een bepaalde taak nodig is. Het gaat hierbij om de overdracht van de ene naar de andere zorgprofessional, maar ook om afstemmen als meerdere zorgprofessionals tegelijk bij een patiënt betrokken zijn. Het kan in een team zijn, in een instelling, maar ook tussen zorgprofessionals van verschillende teams of instellingen.

Samenwerken in de directe patiëntenzorg kan op de verschillende niveaus:

- *In een team* rond de patiënt (zoals spoedeisende hulp, intensive care of operatiekamer), waarbij men elkaar direct ziet en spreekt.
- *Volgtijdelijk*, door verwijzing van de ene naar de andere zorgverlener (bv. huisarts verwijst naar specialist), daarbij is overdracht aan de orde.
- *Consultatief*, waarbij de ene zorgverlener de andere raadpleegt zonder dat deze de patiënt hoeft te zien.
- *Op afstand*, wanneer bijvoorbeeld de ene zorgverlener informatie vraagt aan een andere zorgverlener om de eigen behandeling of begeleiding te optimaliseren (bv. bedrijfsarts vraagt informatie op bij curatieve arts of psycholoog terwijl ze elkaar nooit zien).

Om uit te wisselen en af te stemmen moeten beide partijen een gezamenlijk doel hebben en weten dat zij voor dit doel afhankelijk zijn van elkaar. Dat gezamenlijke doel kan betrekking hebben op het stellen van een goede diagnose, het voorstellen en uitvoeren van een juiste (effectieve en geaccepteerde) behandeling of het doorverwijzen van gemeenschappelijke patiënten of van patiënten naar elkaar. Door het delen van deze kennis en informatie over de patiënt en het afstemmen over beleid kan een situatie worden bereikt waarin het resultaat beter is dan de situatie waarin deze informatie niet zou zijn uitgewisseld.

Samenwerken in de patiëntenzorg vindt niet enkel plaats tussen zorgverleners onderling, maar ook tussen zorgverleners en patiënten, verwanten, organisaties en vele anderen.”

Door onderzoek te doen naar de samenwerkingen binnen het CHW- programma en de specifieke wijze waarop deze samenwerkingen worden uitgevoerd, evenals de gestelde doelen hierbinnen, trachten we te achterhalen of deze theoretische definitie weerslag vindt in de CHW-praktijk. Hierbij richten we ons op het identificeren van de samenwerkingspartners, de manier van samenwerken en de beoogde doelen. Hierdoor zullen we eveneens inzicht verkrijgen in de praktische implementatie en impact van het CHW-programma in de lokale context.

Belang van de bestuursstructuur CHW-programma in de onderzoekscontext

Zoals beschreven in deel 1 van dit rapport, kent het Belgische CHW-programma een federale bestuursstructuur met regionale en lokale aftakkingen. Deze structuur biedt een kader voor samenwerkingen op verschillende niveaus, waardoor de verschillende doelstellingen van het CHW-programma kunnen worden gerealiseerd. Op lokaal niveau kan bijvoorbeeld worden samengewerkt om de gezondheid van individuen te bevorderen, terwijl op regionaal en federaal niveau wordt ingezet op het versterken en toegankelijker maken van de algehele gezondheidsinfrastructuur van België door samenwerking met diverse organisaties en actoren.

Doordat er verschillende lokale contexten zijn waarin CHW actief zijn, worden de accenten in samenwerkingen aangepast aan de specifieke behoeften van elke stad. Dit maakt het mogelijk flexibel

in te spelen op lokale noden. Om een dieper inzicht te verkrijgen in deze diversiteit aan samenwerkingen, lag de focus van het onderzoek voornamelijk op lokale samenwerkingen.

1.2. Tools

CHW maken vaak gebruik van diverse ondersteunende 'tools', of hulpmiddelen, om zowel hun werk als de gezondheidsresultaten van personen en hun gemeenschap te verbeteren (Schleiff et al. 2021). Die ondersteunende tools zijn essentieel om de effectiviteit van het CHW-werk te bevorderen (Scott et al. 2018; World Health Organization 2020). Over het algemeen kunnen we verschillende categorieën van ondersteunende tools in deze literatuur terugvinden:

- **Praktische tools:** om hun werk naar behoren te kunnen uitvoeren hebben CHW nood aan ondersteunende praktische tools, zoals bijvoorbeeld technologische hulpmiddelen zoals een smartphone of laptop, of aan transportmiddelen zoals een fiets (World Health Organization 2020)
- **Digitale ondersteuningstools:** in vele internationale CHW-programma's wordt gebruik gemaakt van digitale ondersteuningstools. Dit kan bijvoorbeeld gaan over registratiesystemen om persoonsgegevens te beheren of gezondheidsindicatoren in de gemeenschap te monitoren, of over informatiesystemen die toegang bieden tot medische informatie (Abreu et al. 2021; Braun et al. 2013). Het gebruik van deze systemen kan onder andere helpen bij het in kaart brengen van gezondheidsbehoeften in de gemeenschappen, het plannen van gezondheidsinterventies en het evalueren van de effectiviteit van CHW-programma's (ibid).
- **Mobiele applicaties:** een speciale categorie binnen deze digitale ondersteuningstools, zijn allerhande mobiele applicaties die CHW ondersteunen in hun werk. Deze applicaties kunnen CHW onder meer helpen om cliëntgegevens bij te houden, gezondheids- en andere informatie terug te vinden of worden als communicatiemiddel gebruikt (Abreu et al. 2021; Early et al. 2019; Feroz, Khoja, and Saleem 2021; Greuel et al. 2023). Mobiele applicaties worden ook soms ingezet om CHW opleidingen en training aan te bieden (Greuel et al. 2023; Schleiff et al. 2021; Winters et al. 2019).
- **Opleidingen en educatieve hulpmiddelen:** om hun taken en rollen optimaal te kunnen uitvoeren, hebben CHW ook nood aan opleidingen en educatieve hulpmiddelen (Glenton et al. 2021; Schleiff et al. 2021). Deze vormingen kunnen in allerlei vormen kan aangeboden worden, onder andere ook via mobiele hulpmiddelen (Greuel et al. 2023; Schleiff et al. 2021). Daarnaast kunnen ook educatieve hulpmiddelen zoals informatiekaarten CHW helpen om kennis over te brengen bij de personen die ze bereiken (Kok et al. 2015; World Health Organization 2020). Via deze tools, kunnen CHW de nodige kennis en vaardigheden verwerven om effectieve gezondheidszorgdiensten in hun gemeenschap aan te bieden en deze kennis over te brengen (Glenton et al. 2021).
- **Medische apparatuur en diagnostische hulpmiddelen:** afhankelijk van de context en opdracht binnen een CHW-programma hebben CHW ook soms medische apparatuur nodig, zoals bloeddrukmeters, thermometers, glucosemeters, of checklists en diagnostische testen voor specifieke ziektes zoals bijvoorbeeld hiv of Covid-19 (Abreu et al. 2021; Schleiff et al. 2021; Suhartono et al. 2022; World Health Organization 2020). Deze kunnen onder andere dienen om de gezondheid van personen te beoordelen en te monitoren.

Het is van belang te benadrukken dat het gebruik van ondersteunende tools aanzienlijk verschilt tussen verschillende onderzoeken. Internationale studies over de tools die worden ingezet door CHW zijn vaak sterk gerelateerd aan de specifieke lokale context, zoals in lage- en middeninkomenslanden, of aan de specifieke taken binnen een bepaald CHW-programma, zoals bijvoorbeeld hiv- of covid-19-screening.

Bovendien varieert ook de beschikbaarheid van middelen en infrastructuur sterk in de uiteenlopende gemeenschappen, contexten en landen waar CHW actief zijn (World Health Organization 2020).

1.3. Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen in verband met de samenwerkingen zijn als volgt:

- Welke samenwerkingen bestaan er op de verschillende programmaniveau's?
 - Welke samenwerkingen bestaan er op lokaal niveau, tussen de CHW en andere zorg- en welzijnsverleners?
- Hoe ontstaan en verlopen deze samenwerkingen?
 - Wat zijn de faciliterende en belemmerende factoren binnen een samenwerking?
- Hoe worden de samenwerkingen geëvalueerd?

De onderzoeksvragen in verband met de tools zijn volgende:

- Welke tools worden er gebruikt door de CHW?
- Hoe worden deze tools geëvalueerd?
- Aan welke tools hebben de CHW nog nood?

2. Methodologie

2.1. Ethische goedkeuring

De studie werd ingediend bij het Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen, waar Ethische toestemming werd ontvangen (SHW_2023_7_1).

2.2. Geïnformeerde toestemming

Bij aanvang van elk interview werd een procedure van geïnformeerde toestemming doorlopen. Eerst werd de deelnemer geïnformeerd over het doel en verloop van het onderzoek aan de hand van een informatie- en toestemmingsformulier. De deelnemer kon vervolgens vragen stellen over het onderzoek, en indien alles duidelijk was, werd gevraagd om het informatie- en toestemmingsformulier te ondertekenen, in twee kopieën: één bestemd voor de deelnemer en één bestemd voor de onderzoeker. Op deze formulieren stonden eveneens de contactgegevens van de onderzoekers vermeld, zodat de deelnemer na het interview de mogelijkheid had om contact op te nemen voor verdere vragen of om de deelname aan het onderzoek stop te zetten. Deze formulieren waren beschikbaar in het Nederlands en Frans, afhankelijk van de taal gesproken door de deelnemer.

2.3. Mixed-methods onderzoek

In het onderzoek werd een *mixed-methods*-methodologie toegepast: een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. De focus van het onderzoek lag op het lokale niveau, dit wil zeggen op de samenwerkingen en het gebruik van tools door de CHW zelf, en in de dagelijkse uitvoering van het CHW-programma 'in het veld'. Om de samenwerkingen en gebruik van tools uit te diepen werden individuele diepte-interviews gehouden, in paren van samenwerkingen: er werd zowel een CHW als een 'samenwerkingspartner' geïnterviewd. Met 'samenwerkingspartner' verwijzen we naar een eerstelijnszorgverlener of vertegenwoordiger van een organisatie waarmee de CHW samenwerkt of heeft geprobeerd een samenwerking op te zetten. Deze laatste werden geïnterviewd om inzicht te krijgen in mogelijke uitdagingen waardoor een samenwerking verhinderd wordt. Door zowel de CHW als de partner te interviewen, hebben we beide perspectieven op de samenwerking gedocumenteerd. Deze interviews vonden apart plaats, op verschillende momenten. In sommige steden werden twee partners geïnterviewd, zowel een huisarts als een partner uit het sociale middenveld, door een

aanvullend onderzoek uitgevoerd in het kader van een masterthesis huisartsgeneeskunde. In totaal zijn er bijgevolg 15 interviews met CHW en 18 interviews met partners uitgevoerd. In de resultatensectie wordt een overzicht gegeven van de Socio-demografische kenmerken van de deelnemers. Voorafgaand aan het interview werd aan de CHW gevraagd om een voorbereidend formulier in te vullen, waarin zij werden gevraagd om een lijst te maken van al hun samenwerkingsverbanden en de tools die zij in hun werk gebruiken, om het gesprek te faciliteren. Zowel de CHW als de partners werden geïnterviewd over verschillende aspecten van hun samenwerking. Dit omvatte onder andere hoe de samenwerking tot stand kwam, hoe deze verliep, welke factoren bijdroegen aan het succes van de samenwerking, welke eventuele uitdagingen zich voordeden, en hoe de samenwerkingen werden geëvalueerd. De CHW werden niet alleen bevraagd over hun samenwerkingen met partners, maar ook over het gebruik van tools in hun dagelijkse werkpraktijk.

Daarnaast kregen de teamverantwoordelijken van elke stad het verzoek om twee documenten in te vullen. Het eerste document vroeg om een samenvatting van de gebruikte tools binnen het team, hun doelen, evaluaties, en eventuele behoeften. Het tweede document was een invulbare spreadsheet die betrekking had op de samenwerkingen tussen CHW en hun partners in de stad. Op het eerste tabblad werd gevraagd om kwantitatieve informatie over de samenwerkingspartners, inclusief details over de frequentie van het contact, het niveau van de samenwerking, en het soort samenwerking. Op het tweede tabblad waren open vragen opgenomen om diepgaande kwalitatieve informatie te verzamelen. Deze vragen richtten zich onder andere op het tot stand brengen van samenwerkingen, de factoren die bijdragen aan succes of obstakels in de samenwerking, enzovoort. Er werd ook via sjablonen informatie verzameld in verband met samenwerkingen op het meso- en macroniveau, dit zijn samenwerkingen die zich situeren op het regionale en federale niveau. Hiervoor werd door de regionale en federale coördinatoren een tabel ingevuld, zie onderstaand voorbeeld.

Regio	Contact <i>Vul hier in met welke organisatie, project, bestuur er contact was, en in welke vorm</i>	Inhoud contact/overleg <i>Beschrijf hier bondig wat het doel was van het contact/overleg: bv. samenwerking rond bepaald thema, ...</i>	Resultaat contact/overleg <i>Beschrijf hier bondig wat de uitkomst was van het overleg: bv. opzetten structurele samenwerking</i>	Verdere opvolging? <i>Hoe zal dit contact verder opgevolgd worden? Is er reeds een volgende contact gepland?</i>
Federaal				
Vlaanderen				
Brussel				
Wallonië				

Met betrekking tot de tools werden er twee feedbacksessies georganiseerd met de CHW-respondenten. Daarin werden de onderzoeksresultaten rond de tools toegelicht en werden concrete aanbevelingen voor het optimaliseren van de tools afgetoetst. Deelname aan deze focusgroepen was geheel vrijwillig en elk gesprek duurde ongeveer één uur. Zeven CHW namen in totaal deel via twee online

focusgroepgesprekken: één in het Nederlands met drie Vlaamse CHW en één in het Frans met vier Franstalige CHW.

2.4. Selectie van de respondenten

Tijdens een informatiesessie werden alle CHW en coaches geïnformeerd over het doel en de opzet van het onderzoek. Na deze sessie ontvingen alle coaches een invulformulier, waarop zij contactinformatie van geïnteresseerde CHW-deelnemers uit hun team konden invullen, met enkele socio-demografische gegevens van deze CHW. Deze informatie werd verzameld zodat de onderzoekers op basis van deze criteria een selectie van de interviewrespondenten konden maken, om tot een gebalanceerde representatie op het gebied van geslacht, achtergrond en leeftijd te komen. De geselecteerde CHW werden vervolgens per e-mail gecontacteerd en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De coaches waren niet op de hoogte van wie er finaal geselecteerd werd voor het onderzoek. Op basis van de informatie die ze verstrekten in het voorbereidende formulier, en in overleg met de CHW zelf, werd vervolgens ook een partner uitgenodigd om deel te nemen aan een interview. Hierbij werd gestreefd naar een gebalanceerde vertegenwoordiging van samenwerkingsverbanden, zowel met partners in medische beroepen als eerstelijnszorgverleners op het gebied van welzijn, alsook naar het verloop van de samenwerking.

2.5. Dataverzameling en -analyse

De interviews werden afgenomen in het Nederlands of Frans, afhankelijk van de taalvoorkeur van de deelnemer. Eén interview werd in het Engels afgenomen. Elk interview werd opgenomen met een audiorecorder, waarvoor de deelnemers hun uitdrukkelijke toestemming werd gevraagd tijdens de geïnformeerde toestemmingsprocedure. De audio-opnames werden verbatim getranscribeerd door een erkende organisatie (Thedge BV) met welke een verwerkersovereenkomst werd afgesloten ter bescherming van de gegevens. De sjablonen voor de dataverzameling op team, regionaal en federaal niveau werden op het Sharepoint-platform van het CHW-programma beschikbaar gesteld en per mail werden de verantwoordelijken gevraagd om deze tegen een bepaalde datum in te vullen.

De interview transcripts werden geïmporteerd in het kwalitatieve analyseprogramma NVivo 14. Volgens de principes van de thematische analyse (Braun and Clarke 2006; Campbell et al. 2021) werden de resultaten geanalyseerd. Deze methodologie bestaat uit zes stappen, die flexibel werden toegepast: (1) het familiariseren met de data door het lezen en herlezen van de interview-transcripts, (2) het genereren van initiële codes die uit de data voortkomen en de inhoud van de interviews in kaart brengen, (3, 4 en 5) het zoeken, analyseren en definiëren van thema's die verbanden en verklaringen uit de initiële codes weergeven, en (6) het verwerken van de analyseresultaten in een onderzoeksrapport.

Deze analyses werden getrianguleerd en vervolledigd met de data die verzameld werd in de invuldocumenten, ingevuld door de coaches, en de regionale en federale coördinatoren. De kwantitatieve data uit de teamformulieren werd samengebracht in één samenvattend Excel-document en geanalyseerd via functies beschikbaar in Excel, zoals draaitabellen. De kwalitatieve informatie uit de invulformulieren werd aanvullend bij de kwalitatieve data van de interviews geanalyseerd.

3. Resultaten

In het komende gedeelte worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. Eerst worden samenwerkingen op regionaal en federaal niveau besproken. Daarna komen de samenwerkingen op lokaal niveau aan bod. Aangezien het onderzoek voornamelijk gericht was op deze lokale samenwerkingen, worden deze uitgebreider belicht.

3.1. Samenwerkingen op federaal niveau

De federale en regionale coördinatoren werden gevraagd om de samenwerkingen of contacten die werden aangegaan met het oog op een mogelijke samenwerking, op te lijsten in een invulformulier. In dit deel geven we hiervan aan overzicht.

Op federaal niveau werden verschillende contacten gelegd met andere actoren die een federale of regionale bestuursstructuur hebben, wat de lokale inbedding en samenwerking kan vergemakkelijken. Zo werd er met het *Born in Belgium*-programma, dat ook kadert binnen de witboek-projecten rond de toegankelijkheid van de zorg, enkele malen samengezeten om elkaars werking beter te leren kennen en te exploreren waar er op het terrein kan worden samengewerkt. Er werd overeengekomen dat het opportuun is om de samenwerking verder concreet uit te werken op locaties waar beide programma's aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld in de stad Tienen. Een soortgelijk contact werd aangegaan met de middenveldorganisatie Wiegwijs. Een uitwisselingsmoment was ingepland maar moest verplaatst worden naar 2024 wegens ziekte van te veel deelnemers. Tijdens die bijeenkomst zullen de CHW-coaches en -coördinatie aanwezig zijn en beide organisaties zullen hun werking aan elkaar voorstellen. Daarbij zullen linken gelegd worden tussen de coaches en de plaatselijke inloopteams van Wiegwijs. De coaches zullen vervolgens afzonderlijk een overleg inplannen met de Wiegwijs-verantwoordelijke van het inloophuis in de stad waar zij actief zijn, om zo een verdere concrete samenwerking op poten te zetten. Tussen de DG Personen met een Handicap van de FOD Sociale Zekerheid en de CHW-coaches in Vlaanderen werd ook een overleg opgestart. Hierbij werden de namen van de verantwoordelijken uitgewisseld zodat met hen rechtstreeks contact kan opgenomen worden. Ook brochures werden gedeeld zodat de informatie over de diensten gemakkelijker gedeeld kunnen worden met CHW en hun personen.

Het CHW-programma werkt op federaal niveau ook samen met verschillende organisaties samen om aan kennis- en expertisedeling te doen. Met de Dienst Ervaringsdeskundigen van de POD Maatschappelijke Integratie wordt samengewerkt om het structurele signalenbeleid binnen het CHW-programma uit te werken. Er wordt kennis en ervaring uitgewisseld over elkaars signalenbeleid en aanpak, en er wordt gekeken hoe de signalen samen gelegd kunnen worden om zo tot eensgezinde en ook sterkere signaleringen te komen. Daarnaast heeft de KU Leuven beroep gedaan op de expertise binnen het CHW-programma om binnen enkele van hun projecten advies te krijgen bij het opstellen van vragenlijsten. Met hun vragenlijsten willen de onderzoekers peilen naar de kennis van de populatie over het gezondheidssysteem, ervaringen rond taalbarrières en kennis rond eerste hulpverlening. Gezien de inhoud van het onderzoek een sterke link heeft met de opdracht binnen het CHW-programma om structurele signalen te capteren, is er afgesproken dat de onderzoekers het contact behouden en in verdere feedbackmomenten voorzien.

3.2. Samenwerkingen op regionaal niveau

Samenwerkingen in regio Vlaanderen

In de regio Vlaanderen werd met talrijke organisaties overlegd om een samenwerking aan te gaan. In meerdere steden wordt er ingezet op samenwerkingen rond geïntegreerde zorg. Zo was er een gesprek met het project 'Verbonden in ZOHrg' in Zuid-Oost Hageland, waarbij de focus lag op de stad Tienen. In het project ligt de nadruk op 'patiënt centraal' binnen gezondheidsthema's die verbonden zijn aan 'het begin van het leven' en 'het einde van het leven'. Momenteel vindt er een actieve samenwerking plaats waarin werd overeengekomen dat de CHW een actieve rol kunnen opnemen wanneer de focus ligt op het 'begin van het leven'. Het project reikt ook partners aan waarnaar doorverwezen kan worden in casussen waarbij het levenseinde centraal staat. Er vond ook een formeel overleg op coördinatieniveau

plaats met De Koepel vzw, beter bekend als Sibe, het samenwerkingsverband geïntegreerde zorg in onder andere de eerstelijnszones Oostende-Bredene. In dat overleg werden afspraken gemaakt, onder meer over casemanagement. In Oostende werd er reeds actief samengewerkt, waarbij CHW als actieve partner vooral proberen om casussen te detecteren en goed door te verwijzen.

Vaak gebeuren er overlegmomenten met diverse partners op coördinatieniveau met het oog op het versterken en faciliteren van lokale samenwerkingen. Zo werd er met de Dienst Maatschappelijk Werk (DMW) op coördinatieniveau afgesproken dat elke stad een praktische uitwisseling organiseert tussen de lokale CHW en DMW-medewerkers. In verschillende steden waren er al concrete samenwerkingen en doorverwijzingen, maar overleggen gebeurden tot nog toe op niveau van de coach of coördinatie. Om het overleg op lokaal niveau te stimuleren, zal binnen de praktische uitwisselingsmomenten per stad elkaars werking worden toegelicht en praktijkcasussen besproken worden. In de toekomst zal nog bekeken worden hoe deze uitwisselingsmomenten structureler kunnen geïmplementeerd worden en of er eventueel andere partners ook betrokken kunnen worden. Een gelijkaardig traject werd aangegaan met Rebelle vzw, die streven naar gelijke kansen voor vrouwen. Zij richten onder meer hun aandacht op vrouwen in kwetsbare posities en werken met inloopteams. Na een overleg op coördinatieniveau, nam elke CHW-coach in hun stad contact op met de lokale afdeling van Rebelle vzw, en worden de samenwerkingen lokaal verder uitgewerkt. Met Alin vzw, een bijstandsorganisatie voor personen met een handicap en hun netwerk, werd ook een overleg gehouden om elkaars werking te leren kennen en te bekijken hoe samenwerken elkaar kan versterken. Er werd afgesproken dat wanneer CHW in contact komen met iemand van de doelgroep, verdere contacten zullen volgen. Er werd op coördinatieniveau samengezeten met Reakiro vzw. Deze organisatie, actief in West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant, focust zich op mensen die omwille van een psychologische problematiek een doodswens hebben en hun terug perspectief te bieden. In Oostende en Tienen bekijken de coaches samen met medewerkers van de vzw hoe CHW mensen in deze specifiek kwetsbare situatie naar hen kunnen toeleiden. In Antwerpen werd er op het coördinatieniveau een overleg georganiseerd met het Huis van het Kind, om na te gaan welke raakvlakken er zijn met het CHW-programma, en of de lokale CHW-werking in Antwerpen uitgebreid kan worden. De lokale coach neemt deze samenwerking verder op.

Ook wordt er op Vlaams niveau ingezet op het uitwisselen van kennis en expertise. Met het Mantelzorgplan werden verschillende vergadermomenten gehouden. Een vertegenwoordiging van het CHW-programma werd gevraagd om deel te nemen in een werkgroep rond automatische rechtentoekenning. Op deze manier wil het Mantelzorgplan garanderen dat ook de stem van op het terrein bij de meest kwetsbaren wordt meegenomen. In 2024, zal uit deze werkgroep een advies geformuleerd worden naar het beleid. Met het expertisecentrum rond dementie vonden twee overlegmomenten plaats waarbij de vraag werd besproken om het thema dementie tot bij de kwetsbare groepen die moeilijker te bereiken zijn te brengen. CHW gaan na hoe dit thema leeft bij hun doelgroep en aan de hand daarvan zal samen met het expertisecentrum bekeken worden hoe en welke acties er ondernomen kunnen worden. Met Kom Op Tegen Kanker (KOTK), een vaste partner in samenwerkingen rond diverse thema's, zetten de CHW mee hun schouders onder een project rond sociaal tolken. De CHW ondernamen actie om het sociaal tolken bij artsen aan te moedigen. In de praktijk bleek dit echter niet evident, omdat er heel wat administratieve handelingen zijn die een arts moet ondernemen om sociaal tolken mogelijk te maken. De bevindingen hierover werden overgemaakt voor het eindrapport van het project aan KOTK. In Oostende testten ze de federale vraag uit om Zipster, een digitaal verwijsplatform dat zorg- en hulpverleners helpt om door te verwijzen naar lokale welzijnsactoren, actief te gebruiken. Dit bleek echter niet werkbaar en de feedback hierover werd doorgegeven. Indien het programma beter aansluit bij de noden van de CHW-werking in de toekomst, kan het gebruik terug gestimuleerd worden. De CHW-werking werd, samen met regio Brussel, voorgesteld bij AIM

(International Association of Mutual Benefit Societies). Het doel hiervan was om leden van AIM uit heel Europa kennis te laten maken met de CHW-werking en hoe kwetsbare groepen kunnen benaderd worden. Er vond ook heel wat uitwisseling plaats rond outreachend werk binnen de gezondheidszorg. In 2024 wordt getracht om dit contact te onderhouden en nog meer aandacht te genereren voor het thema. Met LOGO (LOkaal GezondheidsOverleg en -organisatie) werd er al sporadisch overlegd, en is het doel dit systematischer te doen, om CHW te betrekken bij de acties die LOGO opzet. Er werd ook afgesproken dat CHW noden in de wijken waarin zij actief zijn, signaleren aan LOGO-medewerkers. Zo kan er contact gelegd worden met andere organisaties om op deze noden in te spelen. Hiervoor werden de gegevens van lokale LOGO-medewerkers bezorgd, zodat er per stad een aanspreekpunt is. In de loop van 2024 is gepland om deze samenwerking te evalueren.

Samenwerkingen in regio Brussel

In Brussel bestaan er talrijke samenwerkingsverbanden, waaronder die met sociale diensten, diverse VZW's, Brusselse gezondheidsorganisaties, lokale dienstencentra, preventieorganisaties en andere partners. Door de specifieke context van Brussel, zowel als regio en als stad apart afgebakend in het CHW-programma, kunnen regionale samenwerkingen met lokale samenwerkingen samenvallen. Bovendien vinden er tal van samenwerkingen plaats op het niveau van de verschillende Brusselse gemeentes, die soms verschillende wijken waarin CHW actief zijn kunnen omvatten. Met de Maison Médicales bijvoorbeeld, vinden er zowel op regionaal als lokaal niveau samenwerkingen plaats. Zo worden er met de Federation des Maison Medicales regelmatig coördinatievergaderingen gehouden om de acties op het terrein te coördineren. Binnen die acties wordt er samengewerkt met verschillende projecten die vanuit de Federatie gestuurd worden. Een soortgelijke samenwerking vindt plaats met het overlegorgaan "veille sanitaire dans le secteur du sans-abrisme", gecoördineerd door Bruss'Help, die op regelmatige basis vergaderingen organiseren, samen met verschillende organisaties uit het veld als ook met publieke overheden. Deze samenkomsten hebben als doel om bevindingen uit het veld te delen en informatie te verstrekken op het gebied van de gezondheidszorg en de dakloosheidssector (straten, kraakpanden, noodopvang, opvangcentra, enz.).

Er vonden in 2023 ook verschillende coördinatievergaderingen en workshops plaats met Brusano, in het kader van de implementatie van het Plan *Social Santé Intégré* (PSSI). Deze samenwerking zal de komende jaren verder gezet worden. Met de Federatie van de Maatschappelijke Diensten (FDSS) wordt er samengewerkt om het werk op het terrein samen uit te dragen. Hiervoor vinden regelmatig gezamenlijke vergaderingen plaats, waaraan ook bijvoorbeeld Project *Relais d'Action de Quartier* (RAQ) of Brico deelnemen.

In 2023 werden er vijf coördinatiebijeenkomsten gehouden met de projecten van RAQ, Preventie en Gezondheidsbevordering van de Federatie van Medische Centra (CPPS) en Gezondheidsadviseurs (intermutualistisch project). In april 2023 werd ook een gezamenlijke bijeenkomst met medewerkers van deze verschillende programma's georganiseerd om het Geïntegreerd Gezondheids- en Sociaal Plan (IHSP) te presenteren.

Het ALCOV-project ((Agir LOcalement contre le Virus) dat tijdens de Covid-19 crisis opgestart werd door de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie (GGC) om de lokale verbinding tussen de gezondheids- en sociale sector en kwetsbare bevolkingsgroepen te waarborgen, vergaderde tweemaal met het kabinet van Alain Maron, de Brusselse minister van Gezondheid en Sociale Actie. In het kader van deze samenwerking worden de bevindingen op het terrein van de verschillende actoren gemonitord en gedeeld tijdens verscheidene presentaties en vergaderingen.

Met BruPrev werd er in 2023 samengewerkt in het kader van de ontwikkeling van de colotest, een screeningstest voor darmkanker. Bij de ontwikkeling van die test stelden CHW hun expertise ter beschikking, onder meer om een cultuursensitieve communicatie naar het doelpubliek te garanderen.

Daarnaast zijn er ook samenwerkingen in regio Brussel waar ook andere regio's binnen het CHW-programma betrokken zijn. Voorbeelden hiervan zijn de samenwerking met AIM in combinatie met regio Vlaanderen, evenals de samenwerking met het *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* (RWLP) in samenhang met regio Wallonië en de Duitstalige gemeenschap.

Samenwerkingen in Wallonië en Duitstalige gemeenschap

Een cruciale samenwerking in de regio Wallonië en de Duitstalige gemeenschap betreft de partnerschap met *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* (RWLP). Zoals toegelicht in het eerste deel van dit rapport, omvat deze samenwerking intervisies en is er sinds 2023 ook een gezamenlijke inspanning voor de aanpak van verslavingsproblematiek. Diverse strategieën zijn ontwikkeld en toegepast om de CHW in Brussel en Wallonië te ondersteunen, waarbij hun vaardigheden in de benadering van drugsverslaving worden versterkt. Voor meer gedetailleerde informatie over deze samenwerking, verwijzen we naar hoofdstuk 2. Samen met RWLP nemen de CHW ook deel aan conferenties en evenementen zoals de Dag tegen de Armoede.

Dit jaar werd er een vernieuwend initiatief gelanceerd in het kader van geïntegreerde zorg door de FOD Volksgezondheid en de provincie Luik, met verschillende partners uit de sector. Dit initiatief is het vervolg van een pilootproject in 2021 om de samenwerking tussen de actoren in de ziekenhuiswereld en die in de residentiële sector voor ouderen of gehandicapten te verbeteren. De Waalse regering heeft als doel deze samenwerking uit te breiden naar alle zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg, om onderlinge connecties te versterken en een verbeterde zorg op het terrein te waarborgen. Hierdoor kan een betere continuïteit van de zorg, als ook een verkorte hospitalisatieduur gegarandeerd worden.

Op 16 december vond een eerste symposium van deze actoren plaats. Het doel van die dag was om projecten te stimuleren om nieuwe uitdagingen aan te gaan om elkaar nog beter te leren kennen, een gedeelde visie en doelstellingen te hebben en samen innovatieve projecten te ontwikkelen ten voordele van en met respect voor iedereen. Aan deze dag namen verschillende partners deel, zoals onder andere Chronicopôle, het Universitaire Ziekenhuisnetwerk Elipse, het gezondheidsnetwerk MOVE, en verschillende lokale gezondheidspromotiecentra (Centres Locaux de Promotion de la Santé). Er werden workshops georganiseerd die waren georganiseerd per geografische werkingsgebieden, en gericht waren op thema's zoals mentale en fysieke gezondheidsbehoeften.

Op dit eerste symposium is het nut van het CHW-programma duidelijk geworden voor alle partners in de provincie Luik. Er vloeiden reeds verdere ontmoetingen tussen verschillende partners voort. Zo werd het CHW-programma gepresenteerd aan het Move- en het Elipse-netwerk, de twee ziekenhuisnetwerken in de provincie Luik. Samen met de netwerkcoördinatoren werd nagedacht over samenwerkingen binnen de eerste- en tweedelijnszorg, met het oog op het toekomstige Proxisanté – decreet. In 2024 zullen verdere thematische werkgroepen opgericht worden en jaarlijks zal het symposium herhaald worden om de voortgang van samenwerkingen te delen, nieuwe werkgroepen op te richten en belangrijke prioriteiten verder te gaan ontwikkelen. Constante verbetering blijft nodig om de werkmethoden aan te passen en te voldoen aan de behoeften van het veld.

In Wallonië werd er op coördinatieniveau nauw samengewerkt met het project 'Agent de prévention Wallon'. De vertegenwoordigers van beide initiatieven uit de verschillende ziekenfondsen kwamen samen om te overleggen hoe er bruggen konden gebouwd worden. Ze besloten om de verschillende teams in Charleroi en in Luik samen te brengen volgens geografisch actieterrain. Tijdens deze

samenkomsten op lokaal niveau is verkend hoe er samengewerkt kan worden, waarbij afspraken werden gemaakt over het gezamenlijk organiseren van activiteiten en het creëren van draagvlak bij gemeenschappelijke thema's. Ook werd er afgesproken om dit overleg jaarlijks te herhalen om de uitwisseling tussen beide initiatieven te blijven bevorderen.

Er is ook nauw samengewerkt met het Netwerk voor Geestelijke Gezondheidszorg voor Volwassenen om intervisies voor de CHW op te zetten, evenals samenwerkingen met eerstelijnspsychologen. In Luik heeft al een intervisie plaatsgevonden in samenwerking met [Fusion Liège](#), en binnenkort zal een soortgelijke intervisie worden georganiseerd in Charleroi met [Réseau Mosaïques](#). Bovendien vinden er regelmatig ontmoetingen plaats met eerstelijnspsychologen, en deze samenwerking zal in de toekomst verder worden uitgebreid.

In Brussel en Wallonië werd er samengewerkt met het project Ervaringsdeskundigen om te verkennen waar mogelijke lokale samenwerkingen kunnen worden opgezet. Het project werd gepresenteerd aan de CHW-teams, gevolgd door een reflectie over potentiële samenwerkingsmogelijkheden op het terrein. Bovendien hebben de ervaringsdeskundigen deelgenomen aan bijeenkomsten met de RWLP.

Er vond in 2023 ook een ontmoeting plaats met een projectmanager bij [Pactsanté](#) en de coordinatrice van [Chronicopôle](#) (samenwerkingsverband geïntegreerde zorg voor de zone Henegouwen centrum en Luik) om uit te wisselen over elkaars werking en opdrachten en na te denken over mogelijke samenwerking. Daarbij werd besloten om in de toekomst een diepgaandere analyse uit te voeren van de overeenkomsten en verschillen tussen de projecten om zo gericht te kunnen samenwerken.

3.3. Samenwerkingen op lokaal niveau

De focus van het onderzoek lag op samenwerkingen op het lokale niveau. De volgende resultatensectie werpt een licht op de data rond samenwerkingen die verzameld werd in de individuele diepte-interviews met de CHW en hun samenwerkingspartners, en de kwantitatieve en kwalitatieve data uit de ingevulde teamformulieren.

Met wie werken CHW samen?

Het CHW-programma richt zich op het wegwijs maken van mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties naar en in de Belgische gezondheidszorg. Uit de invulformulieren bleek dat om dit doel te bereiken met vele verschillende partners wordt samengewerkt. In totaal werden er 522 samenwerkingen gerapporteerd, in onderstaande tabel worden de totalen per team weergegeven. Het is belangrijk om mee te geven dat er per team variatie was in de mate van gedetailleerdheid bij het invullen, waardoor de aantallen in werkelijkheid kunnen verschillen.

Tabel 2: aantal samenwerkingen gerapporteerd per stad

Antwerpen	Brussel	Charleroi	Genk	Gent	Luik	Oostende	Tienen	Verviers Eupen
91	52	50	47	92	58	83	17	32

In deze invulformulieren konden de teams vervolgens voor elke samenwerking aan de hand van dropdownlijsten het type partner aangeven. De categorieën die werden gebruikt, correspondeerden met de classificaties die in de registratietool van het programma waren voorzien voor partnerregistratie. In de onderstaande tabel worden de aantallen van elk type samenwerkingspartners per team weergegeven.

Tabel 3: aantal partners per type samenwerkingspartner zoals opgelijst in de teamformulieren

Type samenwerkingspartner	Antwerpen	Brussel	Gent	Luik	Oostende	Tienen	Verviers Eupen	Eindtotaal
Andere	20	13	46	9	23	9	7	128
Apotheek				1				1
Diensten voor personen met een handicap	4	1	1				1	7
Gezinsplanning	1		3	2			1	7
Huisarts	1	1		1	2			5
Juridische dienst	2		2					4
Juridische dienst				1			1	2
Kind en gezin	2		1	1	1		2	7
OCMW	2	2	3	3	5		2	17
Specialist					14	2		16
Therapeut	2					1		3
VZW	22	30	20	32	14	4	12	134
Wijkgezondheidscentrum	2	4	11	7	2	1	3	30
Ziekenhuis	8		4		5		2	19
Zorginstelling	7			1	6			14
(leeg)	18	1	1		11		1	78
Eindtotaal	91	52	92	58	83	17	32	472

Betreffende de bovenstaande tabel zijn er enkele beperkingen op te merken. Zo ontbreken de gegevens voor de steden Charleroi en Genk, aangezien deze onvolledig waren. Voor Antwerpen en Oostende werden van sommige samenwerkingen het type van partner niet ingevuld (zie categorie 'leeg'). Bovendien blijkt het aantal partners in de categorie 'andere' bij vele teams hoog te zijn, omdat diverse partnercategorieën niet werden opgenomen in de voorgestelde classificaties. Hierbij horen onder andere religieuze instellingen (zoals moskeeën) en scholen. Sommige teams plaatsten ook mutualiteiten (gedeeltelijk) onder deze categorie, terwijl andere teams ze onder 'zorginstellingen' plaatsten. Sommige categorieën uit de voorgestelde dropdown-lijst werden helemaal niet aangevinkt, dit waren: 'adviseur arts', 'labo (bloedafname)', 'rust- en verzorgingstehuis' en 'vaccinatiecentrum/testcentrum'.

Op basis van deze beperkingen en inzichten uit de kwalitatieve gegevens stellen we voor om de categorisatie uit te breiden. In de onderstaande tabel worden de typen partners die tijdens het onderzoek naar voren komen overzichtelijk weergegeven in meer gedetailleerde categorieën met subcategorieën. De middelste kolom bevat enkele voorbeelden van dergelijke partners, in de rechterkolom zijn belangrijke opmerkingen met betrekking tot de specifieke types partners opgenomen.

Tabel 4. Nieuwe categorisatie type partners in samenwerkingen

	Voorbeelden van type partner	Opmerkingen
Gezondheidszorg		
Individuele zorgverleners	Individuele huisartsen, tandartsen, specialisten	
Gezondheidszorginstellingen	Ziekenhuizen, gespecialiseerde centra	
Gezondheidszorgdiensten	Wijkgezondheidscentra of maison médicales, mobiele teams, thuiszorgdiensten	
Mutualiteiten	CM, Solidaris, Liberale Mutualiteit, Helan, Partenamut, Neutrale Mutualiteit	Vaak lokale inbedding van CHW-programma en samenwerking met lokale mutualiteit door overkoepelende programmastructuur (CHW-Intermut)
Actoren met een sociale of maatschappelijke insteek		
Lokale organisaties of individuele actoren met maatschappelijke insteek en vrijwilligersorganisaties	Lokale buurt- of wijkwerking, Verenigingen Zonder Winstoogmerk (VZWs), daklozenopvang, voedselbedeling, juridische dienstverlening, religieuze organisaties, etc.	Zeer ruime groep aan allerhande, lokale diensten en organisaties met verschillende doelen en missies. Steeds heel verschillend per lokale context. Terugkerende thema's zijn gezondheid en welzijn, psychosociale ondersteuning, hulp aan mensen in armoede en kwetsbare posities, onderwijs en opleiding, sociale rechtvaardigheid, jeugdwerk, wonen, enzovoort
Welzijnsorganisaties	CAW, dienstencentra	
Religieuze instellingen	Moskeeën, katholieke kerken, etc.	
Overheids- en onderwijsinstellingen		
Scholen	Nederlands als Tweede taal (NT2)-scholen, basiseducatie	Voornamelijk samenwerking met scholen waarvan cursisten vaak in het doelpubliek van het CHW-programma vallen
Openbare instellingen	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), integratiediensten, stadsdiensten, Vlaamse Dienst	

	voor Arbeidsbemiddeling (VDAB)	
--	--------------------------------	--

Uit de verzamelde data kunnen we enkele belangrijke conclusies trekken: zo blijkt er nauwelijks of weinig met apotheken of individuele huisartsen samengewerkt te worden. Huisartsen waarmee wordt samengewerkt zijn vaak verbonden aan wijkgezondheidscentra. Wanneer er samengewerkt wordt met niet-individuele partners, zoals organisaties, instellingen, centra, etc. hebben CHW vaak een vaste contact- of referentiepersoon. In sommige gevallen gaat dit om de persoon die het dossier beheert (bv. een sociaal werker in het OCMW), dit kan dan per casus een andere contactpersoon zijn. In het geval van samenwerkingen met gezondheidszorginstellingen of -diensten zijn de vaste contactpersonen van de CHW vaak de sociaal of maatschappelijk werkers die in deze instellingen werken, of het baliepersoneel, eerder dan het medische personeel.

Op welke manier werken CHW samen met samenwerkingspartners?

Een samenwerking tussen een CHW en een lokale samenwerkingspartner kan verschillende vormen aannemen en groeit doorgaans organisch. De exacte aard van samenwerking varieert vaak afhankelijk van de specifieke context en doelstellingen binnen de samenwerking. Op basis van de verzamelde data in de invulformulieren in combinatie met de informatie uit de interviews, stellen we een categorisatie van vormen van samenwerking voor, zie onderstaande tabel.

Tabel 5. Soorten samenwerking

Soort samenwerking	Verklaring
Geen actieve samenwerking	CHW en organisatie/zorgverlener/... zijn op de hoogte van elkaars bestaan (bv. door voorstelling CHW-programma) maar werken niet samen
<i>Samenwerkingen gericht op expertise- en kennisdeling</i>	
Delen van expertise of kennis	CHW en organisatie/zorgverlener/... raadplegen elkaar voor informatie, kennis en expertise rond een specifiek onderwerp
<i>Samenwerkingen gericht op het bereiken van de doelgroep</i>	
Inloophmomenten/Werkplek	De CHW/ het lokale CHW-team maakt gebruik van de ruimtes van een samenwerkingspartner als werkplek of houden inloophmomenten tijdens de diensten van de partners om personen te ontmoeten
Outreachwerk	CHW en samenwerkingspartner hebben hetzelfde doelpubliek en bundelen de krachten om deze groep te bereiken, bijvoorbeeld door samen op straat te gaan
Organisatie van activiteiten	De CHW/het lokale CHW-team en samenwerkingspartner organiseren samen activiteiten, zoals infosessies rond gezondheidsthema's
<i>Samenwerkingen ter ondersteuning van een individuele persoon</i>	
Doorverwijzingen	De CHW verwijst een persoon door naar een partner, of vice versa
Toeleidingen	De CHW leidt de persoon toe naar een partner, d.w.z. dat de CHW de persoon één of meermaals vergezelt bij de partner, met de intentie dat de persoon het contact daarna zelfstandig kan opnemen
Begeleidingen	De CHW en de partner begeleiden een persoon samen in een traject

Om een goed begrip te krijgen van de soorten samenwerkingen die CHW en/of CHW-teams hebben met samenwerkingspartners, is het belangrijk in acht te nemen dat samenwerkingen doorheen de tijd andere vormen kunnen aannemen, en van de ene vorm samenwerking naar een andere vorm van samenwerking kunnen evolueren of dat verschillende vormen van samenwerking kunnen gebeuren met eenzelfde partner. Bijvoorbeeld, een éénmalige *toeleiding* naar een VZW kan uitgroeien naar een permanente samenwerking in *outreachwerk*. Anderzijds kan een regelmatige samenwerking met een individuele zorgverlener gaandeweg afgebouwd worden naar geen samenwerking meer, indien er bijvoorbeeld verschillende visies spelen.

Uit ons onderzoek bleek dat het gros van de samenwerkingen bestaat uit *samenwerkingen ter ondersteuning van een individuele persoon*. Deze kunnen ofwel in één richting gaan, waarbij de CHW bijvoorbeeld een toeleiding doet naar huisarts of een medewerker van de mutualiteit consulteert die kan helpen bij administratie of opvolging van een dossier, of kan in een wisselwerking plaatsvinden waarbij CHW en partner regelmatig van elkaars diensten gebruik maken. In een begeleiding is er sprake van een volwaardige samenwerking, bijvoorbeeld een samenwerking tussen CHW en een mutualiteitsmedewerker bij het aanvragen van een tegemoetkoming van een handicap voor een individuele persoon. Gerelateerd aan deze soorten van samenwerking, stelden we de vraag of de CHW ook als taak heeft om het zorgnetwerk dat rond de persoon bestaat of geïnstalleerd is, te coördineren. Onder de CHW waren er uiteenlopende meningen: de ene vindt het inderdaad zijn of haar taak om dat netwerk (mee) op te volgen, een andere vindt dat voornamelijk de taak van de persoon zelf of van een andere zorgverlener. Echter lukt dat voor de persoon zelf niet altijd even goed, hij of zij moet daarvoor voldoende autonoom zijn. Of een CHW deze taak op zich neemt, hangt dus ook van deze autonomie af: wanneer de persoon dit zelf in handen kan nemen, zal een CHW dit stimuleren.

Wanneer we bekijken welke soorten samenwerkingen voorkomen per type partners, valt het op dat binnen de context van de (eerstelijns)gezondheidszorg het vooral over samenwerkingen ter ondersteuning van een individuele persoon. Het gaat in die gevallen vaker om doorverwijzingen en toeleidingen in een éénrichtingsverkeer, namelijk de CHW die een persoon doorverwijst of toeleidt naar de huisarts, tandarts of specialist. In mindere mate beroepen deze medische zorgverleners zich op de diensten van de CHW.

Samenwerkingen met zorgverleners... ik kan je niet zeggen dat het om samenwerkingen gaat, het zijn oriënteringen zou ik zeggen. Persoonlijk had ik een ontmoeting met het medisch centrum [in de wijk waar de CHW werkzaam is], het was echt heel open. Ze leiden mensen naar ons toe, maar het is geen samenwerking [...] ze verwijzen personen naar ons, dat is alles. Het werk dat wij doen met zorgverleners is dat wij contact maken.

(CHW, Brussel)

In gezondheidsinstellingen of -diensten waar ook een sociale actor (bv. een sociaal of maatschappelijk werker van een ziekenhuis, een baliebediende of sociaal verpleegkundige in een wijkgezondheidscentrum, ...) werkzaam is, zullen eerder deze 'sociale actoren' de diensten van de CHW inschakelen om een persoon beter te ondersteunen. Begeleidingen waarin de CHW en de medische zorgverlener een gelijke rol opnemen, komen weinig voor. Gelijkwaardige samenwerkingen vinden wel vaak plaats met de mutualiteiten, de samenwerkingspartners die een sociale of maatschappelijke insteek hebben, en de onderwijs- en overheidsinstellingen. Een voorbeeld van dergelijke begeleiding doet zich voor wanneer een maatschappelijk assistente van de mutualiteit en de CHW samenwerken om een tegemoetkoming voor personen met een handicap in te dienen.

Samenwerkingen gericht op het bereiken van de doelgroep, dus gezamenlijk outreachwerk en het organiseren van activiteiten en inloopmomenten, komt meer voor in samenwerking met organisaties

die een sociale of maatschappelijke insteek hebben of onderwijsinstellingen. Dit soort samenwerkingen vindt minder plaats met gezondheidszorgdiensten. Er zijn sommige CHW of CHW-teams die een goede verstandhouding hebben met sommige wijkgezondheidscentra en dus activiteiten of inloopmomenten met hen organiseren, al gebeurt dit in mindere mate, en is dit vaak afhankelijk van de bereidheid van het specifieke wijkgezondheidscentrum.

Waarom wordt er samengewerkt?

Het samenwerken biedt volgens CHW en hun samenwerkingspartners tal van voordelen, die zich manifesteren in de resultaten van de samenwerking zelf.

Ten **eerste**, samenwerken leidt tot een beter en effectiever bereik van de doelgroep, namelijk mensen die in een kwetsbare situatie leven. Het samenwerken met partnerorganisaties met een zelfde doelgroep, maakt vaak dat CHW hun doelgroep effectiever en breder kunnen bereiken. Dit is mogelijk omdat de bestaande vertrouwensrelaties die potentiële personen hebben met deze organisaties het voor de CHW gemakkelijker maken om deze nieuwe groepen te benaderen en te betrekken, en zo een groter deel van hun doelgroep te bereiken. Dit gebeurt onder andere door het samen organiseren van activiteiten of outreachmomenten. Dit geldt ook in de andere richting: sommige samenwerkingspartners kunnen door hun samenwerking met een CHW beter hun doelgroep bereiken, of mensen die ze eerder niet konden bereiken. Dit is onder andere te danken aan het feit dat de CHW het vertrouwen kunnen winnen van personen die mogelijk minder vertrouwen hebben in de reguliere gezondheidszorg. Bovendien dragen CHW bij aan een effectiever bereik van de doelgroep doordat ze gemakkelijker culturele of taalbarrières kunnen overbruggen, aanvullende diensten kunnen aanbieden, zoals het begeleiden naar gezondheidsdiensten, en een aanklampende benadering hanteren.

“Ik ben nu een proces aan het afleggen met iemand die psychisch wat kwetsbaar is, die niet zelf tot bij mij ging geraken, de community health worker is samen met haar gekomen. Als er gebeld wordt naar die dame neemt zij ook niet op, dus voor de opvolging van de dossiers kon ik eigenlijk niet naar die dame bellen. Dat is dan altijd via de community health worker gegaan. Nu zijn we zover dat die mevrouw zelfstandig naar mij kan komen, omdat ze mij kent en als ik eerst een sms’je stuur en dan bel dat ze wel opneemt. Dus moest die community health worker dat proces niet helpen ondersteunen, dan ging die mevrouw nooit tot bij ons geraakt zijn.”

(medewerker ziekenfonds)

Een **tweede** reden om samen te werken is de verbeterde ondersteuning of opvolging van de individuele personen. Door samen te werken en informatie te delen, kunnen CHW, zorgverleners en organisaties beter de gezondheid en het welzijn van de individuele personen opvolgen. Eventuele problemen kunnen sneller worden aangepakt en beter worden behandeld. CHW kunnen personen efficiënter doorverwijzen of toeleiden naar de juiste diensten. Zo getuigden meerdere CHW dat hun functie sneller deuren kan openen om afspraken te maken en toegang te krijgen tot zorgverlening dan indien de persoon dit zelfstandig zou proberen. Samenwerkingspartners gaven aan dat de aanklampende houding van de CHW (zie bijvoorbeeld de quote hierboven) een grote meerwaarde is in de opvolging en begeleiding van personen. Ook de flexibiliteit van de CHW, die bijvoorbeeld de persoon of patiënt mee kan begeleiden naar afspraken, en zijn of haar taalkennis zijn een grote troef en dragen bij tot een betere opvolging en behandeling.

Een **derde** reden voor het aangaan van samenwerkingen is om de krachten en expertise tussen CHW en samenwerkingspartners te bundelen, of elkaars expertise en diensten aan te vullen. Op die manier kunnen specifieke organisaties hun deskundigheid inbrengen op gebieden die relevant zijn binnen het CHW-programma, terwijl CHW-teams op hun beurt hun expertise kunnen binnenbrengen bij

organisaties die het aan deze expertise ontbreekt. Daarbij kunnen de competenties van de CHW een grote kracht zijn, bijvoorbeeld binnen zelforganisaties waar er nog weinig hulpverlening betrokken is en de CHW toegang kan faciliteren tot gezondheidsinformatie en- zorg. CHW zijn soms ook de brug tussen verschillende organisaties om expertise en krachten te bundelen en creëren zo mee een netwerk van kennis en expertise.

Daaraan gerelateerd gaan CHW en hun teams ook samenwerkingen aan om de zichtbaarheid, reikwijdte en het draagvlak voor het CHW-programma te vergroten, bijvoorbeeld door samenwerkingen aan te gaan met gezondheidsdiensten van het lokale beleid, of door deel te nemen aan bestuurlijke overleggen.

Een **vierde** reden tot het aangaan van samenwerkingen is om eerder praktische redenen: om gebruik te kunnen maken van werkingsmiddelen van andere organisaties, bijvoorbeeld om een ontmoetingsplek te hebben met personen, om gebruik te maken van materialen enzovoort.

Overkoepelend zien we dat door het samenwerken het delen en bundelen van middelen, expertise en ervaring mogelijk wordt, en op die manier de samenwerkingen het behalen van de CHW-programmadoelstellingen en -opdracht faciliteren. Zo wordt de toeleiding naar gezondheidszorgdiensten voor de doelgroep gemakkelijker gemaakt door samenwerkingen en leiden samenwerkingen tot het verminderen van barrières in de toegang tot zorg. Door de krachten te bundelen met andere organisaties en zorgverleners, kunnen deze barrières ook sneller opgemerkt en gesignaleerd worden.

Hoe komen samenwerkingen tot stand?

In de invulformulieren vroegen we aan te geven hoe de verschillende samenwerkingen tot stand waren gekomen. We gebruikten daarvoor de keuzemogelijkheden die voorlopig voorzien waren om te gebruiken voor de partnerregistratie in de registratietool. De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 6: Totstandkoming samenwerkingen zoals ingevuld in de invulformulieren

Totstandkoming samenwerking	A	B	C	Gk	Gt	L	O	T	VE	Eindtotaal
Initiatief CHW	35	35	41	24	6	44	45	9	25	264
Initiatief Coach	6	5	4	10	44	9	27	6	2	113
Initiatief partnerorganisatie	8	8	3	8			7	2	4	40
Via de zorgbehoevende				5	11					16
Via informele netwerk CHW (vrienden, familie)	4	1			2	2				9
Andere	2	3	1		5	1			1	13
<i>(niet ingevuld)</i>	36		1		24	2	4			67
Eindtotaal	91	52	50	47	92	58	83	17	32	522

Legende: A: Antwerpen, B: Brussel, C: Charleroi, Gk : Genk, Gt : Gent, L: Luik, O: Oostende, T:Tienen, VE: VerviersEupen.

Zoals bovenstaande data aangeven, komen de samenwerkingen het vaakst tot stand door initiatief langs de zijde van het CHW-team: 377 van de 522 samenwerkingen werden geïnitieerd door een CHW of coach. Bij de start van het CHW-programma, gingen CHWCHW en coaches namelijk aan de slag om het programma actief bekend te maken en samenwerkingen aan te gaan. Zij gingen langs bij potentiële samenwerkingspartners om het programma uitgebreid voor te stellen, bijvoorbeeld tijdens teammeetings of in overleg met een verantwoordelijke. Het persoonlijke netwerk van zowel de CHW als de coach bleek daarbij van groot belang. Hun eerdere werkervaringen of het feit dat ze zelf afkomstig zijn uit de betreffende wijk of stad, wekte vaak al vertrouwen op bij potentiële partners. Soms was het nodig om herhaaldelijk langs te gaan om het vertrouwen te winnen, of om potentiële partners te herinneren aan het bestaan van het CHW-programma. Een persoonlijk contact bleek vaak cruciaal om een initiële samenwerking te installeren.

“In het verleden, een jaar geleden, had ik bijvoorbeeld om een samenwerking gevraagd, om een permanente ruimte in hun organisatie te mogen gebruiken, ik had de hele tijd geen reactie gehad, ze zeiden dat ze [de verantwoordelijke] ziek was. Maar we hebben een activiteit gedaan en ik ontmoette die persoon en nu is zij veel opener. Ze zei dat ze terugkomt, zodat we twee inlooptmomenten kunnen organiseren bij hen. Na anderhalf jaar.”

(CHW, Wallonië)

De lokale context en het beleid in de stad of wijk waarin de CHW-werking ingebed werd, speelt een belangrijke rol in de totstandkoming van samenwerkingen. In steden waar reeds een wijk- of buurtwerking bestond, of een beleidsmedewerker mee de inbedding van het programma ondersteunde, integreerden de CHW gemakkelijker. De bekendmaking van het programma bij buurtorganisaties en – zorgverleners verliep vlot en er konden snel samenwerkingen ontstaan. Vaak konden CHW bijvoorbeeld aansluiten bij bestaande wijkoverleggen, of konden ze inlooptmomenten organiseren op een gemeenschappelijke locatie met andere organisaties. In sommige wijken of buurten is er een coördinator actief die hen in contact bracht met de organisaties en zorgverleners uit de buurt. In gebieden zonder bestaande wijkwerkingen vergt de bekendmaking van het programma daarentegen meer inzet, waarbij de CHW of coaches zelf op zoek gaan naar potentiële partners, hen regelmatig (opnieuw) contacteren om het programma en zichzelf te gaan voorstellen en een samenwerking aan te gaan.

Aanbeveling 1

Indien geografische uitbreiding van het programma wordt ingepland, raden we aan om op voorhand een grondige contextanalyse te maken. Uit het onderzoek blijkt dat de lokale inbedding van het programma cruciaal is, en er in sommige steden diensten, organisaties, projecten zijn die een vergelijkbare of complementaire invulling hebben. Het is daarom zeer belangrijk om na te gaan welke unieke insteek het CHW-programma in die lokale context kan bieden en dit ook mee te nemen in de inbedding.

Samenwerkingen komen, nu het programma steeds meer verankerd geraakt, vaker organisch tot stand. Potentiële partners zoeken contact met de lokale CHW-teams omdat ze bijvoorbeeld worden doorverwezen door bestaande samenwerkingspartners die reeds positieve ervaringen in het samenwerken hadden, of omdat ze over de CHW-werking vernamen via media of andere weg, of omdat één van hun personen begeleid wordt door een CHW, enzovoort. Door hun dagelijkse werking komen CHW regelmatig bij zorgverleners of organisaties over de vloer, wat de bekendheid en het vertrouwen

in het programma vergroot. Ook werd de invulling van het programma, naast de rollen en taken van de CHW in de loop van het programma meer geconcretiseerd (zoals ook beschreven in het eerste deel van dit rapport), wat zowel bij de CHW zelf, als bij de (potentiële) samenwerkingspartners een groter vertrouwen installeerde. Daarnaast draagt de verlenging van de loopduur van het programma positief bij aan de bereidwilligheid van partners om samen te werken. Sommige coaches of CHW grijpen de verlenging ook aan om het programma nog eens in de schijnwerpers te zetten bij bestaande en potentiële partners, wat de bestaande samenwerkingen ten goede komt of nieuwe samenwerkingen kan bewerkstelligen.

Aanbeveling 2

We raden aan om jaarlijks een 'bekendmakingsronde' te herhalen bij (potentiële) partners. Door jaarlijks (of bij verlenging van het programma) na te gaan of er nieuwe organisaties zijn bijgekomen in de wijk/stad, en of er samenwerkingen zijn die stroef verlopen waarbij het contact hernieuwd dient te worden, kunnen samenwerkingen vlotter verlopen. Mogelijke misvattingen (bijvoorbeeld over de rollen van de CHW) die ontstonden in het begin van het programma, kunnen op deze manier ook verhelderd worden.

Het is belangrijk op te merken dat bij deze 'spontaan ontstane' samenwerkingen niet altijd een officiële voorstelling van het programma zelf gebeurt, waardoor partners soms niet op de hoogte zijn van alle rollen van de CHW, of de bredere visie van het CHW-programma. Uit de interviews blijkt dat er bij sommige partners een nood bestaat om hierover meer informatie te krijgen om zo de samenwerkingen beter te kunnen afstemmen.

Voor mij zou het belangrijk zijn om wat meer informatie daarover [over de rollen van de CHW] te hebben. Want het moet ook duidelijk zijn... Allereerst voor hem: wat is zijn rol en wat niet? Zodat we niet opnieuw tijd verspillen. Waarvoor kunnen we met hem contacteren en waar liggen de grenzen? Ik denk dat er duidelijk grenzen zijn, aangezien hij uiteindelijk geen verpleger is, en ook geen maatschappelijk werker, dat wil zeggen dat, voor mij, zijn rol meer in het administratieve ligt.

(Verantwoordelijke bij een organisatie met sociale insteek)

Aanbeveling 3

We raden aan om bij nieuwe samenwerkingspartners steeds een beknopte informatiefiche mee te geven over de rollen van de CHW, evenals over de missie en visie van het CHW-programma. Daarnaast raden we aan om met de potentiële partner af te toetsen of er behoefte is aan een informatief gesprek over deze onderwerpen.

Wat verhindert het tot stand komen van een samenwerking?

Niet alle potentiële partners waren meteen bereid tot samenwerking. In sommige gevallen belemmerde hun beperkte beschikbaarheid van tijd en hoge werkdruk hen een effectieve samenwerking met de CHW. Dit fenomeen werd verder versterkt door de initieel gecommuniceerde programmaduur van één jaar, wat bij sommige partners twijfels opriep over de haalbaarheid van het programma binnen deze strakke tijdsspanne. Voor enkelen leek het programma opnieuw een tijdelijk initiatief in een

opeenvolging van verschillende projecten, wat de betrokkenheid en het enthousiasme tot samenwerken verminderde. De snelle en daardoor soms chaotische opstart van het programma in het eerste programmajaar, gaf geen betrouwbare indruk bij sommige mogelijke samenwerkingspartners. Hierdoor waren immers de rollen en taken van een CHW niet volledig helder, noch voor de CHW zelf, noch voor de partners. Bovendien is de term 'Community Health Worker' niet altijd bekend bij de potentiële samenwerkingspartners, wat eveneens het begrip en bekendheid met het programma verminderde. Ook het feit dat CHW geen vaste werklocatie of een officieel statuut binnen de gezondheidszorg hadden, droeg bij aan een onprofessionele indruk bij sommige potentiële partners, wat hen tegenhield om een samenwerking aan te gaan.

Het [programma] was er opeens hè, 'poef', een soort van meteoroïde, of zo, van 'het is er'. En de mentor [coach] is ook gewisseld [...]. Ze hadden eerst een andere mentor, dan was het weer gewisseld, dus ... allee, het project heeft ook iets tijdigs [...] Ze hebben ook aangegeven dat er weinig communicatie was tussen die twee mentoren in overdracht, dat er ook een periode was dat er een gat was. Dat er niets was, dat ze eigenlijk, ja, gewoon in het wilde westen hun ding deden. Allee, ze geven ook aan dat ze geen bureau hebben, dat ze geen werkplek hebben, dat ze eigenlijk ook overal en nergens worden neergezet wat ook wel onzekerheid geeft, omdat ze in de wijkgezondheidscentra, of andere plaatsen waar ze zich begeven, ze toch wel ook als buitenstaander worden gezien. Als, ja, vreemden, vreemde eenden van: wat komen ze hier doen, en wat kunnen we wel en niet vertellen aan die mensen, en wat is hun taak, wat is onze taak?

(Individuele zorgverlener)

Daarnaast waren er in bepaalde wijken, steden of regio's overlap met andere organisaties of projecten die vergelijkbare diensten aanboden. Hierdoor konden potentiële partners het onderscheid niet steeds maken, of was het hun niet duidelijk was welke toegevoegde waarde het CHW-programma kon bieden.

Aanbeveling 4

We raden aan een duidelijk missie en visie van het CHW-programma en rolafbakening van de CHW te definiëren en deze informatie helder te communiceren naar de (potentiële) samenwerkingspartners, zowel op lokaal als regionaal niveau. Er heerst vaak nog onduidelijkheid bij de partners over het programma zelf, en wat en hoe een CHW net kan doen.

CHW-teams meldden eveneens dat samenwerking met bepaalde organisaties en hulpverleners bemoeilijkt wordt door een weerstand tot samenwerken bij potentiële partners. Dit kan voortkomen uit het feit dat CHW niet als professionele hulpverleners worden beschouwd. Soms wordt een samenwerking verhinderd door een verschillende visie op het belang van de persoon. In enkele gevallen is er sprake van een discriminerende en racistische houding tegenover CHW, of worden diensten geweigerd aan de personen die een CHW toeleidt, bijvoorbeeld mensen zonder wettig verblijf. Sommige CHW kregen ook de indruk dat ze soms als "concurrentie" gezien werden, indien er overlap was in de taakinfilling of inhoudelijke doel van een potentiële partner of omwille van financiële belangen. Hoewel de partners het woord 'concurrentie' niet in de mond namen, stelden we vast dat sommigen onder hen twijfelden aan de meerwaarde van een CHW voor hun werking.

Er is ook de significante impact van de structurele tekorten onder huisartsen, tandartsen en specialisten, zoals psychologen of psychiaters, waardoor velen van deze zorgverleners met een patiëntenstop of lange wachtlijst werken. Dit verhindert het opzetten van een actieve samenwerking, ondanks een

mogelijke interesse tot samenwerken bij die zorgverleners. De zorgverleners' interesse in het programma kan in sommige gevallen wel de toegang voor een persoon van een CHW faciliteren, maar vaak moet ook de CHW op zoek naar een zorgverlener die tijd en ruimte heeft om een (nieuwe) patiënt te ontvangen.

CHW en hun coaches gaven aan behoefte te hebben aan ondersteuning vanuit de programmacoördinatie om ook instellingen met lokale afdelingen, zoals OCMW, evenals algemene en universitaire ziekenhuizen, of beroepsverenigingen, zoals bijvoorbeeld federaties van apothekers, op de hoogte te stellen van het bestaan en de doelen van het CHW-programma. Hoewel het contact met individuele medewerkers, zoals sociaal werkers in een OCMW of ziekenhuis, of individuele apothekers, vaak soepel verloopt, bereikt de informatie over het programma niet altijd de individuele medewerkers of kan er geen samenwerking ontstaan wanneer het beleid het programma niet (er)kent. Een regionale en officiële informatiecampagne over het bestaan van het CHW-programma bij deze instellingen en organisaties zou de bekendmaking en lokale implementatie kunnen vergemakkelijken.

Hoe verlopen samenwerkingen?

Een typisch verloop van een samenwerking begint met de voorstelling van het CHW-programma aan potentiële partners, waarbij interesse wordt gewekt en samenwerkingen zich ontwikkelen. Deze samenwerkingen manifesteren zich vervolgens in verschillende vormen, zoals het ter beschikking stellen van een locatie voor permanente aanwezigheid, gezamenlijke organisatie van activiteiten, of het doorverwijzen van personen naar de juiste zorg. Daarom valt het verdere verloop van samenwerkingen moeilijk in algemene termen te beschrijven. Samenwerkingen die gericht zijn op het ondersteunen van de individuele persoon of patiënt, zullen per casus variëren qua inhoud en verloop. De samenwerkingen die gericht zijn op het bereiken van de doelgroep, verlopen meer gestructureerd, bijvoorbeeld door de organisatie van gemeenschappelijke activiteiten of vaste outreachmomenten. Samenwerkingen kunnen ook afhankelijk zijn van de gender, expertise of taal dat de CHW spreekt, bijvoorbeeld in de samenwerking met een vzw die met een specifieke doelgroep werkt. Het is in steden met meerdere CHW niet zo dat elke CHW met dezelfde organisaties of partners samenwerkt. In de ondersteuning van een individuele persoon, is dit afhankelijk van de hulpvraag en zal de ene CHW dus met andere zorgverleners en organisaties samenwerken dan de CHW die een andere persoon opvolgt.

Een opmerkelijke observatie is dat samenwerkingen organisch ontstaan en groeien, sterk beïnvloed door de identiteit en persoonlijkheid van zowel de CHW als de organisatie of zorgverlener. Zo verkiezen sommige CHW bijvoorbeeld meer het organiseren van inloophmomenten, en hebben anderen een voorkeur voor het outreachwerk. Daarnaast zijn samenwerkingen afhankelijk van de 'goodwill' van de partners, zo zal een partner die het CHW-programma wil ondersteunen bijvoorbeeld een lokaal ter beschikking stellen, en zelf initiatieven nemen om de samenwerking vlot te laten verlopen. In een samenwerking met een partner die deze 'goodwill' minder heeft, zal de samenwerking meer in één richting verlopen, waarbij de CHW het initiatief neemt. Hierbij is opnieuw de lokale context een grote invloed: een bestaande wijkwerking zal bijvoorbeeld het samenwerken tussen CHW en andere organisaties en zorgverleners in de wijk faciliteren.

Samenwerkingsovereenkomst

Opvallend is dat er weinig nood is aan formele overeenkomsten binnen de samenwerkingen, zowel langs de kant van de CHW als van de samenwerkingspartner. De onderlinge afspraken tussen CHW en partners worden doorgaans mondeling gemaakt en zijn niet vastgelegd in contracten. In enkele gevallen staan de praktische afspraken, bijvoorbeeld rond het gebruik van lokalen of materiaal, wel op papier. In de invulformulieren werd voor 33 samenwerkingen aangekruist dat er een samenwerkingsovereenkomst aangemaakt werd. Slechts weinige geïnterviewden beschouwen een

overeenkomst als noodzakelijk. Diegenen die het wel nodig achten, zijn eerder de samenwerkingspartners die op bestuursniveau van grotere, overkoepelende instellingen zoals een OCMW werken.

Communicatie binnen samenwerkingen

Na een initiële kennismaking tussen de CHW en hun samenwerkingspartners, waarbij in de meeste gevallen essentiële informatie over de werking van CHW en de partner wordt uitgewisseld, verloopt verdere communicatie vaak op een 'ad hoc' manier. Wanneer het gaat om een samenwerking om een persoon te ondersteunen, verloopt de communicatie op basis van stappen die ondernomen moeten worden. De CHW spreekt dan gezamenlijk met de persoon en samenwerkingspartner af indien nodig, maar vaker wordt er telefonisch afgestemd of via e-mail. Vaak is er een spontane communicatie en overleg met samenwerkingspartners, tijdens permanenties of informele momenten, zoals tijdens wijkevents of buurtsamenkomsten. Binnen wijkgezondheidscentra of grote organisaties is er vooral contact en communicatie met onthaalmedewerkers of sociaal werkers, zoals eerder beschreven.

Er is geen behoefte aan sterk gestructureerde communicatie of opvolging van samenwerkingen. Zo geven zowel CHW als samenwerkingspartners aan geen nood te hebben aan regelmatige overleggen, maar is het voor hen ideaal indien de communicatie eerder 'ad-hoc' verloopt. Over het geven van feedback of opvolging van doorverwijzingen of toeleningen is er geen éénduidige lijn te vinden in de onderzoeksresultaten. Sommige CHW en partners vinden het nuttig om 'verslag' of 'retour' te krijgen van hoe een persoon opgevolgd wordt, of hoe een afspraak bij een specialist verlopen is, anderen vinden dit geen noodzaak. Er is geen éénduidige lijn te vinden in welke partners dit wel of niet verkiezen.

Een uitdaging ligt in het afbakenen van welke en hoeveel informatie over de persoon er gedeeld wordt. In de meeste gevallen beperkt de informatie-uitwisseling zich tot het 'strikt noodzakelijke', waarbij zowel CHW als partners voorzichtig zijn met het delen van vertrouwelijke gegevens, met het oog op het behouden van de vertrouwensband en de privacy van de persoon. Sommige CHW en samenwerkingspartners suggereren dat gegevensdeling via dossiers een meerwaarde zou kunnen zijn, bijvoorbeeld door CHW toegang te geven tot het beheersysteem van de partner. Dit zou handig kunnen zijn voor een vlotte opvolging. Er is echter geen grote vraag naar, en beide partijen benadrukken dat een dergelijke uitwisseling dan zeker binnen het kader van de "General Data Protection Regulation" (GDPR) - regelgeving zou moeten plaatsvinden.

Wat zijn succesfactoren voor een goede of ideale samenwerking?

Gevraagd naar wat een samenwerking succesvol maakt, wezen zowel CHW als samenwerkingspartners op het belang van vertrouwen. Daarnaast is goede communicatie van groot belang: een heldere en open uitwisseling van informatie bevordert de samenwerking. Ook een flexibele houding en gedeelde visie tussen samenwerkingspartner en CHW dragen bij aan een effectieve samenwerking. Wanneer beide partijen in de samenwerking streven naar hetzelfde doel met dezelfde waarden, bevordert dit een vlotte samenwerking. Daarbij wezen CHW voornamelijk op het belang van aspecten zoals menselijkheid, empathie en het vermogen om zich in de situatie van de persoon in te leven. Bijvoorbeeld, in de begeleiding van een individuele persoon, is het belangrijk dat voor beide partijen de persoon centraal staat, het gezamenlijke doel de opvolging van de persoon is, en de samenwerking met respect en openheid kan verlopen.

"Dit is het sociale veld. Ik geloof dus dat het heel belangrijk is dat iedereen in het sociale veld dit begrijpt. Het is geen zakelijke behoefte. We hebben geen... Menselijkheid is waar we mee bezig zijn, waar we rond werken. Omdat het allemaal voor het welzijn is. [...] Het is echt heel moeilijk om een conflict te hebben."

(CHW, Brussel)

Voor vele samenwerkingspartners ligt het succes in de samenwerking in de meerwaarde en complementariteit van het CHW-werk, zoals de aandacht voor gezondheid bij een specifieke doelgroep, of het bieden van een intensere opvolging dan wat sociaal werkers kunnen aanbieden in wijkgezondheidscentra of medische huizen. Ook de zichtbaarheid en flexibiliteit van de CHW speelt een rol in het succes van samenwerkingen. Doordat de CHW bijvoorbeeld op vaste inlooppmomenten aanwezig is bij een samenwerkingspartner, kan deze laatste zijn doelgroep in goed vertrouwen en met een gegarandeerd contact doorverwijzen naar een CHW. Samenwerkingspartners beschreven eveneens de kwaliteit van het werk van de CHW als een grote meerwaarde, waarbij de CHW gezien wordt als betrouwbaar, punctueel, professioneel en met kennis van zaken.

Een succesfactor is ook de dynamische benadering en het aanpassingsvermogen van het programma om de inbedding van het programma aan te passen aan de specifieke, lokale context. Zoals eerder beschreven kan in bepaalde wijken een samenwerking vlot verlopen door een sterke wijkwerking met bestaande organisaties die goed samenwerken, waardoor het CHW-programma naadloos wordt ingebed. Het is dus zeer belangrijk om de lokale context te kennen en mee in rekening te nemen bij het implementeren van het CHW-programma.

Wat bemoeilijkt/ loopt moeilijk in een samenwerking?

Hoewel de geïnterviewden aangaven dat moeilijkheden in de samenwerkingen eerder zeldzaam waren, werden er verscheidene factoren beschreven die een samenwerking kunnen belemmeren. Een vaak genoemde factor was het ontbreken van een duidelijke rolafbakening van de CHW. De kennis over het programma en de rollen van de CHW verschilt van partner tot partner. Samenwerkingspartners hebben meestal wel een algemene kennis van wat een CHW kan doen, maar deze is niet altijd concreet of onvolledig. Dit kan voor beide partijen tot verwarring of frustratie in de samenwerking zorgen. Een samenwerkingspartner kan bijvoorbeeld de CHW raadplegen over zaken die buiten de specifieke rollen en taken van de CHW vallen, zoals vragen met betrekking tot maatschappelijke kwesties zoals werk of huisvesting. Daarnaast kan een onduidelijke rolafbakening veroorzaken dat de CHW zich als een extra werkkracht behandeld voelt, wanneer die bijvoorbeeld gevraagd wordt om administratieve taken van de samenwerkingspartners op zich te nemen.

“Ik heb een vraag gehad van: wil je meegaan om te vragen om de huur te verminderen? Ik zeg: “Nee, dat kan ik niet.” En die persoon was kwaad, ik zag het aan zijn gezicht, hij was niet blij. Ik zeg: “Sorry, maar dat is officieel, dat kan ik niet.”

(CHW Vlaanderen)

Een grote uitdaging die herhaaldelijk naar voor kwam in de interviews, betrof de rolafbakening met betrekking tot vertalen en tolken. Vaak kunnen samenwerkingspartners hierin hulp gebruiken, maar enkel optreden als tolk is geen taak van de CHW. Dit creëert regelmatig een rolconflict voor de CHW, aangezien het afwijzen van deze taak voor hen niet eenvoudig is. De CHW staat daarbij voor een lastige keuze omdat het weigeren om te tolken kan betekenen dat de persoon mogelijk geen goede zorg ontvangt. Vaak zal een CHW dan toch even tolken om er zo voor te zorgen dat een persoon wel beter geholpen wordt. Dit kan de zorgverlener echter de indruk geven dat louter tolken toch binnen het takenpakket van de CHW valt.

Het feit dat de persoonlijkheid van de CHW veel invloed heeft op het werk dat hij of zij levert, kan ook voor verwarring zorgen bij samenwerkingspartners. Indien zij samenwerken met verschillende CHW die elk een andere manier van werken of rolafbakening hanteren, kan dit onduidelijkheid zaaien bij de samenwerkingspartner in wat een CHW nu wel of niet kan doen. Daarnaast is er ook een uitdaging

doordat CHW zich soms positioneren als beschermers van de persoon. Hierdoor gaan ze soms in tegen de werking van een partner of mengen ze zich in externe samenwerkingen. Dit kan de samenwerking tussen de CHW en de samenwerkingspartner bemoeilijken, omdat het het vertrouwen van de samenwerkingspartner kan schaden.

In sommige gevallen bleken de CHW de werking van partners niet goed te kennen, wat soms leidde tot een foutieve inschatting voor een doorverwijzing of toeleiding. Bijvoorbeeld, wanneer een CHW cliënt doorverwees naar een psycholoog, maar de persoon niet ten volle begreep wat mentale gezondheidszorg inhield vanwege een andere culturele achtergrond. Hierdoor kon de psycholoog de persoon niet op de juiste manier verder helpen, en had deze het gevoel dat dit vermeden kon worden indien de CHW beter op de hoogte was van wat de hulpverlening inhield. Soms maakt een CHW gebruik van hun positie en persoonlijke 'snelweg', bijvoorbeeld door het gebruik van een direct telefoonnummer van een samenwerkingspartner, om personen sneller verder te helpen, maar dit wordt niet steeds geapprecieerd door de samenwerkingspartner.

“Soms heb ik wel het gevoel: ze hebben ons nummer en ons mailadres, dus het komt vlot naar ons... Zeker als het voor een eerste vraag is, heb ik nu wel de reflex voor mezelf gemaakt om op voorhand altijd een keer goed door te vragen. Want er zijn al een aantal vragen bij mij gekomen die eigenlijk niet voor mij waren, dus als ik dan niet voldoende doorvraag weet je dat niet op voorhand. Dan komt die persoon bij jou en dan moet je zeggen: ‘dat is niks voor mij’, en dat willen we vermijden natuurlijk.”

(Mutualiteitsmedewerker)

Aanbeveling 5

In lijn met aanbeveling 4 raden we aan dat bij het begin van een samenwerking ook de rollen, missie en visie van de samenwerkingspartner helder worden gecommuniceerd naar het lokale CHW-team. Daarbij is het ook opportuun om een duidelijke communicatiemethode, gebruik van materialen en gemeenschappelijke doelstellingen voor de samenwerking af te spreken.

Ook de interne werking bij partners zorgt soms voor een moeilijkere samenwerking. Zo kan de beperkte tijd of volle agenda van gezondheidszorgverleners ervoor zorgen dat een CHW niet of nauwelijks met een persoon kan langskomen, of weinig extra informatie kan verkrijgen om een goede opvolging te garanderen. Een ander voorbeeld is dat wanneer er regelmatig nieuwe medewerkers in dienst komen in grotere organisaties, deze steeds opnieuw kennis moeten maken met een CHW of over het CHW-programma moeten geïnformeerd worden, of dat de opvolging van een persoon stroef verloopt doordat het dossier steeds overgeheveld moet worden. Daarbij komt ook het belang van de gemeenschappelijke visie aan bod: samenwerkingen zijn vaak beïnvloed door de houding en visie van beide partijen. Indien deze niet gelijkloopt of moeilijk verzoend kan worden, kan dit een samenwerking belemmeren.

Hoe kunnen moeilijkheden in samenwerkingen opgelost worden?

Vele belemmerende situaties in een samenwerking werden opgelost doordat er tijd overheen gegaan was. Zo werden de rollen van de CHW duidelijker afgebakend naarmate het programma vorderde, en werd de visie scherper gesteld waardoor de samenwerkingen ook concreter werden ingevuld. Daarnaast geven alle geïnterviewden aan dat open communicatie cruciaal is om moeilijkheden op te lossen. Indien er zich een moeilijkheid in de samenwerking voordoet, wordt deze in eerste instantie mondeling aangekaart door één van de partijen. Dit kan vaak al een oplossing bieden. Daarbij wordt er

geduid op het belang van een open, lerende houding bij beide partijen om een constructief, oplossingsgericht gesprek te hebben. Indien de CHW het moeilijk vindt om een probleem in de samenwerking aan te kaarten, of er niet meteen met de samenwerkingspartner tot een oplossing komt, betreft de CHW vaak de coach om tot een oplossing te komen.

In de interviews kwamen weinig gevallen aan bod waarbij moeilijkheden in een samenwerking niet konden opgelost worden. Wel waren er sommige samenwerkingen die uitdoefden door een samenloop van omstandigheden, waarbij er onderliggend vaak een onduidelijke rolafbakening bleek mee te spelen.

Hoe worden samenwerkingen geëvalueerd?

Dit onderzoek bleek voor vele samenwerkingspartners, een eerste gelegenheid om stil te staan bij hun samenwerkingen en hoe deze verlopen. De geïnterviewden, en zeker de samenwerkingspartners, gaven aan dit een positieve ervaring te vinden en dit vaker te willen doen. Hoewel CHWCHW af en toe in team of met hun coach informeel over de samenwerkingen babbelen, zijn er weinig gelegenheden waarin een structurele evaluatie plaatsvindt, intern in het CHW-team, of tussen de CHW en de samenwerkingspartner. In het geval dat er zich moeilijkheden zouden voordoen, hoewel deze zelden voorkomen volgens beide partijen, is er het vertrouwen dat deze door een constructief gesprek en verdere afspraken kunnen worden opgehelderd en opgelost. Sommige CHWCHW toetsen op informele wijze af en toe bij hun samenwerkingspartners hoe de samenwerking voor hun verloopt, of er eventueel nood is aan een overleg om de invulling van de samenwerking (opnieuw) af te stemmen.

“Ik probeer het elke vijf maanden, zes maanden, het hangt ervan af. Als ik merk dat ze nooit contact met mij opnemen, probeer ik het misschien nog een keer: “Ja, hallo. Ik ben er nog. Aarzel niet als er iets is, als u wilt dat ik weer bij jullie langskom. Ik probeer, ja. [...] En als ik een wat rustigere periode heb, als ik misschien niet zoveel werk heb, neem ik de tijd, bel ik de verenigingen nog eens, waar ik al een hele tijd niets meer van gehoord heb. Ik bel ze nog eens op en hoor of er nieuw is.”

(CHW Wallonië)

Het informele aftoetsen van de samenwerking bevordert het vlotte verloop van samenwerkingen, maar niet elke CHW neemt dit initiatief of worden daarin belemmerd door tijds- en werkdruk. De onderzoeksresultaten geven aan dat een structurele opvolging van samenwerkingen een meerwaarde kan bieden, omdat bijvoorbeeld de kennis van het CHW-programma bij samenwerkingspartners vergroot door het communiceren van de rollen van de CHW, of interne veranderingen in het programma.

Aanbeveling 6

We raden aan om minstens een jaarlijkse evaluatieronde te laten doorgaan bij de partners waarin op een concrete wijze de samenwerking wordt afgetoetst. Eventueel kan eerst via mail een korte bevraging verstuurd worden en indien nodig, kan vervolgens een evaluatie-overleg ingepland worden.

Bezorgdheden & suggesties samenwerkingspartners

Tijdens de interviews kwamen ook enkele bezorgdheden bij de samenwerkingspartners naar boven, een eerste rond de mentale gezondheid van de CHW. Doordat de rolafbakening bij de start van het programma nog niet op punt stond, en de CHW een uitgebreid takenpakket hebben, merkten de samenwerkingspartners een grote werkdruk bij de CHW op. Dit is deels ook te wijten aan de persoonlijkheid van de CHW, die vaak zijn of haar werk zo goed mogelijk wil doen en zich verantwoordelijk voelt voor de opvolging van de mensen in de gemeenschap. Daardoor stelt de CHW soms moeilijker professionele grenzen. Sommige van de samenwerkingspartners suggereren daarom dat CHW hierin dienen begeleid te worden en dat er gewaakt moet worden dat zij niet te veel hooi op hun vork nemen.

Een tweede bezorgdheid betreft de lokale inbedding van het programma en de daaruit voortvloeiende geografische beperkingen van het werkgebied van de CHW. In sommige gevallen vormt deze geografische afbakening een barrière in de begeleiding van een persoon of de samenwerking. Dit werd ook door sommige CHW aangehaald. Vooral in kleinere steden waarbij de CHW hun werkgebied zich beperkt tot het gebied van de stad, kan dit belemmerd zijn. Bijvoorbeeld wanneer een persoon doorverwezen wordt naar een specialist in een ziekenhuis buiten de stad, kan de CHW deze persoon niet begeleiden, terwijl net dat noodzakelijk kan zijn om de toegang te faciliteren en drempels bij de persoon te verlagen.

Een derde bezorgdheid die naar boven kwam bij sommige samenwerkingspartners, handelde over het empoweren van personen. Sommige samenwerkingspartners zagen valkuilen in de CHW-werking waardoor bepaalde persoon eerder hulpbehoevend en afhankelijk van de begeleiding van de CHW bleven. Dit bleek vooral in de interviews met huisartsen een bezorgdheid, wat sommigen onder hun ook afhield om de CHW-werking structureel in te bedden in hun praktijk.

3.4. Tools

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de tools die op lokaal niveau gebruikt. Onder de term 'tools' begrijpen we alle praktische en inhoudelijke hulpmiddelen die de CHW gebruiken in hun dagelijkse werking. Deze resultatensectie gaat in het eerste deel dieper in op de tools die de CHW momenteel gebruiken en hoe deze worden ervaren. Daarna worden de noden en wensen van de CHW met betrekking tot extra tools geëxploreerd.

Huidige tools

Smartphone, computer en bijhorende applicaties

De smartphone kwam in elke interview naar voor als dé belangrijkste tool voor de CHW. Vooral het gebruik van Whatsapp en Google Vertalen zijn essentieel in hun dagelijkse werking. Via Whatsapp zijn de CHW steeds bereikbaar – onderling en voor personen - en aangezien deze app gratis is, is het een heel toegankelijk kanaal. Daarnaast wordt ook veel gebruik gemaakt van andere Google-diensten zoals Google Maps en Google Lens.

De overgang van de tablets naar de laptop en smartphone wordt algemeen goed onthaald, al gaven meerdere CHW aan dat de laptop te groot en te zwaar is om elke dag mee te nemen. Bijgevolg wordt de laptop voornamelijk thuis gebruikt om de registratietool in te vullen en daarom vroegen verschillende CHW naar een mobiele versie van de registratietool zodat ze deze doorheen hun werkdag makkelijker kunnen invullen. De registratietool wordt, net zoals beschreven in de vorige jaarrapporten (cf. Masquillier, Cosaert et al. 2022; Masquillier & Wouters 2023), nog steeds ervaren als een administratieve verplichting en niet als een ondersteunende tool. Om de tool beter op de werking van

de CHW aan te sluiten stelde één CHW voor om een begeleidend stappenplan of gestructureerde vragenlijst te integreren in de tool: “Iemand met een beperking, welke vraag stel je dan? Waar moet je zeker aan denken?”. Een andere CHW zou graag meer toegang krijgen tot de verzamelde data zodat hij/zij hieruit kan leren: “Wie hebben we bereikt? Welke leeftijdscategorieën? Welke wijken? Op welke vlakken heb ik het meeste geholpen? Bij welke rollen moet ik meer tijd nemen?”.

Naast de registratietool wordt er ook gebruik gemaakt van het Microsoft Office pakket. Microsoft Teams wordt gebruikt als communicatiekanaal binnen de teams en om administratieve taken zoals onkosten te regelen en de kalenders in Outlook worden gebruikt als agenda. Vanuit enkele CHWCHW kwam de vraag om toegang te krijgen tot de agenda's van collega's om in geval van ziekte of afwezigheid beter de opvolging van personen van elkaar te kunnen overnemen.

Administratietools

Naast de registratietool ontwikkelde elke CHW zijn/haar eigen systeem om gegevens bij te houden. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van schriftjes, mapjes, boekjes of online documenten om gegevens, hulpvragen en eerdere acties van personen bij te houden. Vaak worden deze boekjes ook gebruikt als extra agenda. Deze ‘administratieboekjes’ worden daarnaast ook aangevuld met ondersteunende en informatieve materialen. Enkele voorbeelden:

- een eigen netwerklijst met organisaties, functies, mailadressen en telefoonnummers. Dit is als het ware een zelfgemaakte ‘sociale kaart’.
- een ‘verplaatsingsboekje’ om onkosten te berekenen.
- Er wordt soms gewerkt met mindmaps om complexe casussen te structureren met als doel de rollen van de CHW duidelijk en zichtbaar te maken en zicht te krijgen op andere betrokken hulpverleners.

Vanuit enkele CHW kwam de vraag naar een uniforme manier om informatie bij te houden: “*Het zou leuk zijn, denk ik, als we zo’n éénlijnig ding zouden krijgen, één handvat zouden krijgen van: oké, hier gaan we onze informatie op die manier bijhouden.*” Anderzijds, is er de vrees dat een officieel document de personen zal afschrikken: “*Anders zien mensen het als een officieel document en doen ze niet mee.*”

Aanbeveling 7

We raden aan om een uniform administratiesysteem en/of centraal dossier te ontwikkelen waarin CHWCHW systematisch en overzichtelijk alle nodige informatie kunnen bijhouden van elke persoon ter ondersteuning van hun dagelijkse werking op het terrein.

Tools voor herkenbaarheid en visibiliteit

De CHW benadrukken het belang van promotiemateriaal zoals de badges, banners, naamkaartjes en flyers. Ze geven aan dat ze dergelijk materiaal minder gebruiken dan tijdens de eerste jaren van het programma omdat ze ondertussen meer naambekendheid hebben verworven. De naamkaartjes worden nu vooral gebruikt bij partnerorganisaties. Een groot deel van het promomateriaal dat ter sprake kwam in de interviews is ontwikkeld door de teams zelf. Deze materialen kwamen ook al aan bod in het vorige jaarrapport: posters, T-shirts met het logo van het CHW-programma, een tafellaken met het logo, etc. Meestal zijn de coaches verantwoordelijk voor het bestellen van deze materialen. Tools die niet eerder werden vermeld zijn Facebook en LinkedIn; meerdere teams creëerden een eigen pagina

waarop ze regelmatig hun activiteiten posten. Ze slagen er op deze manier in om meer mensen te bereiken, zowel personen als partners.

Aanbeveling 8

We raden aan om de communicatie-materialen, zoals flyers, badges en naamkaartjes, uniform te maken, om op die manier een gedragen wijze van communicatie te hebben over alle teams heen.

Praktische tools

Praktische tools die vaak werden vermeld zijn toegangsbadges bij partnerorganisaties, de computerzak, ontsmettingsmiddel, mondkmaskers en identiteitskaartlezers. De regenjas kwam ook vaak ter sprake: vele CHW vinden de regenjas te dun en te licht en zijn vragende partij voor een dikkere winterjas. De rugzak die werd voorzien voor alle CHW is niet groot genoeg om al het nodige materiaal mee te nemen (bv. laptop, zie hoger) en gaat relatief snel stuk. Een andere praktische tool is het gebruik van blanco papertjes (bv. post-it of scheurboekje) om informatie op te schrijven (bv. adres of telefoonnummer) en aan personen te geven.

Inhoudelijke tools

Alle CHW gaven aan dat ze weinig gebruik maken van inhoudelijke tools met betrekking tot specifieke ziektes of thema's. Ze maken gebruik van het internet en verwijzen door indien nodig. Er zijn wel enkele voorbeelden van inhoudelijke tools: soms gebruiken CHW materiaal van partnerorganisaties om gevoelige thema's aan te snijden. Eén van de teams maakte ook animaties om het gezondheidssysteem in België uit te leggen of om gesprekken over geestelijke en lichamelijke gezondheid aan te knopen. CHW uit een andere stad creëerden zelf foto's om gesprekken over seksualiteit en verslavingen aan te knopen en de CHW uit een derde stad gebruiken een boek over mondzorg om personen te sensibiliseren. De zelf-ontwikkelde 'rechtenkaartjes' uit deze laatste stad met informatie om kosten bij zorgverleners te besparen blijken goed te werken. Een andere CHW ontwikkelde een eigen informatieboekje met info over het globaal medisch dossier, derdebetalersregeling, lokale geconventioneerde tandartsen, kinesitherapeuten, apothekers, organisaties, etc. De algemene infokaarten en pictogrammen ontwikkeld door en voor het programma worden slechts in één stad regelmatig gebruikt. De CHW geven wel aan dat alle extra informatie en tools welkom zijn. Daarentegen, is er de vrees dat meer tools zullen leiden tot extra administratief werk.

Aanbeveling 9

We raden aan om een (online) tools-bibliotheek te ontwikkelen waarin de CHWCHW inhoudelijke tools kunnen terugvinden. Bijvoorbeeld: bij een persoon met longkanker die extra informatie wenst te verkrijgen, kan de CHW praatkaarten van de patiëntenorganisatie voor longkanker terugvinden in de tools-bibliotheek om de verschillende behandelingen toe te lichten aan de persoon en zijn/haar familie.

Noden en wensen

Bij het bespreken van de noden en wensen van de CHW inzake tools, was er opvallend veel vraag naar praktische tools. Bijna alle CHW vragen naar een vast lokaal of een vaste onafhankelijke plaats om hun administratief werk te doen, afspraken met personen te hebben of naar het toilet te kunnen. Deze

locatie kan ook een stockageplaats zijn voor praktisch materiaal zoals maskers, ontsmettingsmiddel, handschoenen, etc. waardoor de CHW minder gewicht in hun rugzak moeten meedragen. In de meeste steden hebben de CHW reeds onderdak gevonden binnen partnerorganisaties, maar deze samenwerking verloopt niet altijd even vlot. Bijkomend, is het voor de personen verwarrend omdat zij denken dat de CHW deel uitmaken van deze partnerorganisaties. In de lokalen is ook niet steeds een printer aanwezig waardoor sommige CHW thuis zaken gaan afdrukken. Extra aandacht en afspraken met partnerorganisaties lijken hier dus nodig. Daarnaast was er ook de vraag naar een overzicht per team om te zien welke CHW met wie contact heeft. Dit kan handig zijn om personen over te nemen in geval van ziekte of afwezigheden en wordt nog niet standaard in elk team gedaan.

Aanbeveling 10

We raden aan om een systeem te ontwikkelen waarin CHW binnen eenzelfde team op de hoogte zien welke CHW welke persoon opvolgt, en een korte inkijk in hulpvraag en begeleiding biedt. Dit garandeert een goede opvolging van deze personen wanneer een CHW afwezig is.

Gerelateerd aan de inhoudelijke tools was er ook veel vraag bij de CHW naar vormingen en opleidingen: “Weet je, het zou fijn zijn als we wat meer vormingen zouden kunnen krijgen” en “Ik denk dat we meer training in de gezondheidszorg nodig hebben”. Deze vraag gaat zeer breed: “... alle informatie zou welkom zijn met betrekking tot gezondheid. Op het gebied van ziektepreventie is alle informatie een pluspunt voor ons”. De CHW zijn zeer bereid om te leren van andere zorgverleners: “Ze zijn professionals op dit gebied, ze kennen hun vak, dus ze kunnen ons kleine hulpmiddelen en ideeën geven”. De CHW gaven aan dat ze de vormingen nodig hebben om beter moeilijke situaties aan te pakken en zelfverzekerder in hun job te staan. Sommige teams hebben reeds een lijst met vormingen die ze willen volgen. Onderwerpen die in de interviews naar boven kwamen voor nieuwe opleidingen waren: de rechten van immigranten, sociale zekerheid en verslavingsproblemen. De gestructureerde intervisies waarin men casussen bespreekt in het team, worden goed ontvangen. De CHW leren hierin veel van elkaar en willen dit frequenter doen, zowel binnen hun eigen team als met de teams uit andere steden.

Daarnaast was er de vraag naar fietsen (met logo van het CHW-programma) om zich makkelijker en sneller te verplaatsen. Op één locatie kregen de CHW reeds fietsen van een partner, maar als gevolg hiervan dachten de personen dat de CHW hieraan geaffilieerd zijn. Er is vraag naar meer kledij vanuit het programma (bv. winterjas, schoenen, regenbroek). Bijkomend wensen CHW en coaches meer promotiemateriaal zoals vernieuwde flyers, stickers, polo's, petten, drinkbussen en balpennen met het logo. Er blijkt dus een nood te bestaan om zich als CHW duidelijker en herkenbaar in de lokale (zorg)context te plaatsen.

Andere CHW vroegen naar meer extralegale voordelen zoals bv. maaltijdcheques of een budget om kledij aan te schaffen.

Resultaten feedbacksessies

Zoals te lezen op voorgaande pagina's, formuleerden we als onderzoeksteam enkele aanbevelingen om het gebruik van tools te optimaliseren. Om te verifiëren of deze aanbevelingen ook de steun kregen van de CHW zelf, werden twee aanbevelingen afgetoetst in twee online feedbacksessies met de CHW die eerder deelnamen aan het onderzoek.

Een eerste aanbeveling die werd afgetoetst was **aanbeveling 7**, gericht op het ontwikkelen van een uniforme methode om informatie bij te houden. Gebaseerd op het onderzoek met de CHW werden de

diverse boekjes die door de CHW zelf waren ontwikkeld samengebracht in één uniform administratiesysteem. Het achterliggende idee is om de toekomstige werkzaamheden van de CHW te vereenvoudigen door te profiteren van de best practices van de huidige CHW. De drie Vlaamse CHW reageerden zeer positief op dit voorstel, waarbij ze aangaven dat dit aanzienlijke meerwaarde zou betekenen voor hun veldwerk. Enkele CHW toonden direct interesse om hiermee aan de slag te gaan. De Waalse CHW reageerden eveneens enthousiast en beschouwden deze tool vooral als een handig geheugensteuntje om belangrijke informatie niet te vergeten tijdens hun werk.

Een tweede aanbeveling die werd afgetoetst was **aanbeveling 9**, die zich richtte op het onderzoeksresultaat dat CHW relatief weinig inhoudelijke tools gebruiken om hun werking te ondersteunen, maar dat ze wel openstaan voor extra hulpmiddelen. Een conceptversie van hoe zo'n 'tools-bibliotheek' eruit zou kunnen zien, werd voorgesteld tijdens de feedbacksessies. Dit voorstel werd met enthousiasme ontvangen en alle CHW beschouwden het als een waardevol idee. De voorkeur ging uit naar een digitaal systeem waarin alle tools overzichtelijk worden gepresenteerd, waarna ze - indien gewenst - kunnen worden afgedrukt wanneer nodig. Een bijkomend papieren overzicht van alle tools werd ook als handig beschouwd.

De bevindingen van deze feedbacksessies werden overgemaakt aan het projectteam.

4. Discussie

Hieronder presenteren we onze onderzoeksresultaten binnen een ruimer wetenschappelijk kader en leggen we de verbanden tussen onze bevindingen en de theoretische literatuur met betrekking tot het onderwerp.

4.1. Samenwerkingen

CHW bekleden een unieke positie tussen de gemeenschappen waarin ze werken en het gezondheidssysteem. Deze positie biedt aanzienlijke voordelen voor hun werk, maar tegelijkertijd vereist het ook een nauwe integratie van CHW in het gezondheidssysteem (LeBan et al. 2021; Lewin, Lehmann, and Perry 2021; Perry 2020; Schneider and Lehmann 2016). De wetenschappelijke literatuur signaleert een recente verschuiving naar een meer horizontale en allesomvattende benadering, waarbij CHW een cruciaal en duurzaam onderdeel vormen van gezondheidssystemen (Glenton et al. 2021; Perry 2020; Perry et al. 2021). Steeds meer wordt het potentieel van CHW erkend om bredere verantwoordelijkheden op zich te nemen binnen geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg (Hodgins et al. 2021; Perry 2020; Schleiff et al. 2021). Een effectieve integratie van CHW-programma's in gezondheidssystemen kan bovendien bijdragen aan de duurzaamheid en geloofwaardigheid van het programma, de verduidelijking van de rollen van CHW en het bevorderen van samenwerking tussen CHW en actoren op een hoger niveau binnen het gezondheidssysteem (Scott et al. 2018). Indien integratie van CHW-programma's in de lokale gezondheidssystemen ontbreekt, kan dit resulteren in een gefragmenteerde dienstverlening die de effectiviteit van CHW-programma's beperkt (Afzal et al. 2021; Mupara et al. 2021).

Gezondheidssystemen zijn vaak een complex en dynamisch geheel met diverse actoren die verschillende belangen, perspectieven en waarden hebben (Hodgins et al. 2021; Sacks et al. 2019). Het integreren van CHW in zulke systemen blijft een voortdurende uitdaging en een delicate balansoefening tussen verschillende stakeholders (LeBan, Kok et al., 2021). Het opzetten van effectieve samenwerkingen met zorgverleners is daarom een essentiële vereiste. De uiteenlopende verwachtingen en behoeften van de verschillende actoren in zowel de gemeenschaps- als de zorgcontext moeten daarbij op elkaar afgestemd worden. Het is dus belangrijk dat er een flexibele

aanpak wordt gehanteerd waarbij met al deze actoren in contact kan getreden worden om een eventuele samenwerking uit te bouwen.

Samenwerkingen in het CHW-programma

In het Belgische CHW-programma werd de afgelopen werkjaren in stijgende lijn aandacht besteed aan het tot stand brengen van zulke samenwerkingen (Masquillier, Cosaert, & Wouters, 2022). Vanaf het begin werd in het CHW-programma sterk de nadruk gelegd op lokale aanpassing en inbedding: zodra de eerste CHW actief waren, was er ruimte voor aanpassing aan de lokale context, met specifieke samenwerkingen voor elke wijk (Masquillier and Wouters 2023). De responsiviteit aan de lokale context wordt ook benadrukt in de internationale wetenschappelijke literatuur als essentieel voor een succesvol CHW-programma (Hodgins et al. 2021; Perry and Hodgins 2021; Sjögren Forss, Kottorp, and Rämgård 2021). Het aanpassen van de activiteiten van de CHW aan de lokale context stelt hen in staat om aan lokale behoeften te voldoen op een manier die aansluit bij de lokale gemeenschappen. Hierdoor kan het CHW-programma zich ook gemakkelijker aanpassen aan veranderende omstandigheden in de wijken (Hodgins, Kok et al., 2021; Lewin, Lehmann et al., 2021). Deze aanpak wordt ook beschouwd als duurzamer en zou op middellange tot lange termijn leiden tot betere gezondheidsresultaten (Lewin, Lehmann et al., 2021). Echter is het belangrijk om hierbij ook te wijzen op de context van de wijken zelf. De CHW en samenwerkingspartners die actief waren in wijken waar al een goed gevestigd netwerk aanwezig was, bijvoorbeeld via wijk- of buurtregisseurs, gaven aan dat deze samenwerkingen gemakkelijk en snel konden worden opgezet, wat in lijn is met internationale literatuur (Kok et al. 2015). In wijken of steden waar het bestaande aanbod eerder versnipperd is, kan dit echter het opzetten van samenwerkingen vertragen of bemoeilijken. Bij de start van het CHW-programma zijn de samenwerkingen in zulke situaties veelal ontstaan op een ad hoc en individuele basis, onder meer afhankelijk van het engagement van de CHW en het bestaande netwerk van de coaches (Masquillier, Cosaert, and Wouters 2022).

Aangezien CHW-programma's worden gevormd door het beleidskader waarin ze actief zijn, is het van belang om na te gaan hoe dit invloed uitoefent op het tot stand komen van samenwerkingen (Lewin, Lehmann et al. 2021). Zo vormen de federale en regionale bestuursstructuren van het CHW-programma een belangrijke meerwaarde bij het aangaan van samenwerkingen. Deze structuren bieden immers de mogelijkheid om samenwerkingen duurzaam te verankeren, en tegelijkertijd creëert deze beleidsstructuur ruimte om in te spelen op lokale behoeften. Samenwerkingen op federaal of regionaal niveau met andere regionaal of federaal gestuurde organisaties en initiatieven kunnen fungeren als katalysator om verbindingen te leggen, met als doel het opzetten van samenwerkingen tussen de lokale teams van beide partijen te vergemakkelijken. In Wallonië bijvoorbeeld, faciliteerde het regionale partnerschap met het *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* bij aanvang van het programma ook samenwerkingen met verschillende lokale organisaties (Masquillier and Wouters 2023). Sommige CHW gaven in de interviews aan dat het CHW-programma nog niet voldoende bekend is bij bepaalde actoren. In gevallen waarbij deze actoren regionaal of federaal worden aangestuurd, kan het verspreiden van kennis over het CHW-programma op regionaal en federaal niveau positief bijdragen aan de bekendheid van het programma op lokaal niveau. Daarnaast richten samenwerkingen op federaal en regionaal niveau zich op het uitwisselen van kennis en expertise, al dan niet met het oog op advisering naar het beleid. Dit is eveneens van groot belang om het CHW-programma breder bekend te maken, en kan bijdragen aan een verdere integratie van CHW in het gezondheidssysteem. Het ontwikkelen van deze structurele relaties is echter niet enkel de verantwoordelijkheid van CHW-programma's; het ligt ook in handen van beleidsmakers die CHW moeten integreren in hun beleidsvisie als een integraal onderdeel van het gezondheidssysteem (Afzal et al. 2021).

Net als in CHW-programma's wereldwijd zijn er ook binnen het Belgische CHW-programma samenwerkingsverbanden tot stand gekomen met een breed scala aan stakeholders (Afzal et al. 2021). De partnerschappen in het Belgische CHW-programma weerspiegelen wat er in de wetenschappelijke literatuur wordt beschreven: CHW werken samen met overheidsinstanties, maatschappelijke organisaties, eerstelijnszorgverleners, scholen en vertegenwoordigers uit de gemeenschappen (Afzal et al., 2021). Op basis van de onderzoeksresultaten hebben we deze samenwerkingen gegroepeerd in verschillende overkoepelende categorieën, met name spelers uit de gezondheidszorg, actoren met een sociale of maatschappelijke insteek, en overheids- en onderwijsinstellingen. De samenwerkingen met deze diverse actoren kunnen sterk variëren qua inhoud en de wijze van samenwerken, zoals ook uit internationale literatuur blijkt (Afzal et al. 2021; Franklin et al. 2015). Binnen dit onderzoek hebben we onderscheid gemaakt tussen samenwerkingen gericht op het delen van expertise en kennis, het bereiken van de doelgroep, of het ondersteunen van een individuele persoon. Uit de onderzoeksresultaten trekken we de conclusie dat bepaalde vormen van samenwerking meer voorkomen bij specifieke types samenwerkingspartners. We merken op dat het ondersteunen van een individuele persoon frequenter voorkomt bij samenwerkingen met actoren uit de gezondheidszorg. Aan de andere kant zien we dat het bereiken van de doelgroep, inclusief activiteiten zoals informatieverstrekking, vaker voorkomt in samenwerkingen met actoren die een sociale of maatschappelijke insteek hebben.

Inbedding in de reguliere gezondheidszorg

De beste kansen voor succesvolle samenwerkingen met de reguliere gezondheidszorg doen zich volgens de internationale literatuur voor wanneer CHW geïntegreerd worden in het systeem van de eerstelijnsgezondheidszorg (Franklin et al. 2015). Zo kunnen CHW helpen bij het meer zichtbaar maken van de bestaande gezondheidsdiensten en het verschaffen van juiste informatie met betrekking tot eerstelijnszorg (Onyango, Schatz, and Lazarus 2017). Daarnaast kunnen CHW binnen de gezondheidszorgsystemen een stem kunnen geven aan de gemeenschappen die zij bedienen (Franklin et al. 2015). Het is daarom van belang dat CHW nauw aansluiting vinden bij de actoren in de gezondheidszorg (Afzal, Pariyo et al. 2021). Samenwerkingen met eerstelijnsorganisaties in het CHW-programma zijn echter vaak nog niet structureel opgezet. In het onderzoek werd vastgesteld dat deze samenwerkingen zich voornamelijk richten op de opvolging van individuele personen en meestal eenzijdig zijn, waarbij CHW doorverwijzen of begeleiden naar gezondheidszorgverleners. De omgekeerde richting komt minder vaak voor, evenals andere vormen van samenwerking. Indien dit wel het geval is, is dit vaker met de 'sociaal-georiënteerde' werknemers binnen de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld sociaal werkers in ziekenhuizen of receptiemedewerkers in wijkgezondheidscentra.

De erkenning van de meerwaarde van CHW in de gezondheidszorg komt vooral tot stand wanneer er een effectieve samenwerking is tussen beide partijen. Het is dus van belang om succesvolle samenwerkingen op te zetten, echter is dit een proces dat tijd, planning en coördinatie vereist (Crigler, Hill, and Furth 2013). Integratie van CHW in zorgorganisaties wordt beschreven als een leerproces dat veel tijd vergt, soms jaren (Washburn et al., 2022). Het vergt een geleidelijk opbouwen van vertrouwen tussen CHW en de eerstelijnsgezondheidszorg. Belangrijke aspecten bij het opbouwen van een samenwerking zijn duidelijke kennis, open communicatie en goed gecoördineerde taken en rollen. Het benadrukken van het feit dat CHW de patiëntenzorg ondersteunen en geen extra last op het gezondheidssysteem leggen, is van cruciaal belang. Effectieve communicatie tussen zorgverleners en CHW, het gebruik van protocollen en verwijsbrieven kunnen ook bijdragen aan het versterken van de link tussen CHW en gezondheidsvoorzieningen (LeBan, Kok et al. 2021). Bovendien is het belangrijk om te beseffen dat samenwerkingen ook beïnvloed worden door externe factoren, zoals tijdsdruk en de

bereidwilligheid ('goodwill') van eerstelijnsactoren om samen te werken (Washburn et al., 2022). Het bewust omgaan met deze factoren kan de effectiviteit van samenwerkingen aanzienlijk beïnvloeden.

Het is van belang op te merken dat wanneer CHW-programma's uitsluitend gericht zijn op integratie in het gezondheidszorgsysteem, er mogelijk spanning kan ontstaan met de behoeften van de doelgroep. De gezondheid van de doelgroepen binnen het CHW-programma wordt vaak beïnvloed door sociale determinanten, gerelateerd aan domeinen zoals huisvesting en werk (Masquillier et al., 2022; Masquillier & Wouters, 2023). Onderzoek wijst uit dat een mismatch tussen de behoeften van de gemeenschap en de diensten van de CHW tot ontevredenheid bij de doelgroep kan leiden, en gevoelens van frustratie en machteloosheid bij de CHW kunnen opwekken (Glenton, Javadi et al. 2021). De vragen en casussen waarmee CHW te maken krijgen, vereisen daarom een bredere samenwerking op diverse domeinen, zoals duidelijk naar voren komt in de onderzoeksresultaten. Blijvende aandacht is nodig in het Belgische CHW-programma om zowel effectieve samenwerkingen met zorgverleners in het gezondheidssysteem te bevorderen als om te voldoen aan de bredere behoeften van hun doelgroepen, en zo het vereiste vertrouwen op te bouwen voor een succesvolle integratie in de gemeenschap (LeBan, Kok et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021).

Een goede samenwerking

Duidelijke en ondersteunende samenwerkingen tussen CHW en samenwerkingspartners brengen vele voordelen met zich mee. Samenwerkingen spelen immers een cruciale rol bij het vergroten van de toegang tot zorg en het verbeteren van de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem (Witmer et al. 1995). Deelnemers aan het onderzoek benadrukten eveneens de cruciale rol van samenwerking en gaven aan dat het bijdraagt aan een beter en effectiever bereik van de doelgroep. Ze onderstreepten dat samenwerking zorgt voor een verbeterde opvolging en doorverwijzing van personen, terwijl beide partijen elkaar aanvullen op het gebied van expertise en kennis. Samenwerkingen zorgen er ook voor dat mensen met specifieke behoeften sneller de weg naar de CHW kunnen vinden. Deze bevindingen worden bevestigd door internationaal onderzoek (Damio et al. 2017; Franklin et al. 2015; Glenton et al. 2021). Daarbovenop kan een goede samenwerking de rol van de CHW legitimeren, zowel binnen het gezondheidssysteem als ten opzichte van de doelgroep (LeBan, Kok et al., 2021).

Om tot een goede samenwerking te komen zijn er enkele essentiële kenmerken die de geïnterviewden naar voor brachten. Zo wezen zij op het belang van vertrouwen, heldere en open communicatie, een flexibele werkhouding en gedeelde visie tussen beide partijen. Ook duiden zij het belang van dezelfde waarden, zoals menselijkheid en empathisch vermogen. Deze factoren vinden we ook terug in de internationale literatuur. Een samenwerking gefundeerd op respect en wederzijds vertrouwen, is cruciaal voor het behalen van positieve resultaten (Franklin et al. 2015; LeBan et al. 2021). Centraal in dit proces staat effectieve communicatie (LeBan et al. 2021). Bovendien draagt een gezamenlijk begrip van normen, waarden en gedeelde doelen substantieel bij aan een soepel verlopende samenwerking. Erkenning en goede communicatie tussen CHW en zorgverleners hebben een positieve invloed op de uitvoering van het werk van de CHW (Kok, Dieleman et al., 2015).

Hindernissen in samenwerkingen

Er werd echter ook gewezen op potentiële hindernissen in een samenwerking. CHW ervaren dat ze soms niet serieus worden genomen of gelijkwaardig worden behandeld door samenwerkingspartners, vooral wanneer ze uitsluitend worden ingezet voor administratieve taken. Dit fenomeen wordt ook wereldwijd waargenomen in studies bij CHW, waarbij zij soms niet als volwaardige onderdeel van de zorgverlening worden beschouwd (LeBan et al. 2021; Masis et al. 2021). Als de CHW echter niet wordt erkend voor zijn of haar werk door zorgverleners en er geen kwalitatieve gezondheidszorg wordt geboden aan een patiënt die is doorverwezen door een CHW, kan het vertrouwen van de gemeenschap in en respect voor

de CHW ondermijnd worden, wat negatieve invloeden kan hebben op hun werk (LeBan, Kok et al., 2021). Een succesvolle samenwerking, gebaseerd op gelijkwaardigheid, respect en wederzijds vertrouwen, is cruciaal om positieve resultaten te behalen (Franklin et al., 2015; LeBan, Kok, & Perry, 2021; Washburn et al., 2022). In de interviews gaven CHW herhaaldelijk aan dat sommige samenwerkingen mogelijk niet van de grond komen of mislukken omdat de samenwerkingspartner een gevoel van concurrentie ervaart. Deze concurrentiegevoelens kunnen ontstaan als gevolg van een gebrek aan kennis en begrip over de rollen en toegevoegde waarde van CHW, wat conflicten kan veroorzaken (Washburn et al., 2022). Er werd ook specifiek gewezen op de tijds- en werkdruk bij zorgverleners, wat de opstart of het onderhoud van samenwerking bemoeilijkt. Aan de zijde van de samenwerkingspartners werd de chaotische start van het programma benadrukt als een barrière tot samenwerking, evenals de initiële korte programmaduur. Zij wezen ook op onduidelijkheid rond de rollen die een CHW kan vervullen.

Rollen van de CHW

Een terugkerend punt in de onderzoeksresultaten en wetenschappelijke literatuur is het belang van de rollen die een CHW kan opnemen. Voor een succesvolle verankering van CHW binnen het gezondheidssysteem zijn heldere rollen nodig die door alle betrokken partijen worden erkend. Een duidelijke definitie van de rol van de CHW kan hierbij ondersteuning bieden (Colvin, Hodgins, and Perry 2021; Kok et al. 2015; LeBan et al. 2021). In vorige werkjaren werden in het CHW-programma vele stappen ondernomen om de rollen van een CHW helder te definiëren, en deze werden op diverse manieren gecommuniceerd, waaronder direct naar de CHW zelf, via de website van het CHW-programma, en via de diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten (Masquillier & Wouters, 2023). Om het werk van de CHW in kaart te brengen, werden deze rollen ook geïntegreerd in de registratietool die specifiek werd ontwikkeld door het CHW-programma. Echter blijkt uit de feedback van het onderzoek dat de kennis daarover zowel bij CHW als samenwerkingspartners nog steeds niet eenduidig is, of soms te vrijblijvend wordt ingevuld door individuele CHW. Dit kan tot onduidelijkheid leiden bij samenwerkingspartners.

Daarom is het van cruciaal belang om heldere informatie te verstrekken over de bijdrage en capaciteiten van CHW. Om een waardevolle rol te kunnen vervullen als binnen het gezondheidssysteem, moet de rol van CHW duidelijk gedefinieerd zijn, goed begrepen, gerespecteerd en adequaat ondersteund worden door de diverse actoren in het gezondheidssysteem (Hodgins, Kok et al., 2021; LeBan, Kok et al., 2021). Een heldere rolomschrijving kan er ook voor zorgen dat de verwachtingen van zowel actoren in de gezondheidszorg als de mensen die CHW ondersteunen, beter aansluiten bij de ondersteuning die de CHW kan bieden (Crigler et al. 2013). Diverse internationale onderzoekers benadrukken dat een doeltreffende coördinatie en duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden cruciaal is, waarbij zowel de rollen van CHW als die van reguliere zorgverleners helder moeten worden afgebakend binnen de samenwerking (Franklin et al., 2015; LeBan et al., 2021). Een samenwerking heeft een grotere kans van slagen wanneer de actoren binnen het gezondheidssysteem goed geïnformeerd zijn over de specifieke rol van de CHW (Perry, Chowdhury et al. 2021). Rolonduidelijkheid kan immers problemen veroorzaken en afbreuk doen aan de geloofwaardigheid (Kok, Dieleman et al. 2015, Colvin, Hodgins et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Er dient een evenwicht te zijn waarbij de rol van de CHW erkend wordt door de samenwerkingspartner, en zij niet beschouwd worden als goedkope arbeidskrachten (Niang 2020). Wanneer zorgverleners de waarde zien van het werk van de CHW, zijn zij bovendien meer geneigd om de activiteiten van de CHW te ondersteunen (Glenton, Javadi et al. 2021). Actieve betrokkenheid van andere zorgverleners is dus nodig om CHW effectief te integreren in hun werkzaamheden.

Definitie ‘samenwerking’

Zoals in de inleiding beschreven, willen we onze resultaten aftoetsen aan de eerder vermelde definitie van samenwerking (Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014) en de toepasbaarheid binnen het CHW-programma nagaan. We kozen deze definitie omdat wij achtten dat deze het meest van toepassing is op de samenwerkingen binnen het CHW-programma. In tegenstelling tot vele andere definities in een internationale context, die zich richten op gezondheidszorgsystemen die aanzienlijk verschillen van het Belgische systeem en vaak de nadruk leggen op gezondheidszorgteams binnen eenzelfde instelling of binnen een hiërarchische structuur, is deze definitie preciezer en meer toepasbaar op samenwerkingsverbanden binnen het kader van het CHW-programma. Uit de resultaten blijkt dat de samenwerkingen binnen het CHW-programma gelijkenissen vertoont met de definitie van samenwerking tussen zorgprofessionals, maar ruimer gaan. Net zoals in de definitie wordt uit de onderzoeksresultaten duidelijk samenwerkingen gaan over gedeelde zorg voor dezelfde doelgroep of persoon, tussen verschillende actoren. Het belang van kennis- en informatiedeling tussen diverse actoren wordt ook onderstreept.

Echter blijft de definitie van Hammelburg en collega's beperkt tot de patiëntenzorg, waarbij er dus wordt uitgegaan dat de patiënt, zoals in het woord vervat zit, medische zorg nodig heeft. De definitie focust zich op samenwerking tussen zorgprofessionals, gericht op de directe patiëntenzorg, met weliswaar verschillende niveaus van samenwerking. De diversiteit van actoren focust binnen deze definitie ook voornamelijk op actoren binnen het (medische) zorglandschap.

In het CHW-programma gaan samenwerkingsverbanden echter ruimer dan deze benadering. Binnen CHW-samenwerkingen wordt er meer nadruk gelegd op een bredere diversiteit van enerzijds samenwerkingspartners, en anderzijds ook de soorten samenwerking. Zo wordt er niet enkel met zorgprofessionals samengewerkt, maar ook met actoren die een sociale insteek hebben, en met onderwijs- en overheidsinstellingen. Dit is in het kader van het CHW-programma noodzakelijk om aan de noden van de doelgroep te beantwoorden. Er worden er ook samenwerkingen aangegaan met andere doeleinden dan enkel de opvolging van een individuele persoon, namelijk ook om het gezamenlijk en beter bereiken van de doelgroep. Daarnaast focussen CHW ook op het overdragen van gezondheidsinformatie aan een bredere doelgroep. De definitie van Hammelburg en collega's beperkt zich dus enkel tot een deel van de samenwerkingen binnen het CHW-programma.

Om een duidelijke communicatie rond samenwerkingen te faciliteren, zou deze definitie van samenwerking dus best uitgebreid worden, en afgestemd op de doelen die binnen het CHW-programma vooropgesteld worden. Bij afstemming van deze definitie kan volgende beschrijving als startpunt genomen worden:

“Samenwerking binnen het Belgische CHW-programma richt zich op het gezamenlijk realiseren van doelen binnen de algemene opdracht van het CHW-programma, zoals expertise- en kennisdeling, doelgroepbereik of individuele persoonsondersteuning. Samenwerkingen kunnen aangegaan worden met actoren uit de gezondheidszorg, actoren met een sociale of maatschappelijke insteek, of met overheids- of onderwijsinstellingen. De samenwerking omvat een dynamisch proces dat kan variëren in inhoud en vorm. Voor een effectieve samenwerking is een gelijkwaardige positie van beide partijen essentieel, waarbij waarden als vertrouwen en respect vooropgesteld worden.”

4.2. Tools

Ondersteunende tools spelen een essentiële rol bij het bevorderen van de effectiviteit van het CHW-werk (Scott et al., 2018; World Health Organization, 2020). Er is echter beperkt internationaal onderzoek gedaan naar de diversiteit van deze tools en hun toepassingen. Bovendien zijn internationale studies

over tools in het CHW-werk vaak sterk verbonden met specifieke lokale contexten of met specifieke taken binnen een bepaald CHW-programma. De beschikbaarheid van middelen en infrastructuur verschilt aanzienlijk in de diverse gemeenschappen, contexten en landen waar CHW actief zijn (World Health Organization 2020). Dit maakt het uitdagend om onze bevindingen te vergelijken met bestaande literatuur.

Binnen het CHW-programma blijkt dat CHW voornamelijk praktische hulpmiddelen gebruiken, waarbij hun smartphone met bijbehorende applicaties als belangrijkste tool ervaren wordt. Daarnaast werden in voorgaande werkjaren veel eigen administratieve tools ontwikkeld door de CHW zelf, zoals schriftjes, mapjes en boekjes, om gegevens van personen en afspraken bij te houden. Dit was ook het geval voor tools met betrekking tot herkenbaarheid en zichtbaarheid. Om dit proces te stroomlijnen over het gehele CHW-programma, is de werkgroep 'visibiliteit' in 2023 opnieuw bijeengekomen. In deze werkgroep wordt gewerkt aan een uniforme huisstijl.

Wat betreft inhoudelijke tools, zoals informatiekaarten of gesprekstools, blijkt dat CHW deze minder vaak inzetten. De meerderheid van de CHW geeft aan hier weinig behoefte aan te hebben. Ze vinden het doorgaans voldoende om informatie online op te zoeken of hun personen door te verwijzen. Desondanks wijst wetenschappelijke literatuur erop dat educatieve hulpmiddelen waardevol kunnen zijn voor kennisoverdracht en het verwerven van vaardigheden om effectieve diensten te verlenen (Glenton et al., 2021; Kok et al., 2015; World Health Organization, 2020). Uit de feedbacksessies, waarbij potentiële aanbevelingen werden besproken, kwam naar voren dat CHW het wel nuttig zouden vinden als er een 'bibliotheek' van bestaande tools beschikbaar was. Dit zou kunnen worden geïmplementeerd in de vorm van een digitaal systeem, waardoor ze bij behoefte aan inhoudelijke tools kunnen controleren of er al een geschikte tool beschikbaar is.

De CHW gaven vooral aan een grotere behoefte te hebben aan praktische tools, zoals kleding, promotiemateriaal en vooral een toegewijde werklocatie. Wat betreft inhoudelijke tools werd specifiek gevraagd naar trainingen en opleidingen. Ze benadrukten dat dit essentieel is om beter om te kunnen gaan met uitdagende situaties en meer zelfvertrouwen te ontwikkelen in hun functie. Het belang van trainingen blijkt inderdaad cruciaal voor het aanscherpen van basisvaardigheden en kerncompetenties (Crigler et al. 2013; Schleiff et al. 2021). Daarnaast wordt in de literatuur benadrukt dat continue opleiding en training van belang zijn voor de voortdurende professionalisering van CHW (World Health Organization, 2020).

5. Beperkingen onderzoek

Het onderzoek kent ook enkele beperkingen die belangrijk zijn om mee te nemen in de interpretatie van de resultaten. Ten eerste lag de focus van onze dataverzameling op samenwerkingen in de lokale CHW-context, die uitgebreid werden bevraagd in diepte-interviews met zowel CHW als samenwerkingspartners. Er was een beperktere dataverzameling voor samenwerkingen op federaal en regionaal niveau, deze werden verzameld via invulformulieren die de regionale en federale coördinatoren invulden. Dit kan resulteren in een onvolledig en minder diepgaand beeld van de samenwerkingen op het bredere beleidsniveau.

Een tweede beperking is gerelateerd aan de selectie van interviewkandidaten. Per stad werden slechts één community health worker en één samenwerkingspartner geïnterviewd, wat de mogelijkheid tot generalisatie van de onderzoeksresultaten beperkt. Echter werd deze selectie zo georganiseerd, zodat met de beschikbare middelen in alle steden een CHW en een samenwerkingspartner geïnterviewd werd, wat dan weer mogelijk maakte dat gemeenschappelijke dynamieken over de steden heen geïdentificeerd konden worden. Om interviewkandidaten te selecteren, vroegen we tijdens en na een

inleidende infosessie over het onderzoeksopzet, aan coaches en CHW om de gegevens van CHW die bereid waren om mee te werken aan het onderzoek door te geven. Dit houdt een selectiebias-risico in, aangezien de interviews alleen werden afgenomen bij diegenen die bereid waren mee te werken en dit een vertekend beeld kan geven. De gegevens van samenwerkingspartners werden eveneens verzameld via de coaches en CHW, wat de representativiteit van de steekproef kan beïnvloeden. Door het opvragen van telkens een positieve alsook een moeilijke samenwerking hebben we getracht een te positieve representativiteit tegen te gaan, maar dit kan niet uitgesloten worden.

Een derde beperking betreft het kwalitatieve karakter van het onderzoek, dat eerder verkennend is. Dit impliceert dat de bevindingen niet te generaliseren zijn naar alle samenwerkingen in CHW-programma's, maar eerder inzicht bieden in de lokale dynamieken rond samenwerkingen binnen het Belgische CHW-programma.

Ten slotte hield het gebruik van de algemene invulformulieren een beperking in. Hoewel deze per stad uitgebreid werden ingevuld, blijkt uit de vragen en de manier van invullen dat er soms verschillende interpretatie bestonden. Bijvoorbeeld, wat als een samenwerking wordt beschouwd kan reeds variëren over verschillende bevrageden heen, omdat een duidelijke definitie van het begrip ontbrak. Dit kan variëren tussen coaches en teams, waarbij sommigen zich beperken tot wederzijdse samenwerking, terwijl anderen alle organisaties in het invulformulier vermelden, ook als er geen actieve samenwerking is. Deze variabiliteit van invullen van de formulieren wordt mede beïnvloed door factoren zoals tijdsdruk en werkdruk, wat de nauwkeurigheid van de gegevens kan beïnvloeden.

6. Aanbevelingen

Doorheen de tekst formuleerden we reeds enkele aanbevelingen om de samenwerkingen en gebruik van tools in de toekomst van het programma verder te optimaliseren. We lijsten ze hier nog eens overzichtelijk op. Indien door het programma beslist wordt om deze aanbevelingen op te volgen, adviseren we dat er steeds een participatief beslissingsproces plaatsvindt, zodat de implementatie van deze aanbevelingen breed gedragen wordt in het programma. We raden aan om de aanbevelingen met de CHW en de coaches af te toetsen en in samenwerking met hen verder uit te werken zodat de implementatie en output zo dicht mogelijk aansluit bij de verwachtingen en noden uit het werkveld.

6.1. Aanbevelingen samenwerkingen

- **Aanbeveling 1** : indien geografische uitbreiding van het programma wordt ingepland, raden we aan om op voorhand een grondige contextanalyse te maken. Uit ons onderzoek blijkt dat de lokale inbedding van het programma cruciaal is, en er in sommige steden diensten, organisaties, projecten zijn die een vergelijkbare of complementaire invulling hebben. Het is daarom zeer belangrijk om na te gaan welke unieke insteek het CHW-programma in die lokale context kan bieden en dit ook mee te nemen in de inbedding. Dit geldt ook naar de doelgroepen toe: in sommige steden is de doelgroep anders (bv. mensen met een migratieachtergrond versus ouderen), waardoor de inbedding en samenwerkingen anders zullen dienen opgezet te worden.
- **Aanbeveling 2** : we raden aan dat er bij nieuwe samenwerkingspartners steeds afgetoetst wordt of ze nood hebben aan een informatief gesprek over de visie van het programma en rollen van de CHW .
- **Aanbeveling 3** : we raden aan om jaarlijks een 'bekendmakingsronde' te herhalen bij (potentiële) partners. Door jaarlijks (of bij verlenging van het programma) na te gaan of er nieuwe organisaties zijn bijgekomen in de wijk/stad, en of er samenwerkingen zijn die stroef

verlopen waarbij het contact hernieuwd dient te worden, kunnen samenwerkingen vlotter verlopen.

- **Aanbeveling 4** : een duidelijk missie en visie van het CHW-programma en rolafbakening van de CHW bleken doorheen het onderzoek een must. Er heerst vaak nog onduidelijkheid bij de partners over het programma zelf, en wat en hoe een CHW net kan doen. We raden aan dat dit naar de toekomst toe verder geconcretiseerd wordt, en ook gecommuniceerd naar de samenwerkingspartners.
- **Aanbeveling 5** : in lijn met aanbeveling 4 raden we aan dat bij het begin van een samenwerking ook de rollen, missie en visie van de samenwerkingspartner helder worden gecommuniceerd naar het lokale CHW-team. Daarbij is het ook opportuun om een duidelijke communicatiemethode en gemeenschappelijke doelstellingen voor de samenwerking af te spreken.
- **Aanbeveling 6** : we raden aan om minstens een jaarlijkse evaluatieronde te laten doorgaan bij de partners waarin op een concrete wijze de samenwerking wordt afgetoetst. Eventueel kan eerst via mail een korte bevraging verstuurd worden en indien nodig, kan vervolgens een evaluatie-overleg ingepland worden.
- **Aanbeveling 7** : we raden aan om een uniform administratiesysteem en/of centraal dossier te ontwikkelen waarin CHW systematisch en overzichtelijk alle nodige informatie kunnen bijhouden ter ondersteuning van hun dagelijkse werking op het terrein. Een mogelijke piste is het combineren van de verschillende boekjes die de CHW zelf hebben ontwikkeld tot één uniform administratiesysteem.
- **Aanbeveling 8** : we raden aan om de communicatie-materialen, zoals flyers, badges en naamkaartjes, uniform te maken, om op die manier een gedragen wijze van communicatie te hebben over alle teams heen.

6.2. Aanbevelingen Tools

Deze aanbevelingen werden reeds afgetoetst bij CHW.

- **Aanbeveling 9** : we raden aan om een (online) tools-bibliotheek te ontwikkelen waarin de CHW inhoudelijke tools kunnen terugvinden. Bijvoorbeeld: bij een persoon met longkanker die extra informatie wenst te verkrijgen, kan de CHW praatkaarten van de patiëntenorganisatie voor longkanker terugvinden in de tools-bibliotheek om de verschillende behandelingen toe te lichten aan de persoon en zijn/haar familie.
- **Aanbeveling 10** : we raden aan om een systeem te ontwikkelen waarin CHW binnen eenzelfde team op de hoogte zien welke CHW welke persoon opvolgt, en een korte inkijk in hulpvraag en begeleiding biedt. Dit garandeert een goede opvolging van deze personen wanneer een CHW afwezig is.

7. Referenties

- Abreu, F. D. L., M. A. S. Bissaco, A. P. Silva, S. R. M. S. Boschi, T. A. Scardovelli, M. F. Santos, C. C. M. Rodrigues, and S. C. Martini. 2021. "The Use and Impact of MHealth by Community Health Workers in Developing and Least Developed Countries: A Systematic Review." *Research on Biomedical Engineering* 37(3):563–82.
- Afzal, Muhammad Mahmood, George W. Pariyo, Zohra S. Lassi, and Henry 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):1–18.
- Braun, Rebecca, Caricia Catalani, Julian Wimbush, and Dennis Israelski. 2013. "Community Health Workers and Mobile Technology: A Systematic Review of the Literature." *PLoS ONE* 8(6):4–9.
- Braun, V. and V. Clarke. 2006. "Using Thematic Analysis in Psychology." *Qual. Res. Psych.* 3(77–101).
- Campbell, Karen A., Elizabeth Orr, Pamela Durepos, Linda Nguyen, Lin Li, Carly Whitmore, Paige Gehrke, Leslie Graham, and Susan M. Jack. 2021. "Reflexive Thematic Analysis for Applied Qualitative Health Research." *Qualitative Report* 26(6):2011–28.
- Colvin, Christopher J., Steve Hodgins, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 8. Incentives and Remuneration." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–26.
- Crigler, L., K. Hill, and R. Furth. 2013. *Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix*. Bethesda, MD.
- Damio, Grace, Meredith Ferraro, Katharine London, Rafael Pérez-Escamilla, and N. Wiggins. 2017. *Addressing Social Determinants of Health through Community Health Workers: A Call to Action*. Hartford CT.
- Early, Jody, Carmen Gonzalez, Vanessa Gordon-Dseagu, and Laura Robles-Calderon. 2019. "Use of Mobile Health (MHealth) Technologies and Interventions Among Community Health Workers Globally: A Scoping Review." *Health Promotion Practice* 20(6).
- Feroz, A., A. Khoja, and S. Saleem. 2021. "Equipping Community Health Workers with Digital Tools for Pandemic Response in LMICs." *Archives of Public Health* 79.
- Franklin, Catherine M., Jean M. Bernhardt, Ruth Palan Lopez, Ellen R. Long-Middleton, and Sheila Davis. 2015. "Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review." *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 2.
- Glenton, Claire, Dena Javadi, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 5. Roles and Tasks." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–17.
- Greuel, Merlin, Frithjof Sy, Till Bärnighausen, Maya Adam, Alain Vandormael, Jennifer Gates, and Guy Harling. 2023. "Community Health Worker Use of Smart Devices for Health Promotion: Scoping Review." *JMIR MHealth and UHealth* 11:1–12.
- Hammelburg, Ruth, Wiebe Jan Lubbers, and Noks Nauta, eds. 2014. *Veranderende Samenwerking in de Zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum - Springer Media.
- Hodgins, Stephen, Maryse Kok, David Musoke, Simon Lewin, Lauren Crigler, Karen LeBan, and Henry 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):1–24.

- Javanparast, Sara, Alice Windle, Toby Freeman, and Fran Baum. 2018. "Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries?" *International Journal of Health Policy and Management* 7(10):943–54.
- Kok, Maryse C., Marjolein Dieleman, Miriam Taegtmeier, Jacqueline E. W. Broerse, Sumit S. Kane, Hermen Ormel, Mandy M. Tijm, and Korrie A. M. De Koning. 2015. "Which Intervention Design Factors Influence Performance of Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review." *Health Policy and Planning* 30(9):1207–27.
- LeBan, Karen, Maryse Kok, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 9. CHW' Relationships with the Health System and Communities." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–20.
- Lewin, Simon, Uta Lehmann, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 3. Programme Governance." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–13.
- Masis, Lizah, Angela Gichaga, Tseday Zerayacob, Chunling Lu, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 4. Programme Financing." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–18.
- Masquillier, Caroline, Theo Cosaert, and Edwin Wouters. 2022. *Community Health Workers in België. Rapport 2021*. Antwerpen.
- Masquillier, Caroline and Edwin Wouters. 2023. *Community Health Workers in België. Rapport 2022*. Antwerpen.
- Mupara, Lucia M., John J. O. Mogaka, William R. Brieger, and Joyce M. Tsoka-Gwegweni. 2021. "Scorecard Metrics for Assessing the Extent of Integration of Community Health Worker Programmes into National Health Systems." *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 13(1):1–14.
- Mupara, Lucia M., John J. O. Mogaka, William R. Brieger, and Joyce M. Tsoka-Gwegweni. 2022. "Community Health Worker Programmes' Integration into National Health Systems: Scoping Review." *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 14(1).
- Niang, Marietou. 2020. "What Are the Roles of Community Health Workers? Looking Back at the Philosophies of Primary Health Care." *Global Health Promotion* 27(2):117–20.
- Onyango, By Denis, Eberhard Schatz, and Jeffrey V Lazarus. 2017. "Taking a 'People-Centred' Approach to Improving Access to Health Care for Underserved Communities in Europe." 23(3):23–27.
- Payne, Julianne, Sima Razi, Kyle Emery, Westleigh Quattrone, and Miriam Tardif-Douglin. 2017. "Integrating Community Health Workers (CHWs) into Health Care Organizations." *Journal of Community Health* 42(5):983–90.
- Perry, H. 2020. "Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe." Washington, D.C.
- Perry, Henry B., Mushtaque Chowdhury, Miriam Were, Karen LeBan, Lauren Crigler, Simon Lewin, David Musoke, Maryse Kok, Kerry Scott, Madeleine Ballard, and Steve Hodgins. 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):1–22.
- Perry, Henry B. and Stephen 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.

- Sacks, Emma, Melanie Morrow, William T. Story, Katharine D. Shelley, D. Shanklin, Minal Rahimtoola, Alfonso Rosales, Ochiawunma Ibe, and Eric Sarriot. 2019. "Beyond the Building Blocks: Integrating Community Roles into Health Systems Frameworks to Achieve Health for All." *BMJ Global Health* 3(Suppl 3):e001384.
- Schaaf, Marta, Caitlin Warthin, Lynn Freedman, and Stephanie M. Topp. 2020. "The Community Health Worker as Service Extender, Cultural Broker and Social Change Agent: A Critical Interpretive Synthesis of Roles, Intent and Accountability." *BMJ Global Health* 5(6):1–13.
- Scheepers, Anna. 2015. "Samen Werken in de Wijk - Kwalitatief Onderzoek Naar Interdisciplinaire Samenwerking in Een Wijkteam En Een Wijkzorgnetwerk in Nederland." Universiteit Utrecht.
- Schleiff, Meike J., Iain Aitken, Mohammad Ariful Alam, Zufan Abera Damtew, and Henry 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):1–29.
- Schneider, Helen and Uta Lehmann. 2016. "From Community Health Workers to Community Health Systems: Time to Widen the Horizon?" *Health Systems and Reform* 2(2):112–18.
- Scott, K., S. Beckham, M. Gross, G. Pariyo, K. Rao, G. Cometto, and H. Perry. 2018. "What Do We Know about Community-Based Health Programs? A Systematic Review of Existing Reviews on Community Health Workers and Their Integration with Health Systems." *Human Resources for Health* 16(1):16–39.
- Sjögren Forss, Katarina, Anders Kottorp, and Margareta Rämngård. 2021. "Collaborating in a Penta-Helix Structure within a Community Based Participatory Research Programme: 'Wrestling with Hierarchies and Getting Caught in Isolated Downpipes.'" *Archives of Public Health* 79(1):1–13.
- Suhartono, S., I. Mahardiananta, C. Dharmayanti, K. Gunawan, and I. Gunawan. 2022. "Development of Health Personnel in Medical Equipment Management in Payangan General Hospital, Gianyar, Bali." *Jurnal Abdi Insani*.
- Vaseghi, Fatemeh, Mohammad Hossein Yarmohammadian, and Ahmadreza Raeisi. 2022. "Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 27(6):496–504.
- Vyt, Andre. 2008. "Interprofessional and Transdisciplinary Teamwork in Health Care." 24(December 2007):106–9.
- Vyt, Andre. 2012. *Interprofessioneel En Interdisciplinair Samenwerken in Gezondheid En Welzijn*. Eerste dru. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Washburn, David J., Timothy Callaghan, Cason Schmit, Emily Thompson, Denise Martinez, and Megan Lafleur. 2022. "Community Health Worker Roles and Their Evolving Interprofessional Relationships in the United States." *Journal of Interprofessional Care* 36(4):545–51.
- Winters, Niall, Laurenz Langer, Promise Nduku, James Robson, James O'Donovan, Pallab Maulik, Chris Paton, Anne Geniets, David Peiris, and Shobhana Nagraj. 2019. "Using Mobile Technologies to Support the Training of Community Health Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: Mapping the Evidence." *BMJ Global Health* 4(4):1–10.
- Witmer, A., S. D. Seifer, L. Finocchio, J. Leslie, and E. H. O'Neil. 1995. "Community Health Workers: Integral Members of the Health Care Work Force." *American Journal of Public Health* 85(8):1055–58.
- World Health Organization. 2020. *What Do We Know About Community Health Workers? A Systematic Review of Existing Reviews*. Vol. 17

HOOFDSTUK 3

Bloemlezing van structurele signalen

1. Digitalisering werkt onbedoeld uitsluiting in de hand.

Wat is het probleem ?

Organisaties en (overheids-)diensten lanceren steeds vaker online toepassingen. Onder meer om contact op te nemen, een afspraak te maken en een vraag te stellen, moeten mensen gebruik maken van online toepassingen. Soms vereist dit ook dat bepaalde applicaties worden gedownload. Ook wordt meer en meer via email gecommuniceerd.

Bijkomend moeten soms verschillende stappen gezet of moet doorgelikt worden vooraleer de vraagsteller op de juiste plaats terecht komt of de juiste persoon bereikt.

Veel mensen die leven in socio-economisch kwetsbare situaties hebben onvoldoende digitale vaardigheden en/of mogelijkheden om de online toepassingen te gebruiken. Zij beschikken niet altijd over een smartphone, tablet of PC en/of hebben zij onvoldoende financiële draagkracht om deze aan te kopen. Daarbovenop komt dan nog de kost van een data-abonnement. Veel mensen beschikken niet over de itsme-app. Deze app is nochtans dikwijls nodig om documenten te ontvangen te ondertekenen. Smartphone, tablets en computers zijn communicatiemiddelen die sommige mensen uit de kwetsbare doelgroep nooit gaan gebruiken. Een tekstbericht (sms) voor de bevestiging van een afspraak is al iets wat niet altijd begrepen wordt, waardoor deze gewoonweg niet wordt opgevolgd of waarvoor in het beste geval de hulp ingeschakeld wordt van een CHW.

Analfabetisme, laaggeletterdheid of visuele handicap maken ook deel uit van de realiteit van de personen die de CHW met hun werk bereiken. Deze mensen beschikken dikwijls niet over de juiste hardware of leessoftware, en zelfs als ze die wel hebben, blijken websites en toepassingen niet altijd op een inclusieve manier te zijn ontwikkeld.

Wanneer de eerste toegang om documenten te verkrijgen elektronisch plaatsvindt, blijkt dat organisaties ervan uitgaan dat dit een stilzwijgende en automatische "afstand" van de papieren versie van de ontvangen documenten door de persoon betekent. Risico is dat hierdoor de afhankelijkheid van de persoon met een hulpvraag van een derde partij voor digitale toegang wordt bestendig. Ook wanneer de *community health workers* tussenkomen en verder helpen, blijft dit voor velen een probleem op langere termijn aangezien het de bedoeling is dat de persoon zo snel mogelijk zelfstandig zijn zorg in eigen handen neemt maar daar niet altijd in zal slagen als de enige weg de digitale weg is.

Gevolg is dat mensen uit de doelgroep van CHW soms vroegtijdig afhaken waardoor ze de nodige zorg niet ontvangen en/of het vertrouwen opnieuw verliezen.

Ook krijgen de *community health workers* soms te horen dat mensen denken dat zij geen recht hebben op die zorgverlening. De hoge drempel die door de digitalisering voor hen gecreëerd wordt, draagt daar ook voor een deel toe bij. Op die manier vergroten we de kloof ongewild in plaats van ze te verkleinen.

Voorbeeld

Genk

Een mevrouw (41jaar) raakt plots verlamd en heeft nood aan een rolstoel. Door de taalbarrière kan mevrouw niet zelf bellen naar het ziekenfonds om een aanvraag voor een rolstoel te doen. Bovendien is het voor haar niet duidelijk welke dienst ze hiervoor moet benaderen. Aangezien ze zich niet zelfstandig kan verplaatsen, zou ze de aanvraag via digitale weg kunnen indienen, wat opnieuw een onoverkomelijke barrière blijkt te zijn voor haar. Mevrouw heeft twee jonge dochters, maar buiten hen heeft ze geen sociaal netwerk en leidt ze een geïsoleerd leven.

Een verpleegkundige met wie de CHW regelmatig samenwerken, heeft mevrouw toegeleid naar deze CHW. De CHW heeft contact opgenomen met mevrouw en is vervolgens op huisbezoek gegaan. Mevrouw spreekt enkel Marokkaans en krijgt de mogelijkheid om haar verhaal in haar eigen taal te delen. Tijdens het huisbezoek heeft de CHW contact opgenomen met het ziekenfonds. Enkele weken eerder was er een maatschappelijk werker van de mutualiteit op huisbezoek geweest die in opvolging van dit huisbezoek een aanvraagformulier voor een rolstoel per e-mail naar mevrouw had gestuurd. Vanwege de taalbarrière heeft mevrouw de maatschappelijk werker mogelijk niet goed begrepen en heeft zich een communicatieprobleem voorgedaan want ze kon zich niet herinneren dat er al iemand was langs geweest om de aanvraag voor de rolstoel in orde te brengen. De CHW heeft vervolgens aan het ziekenfonds gevraagd om de documenten per post aan mevrouw te bezorgen. Bij ontvangst van de papieren heeft mevrouw de CHW gebeld om het aanvraagformulier samen in te vullen en terug te bezorgen aan de maatschappelijk werker om de aanvraag op te starten.

Charleroi

Een persoon contacteerde de CHW omdat ze niet wist hoe ze toegang tot haar e-mails kon krijgen. Ze nam regelmatig contact op met haar huisarts, die haar hielp bij het lezen van haar mails. Deze aanpak was voor niemand geschikt en maakte de persoon erg afhankelijk. De CHW konden regelen dat iemand van gezinshulp langskomt gedurende enkele dagen in de week die haar nu ook helpt om haar mail te controleren.

Waar doet het probleem zich voor?

Dit signaal komt terug in de drie regio's en in alle teams.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

Tussenkost van de *Community health workers*

Het simpele feit dat de CHW een computer met een kaartlezer hebben en een smartphone, vereenvoudigt de administratieve procedures voor de personen die zij ontmoeten en met deze problemen kampen. Zo helpen de CHW onder meer met inloggen op de verschillende sites en certificaten verkrijgen.

De CHW geven uitleg en helpen mensen om de verschillende gezondheidsgerelateerde applicaties en websites te installeren en te begrijpen (bijv. de mogelijkheid om klevers van de mutualiteit en andere documenten te verkrijgen via de applicaties).

VZW Bezorgd Om Mensen (voedselbank en sociale winkel) in **Tienen** krijgt veel mensen over de vloer die niet weten hoe ze hun belastingen, rekening elektriciteit, etc. moeten betalen. Om hiervoor hulp te krijgen van CAW, OCMW moeten ze een digitale afspraak maken (website). Vaak "net te moeilijk", dus komen ze bij hun vertrouwde CHW aankloppen (die in VZW BOM aanwezig zijn).

Tijdens de Covidpandemie waren de CHW in **Brussel en in de andere regio's** één van de belangrijkste aanspreekpunten voor hulp en installatie van de Covid Safe Ticket-applicatie.

Samenwerkingen en initiatieven van andere partners

In **Brussel** werken de CHW samen met 'Lire et écrire', een vzw, erkend als beweging voor levenslang leren. Zij werken ook samen met de 'Conseillers en santé' om workshops te ontwikkelen voor gebruikers van openbare digitale ruimten zodat zij gemakkelijker bepaalde gezondheidsgerelateerde tools en sites kunnen begrijpen en gebruiken.

De **stad Tienen** opende in november 2023 drie Digipunten die deel uitmaken van 'DiGiTAAL', een project van de zeven gemeenten uit de Interlokale Verenging Zuidoost Hageland met steun van de Vlaamse overheid. Inwoners kunnen er een computer of smartphone ontlend, opleidingen rond digitale

vaardigheden volgen en individuele begeleiding krijgen bij het gebruik van een smartphone, tablet of computer.

Stad Gent organiseert digipunten (<https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/welzijn/alle-gentenaars-digitaal-mee/digipunten>) op verschillende plaatsen in de wijken, al of niet met ondersteuning door een vrijwilliger. Vaste computers zijn aanwezig. Echter, bij de vraag om te helpen bij installeren van Itsme kan het gebeuren dat de vrijwilliger de persoon met een vraag doorstuurt met de boodschap dat hij/zij niet kan helpen. Ook bij de STEK werkingen van Saamo Gent worden bewoners geholpen met installeren van Itsme of zoeken op internet.

Ook **district Antwerpen** maakt gebruik van digipunten in verschillende buurtwerkingen (in samenwerking met Stad Antwerpen), zoals Saamo, Elegast en Huis van het Kind. Inwoners kunnen daar terecht met alle vragen of oefenen rond het gebruik van e-mail, smartschool, QR-codes, Whatsapp, Itsme en websites. Saamo gaat ook nog een stapje verder en heeft Digi-leen opgestart, als er langer en intensiever geholpen moet worden. Dat is een soort van buddy werking, waarbij een opbouwwerker de inwoner met een digi-buddy koppelt (een vrijwilliger), die gedurende een langere tijd, tot een half jaar; kan helpen bij het oefenen in het digitale landschap. Vormingen en workshops worden georganiseerd door het Webpunt (wel tegen een beperkte betaling) en Saamo en Ligo (Open Leersalon).

Sinds oktober vorig jaar zijn in **de stad Genk** de Digidokters actief. De digidokters houden zitdagen in de verschillende achtergestelde wijken. Hun belangrijkste doel is het vergroten van digitale vaardigheden en toegankelijkheid. Ze bieden bijvoorbeeld hulp bij het downloaden van de Itsme-app, vertrekken gedetailleerde uitleg over het gebruik ervan en voorzien praktische ondersteuning.

De CHW hebben de mogelijkheid om mensen met specifieke digitale vragen door te verwijzen naar de Digidokters. Omgekeerd kunnen de Digidokters mensen met zorgvragen doorverwijzen naar de CHW. Hierdoor wordt een naadloze samenwerking gecreëerd waarin beide groepen elkaar ondersteunen en aanvullen.

In Wallonië zijn een aantal diensten beschikbaar om de digitale kloof te helpen overbruggen. Zo bieden de verschillende 'espaces citoyen' in Charleroi en de cybercafés in Luik mensen de kans om een computer, printer, enz. te gebruiken en bieden ze ondersteuning bij het gebruik van de hulpmiddelen. De vereniging C-Prévu in Charleroi biedt leersessies aan.

Voor al deze sessies komt natuurlijk ook steeds de problematiek van de beperkte mobiliteit van sommige personen naar boven wat een soms hoge drempel vormt om ook effectief aan deze evenementen te kunnen deelnemen.

2. Afbouw fysieke dienstverlening en gebruik van keuzemenu's ingeval van telefonische contactname

Wat is het probleem ?

Afspraken maken is vaak al een hele uitdaging, net omwille van de digitale kloof en de vele andere barrières waarmee de doelgroep te maken krijgt. Hier stopt het probleem echter niet. Vaak ontstaan moeilijkheden doordat het systeem van organisaties om telefonisch contact op te nemen onvoldoende rekening houdt met de noden en realiteit van de kwetsbare doelgroep. De CHW doen soms suggesties aan organisaties over hoe ze de telefonische bereikbaarheid voor de doelgroep kunnen verbeteren door bijvoorbeeld gebruik te maken van whatsapp of de CHW op te bellen die dan de persoon kan contacteren, maar niet alle organisaties kunnen of willen hiermee aan de slag gaan.

Over welke problemen gaat het?

Heel veel organisaties (OCMW, ziekenfonds, Ziekenhuis, Dokterspraktijk,..) maken gebruik van een keuzemenu als men telefonisch contact opneemt.

Deze zijn dikwijls heel verwarrend, soms moet men meerdere keren een nieuwe keuze maken en bovendien blijkt het niet altijd even duidelijk voor de persoon welke keuze hij/zij nu precies moet maken om bij de juiste persoon terecht te komen.

Soms wordt er binnen het keuzemenu ook gevraagd om het rijksregisternummer in te geven. Kwetsbare mensen weten niet altijd over welk nummer het gaat, of beschikken niet over een rijksregisternummer. Sommige systemen vragen dan weer om een postcode in te geven wat dan tot gevolg heeft dat er automatisch een taal wordt geselecteerd die niet noodzakelijk de taal is die de persoon spreekt of begrijpt.

Dit probleem is niet enkel een probleem voor de persoon met een hulpvraag maar ook de CHW geven aan hiermee te worstelen.

Soms is het algemeen nummer wel de rechtstreekse lijn, maar verwijst de persoon die instaat voor de dispatch foutief door, waardoor men helemaal opnieuw moet beginnen. Het gebeurt dat de personen met een hulpvraag ook zelf de oproep stoppen omdat de wachtrij te lang is, met risico dat ze geen tweede keer contact zullen zoeken. Het wachten neemt ook tijd in beslag waardoor de kostprijs voor het telefoongesprek oploopt voor de beller. Er moet regelmatig meerdere keren teruggebeld worden naar een instantie.

Ook wanneer de organisatie die gecontacteerd werd, aanbiedt om terug te bellen, gebeurt dit niet altijd en wanneer er wel wordt teruggebeld, gebeurt dit soms met een anoniem nummer, wat stress of angst veroorzaakt bij sommige kwetsbare mensen die dan niet opnemen,.

De persoon met een hulpvraag heeft het soms moeilijk om zijn vraag direct heel scherp te formuleren, door allerlei omstandigheden – waaronder de taal en schroom. Het gebeurt dan wel eens dat men aan de andere kant van de lijn te weinig geduld kan opbrengen waardoor ook hier het gesprek zijn einddoel niet bereikt, de persoon zich niet begrepen voelt, zijn vertrouwen (opnieuw) kwijt is en afhaakt.

Ook voor de CHW is dit weinig motiverend omdat ook zij in die gevallen opnieuw met de persoon aan de slag moeten om dit vertrouwen te herstellen.

Voorbeelden

Oostende

In Oostende is dit een frequent gesignaleerd probleem dat zich voordoet op diverse vlakken, bij diverse partners, met grote gevolgen voor de kwetsbare doelgroep. Net omdat deze doelgroep dikwijls geen netwerk heeft, komt de persoon met zijn hulpvraag bij de CHW terecht die door outreachend werken een vertrouwensband met de doelgroep heeft kunnen opbouwen. CHW begeleiden die kwetsbare doelgroep die zelf, door allerlei barrières (taal, ontbrekende psychische competenties, financiële problemen, wantrouwen etc) tijdelijk, soms permanent, niet in staat zijn om op een adequate manier om te gaan met telefonische contactname.

Tijdens een inloophmoment wordt een CHW benaderd door een kwetsbare persoon die terug naar huis is gestuurd op een door de CHW zelf geregelde afspraak bij een specialist in het ziekenhuis. De CHW belt het secretariaat en krijgt daar te horen dat de persoon zelf de afspraak had afgebeld. De man in kwestie is niet in staat om zelf te bellen, zich verstaanbaar te maken en maakt dit ook duidelijk aan de CHW. Telefonie, zich verstaanbaar maken, vormt nu eenmaal voor vele kwetsbare, mensen met een migratie achtergrond een probleem. De CHW legt dit uit aan de medewerker en blijkt dat de afspraak vanuit het ziekenhuis is verzet, niet door de patiënt, maar dat de patiënt daar wel telefonisch van verwittigd is, wat de man opnieuw ontkent. Dit probleem stelt zich heel vaak. Door gebrek aan netwerk wordt soms gevraagd om de CHW te verwittigen van wijzigingen, maar hier gaan de partnerorganisaties niet graag op in.

Gent

Als het gaat over afbouw fysieke dienstverlening, gaat het meer bepaald over de afbouw van 'open momenten zonder afspraak', waarbij men vroeger diende te wachten in een wachtzaal tot je aan de beurt was, na het trekken van een nummertje. Dit is momenteel zo goed als onbestaande. Vele dienstverlening is slechts toegankelijk na het maken van online afspraak, een duidelijke verandering na de Covid-19 pandemie. Waar is dit wel nog te vinden: administratief centrum stad Gent waar vele dienstverlening is geconcentreerd, zoals postkantoren en sommige ziekenfondsen.

Waar doet het probleem zich voor?

Dit probleem doet zich voor in alle regio's.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

Door de CHW

De mensen kunnen met al hun zorgvragen terecht bij de CHW. De CHW fungeert als een essentiële ondersteuning in dergelijke situaties en neemt zelf contact op met de instanties. De CHW bellen met hun werktelefoon, ze kennen het systeem van keuzemenu, maar verliezen daardoor vaak snel 20-30 minuten door wachtrijen.

De CHW speelt een cruciale rol door hen te begeleiden bij het bellen en hen te leren omgaan met keuzemenu's. Ondanks de uitleg blijft het keuzemenu voor velen te ingewikkeld, vooral gezien de taalbarrières.

Samenwerkingen en initiatieven van andere partners

In **Antwerpen** is er Koffie en Formulieren opgericht, een samenwerking tussen Saamo en CAW, waarbij er tijdens een vast inloophmoment hulp geboden wordt bij het begrijpen en verwerken van formulieren, brieven en facturen. Verder wordt er ook hulp aangeboden om telefonisch contact op te nemen met een dienst. Vaak blijkt er echter een te grote taalbarrière te zijn, waardoor er door deze organisaties ook hulp gevraagd wordt aan onze CHW.

In **Oostende** zijn er tal van goedbedoelde initiatieven om bruggen te bouwen, te netwerken, organisaties dichter bij elkaar te brengen rond de kwetsbare doelgroep, maar het belangrijkste wordt daarbij over het hoofd gezien, wie neemt deze doelgroep effectief bij de hand? Wie zorgt ervoor dat afspraken effectief nageleefd kunnen worden? Er zijn slechts een handvol organisaties die de doelgroep ook effectief bij de hand nemen, denk aan CHW, straathoekwerkers en De Katrol.

3. Ontoereikend betaalbaar aanbod specialistische zorg

Wat is het probleem ?

Het tekort aan gespecialiseerde zorg waaronder in de eerste plaats psychologen en tandartsen wordt door alle CHW gesignaleerd. Dit tekort maakt dat mensen die leven in kwetsbare omstandigheden steeds vaker moeten 'uitwijken' buiten de vertrouwde leefomgeving van de wijk of de stad wat voor hen heel moeilijk is of soms niet haalbaar.

Een gebrekkige mondhygiëne is een veelvoorkomend probleem, waardoor er vaak toeleiding naar tandartsen nodig is. Heel vaak gaat het ook om gezinnen met kinderen. In Oostende bijvoorbeeld is er geregeld een doorverwijzing door de tandarts in Oostende naar gespecialiseerde kindertandartsen. Deze gespecialiseerde tandartsen zijn actief in Brugge, Knokke, Dendermonde, niet in Oostende zelf. 'Uitwijken', zich verplaatsen naar deze andere steden is voor onze kwetsbare doelgroep, die dikwijls geen sociaal netwerk hebben, heel moeilijk, zowel op vlak van mobiliteit als financieel.

Het tekort aan psychologen is ook een belangrijk probleem. Mensen moeten vaak lang wachten op een afspraak of komen op een wachtlijst te staan, terwijl hun nood aan hulp dikwijls groot is, wat de last van het wachten vergroot en hun problemen verergert. Mensen met een migratieachtergrond ervaren ook vaak moeilijkheden bij het verkrijgen van toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Zelfs als er eerstelijnspsychologen beschikbaar zijn, vormt de taalbarrière nog steeds een hindernis. De taalbarrière is bijvoorbeeld problematisch in Genk. Er zijn weinig geconventioneerde psychologen beschikbaar die de moedertaal van de kwetsbare mensen spreken.

Er zijn twee Turkse psychologen die niet-geconventioneerde zijn, wat betekent dat hun diensten onbetaalbaar zijn voor onze doelgroep. Dit zet hen voor een lastige keuze tussen het zorgen voor hun mentale welzijn en het voldoen aan basisbehoeften.

Dit tekort uit zich niet alleen in aantal beschikbare zorgverleners. Zo worden ook volgende obstakels frequent gesignaleerd:

- De zorgverlener spreekt de 'taal' niet van de patiënt en is daardoor belemmerd om kwaliteitsvolle zorg op maat aanbieden;
- Zorgverlener is niet geconventioneerde of rekent supplementen aan waardoor de persoon met een zorgnood de zorg niet kan betalen en afhaakt.
- Lange wachttijden. Specifiek voor tandartsbehandelingen heeft een lange wachttijd die soms een jaar overschrijdt een belangrijke financiële impact (hogere persoonlijke bijdrage), waardoor deze mensen riskeren om nog sneller in een neerwaartse spiraal terecht te komen;
- Patiëntenstops.
- Onvoldoende geografische toegankelijkheid
- Mobiliteitsprobleem indien de zorgverlener zich bevindt buiten de leefomgeving van de persoon. Ook het openbaar vervoer is niet altijd overal even toegankelijk.
- Weigering van patiënten die herhaaldelijk hun afspraak afzeggen of niet komen opdagen.

Gevolg is dat mensen toeleiden naar de gepaste zorgverlener in bepaalde gevallen moeizaam verloopt of soms helemaal vastloopt.

Mensen haken af en de CHW geraakt ontmoedigd omdat ze de persoon niet verder kunnen helpen door oorzaken waar ze zelf geen impact op hebben.

Voorbeelden

Gent

Een uiterst kwetsbare dame die Tigrinya spreekt, probeert verschillende keren zelfmoord te plegen, o.a. door zichzelf te willen steken met een mes, haar hoofd in de oven te steken, enz. Omwille van het mes belt haar man de politie, in de hoop dat die kan helpen. De politie brengt de dame naar de Upsie (urgente psychiatrische hulp), maar daar wordt de dame per direct terug gestuurd met de combi omdat er geen gemeenschappelijke taal is. De CHW heeft het gezin opgevangen, gezorgd dat de kinderen bij een ander gezin kunnen logeren tot de situatie veiliger en rustiger is. Ook heeft de CHW gezorgd voor een vrijwilliger uit de gemeenschap die enkele dagen bij het gezin logeert om de man en de vrouw te ondersteunen met praktische hulp.

Charleroi

Een patiënt met een grote zorgnood kon nergens snel terecht bij een psychiater om zijn behandeling voort te zetten. Deze persoon moest naar de spoedafdeling voor een vervolgbehandeling. Moeilijke toegang tot specialistische zorg heeft dus gevolgen die verder gaan dan de gezondheid van de patiënt, maar hebben ook impact op andere gezondheidsdiensten en op de ruimere organisatie van de gezondheidszorg.

Waar doet het probleem zich voor?

Een tekort aan specialistisch zorgaanbod van o.m. psychologen, en tandartsen wordt in de **drie regio's** gesignaleerd.

Er worden voor sommige teams wel specifieke problemen benoemd.

- **Oostende** signaleert bijkomend een tekort aan kinderpsychiaters. Ook daar moet doorverwezen worden naar andere steden met gespecialiseerde centra, zoals Brugge,... Bijkomend probleem dat dikwijls ook hier opnieuw opduikt, zijn de ellenlange wachtlijsten.
- Voor **Genk** wordt het probleem van tekort aan tandartsen als prioritair probleem ervaren.
- In **Tienen** zijn er slechts twee geconventioneerde tandartsen naar wie kan toegeleid worden.
- In **Gent** is er zelfs al sprake van een patiëntenstop bij de eerstelijnspsychologische functie.
- In **Antwerpen** vinden soortgelijke situaties plaats. Taalbarrières zijn een groot probleem in de Arabische en Afghaanse gemeenschap bij het vinden van een psycholoog, terwijl de nood wel groot is. Er zijn te weinig psychologen die de Arabische taal machtig zijn of Dhari/Pasjtoe spreken.
- **Brussel** signaleert dat op sommige afdelingen In het Sint-Pietersziekenhuis (bijv. neurologie) het bij aanvraag in oktober al niet meer mogelijk was om nog een afspraak te krijgen in 2023 maar het bleek evenmin mogelijk om een afspraak te krijgen in 2024 omdat de "agenda's" niet klaar waren? Op die manier wordt de toegang tot gezondheidszorg heel erg bemoeilijkt. Ander probleem is dat voor bepaalde specialismen en behandelingen, een nieuwe vergoeding van 200 euro voor het niet verschijnen op een afspraak werd ingevoerd. Gelet op de doelgroep en de gekende barrières, is de kans dat ze niet opdagen op de afspraak groter maar is het voor hen tegelijkertijd dikwijls onmogelijk om dat bedrag te betalen.
- In **Wallonië en Brussel** is er de online applicatie Helium prime waarmee de patiënt eenvoudig en intuïtief afspraken kan maken en waarmee de voorschrijver prioriteitscodes kan genereren voor zijn patiënten voor semi-urgente onderzoeken. Dit maakt het in sommige gevallen gemakkelijker om beeldvormingsafspraken te boeken, maar versterkt anderzijds ook de digitale kloof.
- Nog in **Brussel** blijkt dat huisartsen senioren adviseren om afspraken te maken met specialisten voor mogelijke gezondheidsproblemen in de toekomst, wat betekent dat agenda's vol zitten en de toegang geblokkeerd wordt voor mensen die urgent hulp nodig hebben. Een praktische oplossing zou zijn om slots te reserveren voor niet-spoedeisende afspraken, waar dan de meeste afspraken kunnen worden ingepland worden voor nazorg.
- In **Charleroi** is het heel moeilijk om een afspraak te krijgen bij een psychiater, omdat de vraag zo groot is. Dit is ook voelbaar in de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen. Mensen die naar psychiatrische spoedgevallen gaan, hebben gemeld dat ze het gevoel hebben dat ze naar huis worden gestuurd wegens plaatsgebrek.
- Nog in **Charleroi** nam de persoon met een reumatologisch probleem met de hulp van de CHW in 23 december contact op met het ziekenhuis, maar de vroegst beschikbare datum was 24 maart (er werden verschillende ziekenhuizen gecontacteerd). Deze persoon legde uit dat ze veel pijn had.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

De CHW-coach in **Oostende** neemt deel aan de werkgroep 'mondoverleg' waarbij ook naar initiatieven gezocht wordt om het tekort aan tandartsen op te vangen. In deze werkgroep zitten heel wat lokale spelers, Stad Oostende, Huis van het Kind, Afgevaardigden van mutualiteiten, lokale sociale organisaties,....

Vorig jaar, juli 2022, kon je in de media lezen dat **Veurne**, om het artsentekort op te vangen, diverse acties opstartte. Het AZ West Veurne loofde 15000€ uit aan de persoon die een kinderarts kon aanbrengen. Deze vacature raakte uiteindelijk in augustus 2023 ingevuld. Dit project dat inzet op het

aantrekkelijker maken voor (tand)/artsen om in de regio te werken, wordt door de CHW als veelbelovend ervaren.

Andere initiatief in **Veurne** dat uitgaat van de huisartsenkring is het project ‘Kust zkt zomerdokter: “In ruil verblijf je gratis in een vakantiehuis aan zee”.

Ook de **inzet van mondhygiënisten** die als nieuw beroep zijn erkend, kan één van de puzzelstukken zijn op weg naar een oplossing.

Wanneer een structurele oplossing ontbreekt, doen de CHW wat ze kunnen om de persoon verder te helpen: ze plannen van tevoren meerdere afspraken met zorgverleners in, zodat er niet te veel tijd tussen elke afspraak zit. Ze nemen ook de tijd om contact op te nemen met zorgverleners om er toch voor te zorgen dat de persoon geholpen wordt. Soms gaat het om tientallen telefoontjes.

4. Ontoereikend aanbod huisartsen

Wat is het probleem ?

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor gezondheidsproblemen in de ruimste zin. Het is zijn taak een overzicht te houden van de totale gezondheidssituatie van zijn patiënten, hij is de coördinator van al hun benodigde zorg. Maar het is een publiek geheim dat veel gemeenten met een huisartsentekort kampen. Alle CHW ervaren dit probleem ook in de praktijk. Voor nieuwe inwoners is het moeilijk om een vaste huisarts te vinden. Het gevolg is dat patiënten ofwel zich verder moeten verplaatsen, langer moeten wachten op een afspraak of uiteindelijk naar de spoeddienst moeten omdat hun gezondheidstoestand verslechtert).

Soms heeft dit ook tot gevolg dat mensen afzien van behandeling, met alle gevolgen van dien.

Andere gesignaleerde problemen zijn de patiëntenstop of nog de vergrijzing van de huisartsenpopulatie.

voorbeelden

In Charleroi is er bijvoorbeeld een schreeuwend tekort aan huisartsen en een groot deel van de huisartsen gaat bijna met pensioen. Op dit moment zijn er niet genoeg huisartsen om het tekort aan te vullen. Momenteel geven de meeste huisartsen de voorkeur aan raadpleging op het artsenkabinet boven huisbezoeken, zodat zoveel mogelijk patiënten kunnen worden gezien.

In Montignies sur Sambre kunnen sommige patiënten, ondanks de aanwezigheid van twee medische centra, geen huisarts vinden en worden ze door de CHW toegeleid naar huisartsen buiten hun regio.

In Dampremy worden dan weer nieuwe patiënten op een wachtlijst geplaatst.

Een laatste voorbeeld om het probleem te illustreren, komt uit Verviers waar een medisch centrum problemen ondervindt door een tekort aan huisartsen. Als gevolg daarvan zijn ze verplicht om nieuwe patiënten te weigeren en moeten ze misschien hun deuren sluiten.

Zowel Gent, Wallonië als Brussel kaarten aan dat er zich soms problemen voordoen in de **wijkgezondheidscentra (WGC)**.

Een eerste probleem is dat in sommige steden ook de WGC overbevraagd zijn en een patiëntenstop invoeren en werken met wachtlijsten. Ieder WGC gaat hier op zijn eigen manier mee om, de aanpak verschilt van WGC tot WGC, wat heel verwarrend is zowel voor de patiënten als voor de CHW die de patiënt helpen met het vinden van een nieuw WGC. Zo is er bijvoorbeeld In het ene WGC is een stop gedurende 6 maanden en kom je op een wachtlijst terecht. Indien er weer ruimte is, wordt de patiënt opgebeld met de vraag zich in te schrijven. In andere WGC moet de patient zelf pro-actief polsen of hij zich kan inschrijven.

Daarnaast worden ook problemen gesignaleerd ingeval van verhuizing. Wanneer een persoon verhuist, moet hij/zij ook veranderen van wijkgezondheidscentrum, aangezien deze wijkgericht georganiseerd

zijn. In afwachting van het vinden van een nieuw WGC, zitten soms verschillende maanden - tot 6 maanden - waardoor de persoon met een zorgnood in die soms in de kou staat. Hierdoor komt de continuïteit van zorg in het gedrang. In theorie zou dit niet mogelijk mogen zijn omdat het WGC waar de patiënt vertrekt, moet instaan voor de continuïteit van de zorgverlening. In praktijk verloopt dit evenwel niet altijd op die manier. Aan het onthaal wordt dan meegedeeld dat de patiënt niet meer terecht kan in het oorspronkelijke WGC omdat administratief het dossier is stop gezet. Dan volgt er een hoop gedoe om het dossier in het oorspronkelijke WGC opnieuw te activeren voor zolang de patiënt niet in het andere WGC terecht kan.

Brussel kaart ook de bezorgdheid aan dat de vrije keuze van arts niet altijd gegarandeerd is in de WGC. Het is geen evidentie om een vertrouwensrelatie op te bouwen met mensen uit de doelgroep. Indien ze niet altijd bij één en dezelfde persoon terecht kunnen, die hun situatie goed kent, kan dit de therapietrouw van de patiënt in gedrang brengen.

Voorbeeld

Gent

Patient K is een minderjarige jongen zonder wettig verblijf. Hij is samen met zijn moeder pas enkele maanden in Gent. Ze hebben een medische kaart. K is diabetespatiënt en wordt opgevolgd door het UZ. Zijn dagdagelijkse opvolging moet gebeuren door een arts. Echter, zijn diabetes is verergerd waardoor hij tot 7 liter water per dag drinkt en hierdoor in een levensbedreigende situatie terecht komt. In de regio waar hij verblijft, wil de CHW hem en zijn moeder inschrijven in het WGC. Maar dit wordt geweigerd door het WGC omwille van patientenstop, maar ook omdat de coördinator van het WGC vindt dat de lasten van patiënten zonder wettig verblijf maar met een medische kaart moeten verdeeld worden over alle beschikbare artsen in die regio. Ondanks herhaaldelijk aandringen en het schetsen van de urgentie en de levensbedreigende situatie van de minderjarige patiënt door de CHW en de coach, weigert de coördinator van het WGC om de patiënt toe te laten. Uiteindelijk kan bekomen worden dat één van de artsen bereid is om de patiënt één (1!) keer te zien. Maar verdere opvolging is niet mogelijk. De CHW heeft wel een lijstje gekregen met een overzicht van geconventioneerde artsen in de regio, waar de patiënt en zijn moeder uiteindelijk wel terecht kunnen.

Charleroi

Een wijkgezondheidscentrum kon geen nieuwe patiënten meer aannemen. De CHW moest daarom een huisarts zoeken in een naburige gemeente. Jammer genoeg heeft de persoon met een zorgnood geen eigen voertuig en is hij afhankelijk van zijn broer om hem naar de raadpleging te brengen, wat de situatie nog moeilijker maakt op organisatorisch vlak.

Waar doet het probleem zich voor?

Het probleem van een tekort aan huisartsen wordt door alle teams en in elke regio aangekaart en het lijkt ook nog steeds toe te nemen.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

Door de CHW

In oktober 2023 heeft CHW in **Genk** een rondetafelgesprek georganiseerd met HAK Prometheus, de huisartsenkring Kemp en Duin, om de situatie te bespreken en mogelijke oplossingen te vinden. Het CHW-programma werd voorgesteld en het belang ervan wordt erkend door de huisartsen.

Er heerst bij de huisartsen evenwel bezorgdheid over de complexiteit van de dossiers van de personen die door CHW worden aangedragen, wat wijst op de nood aan een betere samenwerking met de welzijnspartners.

Anderzijds heerst er bezorgdheid over de work-lifebalance van huisartsen. Een bevraging werd uitgevoerd onder alle huisartsen van HAK Prometheus om te peilen naar hun interesse in het CHW programma. Als 70% van de huisartsen wil deelnemen, is HAK Prometheus bereid om gedurende één jaar actief samen te werken met het CHW-programma. In dit scenario zou elke huisarts één persoon

opvangen. Huisartsen verwachten dat zij vanaf het begin bijgestaan worden door CGG's en de netwerken GGZ wanneer het gaat om een persoon met psychische problemen en dat CHW mee op consultatie komt.

Op 5/12 bevestigden 2 van de 26 huisartsen die de vragenlijst ingevuld hebben, te willen instappen. Dit wordt verder opgevolgd. Eind februari komt de HAK Prometheus terug samen en bekijken ze hoeveel artsen er instemmen om mee te werken en evalueren ze de aanpak.

Team **Charleroi** probeert, via het netwerk dat ze in hun regio hebben opgebouwd, te weten te komen wanneer er een nieuwe huisarts in de regio aankomt. Huisartsen contacteren hen ook meer en meer zelf zodra ze opnieuw plaats hebben voor nieuwe patiënten.

Samenwerkingen met en initiatieven van andere partners

In **Gent** experimenteert de huisartsenvereniging in bepaalde wijken door straten toe te bedelen aan huisartsenpraktijken (Zwijnaarde, Oostakker, Sint Amandsberg); Men probeert ook huisartsen in opleiding te motiveren om zich te vestigen in een bepaalde wijk, maar dit zijn meestal wijken met een groot aantal kwetsbare bewoners (veel no show, slechte betalende).

De CHW-coach zet dit thema ook op de agenda van de werkgroep Toegankelijke Gezondheidszorg stad Gent.

In **Antwerpen** wordt er gewerkt met een stratenplan. Wanneer er bij de wachtpost of bij een huisartsenpraktijk in een regio een patiënt komt die nog geen huisarts heeft, gaat het secretariaat of deze praktijk via de lijst opzoeken waar de patiënt woont en welke arts deze straat toegewezen kreeg. De patiënt krijgt dan het telefoonnummer of een briefje voor deze arts mee, met de melding dat hij in één van zijn straten woont en of hij de patiënt zo snel mogelijk kan voorlichten. Uiteraard kunnen er altijd goede redenen zijn (zowel bij patiënt als bij de arts) om uiteindelijk toch nog een andere huisarts te kiezen maar een patiëntenstop is voor deze straten geen goede reden. Door alle artsen verantwoordelijk te maken voor een aantal straten vlakbij hun praktijk wordt er vermeden dat sommige patiënten geen huisarts vinden of zich heel ver moeten verplaatsen. De CHW hebben deze lijst ook en gebruiken deze bij het vinden van een huisarts.

5. Toegankelijkheidsproblemen van organisaties

Wat is het probleem ?

Er zijn verschillende **organisatorische problemen** bij bepaalde organisaties die maken dat de bereikbaarheid en toegankelijkheid suboptimaal is.

- Een eerste probleem bestaat erin dat sommige organisaties waaronder vooral OCMW's en in mindere mate ziekenfondsen kampen met **uitval en wissels van personeel**. Dit bemoeilijkt de opvolging van de doelgroep. Het vertrouwen is al een precair gegeven en als men telkens opnieuw zijn verhaal moet doen, helpt dit niet om dat vertrouwen sterker te maken. Bovendien is het dikwijls opnieuw een zoektocht om te weten te komen wie precies het dossier overneemt. Dit maakt dat de continuïteit van de dienstverlening soms vertraging oploopt of zelfs dat mensen afhaken.
- Daarnaast zijn de **mogelijkheden om sommige organisaties te bereiken, niet aangepast aan de doelgroep**. Oorzaken zijn beperkte openingstijden, werken enkel op afspraak, wachtlijn aan de telefoon, wachtlijsten, etc.)

Op die manier is er onvoldoende flexibiliteit en mogelijkheid om urgente vragen te behandelen. Dit legt ook een grotere druk op de CHW, die wel zeer flexibel en bereikbaar zijn. Zo worden zij soms gecontacteerd door personen die ze begeleiden in kader van hun zorgnoden, met vragen die niet tot de corebusiness van een CHW behoort. Voorbeeld hiervan is een CHW die gecontacteerd werd door een kwetsbaar persoon die vastliep bij het (online) volgen van taallessen. Het Agentschap Integratie en

Inburgering was die dag enkel open op afspraak. Zij waren dus niet beschikbaar voor hulp en er was geen hulplijn voorzien die kon gecontacteerd worden tijdens de les.

Bovendien moeten de CHW soms veel tijd vrijmaken om de persoon te begeleiden om er zeker van te zijn dat de persoon ook effectief wordt ontvangen. Dit brengt ook heel wat frustraties bij de persoon zelf teweeg waar de CHW dan ook moet mee omgaan.

Een ander probleem betreft **de communicatie tussen de personen met een hulpvraag en de medewerkers en zorgverleners in de eerstelijns** die niet altijd goed verloopt.

Zorg- en welzijnsprofessionals beschikken niet altijd over de nodige hulpmiddelen/ondersteuning/vaardigheden om de personen met een hulpvraag uit de doelgroep goed te begrijpen. Volgende concrete problemen worden gesignaleerd:

- niet elk ziekenhuis beschikt over een tolk en niet alle talen zijn altijd beschikbaar. Externe tolken kosten geld en brengen ook vertrouwelijkheidsproblemen met zich mee.
- Er zijn zelden tolken of culturele bemiddelaars voor ziekenfondsen, afspraken zijn verplicht en de persoon met een hulpvraag moet zelf een manier vinden om de vertaling te krijgen. (kosten en vertrouwelijkheidsproblemen).

Deze problemen hebben als gevolg dat personen met een hulpvraag hun diagnose of behandeling niet altijd volledig begrijpen en ook dat mensen die de persoon begeleiden, waaronder CHW, soms zelf ernstige diagnoses moeten helpen meedelen bij gebrek aan vertalers.

Voorbeelden

Luik

De CHW moest een gezin en hun kind uitleggen dat hun medische behandeling voor kanker niet het gewenste effect had en dat de behandeling zou worden aangepast en zwaarder zou worden.

Eupen

Personen met een hulpvraag spreken Duits en weten daardoor soms niet hoe ze afspraken moeten maken, en hun mutualiteit is het er niet altijd mee eens dat ze naar Duitsland gaan.

Brussel

- Er is een schrijnend tekort aan sociale woningen, met wachttijden van 10 tot 20 jaar voor nieuwe inschrijvers, en zelfs nog langer voor grote gezinnen die 3 of meer slaapkamers nodig hebben. Voor mensen met een erkende handicap is het aanbod aan sociale woningen, aangepast aan hun situatie zeer beperkt. Zelfs wanneer een transfer nodig is omwille van een handicap worden deze overdrachten finaal soms toch nog geweigerd onder het voorwendsel van ruimtegebrek, ondanks de officiële acceptatie, met negatieve gevolgen op hun leefomstandigheden en gezondheid.
- In sommige OCMW moeten mensen die kampen met een beperkte mobiliteit soms (te) lang wachten om ingeschreven te geraken. Zo bestaan er in sommige OCMW wachttijden voor een huisbezoek van minstens drie maanden, wat zeker voor essentiële diensten zoals materiële bijstand om een gezondheidskaart te verkrijgen, een groot probleem betekent.
- de Dienst voor personen met een handicap heeft geen kantoor waar je langs kan gaan, wat maakt dat de toegankelijkheid voor mensen uit onze doelgroep zeer sterk beperkt.

Waar doet het probleem zich voor?

Het toegankelijkheidsprobleem wordt in het algemeen in elke regio gesignaleerd maar elk team kaart zijn specifieke deelproblemen aan. Dit gaat zowel over de aard van het probleem als ook over de specifieke organisatie waarmee het probleem zich voordoet. We illustreren dit aan de hand van enkele lokaal gesignaleerde problemen.

In **Tienen** kunnen vragen die bij CHW terechtkomen en bestemd zijn voor CAW en/of OCMW vlot worden overgedragen. Maar eens overgedragen, worden ze vaak niet snel genoeg opgelost of worden ze onvoldoende opgevolgd. Omgekeerd verwijzen CAW en OCMW onvoldoende snel mensen door naar

CHW. Het GBO-platform (samenwerking DMW, OCMW, CAW) zou een oplossing kunnen bieden voor complexe casussen die bij CHW terechtkomen, echter, heel snel verwijst deze door naar het infonummer van het OCMW, wat geen oplossing is.

In **Genk** worden toeleidingen door CHW naar het OCMW dan weer niet snel opgenomen. Het OCMW is moeilijk bereikbaar en mensen met een hulpvraag ervaren dikwijls vertraging in de opvolging van hun dossier (personeelwissels spelen hier dikwijls een rol). Mensen geven aan dat het soms lastig is om op de hoogte te blijven over de stand van zaken van hun dossiers. Zij klagen ook over een gebrek aan transparantie.

De samenwerking tussen CHW en OCMW loopt soms stroef.

De aanzienlijke tijdsdruk en caseload waarmee de maatschappelijk werkers van het OCMW te maken hebben, heeft ook gevolgen voor de huisbezoeken. De intensiteit van hun taken laat vaak geen ruimte voor huisbezoeken. In deze context doen ze soms een beroep om de CHW om te helpen bij eerstelijnszorgvragen. De CHW wordt dan ingezet om bijvoorbeeld een huisarts, tandarts vinden.

Voor het CAW in Genk situeert het probleem zich vooral in de wachttijd, die momenteel een maand bedraagt. De buurtbewoners krijgen niet direct toegang tot de juiste ondersteuning en begeleiding. CHW nemen de rol op zich als een essentiële schakel in het ondersteunen van de buurtbewoners in afwachting van de beschikbaarheid van de diensten van het CAW door er te zijn voor de persoon, een luisterend oor te bieden en hen te blijven motiveren om naar de afspraak te gaan zodra CAW een plaats heeft.

In **Antwerpen** zijn er veel organisaties die de hand uitreiken naar de kwetsbare doelgroepen en zich daar ook heel hard voor inzetten. Het werk dat zij doen beperkt zich echter tot het maken van afspraken en opvolggesprekken; het begeleiden naar die afspraken en instanties behoort echter niet (meer) tot hun takenpakket. Huisbezoeken worden wel gedaan bij mensen die door fysieke beperkingen niet meer uit hun huis kunnen, maar beperkt zich ook tot deze groep. Dit is het geval bij zowel DMW van de mutualiteiten, als een CAW, als een OCMW. Voor de meest kwetsbare doelgroep is dat een groot probleem omdat zij door verschillende barrières niet in staat zijn om zelfstandig ergens naartoe te gaan, en dat misschien ook nooit worden (bv taal, analfabetisme, psychische stoornissen).

In **Gent** is het afhankelijk van regio tot regio. Er is 1 regio (Gent Noord) waar het welzijnsbureau van het OCMW zich weinig constructief opstelt en soms zelfs de toegang van een CHW weigert die een kwetsbare persoon begeleidt. Er wordt soms niet gereageerd op mails, noch op telefoons, afspraken worden zonder communicatie geannuleerd, enzovoort. Bij een korte rondvraag bij partners (psychologen, maatschappelijk werkers van een WGC, vrijwilligersorganisaties, enz) die met gelijkaardige kwetsbare mensen werken, is eenzelfde geluid te horen over dit specifieke welzijnsbureau.

In Charleroi zijn sommige organisaties slechts bepaalde ochtenden per week open. Dit onvoldoende aantal openingstijden betekent dat er grote drukte is tijdens die beperkte momenten. Dit kan ontmoedigend en frustrerend werken voor de betrokkenen en is ook oncomfortabel voor het personeel. In deze situaties is de enige oplossing om je kansen om gezien te worden te maximaliseren, zo vroeg mogelijk te komen.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

Door de CHW

In **Brussel** laat de CHW niet los en blijft mailen en bellen om sneller een afspraak te krijgen, met wisselend succes.

OCMW **Tienen** heeft CHW uitgenodigd om het CHW-programma voor te stellen voor alle OCMW-medewerkers (30-45 min). Ook werd toegezegd dat de CHW een zitdag zal krijgen in het Sociaal Huis. Die fysieke aanwezigheid zal hopelijk een efficiëntere doorverwijzing in de hand werken. CHW Tienen wordt vanaf 2024 ook betrokken in de trimestriële casusbespreking van het GBO.

In **Genk** hebben er intussen twee gesprekken plaatsgevonden met het OCMW. Tijdens het eerste overleg werd duidelijk dat er weinig begrip was voor de specifieke taken van de CHW. Er werd van het contactmoment gebruik gemaakt om uit te leggen wat onze rol inhoudt en om de eerdergenoemde uitdagingen toe te lichten. Er zijn afspraken gemaakt om te zoeken naar manieren om efficiënter samen te werken. De besproken richting voor verbetering omvat directe contact voor het stellen van vragen, waardoor de noodzaak van een afspraak mogelijk kan vermeden worden. Daarnaast is de bedoeling om erkend te worden als professionele partner en duidelijke afspraakmomenten om de samenwerking te optimaliseren vast te leggen. Helaas is er na het tweede gesprek geen verdere opvolging geweest.

In **Gent** houdt de coach alle door de CHW gesignaleerde incidenten bij. De bedoeling is om partners aan te moedigen hetzelfde te doen om dan met de manager van het welzijnsbureau in gesprek te gaan.

In Wallonië worden de banden aangehaald met verschillende organisaties met als doel beter samen te werken door een efficiëntere communicatie en meer overleg.

6. Mobiliteit vormt een grote uitdaging

Wat is het probleem ?

- Op vele plaatsen worden bushaltes afgeschaft, wat het voor minder mobiele personen moeilijk maakt om zich naar hun afspraak met een zorgverlener of welzijnsdienst te verplaatsen. Zij moeten daardoor soms andere vervoersmiddelen zoeken die duurder zijn en ze niet altijd kunnen betalen.
- Tijdens werken, onverwachte gebeurtenissen (zoals een staking), worden sommige haltes verplaatst of niet bediend. Door een gebrek aan communicatie op maat of alternatieve oplossingen op de laatste moment, zijn kwetsbare mensen zich hier vaak niet van bewust en dit veroorzaakt vertragingen om op hun afspraken te geraken of zelfs een weigering van consultatie door sommige artsen. Dit veroorzaakt stress en extra kosten die niet worden vergoed.
- Sommige busverbindingen rijden niet heel regelmatig (soms 1 bus om het uur). Voor mensen met een zware medische problematiek is het niet altijd mogelijk om te wachten op de bus.
- Er is ook een probleem van fysieke toegankelijkheid: sommige zorginstellingen of administraties worden niet goed bediend door rechtstreeks openbaar vervoer.
- Een aanzienlijke groep mensen die de CHW bereikt, hebben aangepast vervoer nodig en voor hen is het publieke openbaar vervoer geen optie. Er bestaan al een aantal diensten zoals bv Mutas van de ziekenfondsen maar ook dit aanbod is soms al te duur voor de doelgroep van CHW. Het aanbod sociale taxidiensten is ook onvoldoende. De taxibusdienst van de MIVB heeft in het weekend ook nog eens minder voertuigen ter beschikking waardoor personen met beperkte mobiliteit (minstens 12 invaliditeitspunten) die gebruik maken van een scootmobiel hier in het weekend geen beroep op kunnen doen.
- Je moet ook enige tijd van tevoren kunnen boeken om zeker te zijn van beschikbaarheid.
- De kostprijs kan ook erg hoog zijn (bv. 45 euro voor een heen- en terugreis naar een ziekenhuis in de regio). De prijs is lager bij verschillende VZW of ziekenfondsen, maar nadeel is daar dat de persoon 24 tot 48 uur op voorhand nog kan gecontacteerd worden om te melden dat de dienst toch niet kan doorgaan.

Voorbeelden

Oostende

In Oostende zijn de bushaltes wijk Raversijde, Centrum en tijdelijk ook AZ Damiaan afgeschaft geweest. Wegwerkzaamheden zijn voor onze doelgroep ook een groot probleem. Dan heb je ze de weg aangeleerd naar bijvoorbeeld de arts of het ziekenhuis met het openbaar vervoer, maar als er van

buitenaf iets wijzigt, dan lukt het hen niet meer. Zelf kunnen ze omwille van de barrières (taal, telefonie,...) de praktijk niet verwittigen en de CHW is ook niet elk moment bereikbaar. Nadien moeten deze situaties rechtgetrokken worden.

Tienen

Moeder en zoon die van Tienen naar UZ Leuven moesten rijden voor onderzoek: 40 euro. Te duur.

Genk

Ook in Genk zijn er bushaltes afgeschaft. We hebben opgemerkt dat er veel bezorgdheid is geuit over de wijzigingen van de busroutes, waardoor mensen nu vaak langere afstanden te voet moeten afleggen. Vooral minder mobiele buurtbewoners ondervinden veel moeilijkheden.

In Sledderlo zijn er 2 haltes afgeschaft. Enkele buurtbewoners hebben zich verenigd en een petitie opgesteld met als doel 20 000 handtekeningen te verzamelen. Deze petitie heeft als doel de vroegere haltes weer in gebruik te nemen.

In de wijk Waterschei zijn recentelijk drie bushaltes opgeheven. De buurtopbouwer en de wijkmanager verzamelen momenteel getuigenissen om dit probleem aan te kaarten. Vooral ouderen mensen worden nu geconfronteerd met meer te stappen om de bushaltes te bereiken. Deze getuigenissen zullen dienen om dit probleem op te lossen.

Gent

Een CHW begeleidt een persoon in een rolstoel naar het ziekenhuis. Ze wachten samen op de bus. De bus vertraagt bij de halte, de chauffeur kijkt naar de CHW en de persoon die de CHW begeleidt, maar rijdt door, zonder te stoppen. De coach dient online klacht in bij de ombudsdienst van De Lijn, met de precieze datum, uur en stopplaats. Na verloop van tijd krijgt de coach bericht van de ombudsdienst dat de desbetreffende chauffeur hierop is aangesproken.

Brussel

- De toegang tot ziekenhuis Saint Luc is problematisch, vooral voor mensen met beperkte autonomie. Het ziekenhuisterrein is voornamelijk ontworpen voor voetgangers en het metrostation ligt op enige afstand van de ingang, waardoor het nodig is om de universiteitscampus over te steken. Bovendien zijn de bussen die de ingang bedienen niet gemakkelijk bereikbaar vanaf de hoofdvervoersroutes, waardoor mensen soms een overstap moeten nemen in Roodebeek om bijvoorbeeld op bus 42 te komen. Ten slotte hebben mensen met beperkte mobiliteit vaak moeite om uit de metro te komen als de roltrappen of liften buiten werking zijn.
- In Neder Over heembeek wordt al enkele jaren gewerkt aan de tram naar het centrum. Op dit moment is het nodig om verschillende bussen te nemen om in het centrum te komen. Bovendien zijn er in Neder Over Heembeek weinig administratieve kantoren, omdat de gemeente deel uitmaakt van 1000 Brussel. Hoewel er een verbindingkantoor is, moeten inwoners zich nog steeds verplaatsen voor bepaalde administratieve zaken. Met een grote oudere bevolking en veel sociale woningen is er veel vraag naar een betere administratieve bereikbaarheid.

Luik

Tijdens een busstaking moest een CHW een persoon begeleiden naar een medische afspraak in Mont Léglia. De CHW probeerde dringend een sociale taxi of vrijwilligersvervoer te vinden, maar het mocht niet baten. Uiteindelijk moest de persoon verschillende kilometers lopen.

Charleroi

De gemeente Courcelles biedt een sociale taxidienst aan, die financieel aantrekkelijk is voor sommige mensen, maar deze dienst is niet beschikbaar in Charleroi. De sociale taxi van Courcelles is dikwijls overbevraagd en kan geen nieuwe aanvragen meer aannemen.

Eupen

Het ziekenhuis in Eupen biedt niet alle ziekenhuisdiensten aan. Mensen moeten vaak naar het ziekenhuis in Luik of Verviers. Als je geen auto hebt, moet je eerst de bus nemen, dan de trein en dan nog een bus. Het is dus erg moeilijk voor hen.

Waar doet het probleem zich voor?

Alle teams signaleren dit probleem.

7. Discriminatie van doelgroep door zorg- en welzijnsorganisaties

Wat is het probleem ?

Het gebeurt regelmatig dat mensen die toegeleid worden door een CHW moeilijk toegang krijgen tot een zorg-of welzijnsorganisatie of zelfs geweigerd worden.

Bovendien blijkt dat sommige zorgverleners met wie tot voor kort wel goed werd samengewerkt, nieuwe patiënten die door de CHW worden aangebracht, weigeren.

Gevolg? Kwetsbare groepen durven niet alleen naar onthaal/dienst te gaan en doen meer beroep op CHW voor afspraken, die zelf ook soms op een muur botsen. Dit werkt contraproductief voor het opzet van CHW om mensen meer autonoom te maken en hun zorg nog meer in eigen handen te nemen.

Mogelijke oorzaken hiervoor zijn:

- De realiteit dat de mensen die de CHW toeleiden, regelmatig een niet-Belgische achtergrond hebben en/of recht hebben op verhoogde tegemoetkoming en dus financieel kwetsbaar zijn. Het zijn ook mensen die de Franse of Nederlandse taal niet altijd even machtig zijn.
- Ook de nieuwe regelgeving (§5 toegevoegd aan art. 53 van de ZIV-WET) die voorziet in een verbod in op het aanrekenen van ereloonsupplementen aan rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming bij het verstrekken van ambulante zorg. Onder 'zorgverlener' valt elke beoefenaar van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de zorgkundigen, de paramedische medewerkers, de verplegingsinrichtingen en de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en alle andere diensten en instellingen. Deze bepaling zal in fases ingevoerd worden vanaf 2025 en is dus nog niet in voege. Desalniettemin is het niet uit te sluiten dat deze bepaling een belangrijke reden is voor de houding van sommige zorgverleners.

Voorbeelden

Tienen

- Een tandartsenpraktijk in Tienen waar CHW al een tijd mee samenwerkt, geeft sinds kort aan geen nieuwe patiënten meer te (willen) ontvangen van CHW. De reden waarom werd niet gecommuniceerd aan de CHW. Ook wanneer de CHW de groepspraktijk opbellen, wordt er onmiddellijk - nog voor de CHW een uitleg kunnen geven - aangegeven dat er geen plek is.
- Ook in de dagkliniek (Medisch Centrum) RZ Tienen zijn meerdere onthaalmedewerkers ontoegankelijk, onvriendelijk, gehaast – met een zekere intonatie. Dit schrikt kwetsbare mensen af om naar ziekenhuis te gaan. Ook de CHW zijn hierdoor soms geremd.

Genk

De samenwerking met de dienstencentra wordt bemoeilijkt door het gevoel dat de toegankelijkheid beperkt lijkt tot een specifieke groep. Ondanks eerdere gesprekken over mogelijke samenwerkingen, ondervinden de CHW obstakels bij het toeleiden van mensen, aangezien het aanbod niet voldoende is afgestemd op diversiteit.

Onvoldoende diversiteit binnen het personeelsbestand versterkt het gevoel dat de dienstencentra niet voldoende cultuursensitief werken. Bovendien stellen de CHW vast dat wanneer mensen van andere origine worden gemeld, zij bijna naar buiten worden gekeken, wat de inclusiviteit verder bemoeilijkt.

Brussel

- FOD Sociale Zekerheid (DG Invaliditeit): CHW ontvangen verschillende meldingen van intimidatie door personen uit de doelgroep van CHW na hun afspraak met de raadgevend arts in het kader van een aanvraag tot erkenning van invaliditeit. Er worden persoonlijke en privévragen gesteld over de herkomst van mensen en hoe ze bijvoorbeeld naar België zijn gekomen. De persoon voelt zich hier oncomfortabel bij en dit destabiliseert hem waardoor hij zich geremd voelt om een aanvraag tot erkenning van handicap in te dienen. De signalen die de

CHW terugkrijgt van de personen met een hulpvraag is dat er weinig tot geen vragen gesteld worden over de gevolgen van de ziekte.

- CHW geven aan dat ze de indruk hebben dat de kwaliteit van de nazorg voor kwetsbare mensen minder goed is dan voor mensen die niet in een kwetsbare situatie leven. Enkele concrete signalen zijn dat bij sommige zorgverleners of organisaties de consulten worden ingekort, apparatuur niet of nauwelijks wordt gedesinfecteerd en het onthaal niet altijd even vriendelijk en op maat van de persoon verloopt.

Charleroi

Sommige families die niet goed Frans spreken, vinden het moeilijk om zich verstaanbaar te maken in het ziekenhuis. Een van de moeilijkheden is de mogelijkheid om telefonisch een afspraak te maken. Soms wordt het gesprek onderbroken door de receptionist van het ziekenhuis omdat hij of zij niet in staat is om de nodige informatie te verkrijgen van de persoon.

Wat is bekend over de omvang, de spreiding, de diversiteit, de ernst, de urgentie van het signaal?

Alle regio's signaleren dit probleem.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

De coach en regionaal coördinator CHW gaan hierover het gesprek aan met de praktijk waarmee het probleem zich voordoet. Indien verdere samenwerking mogelijk blijkt, wordt ook dieper ingegaan op hoe deze verder kan geoptimaliseerd worden.

8. Geen/onvoldoende erkenning van de functie van CHW door sommige zorgverleners en welzijnsdiensten.

Wat is het probleem ?

In sommige regio's worden de CHW door sommige organisaties nog steeds gezien als concurrentie, ze worden niet ernstig genomen en hun advies wordt weggewuifd.

Het blijkt ook nog steeds heel moeilijk om bij sommige zorgverleners binnen te geraken, informatie te krijgen en samen te werken.

Voorbeelden

Uitspraken zoals "Ben je hier voor de poetscursus?" – "Werk jij?" – "Heb je een diploma?" komen regelmatig voor.

Waar doet het probleem zich voor?

In **Gent** doet dit probleem zich voor met het UZ en met het OCMW.

Ook in **Tienen** ervaart men dit probleem met enkele partners. Zo geven de CHW aan dat ondanks een zorgvuldig voorbereiding en kadering van de specifieke cultuur en gewoonten van een patiënt, er niet wordt geluisterd, noch werd de kadering door de CHW ernstig genomen.

In **Antwerpen** wordt dit probleem gesignaleerd met de psychologen van Erasmus. De psychologen weten CHW wel te vinden in omgekeerde richting, als zij hulp nodig hebben bij de begeleiding van een kwetsbare patiënt.

Genk ervaart dit probleem gelukkig niet. De CHW worden erkend als professionele hulpverleners. Ze geven aan dat zij geen gevoel van discriminatie ervaren.

In **Brussel** hebben ze ook minder tot niet te maken met deze problematiek en wordt er met de grote meerderheid van instellingen wel goed samengewerkt zowel op niveau van de begeleiding van de persoon als op niveau van het opzetten van gezamenlijke projecten.

In **Wallonië** worden ze hier ook steeds minder mee geconfronteerd naarmate het CHW-programma zich verder ontwikkelt en beter bekend geraakt. Wanneer het toch gebeurt (zijn dan meestal wijkgezondheidscentra) is doorgaans een vergadering om de missie en visie van het CHW-programma uit te leggen voldoende om de complementariteit van CHW aan te tonen en de situatie te deblokken.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

De coach van team Gent heeft hierover een klacht ingediend bij de ombudsdienst van UZ Gent, en ook andere medewerkers hierop aangesproken, zonder enig resultaat waardoor de CHW met een heel slecht gevoel achterblijft.

Met een specifieke maatschappelijk werker van een welzijnsbureau van het OCMW werd door de coach een afspraak gemaakt om het CHW programma uit te leggen evenals de rol van de CHW toe te lichten. Het resultaat is een sterk verbeterde samenwerking en betere communicatie tussen de maatschappelijk werker en de CHW.

In **Tienen** blijft men in gesprek gaan en zijn er eerste tekenen van vooruitgang in de goede richting.

9. Gebrek aan cultuursensitieve zorg

Wat is het probleem ?

Het is belangrijk om bij een behandeling de culturele achtergrond en gewoonten van de patiënt en zijn gemeenschap mee te nemen in de behandeling. Vele culturen zijn gemeenschapsgericht en niet individu-gericht, waardoor de behandeling zijn doel mist. Therapeutische groepsessies hebben soms veel meer impact dan individuele therapie. Individuele therapie kan een aanvulling zijn op groepstherapie.

Voorbeeld

Gent

Een kwetsbare dame van Eritrese afkomst voelt zich niet geholpen door een psycholoog van het OCMW, maar wel door een therapeute van Afrikaanse afkomst die herkenbare figuren uit de Afrikaanse afkomst die op een actieve manier werkt en herkenbare kaders aanbiedt, zoals bv met kleuren bepaalde levensfasen op de grond uittekenen. De kwetsbare dame wordt opgeroepen door het OCMW om op een woensdag om 11u30 te komen uitleggen waarom ze zich wel geholpen voelt door de therapeute van Afrikaanse afkomst en niet door een psycholoog van het OCMW. Op zich is het zeker positief dat hier de opening gemaakt wordt om dit toe te lichten en is bovendien ook terecht aangezien de kosten van de desbetreffende therapeute worden betaald door het OCMW. Probleem is evenwel dat de omkadering voor dit gesprek weinig op maat van de persoon gebeurde waardoor het voor de dame een moeilijke situatie werd: haar afspraak viel vlak voordat ze haar kinderen van school diende te halen, zonder tolk noch ondersteuning.

Contact tussen de psycholoog en de CHW coach bracht geen verbetering, er was geen begrip bij de psycholoog, ondanks de erkenning van de noodzaak om de meerwaarde van de Afrikaanse therapeute toe te lichten aan het OCMW. De coach heeft dan contact opgenomen met de leidinggevende van de psycholoog, wat wel heeft geleid tot een verbeterd contact en houding.

Waar doet het probleem zich voor?

In Gent loopt men heel erg tegen dit probleem aan en is het initiatief van Ericare een belangrijk voorbeeld van hoe het anders kan. Maar ook de andere teams signaleren dit probleem.

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

Er worden door CHW samenwerkingen opgezet die hier een antwoord willen opbieden maar deze zijn uiteraard nog niet voldoende formeel bestendigd en beperkt in omvang. Het zijn nochtans goed

practices die zeker kunnen dienen om dit structureler aan te pakken. Eén van de voorbeelden is het Ericare project in Gent.

Ook kaart de coach dit probleem en deze nood regelmatig aan tijdens de Werkgroep toegankelijke gezondheidszorg.

Artsen zouden meer getraind moeten worden in cultureel bewustzijn van bepaalde ziekten, taboes en culturele overtuigingen, evenals de complicaties die gepaard gaan met bepaalde culturele praktijken.

Team Brussel heeft met een aantal partners samengewerkt om bewustwordingscampagnes en informatiemateriaal te ontwikkelen, zodat boodschappen en informatie op een cultureel geschikte en effectieve manier kunnen worden geformuleerd en gepresenteerd, met zeer positieve resultaten. bijvoorbeeld de colotestcampagne met BruPrev.

10. Zorg aan vluchtelingen en mensen met medische kaart

Wat is het probleem ?

Als de persoon niet in een opvangcentrum verblijft tijdens een asielpcedure moet men een betalingsverbintenis (requisitorium) aanvragen bij Fedasil voor de betaling van medische kosten voor een bezoek aan een zorgverlener.

In de praktijk blijkt dat dit requisitorium soms geweigerd wordt aan de aanvrager of dat het bekomen ervan heel lang duurt, soms wel tot 6 maanden, waardoor medische kosten niet worden terugbetaald door Fedasil, ook al noteert de behandelende arts specifiek dat de behandeling noodzakelijk is. Elk centrum heeft zijn eigen procedures voor het verkrijgen van DMH, wat het moeilijk maakt om informatie te verkrijgen. Bovendien merken de CHW op dat bij het verkrijgen van deze kaart ook de behandelende artsen betrokken zijn, die formulieren moeten invullen, wat hun werklast verhoogt. CHW hebben al meegemaakt dat sommige artsen bepaalde patiënten niet aanvaarden als het voor DMH is omdat dit voor hen een administratieve last met zich meebrengt. Het gebeurt ook dat een behandeling of operatie die voorgeschreven is door een arts, die ook zorgt voor een motivatie naar Fedasil toe, tussenkomst toch wordt geweigerd door Fedasil. De CHW geven aan dat een weigeringsbeslissing dikwijls niet voldoende gemotiveerd wordt waardoor deze niet altijd goed begrepen wordt, niet alleen door de persoon zelf maar ook door de arts, die de behandeling voorschreef.

Ook stellen de CHW vast dat basiszorg soms wordt verwaarloosd omdat mensen de toegang tot DMH te ingewikkeld vinden. Als ze dan toch hun zorg in handen nemen, zien mensen die in die situatie verkeren, dikwijls geen andere oplossing dan via spoed binnen te gaan, wat ook de druk op de ziekenhuizen vergroot én oneigenlijk gebruik van de spoed in de hand werkt. Voor de persoon met een zorgnood is dit nochtans wel de enige uitweg die ze zien om toch geholpen te worden.

Als de persoon wel over een requisitorium beschikt, weigeren sommige apotheken alsnog om medicatie af te leveren omdat er lang moet gewacht worden op terugbetaling of omdat Fedasil niet terugbetaalt.

De procedure blijkt bovendien weinig transparant voor de kwetsbare personen en ook de CHW lopen hierin vast.

Voorbeeld

In **Luik** werd een persoon met een tijdelijke verblijfsvergunning een afspraak bij een oogarts geweigerd omdat Fedasil haar niet de gebruikelijke vergoeding had betaald.

Waar doet het probleem zich voor?

Dit probleem wordt gesignaleerd in alle regio's.

11. Onvoldoende aandacht voor duidelijke en praktisch bruikbare informatie op maat van de doelgroep over de werking van het gezondheidszorgsysteem binnen het inburgeringsproces

Wat is het probleem ?

Dit probleem wordt heel specifiek vanuit team Antwerpen aangekaart.

Er stellen zich twee grote problemen:

- Een inburgeringscursus wordt soms 'te snel' ingericht. Vaak zijn mensen, door een onhoudbare situatie, hun land moeten ontvluchten. Zij krijgen dan via de verplichte inburgeringscursus een beknopte uitleg over het zorgsysteem, terwijl hun prioritaire bekommernis op dat moment is een dak boven hun hoofd te vinden en zorgen dat er brood op de plank komt.
- Daarnaast blijkt er tijdens de inburgeringscursus (Atlas) onvoldoende aandacht te zijn voor alles wat eerstelijnszorg betreft, waardoor mensen niet voldoende begrijpen hoe het zorgsysteem in elkaar zit. Ook is het uitermate belangrijk om aandacht te hebben voor het belang van 'levensnoodzakelijke' informatie te herhalen. Mensen hebben op moment van de inburgeringscursus soms nog geen ruimte in hun hoofd door wat ze hebben meegemaakt (bv oorlogstrauma's).

Problemen steken later de kop op: facturen van ziekenhuizen en dergelijke worden niet betaald, mensen weten niet dat ze een deel terugkrijgen (mutualiteit) en een deel zelf moeten betalen (bv ambulance) met grote gevolgen.

Er wordt vaak onvoldoende stilgestaan dat de 'B.a.-ba' van ons zorgsysteem (zoals de Franstalige collega's dit zo mooi noemen), vaak niet gekend is.

Voorbeeld: een CHW is met iemand naar de brievenbus van een mutualiteit gegaan, om letterlijk de briefjes in de bus steken. Er was wel aan de persoon gezegd dat ze dat moest doen, maar ze snapte niet wat 'briefjes in de bus steken' (voor terugbetalingen mutualiteit) wou zeggen...

Waar doet het probleem zich voor?

Antwerpen

Wat gebeurt er vandaag om dit probleem zoveel als mogelijk te ondervangen?

Team Antwerpen heeft dit al aangekaart bij Atlas en blijft dit verder opvolgen.

12. Zorgondersteuning voor alleenstaande ouders met kinderen met een handicap.

Wat is het probleem ?

Team Brussel kaart aan dat er weinig tot geen ondersteuning is voor alleenstaande ouders met jonge kinderen die zelf een ingreep moeten ondergaan en gedurende die opname opvang nodig hebben voor hun kinderen. Dit probleem is nog groter wanneer het kind een handicap heeft, de ouder sociaal geïsoleerd is en over beperkte financiële middelen beschikt.

In Wallonië merkt men ook een tekort aan plaatsen in voorzieningen voor personen met een handicap, of het nu gaat om dagcentra of accommodatie.

Voorbeelden

Brussel

De mama van een kind met autisme moest in november 2023 in het ziekenhuis worden opgenomen. De mama sprak heel weinig Frans en had geen sociaal netwerk waardoor ze geen opvang had gevonden voor haar kind.

Om haar te helpen, contacteerde de CHW de volgende diensten, zonder resultaat:

De maatschappelijk werker van de mutualiteit waarbij de vrouw is aangesloten, de sociale dienst van het ziekenhuis, de maatschappelijk werker van het kinderziekenhuis, de gezinsbond, de plaatselijke kinderopvang.

Er bleek echter geen pasklare oplossing voor deze situatie direct voor handen. Gevolg was dat de vrouw tegen het advies van de arts in, een ontslagformulier heeft ondertekend om direct na de ingreep het ziekenhuis te kunnen verlaten en bij haar kind te zijn. Gelukkig bood een verpleegster uit de thuiszorg, die geraakt was door haar situatie zich aan om de nodige zorg te verlenen en haar regelmatig thuis te bezoeken.

Charleroi

Een familie was op zoek naar een dagcentrum om hen te helpen bij de zorg voor hun kind met een handicap. De CHW namen contact op met 17 instellingen in de omgeving van Charleroi, maar het antwoord was steeds hetzelfde: de instelling was vol en de wachtlijst was erg lang.

Een van de redenen voor deze situatie is het gebrek aan plaats en het feit dat een groot aantal plaatsen wordt ingenomen door Fransen vanwege het gebrek aan dit soort voorzieningen in hun land.

HOOFDSTUK 4

Rapport Verslaving en middelengebruik

1. Vlaanderen

1.1. Informatieverzameling

Aangezien coördinator verslaving een volledig nieuwe functie was, was het van groot belang om vooraleer concreet aan de slag te gaan met de inhoudelijke opdracht, de huidige kennis, expertise, netwerking en bestaande noden van de CHW en coaches in kaart te brengen. Dit gebeurde door een bevraging. De eerste bevraging van de coaches was schriftelijk; een document waarin gevraagd werd naar de huidige stand van zaken aan de hand van volgende vragen:

- zijn er in de huidige werking reeds contacten of samenwerkingen met organisaties die zich richten op middelengebruik en/ of verslaving
- zijn er al opleidingen omtrent dit thema geweest
- zijn er *community health workers* die hierin reeds ervaring hebben
- wat zijn de drempels die CHW momenteel ervaren in hun hulpverlening, gelinkt aan middelengebruik- en/of verslaving.

Op basis daarvan is er een tweede bevraging geweest tijdens de teammeetings in de verschillende provincies, waarin er vooral gepolst werd naar de ervaringen van de *community health workers* zelf.

1.2. Feedback coaches

Kennis

De kennis inzake verslaving en middelengebruik is in alle teams beperkt. Er wordt aangegeven dat *de community health workers* niet over de juiste handvaten beschikken om mensen met een verslavingsproblematiek te helpen, aangezien deze toch vaak een andere aanpak nodig hebben ten opzichte van mensen die niet in een verslaving of middelengebruik zitten. Ook maken de *community health workers* zich zorgen of het helpen, zal passen in hun werkschema, aangezien er meer opvolging nodig zal zijn en er sprake kan zijn van een grotere onvoorspelbaarheid. Onbewust werken ze wel al regelmatig met mensen met een verslaving (vaak ook mensen die dakloos zijn of vluchteling zijn) en dan wordt er heel hard gefocust op de eerstelijns-zorgvraag. Vragen inzake verslavingsproblematiek worden over het algemeen niet behandeld, enkel eventuele toelidingen naar een Vagga, MSOC, De Sleutel of Gebroeders Alexianen, maar geven aan dat ze niet altijd zeker zijn of de organisatie waarnaar ze toeliden, ook altijd de meest aangewezen organisatie is voor de hulpvraag van de persoon.

Netwerking

In **Gent en Oostende** was er al een eerste overleg tussen de coaches en de directie van het MSOC (Medisch Sociaal Opvang Centrum), waar het CHW project werd voorgesteld. Bij beide ontmoetingen was de conclusie dezelfde: een verdere samenwerking bleek (nog) niet mogelijk aangezien de *community health workers* niet over de juiste expertise beschikken om begeleidingen te doen (vanuit het MSOC naar andere zorginstellingen toe). Tevens bleek dat het voor de *community health workers* niet altijd voldoende duidelijk is wat ze wel, en wat ze niet mogen doen in hun rol. Een duidelijk kader scheppen voor de *community health worker* is onontbeerlijk.

Toelidingen naar het MSOC vinden wel plaats, weliswaar in beperkte mate.

Ook in **Tienen** zijn er enkele toelidingen naar het MSOC of Gebroeders Alexianen geweest maar deze bleken niet altijd goede resultaten op te leveren., Zo wordt de situatie waarin de persoon met een hulpvraag zit, onvoldoende meegenomen door Gebroeders Alexianen waardoor de ontvangen hulp

geen langdurend effect heeft en de personen met een hulpvraag teruggaan naar de *community health worker* (aangezien zij vaak als vertrouwenspersoon fungeren). Gebroeders Alexianen heeft laten weten dat zij enkel mensen verder helpen die daar zelf om vragen, een opmerking die de CHW regelmatig horen bij organisaties die hulpverlening bieden bij verslaving en middelengebruik. Dit is voor de CHW niet evident omdat zij (nog) niet over voldoende kennis en netwerking beschikken om te weten wat zij dan wel kunnen betekenen.

In **Genk** is er één CHW die wel ervaring heeft met verslavingsproblematiek. Zij werkt hiervoor soms samen met 1 organisatie, Noolim, waarbij de CHW voornamelijk de Turkssprekende mensen verder helpt op het vlak van eerstelijnszorg.

In **Antwerpen** wordt er enkel toegeleid naar Vagga vzw.

Er zijn geen netwerk-momenten geweest met de coaches van Genk, Antwerpen en Tienen inzake verslavingsproblematiek.

Een eerste voorzichtige conclusie dat gemaakt kon worden op basis van de feedback van de coaches, is dat de netwerking zich beperkt tot absolute noodzaak van sommige cases. Kennis is beperkt en zorgt ervoor dat mensen in een verslavingsproblematiek die een hulpvraag hebben in verband met eerstelijnszorg niet actief opgespoord en verder geholpen worden.

1.3. Feedback *community health workers*

In een tweede fase werd voor elk team een bevraging van *de community health workers* georganiseerd voorafgegaan door een korte voorstelling van de coördinator verslavingsproblematiek en diens opdracht. Al snel bleek dat het stellen van meer algemene vragen zoals ‘op welke manier de *community health workers* in aanraking komen met mensen met een verslavingsproblematiek en waar zij als hulpverlener nood aan hebben’ niet de juiste aanpak was. Ook al werken zij vaak met mensen met een verslaving en/of middelengebruik, zij zijn daar niet altijd bewust mee bezig.

Wat wel werkte, was doorvragen naar specifieke cases. Op basis daarvan zijn er wel signalen en behoeftes aan de oppervlakte gekomen, waarvan een aantal hieronder worden weergegeven. Dit maakte de realiteit van de CHW op dit moment direct heel concreet en is heel belangrijk geweest voor de uitwerking van het actieplan voor 2024. Tijdens deze eerste bevraging werd ook gesteld dat deze informatie belangrijk was voor de ontwikkeling van een opleidingsplan en preventiekader.

Gent

Casus

Een persoon met een hulpvraag moest dringend een operatie ondergaan. Blijkt dat die persoon een afhankelijkheid van alcohol en heroïne heeft en veel rookt. De chirurg wilt de persoon niet verder helpen indien dit niet stopt. De CHW had contact opgenomen met De Sleutel, maar die hadden aangegeven dat die persoon zelf moet bellen. De CHW belt de kwetsbare persoon op, maar die reageert niet meer. De toestand voor deze persoon wordt erger, de CHW voelt zich slecht bij deze situatie.

De CHW geven in Gent zelf aan dat ze bepaalde noden hebben: nood aan opleiding voor CHW (hoe omgaan met mensen met een verslaving of middelengebruik– en grenzen stellen zonder je schuldig voelen) en nood aan een sociale kaart op maat van het werkdomein van CHW zodat ze mensen met een verslavingsproblematiek gericht kunnen doorverwijzen of helpen.

Bijkomende vraag die deze casus opwierp bij CHW was: hoe omgaan met personen met zelfmoordneigingen?

Tienen

De *community health workers* in Tienen hebben het moeilijk om met mensen met een verslaving en/of middelengebruik om te gaan. Ze vragen zich ook af hoever ze moeten/mogen gaan, wanneer het 'toegelaten' is om een hulpverlening stop te zetten en hebben behoefte aan een duidelijke sociale kaart.

Casus

Situatie van een minderjarige jongen, met een middelengebruik (niet gekend hetwelk), die hoge pieken en dalen heeft. Als het slecht gaat met die jongen, bellen de ouders in paniek naar de CHW om te helpen. De CHW doet alle moeite om afspraken te maken met een arts. Het probleem is dat de afspraken niet nagekomen worden, telkens als het terug beter gaat met de jongen, vinden de ouders en de jongen de afspraak niet meer nodig. Tot de persoon in een nieuwe dip geraakt en alles opnieuw begint. De ouders klampen zich vast aan de CHW, wat het emotioneel voor de CHW moeilijk maakt. Deze situatie herhaalt zich een paar keer. De CHW vraagt zich af hoelang ze dit moet/kan volhouden. Ook hebben zij geen kennis van de juiste doorverwijzing.

Oostende

In Oostende is er één *community health worker* (van de 3) die zich toespitst op mensen met een hulpvraag, die tevens een psychiatrische stoornis en/of een verslavingsproblematiek hebben. De andere twee *community health workers* voelen zich niet sterk genoeg in hun schoenen om mensen met een dergelijke problematiek verder te helpen.

In Oostende worden de CHW geconfronteerd met het fenomeen van medicatie-shoppen, de personen geraken via via telkens wel aan extra medicatie om hun gebruik te kunnen blijven voeden. De CHW vraagt dan raad aan een arts.

Casus

Een persoon die vaak onder invloed is van alcohol moest naar een medische afspraak. Doet de deur niet open op het moment van begeleiding. De CHW heeft dan maar gewacht en gebeld naar thuisverpleging, om de juiste informatieoverdracht te doen van die persoon zodat zij het verder konden opnemen. Bij de komst van de verpleging, deed de persoon wel de deur open, en is CHW doorgegaan. Deze situatie heeft veel tijd gevraagd van de CHW.

Genk

De CHW worden hier het meest geconfronteerd met personen met een geneesmiddelengebruik en/of verslaving.

In Genk stelt men ook vast dat mensen met een verslaving of middelengebruik geweerd worden door de sociale huisvestingsmaatschappij. Dit is niet alleen een probleem voor de persoon om een dak boven zijn hoofd te vinden maar heeft ook belangrijke neveneffecten op de gezondheid en de stap naar hulp voor zijn gezondheid. Bij een sociale huisvestingmaatschappij worden deze mensen weggeduwd. Zorgt voor extra druk bij het regelen ook van eerstelijnszorg, aangezien het vinden van een woonst vaak prioritair is voor deze mensen.

Een vraag die gesteld werd door de CHW in Genk: wanneer weet je dat iemand verslaafd is of gewoon een slechte periode heeft of een eenmalige dronkenschap,... Zijn er tips om kenmerken waardoor er meer duidelijkheid is?

Ook is het duidelijk dat de vertrouwensfunctie die de CHW hebben en uitstralen, ook hier van groot belang is maar soms ook de nodige uitdagingen met zich meebrengt.

Casus

Een vrouw die regelmatig medicatie gebruikt, en leeft op cola en red bull. Weigert alle hulp, maar heeft een groot vertrouwen in de CHW. CHW weet niet hoe te helpen of hoe het zou lukken om haar toch doorverwezen te krijgen.

Lachgas is een nieuwe trend in Genk. De CHW vragen zich af hoe ze daarmee om moeten gaan.

Antwerpen

Over het algemeen worden mensen onder invloed niet aangesproken (geen outreach naar hen toe), aangezien ze niet weten hoe die mensen zouden reageren

Af en toe komt het wel voor dat een persoon die ze verder willen helpen, onder invloed blijkt te zijn.

Casus

Een vrouw die begeleid moest worden naar een ziekenhuis. De CHW gaat het huis binnen, vrouw geeft aan de CHW verschillende opdrachten zoals kledij bij elkaar zoeken. CHW voelt zich niet op haar gemak bij de vrouw, aangezien ze wat raar reageert. Onderweg naar het ziekenhuis, wil ze nog perse binnen in het café om een koffie te drinken, aangezien ze daar nog tijd voor hadden. Het lukt de CHW niet om dit uit haar hoofd te krijgen. In het café stuikt vrouw in elkaar (was onder invloed van iets) – en is ze meegenomen door de ziekenwagen. CHW blijft met een raar gevoel achter.

Een ander voorbeeld, een vrouw in dronken toestand. de vrouw heeft alle vertrouwen in zorg- en welzijnsinstanties verloren. De CHW is erin geslaagd om wel haar vertrouwen te winnen. Op straat begint ze agressief te worden en te roepen. De CHW die op dat moment in de buurt is, hoort de vrouw ook haar naam roepen, terwijl zij op dat moment met iemand anders in gesprek was. CHW weet niet wat te doen en is bang, uiteindelijk ambulance en politie gebeld.

Op basis van de al deze eerste gesprekken met de *community health workers*, kunnen we een tweede conclusie maken met leerpunten, die aan de basis liggen voor de opleiding die in het eerste kwartaal van 2024 gegeven gaat worden . Verschillende signalen en noden zijn aan de oppervlakte gekomen:

- hoe omgaan met mensen met een verslaving of middelengebruik– en grenzen stellen
- kennis van een duidelijke sociale kaart om snel en correct te kunnen doorverwijzen
- stigmatiserende houding van zorgverleners, hoe hiermee omgaan als CHW
- belang van een duidelijk preventiekader
- gebruik en/of verslaving herkennen en onderscheiden

1.4. Netwerking

Een tweede belangrijke opdracht voor de coördinator was op zoek gaan naar organisaties met wie kan samengewerkt worden in kader van verslaving en middelengebruik.

Er werden al enkele eerste contacten gelegd met een aantal organisaties in Vlaanderen. Dit zal in 2024 verdergezet worden.

Adic vzw

Adic vzw staat voor Antwerp Drug Interventie Centrum, een psychosociaal revalidatiecentrum voor personen met problematisch druggebruik en is reeds 30 jaar een gevestigde waarde binnen de Antwerpse drughulpverlening.

kennismakingsgesprek op 8/08.

Aanwezig:

Voor CHW programma: Mathias Neelen (regionale coördinator CHW), Karen Mullié (federale coördinator) en Debby Pauwels (coördinator verslaving)

Voor ADIC: Debby Claus (medewerker ambulante begeleiding) en Mieke Beirinckx (Algemeen directeur).

Adic vzw heeft een divers aanbod van korte opvang tot langdurige residentiële en ambulante behandeling. Bij de ambulante begeleiding (ter ondersteuning van een drugvrij leven), is er een opportuniteit om een partnerschap aan te gaan met de community health workers. Adic vzw probeert druggebruikers te behandelen om hen zo volledig mogelijk maatschappelijk te re-integreren. Community health workers zouden ervoor kunnen zorgen dat deze mensen naar de juiste eerstelijnszorg toegeleid worden. Een tweede zaak waarbij community health workers betrokken kunnen worden, is een toeleiding naar ADIC. Om opgenomen te kunnen worden bij Adic vzw moeten mensen in orde zijn met hun mutualiteit. Dit is vaak niet het geval en momenteel zijn er geen middelen en mogelijkheden tot deze begeleiding. Daar zou een rol kunnen weggelegd zijn voor onze *community health workers*.

Momenteel kunnen we dit partnerschap nog niet aangaan (zie 2.Informatieverzameling). De CHW geven duidelijk aan dat hun kennis nog te beperkt is en ze nog niet voldoende sterk staan om meer structureel de juiste hulp te kunnen bieden. Op het moment dat we de lokale netwerking gaan versterken en het kader voor de *community health workers* duidelijker gesteld is wat betreft verslavingsproblematiek (zie bijlage 1 – actieplan 2024 voor timing), wordt er een nieuwe afspraak gemaakt met Adic vzw (met de coach en *community health workers* van Antwerpen).

MSOC Antwerpen (Free Clinic)

Het Medisch Sociaal Opvang Centrum (in elke provincie aanwezig) biedt medische, psychologische en sociale begeleiding aan gebruikers van illegale drugs die het gevoel hebben nergens meer terecht te kunnen voor hulp. Zij bieden laagdrempelige hulpverlening, wat een gemeenschappelijk punt is met onze werking. De bedoeling is om met elke provinciale MSOC in gesprek te gaan. Als eerste werd gekozen voor MSOC Antwerpen (Free clinic).

Kennismakingsgesprek op 04/09.

Aanwezig:

Voor CHW programma: Debby Pauwels (coördinator verslaving)

Voor Free Clinic: Tessa Windelinckx (Vlaams coördinator GIG – Gezondheidspromotor Injecterend Gebruik)

Tijdens dit gesprek stelden we elkaars werking voor en werd er gekeken hoe we elkaar zouden kunnen versterken. De coördinator verslavingsproblematiek kreeg ook een rondleiding in het centrum, waarbij het duidelijk werd dat harm reduction (hulp ter bevordering van het algemeen welzijn van een persoon met een hulpvraag), een term is die vaak gebruikt wordt in dit type hulpverlening en een belangrijke component is in hulpverlening naar kwetsbare mensen toe.

Mede dankzij de rijke informatie en zeer boeiende gesprekken kon de coördinator ook de eerste lijnen uittekenen voor een sociale kaart voor de community health workers en werd een eerste opleidingspakket (zie bijlage 2 en 3) uitgewerkt. In het eerste kwartaal van 2024 staat een eerste algemene opleiding voor de community health workers en coaches gepland die door Mevrouw Windelinckx zal begeleid worden.

Zoals ook het geval bij Adic vzw, blijkt dat de community health workers een meerwaarde kunnen zijn. Hulpverleners van het MSOC krijgen mensen met een hulpvraag niet doorverwezen naar het regulier

zorgsysteem, mensen hebben daardoor geen vertrouwen meer in ons zorgsysteem. Dat zou een rol kunnen zijn voor onze community health workers, maar om dit in praktijk te kunnen brengen, is het in eerste instantie belangrijk dat onze medewerkers een juiste opleiding krijgen. Volgende onderwerpen kunnen hier aan bod komen:

- standpunt van onze organisatie in hulpverlening bij personen met een verslaving of gebruik – preventiebeleid
- eigen grenzen bewaken in hulpverlening
- hoe omgaan met mensen met een verslavingsproblematiek
- het begrip harm reduction en hoe kan je dit toepassen in onze werking

In het tweede kwartaal van 2024 worden er in elke provincie bezoeken gepland in de MSOC's om de coaches en community health workers een eerste ervaring in de praktijk te geven wat betreft hulpverlening aan deze groep kwetsbare mensen. In een latere fase is het ook interessant om community health workers te laten meelopen met ervaringsdeskundigen (buddy's), om voeling te krijgen met deze groep van kwetsbare mensen. Dit is ook opgenomen in het actieplan 2024 (zie bijlage 1).

Symposium 25 jaar MSOC Oostende: academische zitting

Op uitnodiging van de directeur van het MSOC Oostende, Lucas Vandendriessche, heeft de coördinator Vlaanderen in oktober deelgenomen aan dit symposium. Na een inleiding van de heer Vandendriessche, is er een presentatie "het drugfenomeen, een caleidoscopische en rationale benadering" door Steven Debbaut, academicus en woordvoerder van de vzw Smart on drugs, gegeven. Hierbij werd toegelicht hoe drugs en het gebruik daarvan in de maatschappij geëvolueerd zijn, en hoe er verschillende drugsdiscoursen ontstaan zijn. In een tweede deel werden de verschillende visies toegelicht in welke mate drugs en druggebruik schade aan de maatschappij en aan een individu kan berokkenen. Het laatste deel spitte zich toe op het doel van een drugsbeleid. Het doel is om het gebruik van roesmiddelen te kunnen verlagen en het welzijn en gezondheidskwaliteit van iedereen daardoor te verhogen. De presentatie heeft voor een belangrijke doorbraak gezorgd in de visie in het verdere traject en heeft een belangrijke link gelegd met het werk van *de community health workers* en wat zij extra kunnen betekenen in dit onderwerp. Hier kwam dus weer de term *harm reduction* ter sprake, een concept dat tijdens de voor 2024 geplande opleiding zal toegelicht worden. Het komt erop neer dat hulpverlening niet zit in het straffen van mensen, het verplicht laten stoppen van mensen die gebruiken, maar dus om hulp te voorzien om het algemeen welzijn en gezondheid te bevorderen. En dit is juist wat onze *community health workers* dagelijks doen.

VAD studiedag

VAD is het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs. VAD biedt betrouwbaar en onafhankelijk advies en materialen over alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. VAD is ook de koepel van de Vlaamse organisaties die werken rond alcohol en andere drugs.

De jaarlijkse studiedag vond in november plaats. Het programma was:

Een maand zonder alcohol: preventiecampagne of maatschappelijk fenomeen? -Is specifieke cocaïnepreventie nodig? - Psycho-educatie, een doekje voor het bloeden of een waardevolle strategie? - De impact van technologische evoluties binnen de gamesector op de aanpak voor het thema gamen
Inhoudelijk gezien was het interessant, maar met het oog op onze werking CHW minder van toepassing. Het was een mooie kans voor netwerking maar gelet op het grote aantal aanwezigen (meer dan 300 personen) zonder voldoende overzicht op wie wie was, was het moeilijk om echt contacten te leggen. De studiedag was erg gericht op organisaties die (langdurige) hulpverlening bieden aan mensen met een

verslavingsproblematiek. Bij de *community health workers* gaat de focus zijn om personen met een hulpvraag in eerstelijnszorg te kunnen helpen, en is hun gebruik of verslaving één van hun kwetsbaarheden waarmee zal moeten rekening gehouden worden. De studiedag spitste zich meer toe op de aanpak van verslavingsproblematiek zelf.

Het VAD heeft ook een sterk uitgebouwd online informatieforum. Deze zal in 2024 gescreend worden, waarbij relevante opleidingen doorgegeven zullen worden aan (in eerste instantie) de coaches en (in tweede instantie) aan *community health workers*.

1.5. Conclusie

Bij de *community health workers* Vlaanderen is omgaan met verslaving en middelengebruik nog een thema dat verdere ontwikkeling vereist. De Vlaamse coördinator wordt nog niet spontaan betrokken bij cases die met verslavingsproblematiek te maken hebben, temeer omdat specifieke cases op dit moment nog vaak uit de weg gegaan worden. Er is nog geen wisselwerking, informatie en acties worden enkel door de coördinator getrokken.

We zitten in Vlaanderen nog in een startfase; het project verslavingsproblematiek is recent toegevoegd aan het CHW programma dat al langer loopt en dat zelf ook nog in volle evolutie is. Dit geeft de nodige uitdagingen om de kennis te verbreden wat verslaving en middelengebruik betreft voor zowel de coaches als *community health workers*.

Door de informatie en conclusies die gemaakt zijn in 2023, werd een concreet actieplan opgesteld voor 2024.

2. Brussel en Wallonië

2.1. Inleiding

Zoals hoger reeds aangehaald, was een belangrijke nieuwigheid in 2023 de toevoeging van een avenant aan de overeenkomst met het RIZIV, met als opdracht een extra coördinator aan te stellen met de focus op verslavingsproblematiek¹.

Voor de Brusselse en Waalse regio werd deze taak toevertrouwd aan het *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP)*.

De CHW in Wallonië hadden de voorbije jaren al een dynamiek van intervisie en regelmatige collectieve opleidingen ervaren, die ondersteund werden door de RWLP. Deze dynamiek was echter nieuw voor de Brusselse CHW.

Door middel van dit nieuwe partnerschap stelt de RWLP een bijdrage voor die gebaseerd is op de noden van de CHW en de realiteit, ervaringen en behoeften van een divers scala aan mensen die te maken kunnen hebben met verarming, armoede en met een verslavingsprobleem. De CHW voeren hun werk uit voor deze diverse bevolkingsgroepen, voor wie de gezondheids- en zorgsystemen soms heel moeilijk bereikbaar zijn.

Verschillende RWLP-medewerkers zijn betrokken bij het project, afhankelijk van hun vaardigheden en verantwoordelijkheden. Binnen het team is één persoon aangesteld om het project te monitoren: Céline Deville, die voornamelijk verantwoordelijk is voor gezondheidskwesties.

2.2. Verhalend en chronologisch verslag van activiteiten

RWLP werkt in Wallonië al samen met het CHW-programma sinds het begin van de activiteiten in 2021 door het organiseren van intervisie- en vormingsdagen, die hun nut hebben bewezen. Op basis van deze ervaring werd voorgesteld om de samenwerking voor het thema verslaving volgens hetzelfde stramien te laten verlopen, waarbij RWLP maandelijks een opleidings- en uitwisselingsdag organiseert rond het thema verslaving en druggebruik, in overeenstemming met de diversiteit van de mensen die met deze problematiek te maken hebben, en meer bepaald met de realiteit van mensen die leven in armoede of zoals RWLP dit zelf heel treffend verwoord, *'des personnes qui vivent dans le trop peu de tout'*.

Op de volgende pagina's worden alle activiteiten beschreven die in het kader van dit partnerschap zijn uitgevoerd, met speciale aandacht voor de zes seminaries die in 2023 zijn georganiseerd. Opgemerkt moet worden dat aan elk van deze dagen een periode van informatieverzameling, voorbereiding en logistieke organisatie voorafging, waarbij verschillende RWLP-medewerkers betrokken waren. Sommige van deze taken en activiteiten komen niet expliciet aan bod in dit verslag, dat gestructureerd is rond meer 'formele' activiteiten (seminariedagen, vergaderingen, enz.).

5 april 2023 (11.00-12.30 uur): RWLP-bijeenkomst - regionale coördinatoren CHW-programma (online)

Bijeenkomst om partnerschapsovereenkomsten en projectdoelstellingen te bespreken.

¹ In de overeenkomst en de initiële documenten van het project wordt de term "drugverslaving" gebruikt, die we in dit activiteitenverslag systematisch vervangen door de termen "verslaving" of "gebruik" (op enkele uitzonderingen na*). Dit volgt op een collectieve reflectie over het belang van woorden en hun vermogen om te stigmatiseren of juist te emanciperen.

Deelnemers: Houria Bounouch, Céline Deville, Antoine Dujardin, Christine Mahy, Laura Nothelier.

Na deze bijeenkomst stelde de RWLP een document op waarin samenwerking werd voorgesteld en waarin de aanpak werd uitgelegd voor het ondersteunen van CHW op het gebied van verslavingen, in verband met '*vivre dans le trop peu de tout*'. Er werd een samenwerkingsovereenkomst ondertekend tussen de RWLP en de vzw IM.

16 mei 2023 (12:30-13:30): RWLP-bijeenkomst - regionale coördinatoren CHW-programma (online)

Deze bijeenkomst was gewijd aan de praktische organisatie van seminars met CHW (kalender, locaties, tijdschema's, overdracht van contactlijsten, enz.)

Deelnemers: Houria Bounouch, Céline Deville, Christine Mahy, Laura Nothelier.

Tijdens deze vergadering werd afgesproken dat de eerste drie bijeenkomsten kort voor de zomer zouden plaatsvinden, zodat de CHW van Brussel en Wallonië elkaar konden ontmoeten, hun mening konden geven over het onderwerp verslaving en hun vragen konden uiten, gevoed door presentaties en getuigenissen uit het veld. Na deze bijeenkomsten werden het programma en de keuze van de externe sprekers gebaseerd op de vragen en behoeften die door de CHW werden geuit.

Dinsdag 30 mei 2023 (9.30-16u) - Seminarie 1 (Namen)

De eerste dag van het seminarie over verslaving werd georganiseerd op dinsdag 30 mei in Namen, in de lokalen van de RWLP. Om de CHW de kans te geven zich zo vrij mogelijk uit te drukken over het onderwerp verslaving, was deze eerste dag alleen voor CHW, zonder de aanwezigheid van coaches en coördinatoren.

Het belangrijkste doel van de dag was om de teams de kans te geven elkaar te ontmoeten, hun standpunten over het onderwerp verslaving en drugsgebruik uiteen te zetten en te discussiëren over de omvang van het probleem en het verband met armoede.

De dag werd gefaciliteerd door Christine Mahy en Céline Deville, met de deelname van drie RWLP facilitatoren inzake preventie gezondheidsongelijkheid (Olivier Vangoethem, Geneviève Baert en Jeremy Kulumba) (+ logistieke ondersteuning van andere collega's voor de voorbereiding van de zalen, pauzes en maaltijden).

De eerste dag van het seminar werd gekenmerkt door een gevarieerde inhoud en activiteiten:

- Activiteiten om het ijs te breken
- Eerste snelle vragenronde: "Wat betekent drugsverslaving* voor mij?"
- Presentatie van het CHW programma, de doelstellingen, het partnerschap en organisatorische aspecten
- Werk in subgroepen aan de hand van een video² om de contouren van het verslavingsthema te identificeren en bespreking in de grote groep.
- Individuele reflectie en de mogelijkheid om anoniem schriftelijk vragen te stellen
- werk in kleine groepjes over het verband tussen verslaving en armoede, daarna terugkoppeling naar de grote groep.

Een verslag van de gebeurtenissen van de dag legde de eerste vragen, verzoeken en suggesties van de CHW vast.

² <https://www.youtube.com/watch?v=OH0prpRN2nE>

6 juni 2023 (14:30-15:30): RWLP-bijeenkomst - regionale coördinatoren CHW-programma(online)

Het doel van deze bijeenkomst was om feedback te geven op de eerste dag van het seminar met de CHW. Deelnemers: Houria Bounouch, Céline Deville, Laura Nothelier.

12 juni 2023 (13u tot 14u): Ontmoeting met Annick Delepine, coördinator ervaringsdeskundigen bij het SPP Maatschappelijke Integratie (online)

Bijeenkomst om de deelname van ervaringsdeskundigen werkzaam in de gezondheidssector aan de seminariedagen te bespreken. Gezien de overeenkomsten in hun functies leek het interessant om de dynamiek van uitwisseling tussen ervaringsdeskundigen en CHW die tijdens de intervisies op gang kwam, verder te zetten. Bovendien ondersteunt de dienst ervaringsdeskundigen van de SPP MI haar medewerkers ook op het gebied van verslaving als project in het kader van het witboek van het RIZIV

De ervaringsdeskundigen (5) namen deel aan de verslavingsseminars met de CHW vanaf seminar 3, net als hun verslavingscoördinator.

Donderdag 15 juni 2023 (9u30-16u00) - Seminarie 2 (Namen)

Het doel van de tweede dag van het seminarie was om CHW stof tot nadenken te geven, gebaseerd op ervaringen uit de praktijk: mensen die te maken hebben met verslaving en armoede, of die voortdurend in contact staan met mensen die hiermee te maken hebben. De regionale coaches en coördinatoren waren aanwezig, net als de nationale CHW-coördinator.

Als activiteit om de dag te starten, stelden de CHW hun rol voor aan de genodigde sprekers. De eerste was Philippe Mercenier, die werkt voor de vereniging Sortir du bois in Luik³. Deze vereniging ondersteunt daklozen in hun huisvestingsprojecten (caravan, tiny house, yoert, container woonst,...). Door zijn betrokkenheid bij de vereniging komt Philippe Mercenier regelmatig in contact met personen die kampen met een verslaving of middelengebruik en deelde hij zijn expertise op dit gebied met de CHW: hoe bouwt hij een vertrouwensrelatie op met deze mensen? Waar let hij op? Welke moeilijkheden komen ze tegen? Hoe gaan ze daarmee om?

De CHW gingen vervolgens in kleine groepen in gesprek met RWLP facilitatoren inzake preventie van ongelijkheden die hun ervaringen met verslaving deelden en de vragen van de CHW beantwoordden op basis van hun eigen ervaringen. Zij gaven ook een paar tips mee: wat hielp hen in hun reis? Hoe denken ze dat CHW mensen met een vergelijkbare achtergrond kunnen ondersteunen?

Na deze getuigenissen kregen de drie groepen de tijd om te discussiëren en zich voor te bereiden op de grote groepsdiscussie, gebaseerd op de volgende vragen:

- Wat kan ik meenemen uit de getuigenissen dat zinvol kan zijn in termen van mijn werk als CHW?
- Wat zet me aan het denken? Destabiliseert het mij? Of bevestigt het wat ik al dacht?
- Waar wil je meer over weten? tools? Opleidingen?

Voor de RWLP, namen Céline Deville, Olivier Vangoethem, Geneviève Baert, Jeremy Kulumba, Marie Delfosse en Lula Baguet deel aan deze dag(+ logistieke ondersteuning van andere collega's voor de voorbereiding van de zalen, pauzes en maaltijden).

Na deze bijeenkomst verzamelde Céline Deville alle vragen en behoeften die door de CHW waren geïdentificeerd en stelde ze een thematische classificatie voor. Op basis hiervan en tijdens een bijeenkomst met C. Mahy kon worden gewerkt aan de inhoud van het volgende seminarie.

³ <https://www.sortirdubois.org/>

Dinsdag 27 juni 2023 (9u30-16u00) - Seminarie 3 (Namen)

De derde en laatste dag van het seminarie voor de zomer was bedoeld om de vragen die waren opgesteld en hun classificatie te bevestigen en om de balans op te maken van het CHW-netwerk in het veld met betrekking tot verslaving. Naast de intrinsieke waarde van deze activiteiten was het doel om te helpen bij het plannen van het programma voor de rest van de ondersteuning, gebaseerd op de behoeften van de CHW, hun voorkennis, hun vragen en het nut voor hun rol als CHW.

Om nog meer stof tot nadenken te geven, werd de dag geopend met de vertoning van een documentaire getiteld "Chasser les dragons" (2021, een film van A.L. Longuet)⁴, die het dagelijkse leven van gebruikers en werknemers in de drugsconsumptieruimte bekijkt die in 2018 in Luik werd opgezet.

Na een groepsdiscussie over de film werden de CHW en hun coaches uitgenodigd om in subgroepen bijeen te komen om de compilatie van vragen en behoeften te bespreken, aan te passen, toe te voegen en de onderwerpen te identificeren die zij als prioritair beschouwden.

De CHW en hun coaches kregen vervolgens de tijd om in subgroepen per regio te werken om alle spelers in de verslavingssector te identificeren die actief zijn in hun regio, gebaseerd op hun kennis van het veld. Ze konden ook aangeven of ze al contact hadden gehad met deze spelers en degenen aanwijzen die ze zouden willen ontmoeten in het kader van dit ondersteuningsproject.

Deelnemers voor RWLP: Céline Deville, Geneviève Baert en Antoine Dujardin (+ logistieke ondersteuning van andere collega's voor de voorbereiding van de zalen, pauzes en maaltijden).

Na deze derde bijeenkomst heeft Céline Deville de lijst van problemen en behoeften die door de CHW waren geïdentificeerd, herwerkt en een eerste lijst van spelers per regio opgesteld. Een van de dingen die uit dit werk naar voren kwam, was het brede scala aan kwesties en behoeften die door de CHW werden geïdentificeerd: sommigen zijn al goed geïnformeerd over het onderwerp, werken regelmatig met mensen die verschillende producten gebruiken en zijn op zoek naar training over relatief specifieke kwesties, terwijl anderen het onderwerp aan het 'ontdekken' zijn, beginnen te werken aan hun eigen vooroordelen over middelengebruik en verslaving en op zoek zijn naar een veel algemenere training om het onderwerp in zijn geheel beter te begrijpen.

In totaal werden er 8 belangrijke aandachtsgebieden en behoeften geïdentificeerd:

- Behoeftte aan theoretische kennis over stoffen, de verschillende soorten producten en hun gevolgen.
- Behoeftte aan kennis en vragen over de oplossingen die worden voorgesteld: betrokkenen bij de verslaving, beschikbare soorten ondersteuning, behandelingen, enz.
- Vragen over hoe druggebruikers te benaderen, hoe een relatie op te bouwen en hoe vertrouwen op te bouwen.
- Behoeftte aan netwerken over verslaving
- Vragen over grenzen als professionals
- Behoeften aan hulpmiddelen (bewustmaking, informatie)
- Stereotypen deconstrueren
- Meer politieke vragen over de rol van de staat, de structurele oorzaken, het gebrek aan preventie, enz.

⁴ <https://www.on-tenk.com/fr/documentaires/societe/chasser-les-dragons>

Ook de verbanden tussen verslaving en andere problemen, zoals migratie en gevangenissen, werden genoemd.

18 juli 2023 (10-11 uur): RWLP-bijeenkomst - regionale coördinatoren CHW-programma (online)

Het doel van de bijeenkomst was om de balans op te maken van de vragen die tijdens de eerste drie bijeenkomsten naar voren waren gekomen en om de praktische en organisatorische aspecten van het programma vanaf september voor te bereiden. Het doel was ook om de continuïteit met de Waalse coördinatie te verzekeren, gezien het tijdelijke vervangingscontract (zwangerschapsverlof van de coördinator). Tijdens deze vergadering werd ook het vooruitzicht van de voortzetting van het project in 2024 besproken.

Deelnemers: Houria Bounouch, Céline Deville, Dorothee Mardaga, Laura Nothelier.

19 juli 2023 (14u30-16u30): RWLP-vergadering met Sophie Crapez, coördinator van vzw Comme chez nous (Namen)

De RWLP vroeg Sophie Crapez, coördinator van Comme chez nous⁵ en psychologe van opleiding, om na te denken over het programma en de meest geschikte mensen om de vragen van de CHW te beantwoorden. Tijdens de vergadering werd de compilatie van vragen gepresenteerd door Céline Deville. Er werd besloten om het programma toe te spitsen op de eerste drie thema's die door de CHW werden geïdentificeerd, die de meeste vragen oproepen en die toelaten om een gemeenschappelijk basiskennis te bieden voor alle deelnemers: producten, de verschillende actoren en de houding en aanpak wanneer men in contact komt met iemand die consumeert. Er werd ook gekozen voor het thema verslaving in relatie tot gezinnen.

Er werd een eerste lijst van mogelijke sprekers opgesteld, rekening houdend met de voorkeuren en verzoeken van de CHW tijdens vorige bijeenkomsten. Uiteindelijk werd besloten dat de vzw Comme chez nous, op basis van haar ervaring op het terrein, zou deelnemen aan het seminarie gewijd aan het thema van de ondersteunende aanpak.

Deelnemers: Sophie Crapez, Céline Deville, Christine Mahy.

1 september 2023 (13.30u-2.30u): vergadering ter voorbereiding van het RIZIV-begeleidingscomité (online)

Het doel van de vergadering was tweeledig: (1) de presentatie van het programma en de voortgang ervan

voorbereiden voor de vergadering op het RIZIV van het begeleidingscomité van 7 september; en (2) de coördinatoren verslavingsproblematiek in de twee regio's samenbrengen, na de aanstelling van Debby Pauwels als verslavingscoördinator in Vlaanderen. .

Deelnemers : Karen Mullié, Céline Deville, Debby Pauwels

7 september 2023 (13u-16u) - Ondersteuningscomité INAMI (Brussel)

Tijdens deze bijeenkomst presenteerden de coördinatoren verslavingsproblematiek hun werk.

Deze bijeenkomst gaf ons een overzicht van de spelers die betrokken zijn bij verslavingszorg en stelde ons in staat om na te denken over toekomstige partnerschappen en elkaar beter te leren kennen en contacten te leggen om verdere samenwerkingen te bekijken.

Donderdag 14 september 2023 (9.30-16.30) - Seminarie 4 (Brussel)

De vierde dag van het seminarie bestond uit vier delen. Eerst hadden we een introductieronde, voor de nieuwkomers in de Waalse en Brusselse teams. Er nam

⁵ <https://asblcommecheznous.com/>, een lidvereniging van de RWLP.

ook een nieuwe ervaringsdeskundige deel. Céline Deville gaf vervolgens een lezing over het thema "de kracht van woorden" en het belang van taalgebruik dat gericht is op de persoon in plaats van op consumptie. Na deze lezing besloten we voorzichtiger te zijn met de taal die we gebruikten en het woord verslaving* niet meer te gebruiken binnen onze werking.

Daarna hadden we een gesprek met Adrien Pierantonio, maatschappelijk werker bij Espace P⁶ in Luik, die verantwoordelijk is voor de verslavingsproblematiek. Hij presenteerde de structuren van [Espace P](#), de verschillende manieren en plaatsen waarop de vereniging werkt en het werk dat wordt uitgevoerd in het kader van het RIZIV-project over verslaving waar zij ook één van de partners zijn. Deze presentatie hielp bij het identificeren van een aantal raakvlakken tussen de thema's verslaving en prostitutie. Het hielp ook om de kennis van de CHW en het netwerk van ondersteunende diensten voor sekswerkers te versterken.

Tot slot was de namiddag van het seminarie gewijd aan de drugsproblematiek zelf, met een presentatie van Eric Husson, coördinator van het Lama-project⁷ in Brussel. Deze speler was geïdentificeerd als een van de prioritairere spelers voor de Brusselse CHW om te ontmoeten. Eric Husson begon met een inleiding over drugsgebruik, waarbij hij erop wees dat er niet zoiets bestaat als een drugsvrije maatschappij en dat het belangrijk is om verslaving holistisch te benaderen, rekening houdend met het individu, het product en de context (de driehoek van Olivenstein⁸). Hij benadrukte de verschillende "functies" die een product kan vervullen in iemands leven en het belang van het identificeren van deze functie bij het ondersteunen van mensen die het product gebruiken. Vervolgens presenteerde hij een animatie gebaseerd op de producten die bekend zijn bij CHW, waarbij hij ze indeelde in drie hoofdcategoryën: stimulerende middelen, depressieve middelen en hallucinogenen. Daarna gaf hij een aantal bronnen om onze kennis over de producten en hun effecten te verdiepen.

Deelnemers voor de RWLP: Céline Deville en Olivier Vangoethem.

Dinsdag 3 oktober 2023 (9.30-16.30) - Seminarie 5 (Namen)

Het vijfde seminarie was gericht op het verkrijgen van een beter inzicht in de actoren in de middelenmisbruiksector, door middel van een presentatie van Pascale Hensgens, coördinator van de Fedito Wallonne⁹, en het in kaart brengen van de actoren door de CHW en ervaringsdeskundigen volgens hun werkgebied.

Aan de hand van een participatieve aanpak die gebruikmaakte van de voorkennis van de CHW, stelde Pascale Hensgens de verschillende soorten actoren voor die betrokken zijn bij de verslavingssector, waarbij ze concrete voorbeelden gaf van verenigingen of structuren die actief zijn in Wallonië en Brussel. Ze legde ook uit hoe de verslavingsnetwerken in Wallonië werken.

Na deze presentatie werden de CHW en ervaringsdeskundigen ingedeeld volgens de geografische gebieden waarin ze werken en brachten ze de actoren die in hun gebied aanwezig zijn in kaart. Hun werk werd georganiseerd rond de categorieën die vertegenwoordigd zijn in de "Guide santé mentale et assuétudes" (Gids voor geestelijke gezondheid en verslaving)¹⁰ van het Réseau santé Namur, die de spelers classificeert volgens de eisen of behoeften van de doelgroepen.

⁶ <https://espacep.be/>

⁷ <https://www.projetlama.be/index.php/fr/>

⁸ Voor een voorstelling van de Olivenstein driehoek, zie de [infordrogues](#) pagina:
<https://infordrogues.be/informations/produits/tabac/>

⁹ <https://www.feditowallonne.be/>

¹⁰ <https://www.reseausantenamur.be/outils/guide-pratique>

Aan het einde van de dag presenteerde elke groep CHW en ervaringsdeskundigen hun werk, en in het bijzonder een belanghebbende in hun gebied waarvan zij vonden dat het nuttig zou zijn voor alle CHW om er meer over te weten. De kaarten werden vervolgens overhandigd aan Céline Deville en moeten nog worden gedigitaliseerd en opgemaakt zodat ze kunnen worden aangevuld en gebruikt door de CHW bij het uitvoeren van hun taken.

Deelnemers voor de RWLP: Céline Deville, Olivier Vangoethem en Jeremy Kulumba (+ logistieke ondersteuning van andere collega's voor het voorbereiden van zalen, pauzes en maaltijden).

[Uitgesteld] Seminarie oorspronkelijk gepland voor 9 november

Het zesde seminarie was oorspronkelijk gepland voor 9 november in Brussel, maar werd afgelast wegens een treinstaking. Dit seminarie, dat gewijd zou zijn aan de vraag "hoe een hulpbron te zijn voor het individu en zijn of haar familie", zal opnieuw georganiseerd worden in 2024, met de deelname van een medewerker van het Particular Educational Project (PEP)-team van de RWLP, evenals van de dienst Interstices van het CHU Saint-Pierre in Brussel, die ondersteuning biedt aan ouders die drugs gebruiken¹¹.

In plaats van een eendaags seminar ontvingen de CHW en hun coaches voorafgaand aan 9 november een reeks hulpmiddelen per e-mail, gekoppeld aan de thema's die tijdens de eerdere seminars waren onderzocht, namelijk hulpmiddelen over producten, de spelers in de verslavingssector, taal en hoe de kwestie als geheel aan te pakken.

20 oktober 2023 (11u-12u) Ontmoeting met de afdeling ervaringsdeskundigen van de SPP Maatschappelijke Integratie - (online)

Deze vergadering volgde op de aanwerving van een verslavingscoördinator (Catherine Cremers) door de dienst Ervaringsdeskundigen en maakte het mogelijk om een aantal samenwerkingsmogelijkheden te identificeren tussen het RWLP, het CHW-programma en de SPP voor Maatschappelijke Integratie in het kader van de projecten verslavingsproblematiek van het RIZIV. Na deze bijeenkomst werd afgesproken om de samenwerking voort te zetten, met deelname van experts uit het veld aan de seminariadagen, en van Catherine Cremers, verslavingscoördinator. Er werd ook afgesproken dat het delen van informatie over de voortgang van elkaars werk en de ingezette middelen alle partijen ten goede zou komen.

Deelnemers: Céline Deville, Annick Delepine, Catherine Cremers.

10 november 2023 (10u-12u) Bijeenkomst Actieplan 2024

Het doel van deze vergadering was om de actieplannen voor het volgende werkjaar te bespreken en om het eens te worden over de voortzetting van de samenwerking tussen het RWLP en het CHW-programma voor de Waalse en Brusselse regio. Na deze vergadering stelde de RWLP een actieplan op dat werd voorgelegd aan de stuurgroep van het CHW-programma en overgemaakt werd aan het RIZIV. Dit actieplan, dat als bijlage bij dit rapport is gevoegd, stelt een gelijkaardige aanpak voor 2024 voor, namelijk de organisatie van een maandelijkse seminarietag voor CHW en hun coaches of coördinatoren, gebaseerd op de behoeften en prioriteiten die door de CHW werden geïdentificeerd.

Deelnemers: Céline Deville, Karen Mullié, Debby Pauwels.

Dinsdag 5 december 2023 (9u30-16u00) - Seminarie 6 (Namen)

De zesde dag van het seminarie werd gehouden op dinsdag 5 december en concentreerde zich op de kwestie van houding en ondersteuning van het doelpubliek: hoe creëer je een

¹¹ <https://interstices-stpierre.be/>

vertrouwensrelatie? Welke houding moeten we aannemen tegenover mensen met een verslaving of middelengebruik? Hoe moeten we communiceren?

vzw Comme chez nous nam deel aan het evenement met twee medewerkers: Emmanuel Condé, hoofd gezondheidsbevordering, en Mathieu Renard, hoofd van het dagcentrum Le Rebond. Ze begonnen met een presentatie over het werk van de vereniging zonder winstoogmerk en haar verschillende werkterreinen (dagcentrum, vereniging ter bevordering van huisvesting, dienst voor sociale integratie en gezinsondersteuning). Aan de hand van een vraag-en-antwoordsessie met de CHW en experts uit het veld, spraken ze vervolgens over hun ervaring in het bieden van zorg aan mensen in zeer preciaire situaties die verband houden met verslaving, waarbij ze de nadruk legden op de rol van triangulatie tussen de persoon en andere diensten, het begrip tijd en het creëren van een vertrouwensband.

De middag was gewijd aan feedback van de CHW, coaches en ervaringsdeskundigen over dit eerste jaar van ondersteuning bij verslaving, door middel van een vragenlijst en een discussie in een grote groep. Deze evaluatie zal een leidraad zijn voor de inhoud en organisatie van de bijeenkomsten die gepland zijn voor 2024.

De door de CHW geïdentificeerde prioriteitsgebieden zijn onder andere (in volgorde van belangrijkheid):

- Verslaving en families (ouderschap-kinderen, jeugd; jeugdhulp, opvang volwassenen)
- Risicopreventie en -risicovermindering
- Benaderen van en communiceren met personen met een verslaving of middelengebruik
- Onderwijs, huisvesting, samenwonen, buurten en dakloosheid
- Onderwijs, justitie en detentie
- Verslaving en migratie, inclusief de realiteit van mensen zonder papieren
- Verslaving, lichamelijke gezondheid en geestelijke gezondheid; relaties met ziekenhuizen (noodgevallen)

Deelnemers voor de RWLP: Céline Deville en Jeremy Kulumba (+ logistieke ondersteuning van andere collega's voor het voorbereiden van zalen, pauzes en maaltijden).

19 december 2023 (13u tot 14u30) Bijeenkomst met de regionale coördinatoren die verantwoordelijk zijn voor de planning van het CHW programma in Wallonië en Brussel in 2024

Deze bijeenkomst bood de gelegenheid om het Actieplan 2024 te presenteren, de prioriteiten te bespreken die door de Waalse en Brusselse coördinatoren van het CHW-programma zijn geïdentificeerd en data voor seminars vast te stellen voor de eerste helft van het jaar. De volgende data zijn overeengekomen

- Dinsdag 13 februari 2024
- Donderdag 14 maart 2024
- Donderdag 4 april 2024
- Donderdag 16 mei 2024
- Dinsdag 4 juni 2024

Deze data zijn gecommuniceerd naar de CHW en hun coaches. Afhankelijk van de beschikbaarheid van de sprekers die momenteel worden overwogen, zullen er extra data worden toegevoegd.

Deelnemers: Houria Bounouch, Céline Deville, Dorothée Mardaga.

Verwante activiteiten

Naast alle hierboven vermelde activiteiten hebben het CHW programma en het RWLP ook twee keer samengewerkt, via :

- Een dag met activiteiten en intervisie voor CHW georganiseerd door de RWLP in Namen op vrijdag 8 september 2023 (9u30-16u00).
- De deelname van de Waalse CHW aan de Werelddag tegen Armoede op dinsdag 17 oktober 2023, en in het bijzonder het houden van een stand op de Place pour Agir door de CHW en hun coaches. In het kader van de stand organiseerden de CHW een evenement voor het grote publiek over de moeilijke toegang tot gezondheidszorg (zie foto).



2.3. Projectdoelstellingen en -prioriteiten bewaken

Het programma ter ondersteuning van CHW in de omgang met verslaving is gericht op 6 doelstellingen of prioriteiten. Om te bespreken hoe de activiteiten in 2023 aan deze doelstellingen hebben voldaan, hebben we ze gegroepeerd in drie categorieën. Dit is gebaseerd op het narratieve verslag hierboven en op de evaluaties door de CHW en coördinatoren van seminarie 6.

As 1: Een ondersteunend kader ontwikkelen voor CHW bij het uitvoeren van interventies en acties waarbij ze geconfronteerd worden met het verslavingsprobleem

As 6: De deskundigheid van de coördinator en coaches op het gebied van verslaving en middelengebruik vergroten om CHW beter te ondersteunen.

Dit zijn de twee prioriteiten die tijdens het eerste jaar van het project werden nagestreefd, aangezien de georganiseerde seminars bedoeld waren om:

- CHW in staat te stellen zich vertrouwd te maken met het onderwerp,
- zich vrij over het onderwerp uit te drukken en zichzelf vragen te stellen;
- vervolgens om een reeks antwoorden te geven op de vragen en behoeften die werden geïdentificeerd via externe sprekers en het delen van middelen en instrumenten.

Zoals hierboven vermeld, stelden we vast dat het kennisniveau en het comfort van de CHW met betrekking tot het onderwerp verslaving ongelijk was en daarom vonden we het belangrijk om activiteiten voor te stellen die een basiskennis voor iedereen zou verschaffen.

Bij de evaluatie van dit eerste jaar van ondersteuning stelden de CHW een aantal zaken vast die nuttig voor hen waren bij het uitvoeren van hun taken:

- Stereotypen uit de samenleving wegwerken
- tips ivm hoe mensen met een verslaving of middelengebruik benaderen, beter communiceren met mensen, de juiste woordenschat gebruiken
- Getuigenissen van facilitatoren preventie van ongelijkheid en veldwerkers, met levensverhalen die als een belangrijke bron zijn geïdentificeerd voor een beter begrip van de realiteit van de mensen met wie CHW werken.
- Betere kennis van producten en spelers in elke regio

De CHW benadrukken ook het belang van deze teammomenten, die hen in staat stellen om hun praktijken, de moeilijkheden op het terrein en de kleine en grote overwinningen te bespreken. Dit kwam ook al duidelijk naar voor tijdens de evaluatie van de intervisiesessies die werden georganiseerd als onderdeel van het partnerschap tussen het CHW-programma en de RWLP. De CHW benadrukten ook de waarde van ontmoetingen buiten de regionale teams, tussen Wallonië en Brussel, en de waarde van de deelname van coaches en coördinatoren aan deze dagen.

Een aantal CHW heeft echter aangegeven dat ze meer "theoretische" inhoud verwachten in 2024, en naast het verkennen van nieuwe thema's met betrekking tot verslaving, vragen ze ook om meer diepgaande kennis van de onderwerpen die ze al behandeld hebben: producten, actoren en communicatie. We zullen ook veel aandacht moeten besteden aan nieuwkomers bij de teams, om ervoor te zorgen dat de seminars die we organiseren, voldoen aan de behoeften van de hele groep.

As 4: Signalen verzamelen van Community health workers over verslavingskwesties

Tijdens het eerste jaar besloten we ons voornamelijk te richten op de vragen en behoeften die de CHW zelf hadden geïdentificeerd over het onderwerp verslaving, in plaats van op de structurele

signalen die zij kunnen identificeren. Het doel van deze aanpak was om ondersteuning te bieden die aansloot bij de behoeften en realiteiten die CHW dagelijks tegenkomen tijdens hun werk.

De trainings-/interviewdagen en de discussies die daaruit voortkwamen, hebben ons echter wel in staat gesteld om een aantal eerste bevindingen en signalen te identificeren, die hieronder worden gepresenteerd. In 2024 zullen een of meer seminar-dagen expliciet worden gewijd aan het verzamelen van structurele signalen en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen.

As 2: Partnerschappen in de geestelijke gezondheidszorg, gekoppeld aan het thema van de ontwikkeling van verslavingen en het waarborgen van de follow-up.

As 3: Deelnemen aan bestaande netwerken om verslaving te bestrijden

As 5: Bruggen bouwen met bestaande initiatieven in het veld, zowel partners in het projectwitboek als partners buiten het projectwitboek.

Ten slotte heeft dit eerste jaar van ondersteuning bij verslaving geholpen om bruggen te bouwen tussen het CHW-programma en een aantal actoren, naast de nauwere samenwerking met de RWLP. Eerst en vooral zijn er de sprekers op de verslavingsseminaries, die afkomstig zijn uit de sociale sector of de verslavingssector. Er is bijzondere aandacht besteed aan de keuze van deze sprekers, zodat de gebieden waarin ze actief zijn gevarieerd was en de CHW in de verschillende regio's potentiële partners in hun eigen gebied kunnen ontmoeten. Tijdens dit eerste jaar van ondersteuning konden de CHW mensen ontmoeten uit :

- Brussel: het Lama-project.
- Luik: Espace P en Sortir du bois.
- Charleroi: Comme chez nous vzw.
- Waals Gewest: La Fédito.

In 2024 blijven we het aantal stakeholders diversifiëren en proberen we actoren uit regio's die tot nu toe nog niet aan bod zijn gekomen (Verviers en de Duitstalige gemeenschap), erbij te betrekken.

Tijdens deze bijeenkomsten presenteerden de CHW hun werk systematisch aan de sprekers, wat hen ook in staat stelde om dit "nieuwe beroep" voor te stellen aan de gezondheids- en sociale zorgprofessionals met wie ze in contact komen. Het helpt ook om ieders rol te verduidelijken en de complementariteit tussen diensten te verkennen, wat volgens ons een belangrijk aspect is van het ondersteunende werk van de CHW. De CHW hebben immers een generalistische aanpak, waarvan de grenzen soms moeilijk vast te stellen zijn . Door mensen te ontmoeten die gespecialiseerd zijn in het ondersteunen van specifieke groepen, kunnen partnerschappen gesmeed worden om de rol van de CHW als bruggenbouwer tussen het doelpubliek en bestaande diensten vlotter te maken.

Het in kaart brengen van verslavingszorg helpt ook om deze doelstellingen te bereiken en werd door verschillende CHW in de praktijk nuttig geacht. Ze benadrukten de waarde van het hebben van een lijst van bestaande diensten in de buurt, of zelfs verder weg, die gebruikt kunnen worden als hulpbron. Sommigen vroegen om meer mensen te ontmoeten die betrokken zijn bij de verslavingssector in 2024, en op basis van de evaluaties werd een nieuwe lijst van potentiële belanghebbenden opgesteld.

De deelname van ervaringsdeskundigen aan seminars heeft het ook mogelijk gemaakt om partnerschappen tussen deze twee soorten professionals in het veld te creëren of te versterken. Verschillende CHW melden dat dit hen in staat heeft gesteld om bij verschillende gelegenheden samen te werken om gevallen op te volgen en de oplossing van bepaalde situaties te vergemakkelijken. Naast de regelmatige contacten die zijn gelegd, is er een goede samenwerking tussen de dienst

ervaringsdeskundigen en de RWLP bij het monitoren en uitwisselen van middelen en informatie over verslavingsondersteuning voor teams.

Tot slot merken we op dat sommige CHW al betrokken zijn bij bestaande verslavingsnetwerken, vooral in Brussel. De RWLP wil in 2024 verdere bijeenkomsten tussen verslavingswerkers, coaches en CHW uit de verschillende regio's faciliteren om verdere samenwerking op het terrein te formaliseren.

2.4. enkele eerste signalen en aanbevelingen

Zoals zojuist uitgelegd, vormde het verzamelen van structurele signalen niet de kern van het ondersteunende werk tijdens het eerste jaar. Uit gesprekken met de CHW en degenen die bij de activiteiten betrokken waren, kunnen echter een aantal eerste vaststellingen worden gehaald:

- De kennis en het comfort van CHW met betrekking tot het onderwerp verslaving is ongelijk, wat aantoont dat deze CHW eerst zelf ondersteuning en opleiding nodig hebben om vervolgens zelf de nodige ondersteuning te bieden moeten bieden aan personen die te maken hebben met verslaving of middelgebruik.
- Een centrale vaststelling is de complexiteit van de verslavingssector (en meer in het algemeen de gezondheidssector en de geestelijke gezondheidszorg), die moeilijk te begrijpen is voor professionals en dus ook voor het grote publiek. Het ontbreken van een algemene kaart van de sector draagt bij aan dit gebrek aan duidelijkheid en zichtbaarheid. deze cartografie bestaat wel in sommige plaatsen en voor andere niet.
- Een dergelijke kaart zou echter een groter gebied (regio of land) moeten bestrijken, aangezien uit de gehoorde getuigenissen blijkt hoe belangrijk het is om mensen naar verschillende diensten te kunnen doorverwijzen, afhankelijk van het soort product dat ze consumeren, de situatie van de persoon en ook de geuite behoeften. Een van deze behoeften is de behoefte om "weg te gaan/afstand te nemen" van waar ze wonen, om uit te wijken naar een andere wijk of stad (omdat consumptie bijvoorbeeld "te gemakkelijk" toegankelijk is voor een persoon met goede connecties waar ze nu verblijven). Met het oog op een dergelijke vraag is het globaal in kaart brengen van diensten - in het bijzonder residentiële diensten - een essentiële hulpbron.
- Een kaart van dit type zou ook de schaarste (of zelfs afwezigheid) van verslavingszorg in bepaalde gebieden kunnen aan de oppervlakte brengen, zoals dit het geval is in de Duitstalige gemeenschap. Voor de CHW is het gebrek aan geschikte diensten duidelijk een structurele belemmering om hun rol als verbindingspersoon en triangulatie tussen mensen en het gezondheidszorgsysteem goed te kunnen opnemen,.
- In grote steden, waar de diensten meer gediversifieerd zijn, merken de CHW ook op dat sommige diensten verzadigd zijn en dat de hulpverleners te weinig tijd hebben om mensen te ondersteunen. Wanneer een persoon hulp wil, is het vaak moeilijk om een dienst te vinden die dit onmiddellijk kan bieden, wat ertoe kan leiden dat de persoon terugkrabbelt.
- De CHW vragen om meer kennis over verslaving in relatie tot andere thema's: huisvesting, dakloosheid, jeugd, migratie, het verlaten van de gevangenis en verschillende instellingen. Dit onthult de verwevenheid van verslaving en middelengebruik, levensomstandigheden en de kwetsbaarheid van de mensen die we ontmoeten. Dit toont aan dat er meer structurele en preventieve actie nodig is om de leefomstandigheden van de betrokken mensen aan te pakken. Mensen die leven met "trop peu de tout" hebben weinig controle over hun eigen gezondheid. Hoewel gezondheid een centraal aandachtspunt is, wordt het soms toch wat achteruit geschoven omdat allerlei materiële en basisbehoeften zoals een dak boven het hoofd of voldoende te eten voor de kinderen logischerwijs voorrang krijgen. Geconfronteerd

met mensen in dergelijke situaties is het werk van CHW complex, omdat het schommelt tussen toegang tot gezondheidszorg en actie op het gebied van alle determinanten van gezondheid.

- We zien ook een kloof tussen :
 - o De standpunten van betrokkenen uit de verslavingssector en van experts op dit gebied, waaronder mensen met ervaring met het onderwerp, die de noodzaak benadrukken om te luisteren, ondersteuning te bieden, rekening te houden met het individu in zijn of haar eigen context, de functie van het product in het leven van mensen te identificeren zodat ze de cyclus van consumptie kunnen doorbreken, en een beleid van preventie, ondersteuning en schadebeperking te ontwikkelen dat ondersteunend en niet-stigmatiserend is;
en
 - o Wijdverspreide media en politiek discours, evenals repressieve maatregelen die verslaving en middelengebruik centraal stellen in plaats van het individu, bestendigen stigmatisering, vooroordelen en angst ten opzichte van deze mensen , waardoor ze hun eigen individuele verantwoordelijkheid niet onder ogen kunnen zien.

Tot slot moet worden opgemerkt dat een constante bekommernis van de CHW verband lijkt te houden met mobiliteit, zowel in hun ondersteuning van het publiek naar gezondheidsdiensten (gebrek aan middelen en diensten om mensen fysiek te begeleiden, vooral wanneer ze niet met het openbaar vervoer kunnen reizen), als in hun persoonlijke mobiliteit (voorfinanciering van treinkaartjes voor reizen als onderdeel van verslavingsondersteuning, wat een aanzienlijk budget kan zijn voor werknemers). Het CHW-programma moet deze kwesties blijven onderzoeken om de meest geschikte oplossingen te kunnen bieden.

BIJLAGEN

Bijlage 1 – Rollen van federale en regionale coördinator – in detail

De rollen van de **federale coördinator** zijn als volgt:


- Maakt in samenwerking met het projectteam een actieplan op
- Zorgt ervoor dat alle onderdelen van het programma worden verwerkt, georganiseerd en vooruitgang boeken conform de vooraf vastgelegde tijdlijnen
- Volgt de realisatie van de programmamijlpalen en kwaliteit op
- Wijst rollen en taken aan teamleden toe op basis van individuele sterke punten en mogelijkheden
- Assisteert bij het toewijzen van taken aan relevante partijen zoals coaches en CHW en voert regelmatig controles uit voor statusupdates
- Bevordert een goede samenwerking tussen verschillende ziekenfondsen en waakt over de samenhang tussen de regio's
- Volgt het budget van het programma op
- Motiveert medewerkers en coördineert of stuurt het projectteam aan
- Rapporteert aan de sponsor
- Organiseert en bereidt de vergaderingen van de stuurgroep voor
- Escaleert overschrijdingen van de planning en het budget aan de stuurgroep en sponsor
- Informeert en rapporteert aan de stuurgroep
- Rapporteert tussentijds aan het begeleidingscomité
- Volgt de samenwerking met I.M. op die de ondersteunende diensten inzake HR, DPO en IT aanlevert voor het programma en is eerste aanspreekpunt voor I.M.
- Treedt op als tussenpersoon voor de externe partners op federaal niveau en gaat actief op zoek naar mogelijke samenwerkingen
- Neemt leiding in de ontwikkeling van visie naar de toekomst in co-creatie met projectteam, sponsor en de stuurgroep


De rollen zoals omschreven voor de **regionale coördinator**, zijn de volgende:

- Creëert mee draagvlak voor het programma en neemt de rol van ambassadeur van het programma op zowel intermutualistisch als naar externe actoren toe
- Voegt expertise toe aan het projectteam
- Werkt mee aan de realisatie van de ambitie en doelstellingen van het programma
- Werkt mee aan het opstellen en realisatie van een actieplan
- Motiveert de CHW en coaches binnen zijn/haar regio en coördineert
- Zet in op samenwerking op mesoniveau en ondersteunt en versterkt de coaches in de uitbouw van een samenwerkingsnetwerk op lokaal niveau
- Stuurt de coaches aan
- Monitort en rapporteert de voortgang van het programma voor zijn/haar regio aan de federale coördinator
- Volgt de realisatie van de taken toegewezen aan coaches en/of CHW op voor zijn/haar regio en voert regelmatig controles uit voor statusupdates
- Lost eventuele problemen of tegenslagen op die zich tijdens het programma voordoen binnen zijn/haar regio

- Kan beslissingen nemen voor zijn/haar regio binnen de toegekende autonomie
- Neemt deel aan het projectteam en werkt mee aan regio-overschrijdende initiatieven
- Zorgt ervoor dat de regionale realiteit voldoende meegenomen wordt binnen het federale kader van het programma
- Bevordert een goede samenwerking tussen de verschillende ziekenfondsen op regionaal niveau
- Zorgt voor wisselwerking intra- en interregionaal door o.m. organisatie van gezamenlijke intervisiemomenten voor coaches en CHW
- Zorgt voor monitoring van het regionaal toegewezen budget en escaleert overschrijdingen aan de federale coördinator
- Rapporteert tussentijds aan de federale coördinator en neemt actief deel aan het projectteam
- Zorgt voor structurele monitoring van de data uit de registratietool , stuurt bij waar nodig en zorgt voor rapportering naar het projectteam op regelmatige basis
- Neemt op vraag van de federale coördinator deel aan het begeleidingscomité voor tussentijdse rapportage voor zijn/haar regio
- Treedt op als tussenpersoon voor de externe partners op regionaal en supraregionaal niveau

Bijlage 2 - Tabel 'CHW in de kijker'

Datum	Wat?	Publiek	Link (indien beschikbaar)
07.02.2023	Een award werd uitgereikt aan de Antwerpse CHW op het Gala van de Gouden Reuskens in Borgerhout	Borgerhouts publiek	
21.02.2023	Een presentatie (+- 20 minuten) van het CHW-programma op het webinar 'Les midis scientifiques' van Be.Hive door de federale coördinator en het Brusselse CHW-team.	Het doelpubliek bestond uit onderzoekers én eerstelijnsprofessionals, leden van AViQ, Brusano, e.d.	
28.02.2023	Een presentatie over het CHW-programma op het Weconnect evenement van Solidaris, gegeven door de Vlaamse Coördinator en een CHW	Medewerkers Solidaris Vlaanderen	
Jan-Jun 2023	Een artikel over de werking van CHW in Oostende aan de hand van een interview met twee CHW, in de regionale geschreven pers: het eerste semestriële magazine van 2023 van SAAMO West-Vlaanderen.	Lezers SAAMO West-Vlaanderen	

25.03.2023	Het CHW-team in Tienen won de culturele diversiteit award 2023. Dit binnen de categorie “organisatie die bijdraagt aan een divers, participatief, solidair en respectvol Tienen”. In totaal hebben meer dan 900 mensen uit Tienen hun stem uitgebracht.	Inwoners Tienen	
01.05.2023	Publicatie op website CBCS: een interview met Fanny Wacket, CHW Brussel. Titel van het artikel: ‘Des Community Health Workers pour pallier au non-recours ?’	Lezers website CBCS	
22-24.05.23	<p>Verschillende vormen van output rond het CHW-programma op <i>The international conference on Integrated Care (ICIC23)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Workshop</u>: “Community health workers as bridge builders towards integrated care?” Met diverse sprekers: onder andere een CHW, leden van CHW-programma team, Logo Antwerpen (Gezondheidskiosk), Academie voor de eerste lijn en Be. hive ● <u>Presentatie</u>: “Community health workers improving access to healthcare for people living in vulnerable circumstances in Belgium”. Resultaten photovoice studie jaar 1 ● <u>Video</u>: “Community health workers in Belgium” Korte video waarin op op pad gegaan wordt met een CHW tijdens diens dagelijks werk. 	Academici, beleidsmedewerkers, gezondheidszorgactoren etc.	

23.05.2023	<p>Een presentatie en rondetafeldiscussie door en met de Vlaamse CHW-coördinator op het virtuele event “Intersectionality and healthcare lessons learned from Resistiré” in het kader van de European Public Health Week 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • A brief introduction of the Community Health Workers project and your role in it; • Lessons learned from the project (especially promising practices that could be taken up by other organisations/ stakeholders/ countries). 	Organisaties en academici bezig rond kwetsbare groepen en gezondheidszorg	
01.06.2023	Presentatie door Caroline Masquillier op de ' <i>CHW Indicators Project advisory board in the United States (CDC and WHO funded project)</i> '- in de serie “The Power of Measuring Well Being” A regular series of presentations by sites using the CHW Common Indicators		
13-15.06.2023	Deelname door Caroline Masquillier (UA-onderzoeker) aan <i>Global Community Health Annual Workshop – Third Edition</i> . Zij vertegenwoordigde het CHW-programma in de sessie ‘Voices from the field’.	Academici, beleidsmakers, gezondheidsmedewerkers, en geïnteresseerden.	
13.06.2023	Deelname door de Vlaamse Coördinator als vertegenwoordiger van het CHW-programma en geïnviteerde expert aan een workshop rond rechtsbescherming van kwetsbare ouderen in de zorg, georganiseerd als deel van Resisteré.	Organisaties en academici met focus op kwetsbare groepen en gezondheidszorg	

12-15.11.2023	<p>Poster presentatie op de American Public Health Association Conference</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Titel poster: “Reciprocal learning between the United States and Belgium: Developing indicators for community health worker programs worldwide” ● Auteurs poster: Keara Rodela; Noelle Wiggins; Celeste Sanchez Lloyd; Iuliia Volokha; Hilal Tuncyurek; Olivier De Rycke; Bendict Mayuku; Yusra Ben Hassoune; Amina Faris; Bino Yousef; Megan Hubert; Manon Vanuytrecht; Meriam Ajouaoui; Maité Clippe; Alicia Sculteur; Jef Claeys; Karen Mullie; and Caroline Masquillier 		
23.11.2023	<p>Presentatie op het seminarie ‘Migratie en mentale gezondheid’ (in organisatie van Instituut Tropische Geneeskunde en Universiteit Antwerpen). Voorstelling van het CHW-programma en initiatief ‘Ericare’, groepstherapie rond migratie, trauma en veerkracht in het Tigrinya en Nederlands, voortgevloeid uit de samenwerking van CHW-team Gent met Open Netwerk VZW.</p>	Onderzoekers, zorgverleners, beleidsmakers, vertegenwoordigers van NGO’s, geïnteresseerden.	
28.11.2023	<p>Presentatie “Samenwerkingen tussen CHW en Eerstelijnszorg” door Hanne Apers (Universiteit Antwerpen) en Iuliia Volokha (CHW Tienen) op de Conferentie van de Eerste Lijn</p>	Eerste lijn zorgverleners, onderzoekers, beleidsmakers, enzovoort	

Doorheen 2023	CHW en coaches stellen regelmatig het CHW-programma voor aan potentiële samenwerkingspartners (VZWs, wijkgezondheidscentra, OCMW-diensten, enzovoort)		
Doorheen 2023	De CHW-teams hebben verschillende sociale media pagina's zoals Facebook-pagina's, LinkedIn-paginaom lokaal informatie te verspreiden naar de steden waarin ze actief zijn en hun doelpubliek.		

Bijlage 3 – Tabel Opleidingen (thematische categorisatie)

Datum	Titel en inhoud	Duur	Regio	Plaats	Deelnemers	Opleiding door
Educatieve opleidingen						
01.02.2023	Sociale verschillen in Covid-19 vaccinatie	1 uur	Brussel	Online	2 CHW	HELICON
17.02.2023	Het Deense gezondheidszorgsysteem: een ander paradigma in de volksgezondheid. Over de Deense ervaring met gezondheidszorgintegratie als lokaal beleidsthema.	2 uur	Brussel	Online	2	Vereniging ESPT
24.03.2023	Gezinshereniging	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	CRIC Gilly	1 CHW	Centre Régional d'Intégration Charleroi (CRIC)
28.03.2023	Immencité/rue dela bascule: een educatief hulpmiddel rond het verliezen van een woonst	4 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Verviers	3 CHW en 2 coaches	
31.03.2023	Vorming vreemdelingenrecht	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	CRIC Gilly	1 CHW	CRIC
07.04.2023	Sociale bijstand en werk	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	CRIC Gilly	1 CHW	CRIC

25.09.2023	Inleiding tot sociale zekerheid	3 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Solidaris	3 CHW	Isabelle Moreau
Klinische en praktijkgerichte opleidingen						
07.02.2023	Niet-medicamenteuze aanpak van de ziekte Alzheimer	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Ziekenhuis Vesale	2 CHW	
09.03.2023	Gendergerichte aanpak in het maatschappelijk werk (steun voor dakloze vrouwen)	½ dag	Brussel	Brussel	2	OCMW Sint-Gillis
15.03.2023	Huisvesting en mentale gezondheidsproblemen vs. verslavingen, een onmogelijke vergelijking?	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap		CHW-team	
04.04.2023	Actie ondernemen om roken te voorkomen	½ dag	Brussel	Luik	2	FARES
04.04.2023	Vorming rookpreventie	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Luik	1 CHW	
20.04.2023	Gok- en andere verslavingen: leren kennen van diensten via spel	2 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	La Maison d'Adolescent	CHW-team	
27.04.2023	Waardig leven	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Brussel	4 CHW en 1 coach	
30.05.2023	Een ochtend rond geestelijke gezondheid in Oost-Brussel	½ dag	Brussel	Brussel	1	Antenne Oost-Brussel en netwerken Brumenta en Bru-Stars
31.05.2023	Rookpreventie	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Verviers	1 CHW	
18, 19 en 20.09.2023	Basiscursus EHBO	3 dagen	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Brussel	1 CHW	FEBI
08.09.2023	Infomoment/ Bijeenkomst rond Dementie RZ Tienen		Vlaanderen	Tienen	2 CHW	LDC Sint-Alexius

25.09.2023 (NM)	Suicidepreventie	½ dag	Vlaanderen	Roeselare	9 CHW en 2 coaches	CGG – SP West- Vlaanderen
29.09.2023	Vorming over drugsgebruikers en kwetsbaarheid (communicatie tussen maatschappelijk werkers en druggebruikers, doorbreken van stereotypen, drempelverlagend werken, etc.)		Brussel	Brussel	2	Project Lama via het Comité 0.5
17.10.2023	Vorming over mentale gezondheid en kwetsbaarheid (beter leren communiceren met dit publiek)	½ dag	Brussel	Brussel	2	Entr'Aide des Marolles, via het Comité 0.5
1.12.2023	Vorming over de zorg voor senioren die geïsoleerd leven	½ dag	Brussel	Brussel	2	ZOOM senior via comité 0.5
Navigatie in het gezondheidssysteem						
1 x/maand	Digitaal gezondheidsdossier	1u30	Brussel	Online	4	Gezondheidsnetw erken Brussel
23.03.2023	De verplichte verzekering	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Solidaris	CHW- team	Solidaris, M. Ravagni
26.05.2023	Geestelijke gezondheid : overzicht van de ondersteuningsopties op 1 ^e lijn	1 uur	Brussel	Online	2	Brusano
13.06.2023	e-Health & Brussels Gezondheidsnetwerk: de basis	1 uur	Brussel	Online	1	Brussels Gezondheidsnetw erk
13.11.2023	Toegang tot de gezondheidszorg voor buitenlanders	4 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Luik	6 CHW	
Ondersteuning en zelfmanagement opleidingen						
07.09.2023	Een stevige band door spreken	1 dag	Vlaanderen	Brussel	14 CHW	FEBI

07.09.2023	Gesprekstechnieken	1 dag	Vlaanderen	Genk	4 CHW	Interne opleiding (IM)
20.09.2023	Omstaandertraining	½ dag	Vlaanderen	Genk	1 CHW	
25.09.2023, 13.11.2023 en 11.12.2023	Intervisie over het thema toegankelijkheid en ontvangst	2 uur	Brussel	Brussel	1	Entr'Aide des Marolles, via het Comité 0.5
16.11.2023	Vorming "en wat vind jij ervan?" van CM (gebruik van animatie-tools van CM voor sensibilisering over gezondheid)	½ dag	Brussel	Brussel	12	CM Anspachlaan
Persoonlijke ontwikkeling						
27.04.2023	Psychosociale competenties	8 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Verviers	2 CHW	
25.09.2023 (NM) 03.10.2023 (VM)	Hoe een intervisie organiseren?	1 dag	Vlaanderen	Online	Coaches	FEBI
06.10.2023	'Neem de tijd om uw tijd te beheren' – cursus time-management	1 dag	Alle regio's			Guillaume Beyens

Onderzoek						
	Training registratietool					
Andere						
9.09.2023 (Oostende) 03.10.2023 (Hasselt en Tienen) 09.10.2023 (Antwerpen)	Excel/Outlook	1 dag	Vlaanderen	Oostende, Antwerpen, Hasselt en Tienen	20 CHW	
07.03.2023	Vorming Prime Time (HR- tool)	1 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Teams	Coach + CHW- team	Déborah Fadili
27.11.2023	Informatica: basisopleiding van Outlook, Word en Excel	4 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Seraing	6 CHW	
29.11.2023	Informatica: basisopleiding van Outlook, Word en Excel	4 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Seraing	6 CHW	
11.12.2023	Informatica: basisopleiding van Outlook, Word en Excel	4 uur	Wallonië & Duitstalige gemeenschap	Seraing	6 CHW	