

Dankbetuiging

De auteurs willen graag alle community health workers, teamverantwoordelijken, coördinatoren en de vertegenwoordiger van de InterMutualistische stuurgroep hartelijk bedanken voor 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).

Gelieve naar het rapport te verwijzen als:

Apers Hanne, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, Onderzoeksrapport 2025 – De ontwikkeling van een Theory of Change in het Community Health Workers-programma, Universiteit Antwerpen: Antwerpen, 32 p., DOI: 10.63028/10067/2212610151162165141

Illustratie Cover

Gheleyne Bastiaen, www.gheleynebastiaen.be

Inhoud

1	Inleiding.....	4
1.1	Het ToC- ontwikkelingsproces	4
1.2	Participatief proces	5
1.3	Kader voor evaluatie.....	6
1.4	De toepassing van ToC binnen het CHW-programma.....	6
2	Methodologie	6
2.1	Selectie van deelnemers	7
2.2	Dataverzameling	7
2.3	Data-analyse	8
2.4	Ethische procedure.....	9
3	Resultaten	10
3.1	Lange- en kortetermijndoelen, strategieën en activiteiten	10
3.1.1	Langetermijndoel 1	10
3.1.2	Langetermijn doel 2.....	13
3.1.3	Langetermijn doel 3.....	15
3.1.4	Langetermijn doel 4.....	17
3.2	Indicatoren	19
3.3	Onderliggende hypothesen en externe (risico) factoren.....	21
3.3.1	Onderliggende hypothesen	21
3.3.2	Externe factoren en risico's.....	22
4	Discussie	22
4.1	Uitdagingen in een verdere ontwikkeling van de ToC binnen het CHW-programma	22
4.1.1	Aandachtspunten in de conceptualisatie van de ToC	23
4.1.2	Inhoudelijke discussiethema's.....	23
4.2	Situering van de resultaten in een bredere, wetenschappelijke context.....	24
4.2.1	ToC als richtinggevend kader	25
4.2.2	De ToC als dynamisch, participatief ontwikkeld werkinstrument	25
4.2.3	ToC als framework voor evaluatie.....	26
4.3	Sterktes en beperkingen van het onderzoek	27
4.3.1	Sterktes	27
4.3.2	Beperkingen.....	27
5	Aanbevelingen	28
6	Referenties	31

1 Inleiding

In dit onderzoeksrapport worden de methodologie en resultaten beschreven van het ontwikkelen van een Theory of Change (ToC) in het Belgische Community Health Workers (CHW)-programma. Een Theory of Change is een gestructureerd denkkader dat beschrijft hoe en waarom een programma verondersteld wordt tot bepaalde resultaten te leiden (Breuer et al., 2016; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020; De Silva et al., 2014). Het maakt expliciet welke veranderingen worden nagestreefd, via welke stappen en onder welke aannames, en hoe deze elementen met elkaar samenhangen (The Center for Theory of Change, 2019). Door deze relaties systematisch in kaart te brengen, draagt een Theory of Change bij aan een gedeeld begrip en afstemming tussen betrokken actoren. Daarnaast vormt het een referentiekader voor reflectie, leren en evaluatie tijdens de implementatie, doordat duidelijk wordt welke mechanismen tot verandering zouden moeten leiden (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). De Theory of Change wordt dan ook veel gebruikt bij het plannen, uitvoeren en evalueren van complexe interventieprogramma's.

1.1 Het ToC- ontwikkelingsproces

Om een ToC te ontwikkelen, wordt aan de hand van 'backwards mapping', d.w.z. in terugkerende stappen, een visueel schema gecreëerd van hoe activiteiten binnen een programma bijdragen aan de beoogde impact ('change') en programmadoelstellingen (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Tijdens een interactief reflectieproces met verschillende actoren binnen het programma worden eerst de langetermijndoelen bepaald (The Center for Theory of Change, 2019). Vervolgens wordt samen onderzocht welke tussenstappen en voorwaarden nodig zijn om deze doelen te bereiken en hoe de verschillende elementen met elkaar samenhangen. Zo worden concrete kortetermijndoelen geformuleerd, gevolgd door de strategieën die nodig zijn om deze te realiseren, en de concrete acties die daarvoor moeten worden uitgevoerd. Door alle componenten en hun onderlinge relaties visueel in kaart te brengen, ontstaat een duidelijk overzicht van welke acties reeds plaatsvinden en welke bijkomende inspanningen nodig zijn om de beoogde (tussen)resultaten en programmadoelstellingen te behalen.

Naast het in beeld brengen van dat veranderingsproces worden ook indicatoren gedefinieerd: meetbare elementen die weergeven in welke mate de doelstellingen worden bereikt (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020; The Center for Theory of Change, 2019). Deze indicatoren maken de opvolging en evaluatie van het programma mogelijk. In een laatste fase wordt nagegaan welke factoren het behalen van de doelen kunnen beïnvloeden. Daarbij wordt gereflecteerd over de aannames die aan de basis liggen van het programma: de onderliggende veronderstellingen over hoe en waarom bepaalde acties tot de gewenste resultaten zullen leiden. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan externe omstandigheden of gebeurtenissen die het functioneren van het programma kunnen beïnvloeden of de realisatie van de doelstellingen kunnen belemmeren, maar die buiten de directe controle van het programma vallen.

In de laatste stap wordt deze elementen toegevoegd aan de visuele voorstelling (Breuer et al., 2016), zoals ook weergegeven in het schematische voorbeeld van een ToC in figuur 1.

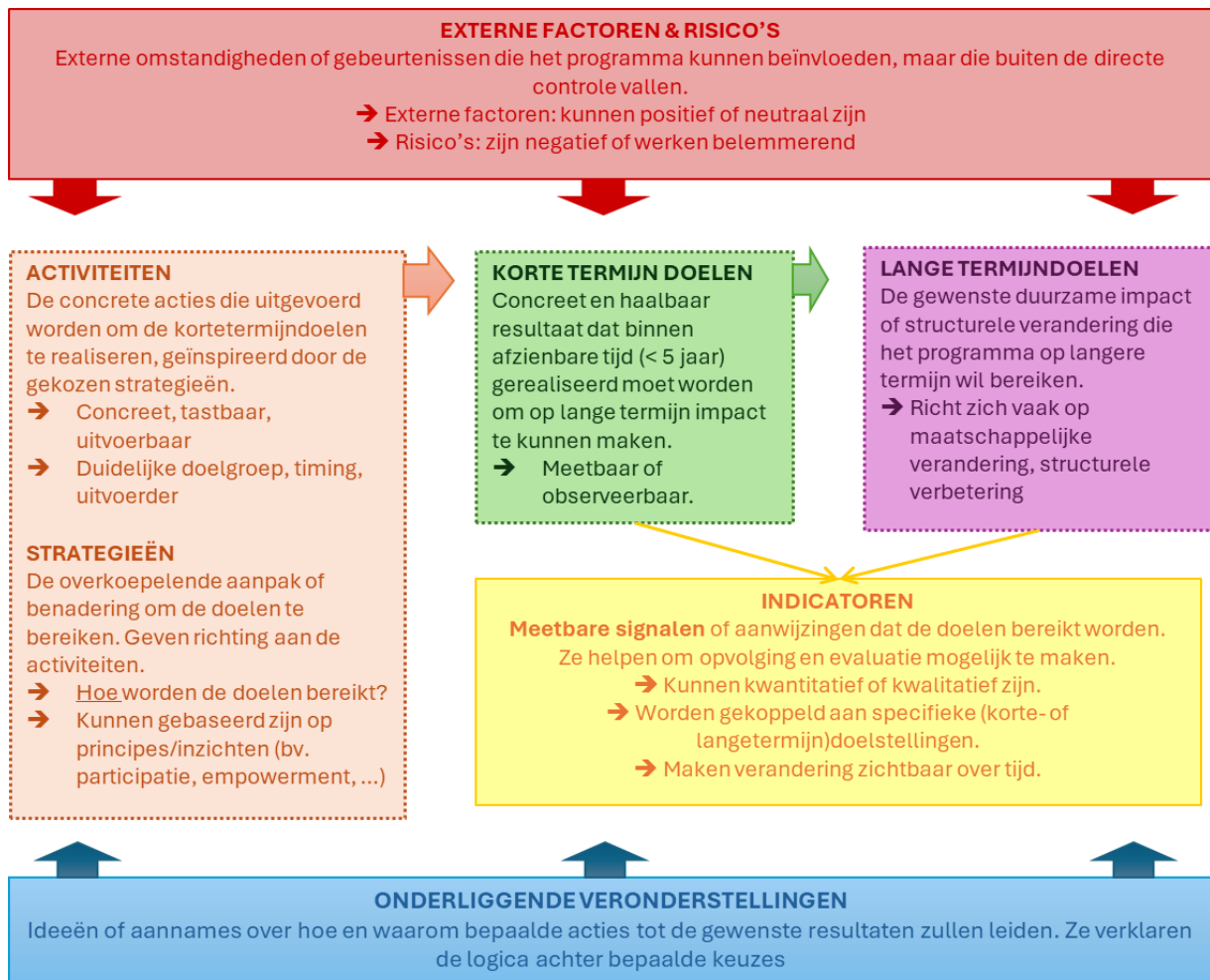


Fig. 1 Schematische, gevisualiseerde voorstelling van een Theory of Change

Het resultaat van een ToC-ontwikkelingsproces biedt geen vaststaand eindpunt, maar een dynamisch instrument: een leidraad en gestructureerd denkkader dat voortdurend kan worden getoetst en aangepast aan de veranderende context waarin een programma opereert (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Idealiter wordt een ToC daarom opgesteld tijdens de initiële planningsfase van een programma en voortdurend bijgesteld tijdens het uitvoeren van het programma (Breuer et al., 2016). In de praktijk, onder andere ook door financiële redenen, is hier echter vaak weinig tot geen tijd en ruimte voor (Mackenzie & Blamey, 2005), en wordt een ToC vaak pas in een latere fase van het programma ontwikkeld.

1.2 Participatief proces

Een belangrijke meerwaarde in het uitwerken van een ToC is dat het een participatieve aanpak stimuleert, waarbij verschillende actoren binnen het programma gezamenlijk reflecteren op de acties en mechanismen die bijdragen aan de effectiviteit ervan (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Het betrekken van deze actoren is essentieel, want hun perspectieven en ervaring helpen om een genuanceerd beeld te krijgen van de contextuele dynamieken waarbinnen het programma wordt uitgevoerd. Een goed begrip van die context maakt het mogelijk om beter te begrijpen hoe en waarom het programma in een specifieke omgeving effectief zal zijn (Breuer et al., 2016). Dit is bijzonder waardevol binnen het domein van *community health*, waar interventieprogramma's vaak plaatsvinden in dynamische en onvoorspelbare omgevingen (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Bovendien creëren deze inzichten de mogelijkheid om op basis van de lokale context en praktijkervaringen steeds opnieuw bij te leren en het programma bij te sturen waar nodig (De Silva

et al., 2014). Het samenwerken met verschillende actoren vergroot bovendien het draagvlak voor implementatie van de gezamenlijk ontwikkelde ToC (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020; De Silva et al., 2014).

1.3 Kader voor evaluatie

Het toepassen van een ToC draagt ook bij aan de evaluatie van programma's, door na te gaan welke acties ondernomen zijn en of deze de beoogde doelen hebben bereikt (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Doordat het een gestructureerd beeld biedt op de actieve dynamieken binnen een programma en de strategische doelen helpt een ToC de planning en uitvoering ervan te verbeteren. Dit duidelijke, gevisualiseerde overzicht van hoe verschillende onderdelen van een programma met elkaar samenhangen, kan helpen bij het bepalen welke gegevens nodig zijn om de effectiviteit te meten (Breuer et al., 2016). Binnen een ToC worden bovendien zowel kwantitatieve als kwalitatieve indicatoren ontwikkeld om de voortgang en impact van een programma te volgen. Op basis van de dynamische, nieuwe inzichten uit de praktijk die in een ToC geïntegreerd worden, is het eveneens mogelijk om evaluatiecriteria flexibel aan te passen aan de veranderende realiteit waarin het programma uitgevoerd wordt (De Silva et al., 2014).

1.4 De toepassing van ToC binnen het CHW-programma

In dit onderzoeksrapport worden de methodologie en resultaten beschreven van het ontwikkelen van zo'n Theory of Change binnen het Belgische CHW-programma. Het CHW-programma richt zich op het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties (Masquillier et al., 2022). Het beoogt niet enkel praktische ondersteuning te bieden, maar ook duurzame, structurele veranderingen te realiseren in de manier waarop kwetsbare groepen toegang krijgen tot zorg. Het ontwikkelen van de ToC biedt inzicht in welke acties en doelen binnen het programma prioritair zijn om die gewenste veranderingen te verwezenlijken (De Silva et al., 2014).

Het gebruik van de ToC als methodologisch kader is bijzonder waardevol omdat het helpt om de onderliggende mechanismen en voorwaarden voor succes zichtbaar te maken. Door samen met alle betrokkenen, stap voor stap, een gedeeld en helder beeld te creëren van hoe interventies bijdragen aan het gewenste resultaat—rekening houdend met de lokale context (Breuer et al., 2016; De Silva et al., 2014), sluit deze aanpak goed aan bij de uitdagingen van het Belgische CHW-programma. Het afstemmen van de werking op de diverse en complexe noden van kwetsbare groepen is immers een essentieel aspect van het CHW-programma.

Omdat een ToC eerder een dynamisch werkinstrument is dan een statisch proces met vaststaande eindresultaten (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020), lopen methodologie en resultaten door elkaar heen, en dienen de beschreven resultaten dus niet als definitief te worden gezien, maar als een leidraad waar in de toekomst van het CHW-programma verder aan gesleuteld en gebouwd kan worden.

2 Methodologie

De Theory of Change werd ontwikkeld aan de hand van interactieve, participatieve workshops op twee niveaus: met een selecte groep van CHWs en teamverantwoordelijken (TVs), en met coördinatoren en een vertegenwoordiger van de Intermutualistische stuurgroep. In wat volgt wordt naar deze laatste groep verwezen als 'beleidsteam'.

2.1 Selectie van deelnemers

Alle CHWs en TVs werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Uit de groep geïnteresseerden werd vervolgens een vaste kern van deelnemers geselecteerd, waarbij gestreefd werd naar een evenwichtige vertegenwoordiging op het vlak van regio, gender en ervaring. Alle coördinatoren en een vertegenwoordiger van de Intermutualistische stuurgroep, het overkoepelend bestuursorgaan van het CHW-programma, namen eveneens deel aan het onderzoek.

2.2 Dataverzameling

Er vonden in totaal 9 workshops plaats: 4 aparte workshops met beide groepen en een laatste, gezamenlijke workshop waarin een finale versie van de ToC werd besproken. Tijdens de workshops werd gebruikt gemaakt van interactieve technieken en post-it-oefeningen om de verschillende stappen in de ontwikkeling van een ToC uit te werken. In wat volgt, wordt aan de hand van de verschillende ontwikkelingsfasen in een ToC dieper ingegaan op de inhoudelijke doelen van de workshops.

Fase 1: Formulering van lange- en kortetermijndoelen

Tijdens een eerste workshop met het beleidsteam werden, vertrekkend van de missie en visie van het CHW-programma, de langetermijndoelen geformuleerd: de resultaten die het programma op langere termijn nastreeft. Deze zijn niet onmiddellijk realiseerbaar, want vaak ook afhankelijk van externe factoren en spelers, maar hebben een gewenste duurzame impact of structurele verandering voor ogen, waar binnen het programma naar toegewerkt wordt. Op basis van deze langetermijndoelen, aangevuld met thematische input uit het jaarlijks werkplan van het CHW-programma, werden kortetermijndoelen geformuleerd die binnen vijf jaar haalbaar zijn binnen het CHW-programma. De output van deze workshop met het beleidsteam werd vervolgens besproken tijdens een eerste sessie met de groep van CHWs en TVs. Daarbij lag de nadruk op de accuraatheid en formulering van de doelstellingen, evenals op de vraag of de voorgestelde doelen de volledige reikwijdte van het programma weerspiegelen.

Fase 2: Bepalen van strategieën en activiteiten

In de daaropvolgende workshops lag de focus op het verder uitwerken van de volgende stap binnen het *backwards mapping*-proces van een ToC: het identificeren van de strategieën die de gekozen aanpak en richting bepalen voor de concrete en uitvoerbare activiteiten die nodig zijn om de vooropgestelde doelen te realiseren. Deze stap werd in beide groepen, eerst in de workshop met het beleidsteam en vervolgens met de groep van CHWs en TVs uitgewerkt, waarbij opnieuw inspiratie geput werd uit het bestaande werkplan van het CHW-programma. Daarin worden immers verschillende acties opgelijst die binnen de huidige werking van het CHW-programma reeds vooropgesteld worden. Tijdens de workshop met de CHWs en TVs werd in het bijzonder aandacht besteed naar het verbinden van de doelstellingen uit de eerdere workshops met de dagelijkse praktijkervaring van de CHWs en TVs.

Tussentijds werd de output van de workshops door de onderzoeker verwerkt tot een visueel Theory of Change-diagram. Dit diagram werd via een online tool ter beschikking gesteld aan het beleidsteam, dat de mogelijkheid kreeg om feedback en suggesties te formuleren. Daarnaast werd het beleidsteam gevraagd om een individuele denkoefening uit te voeren ter voorbereiding

op de volgende workshops, namelijk het formuleren van mogelijke indicatoren, als ook het in kaart brengen van externe factoren en risico's.

Fase 3: Identificeren van externe risico's, onderliggende aannames

In een volgende fase van het interactieve ToC-proces werd aandacht besteed aan het identificeren van externe risico's en het expliciteren van de onderliggende aannames binnen de ToC. Deze stap had tot doel om de samenhang en haalbaarheid van de voorgestelde ToC kritisch te toetsen en inzicht te krijgen in de factoren die het realiseren van de doelstellingen kunnen beïnvloeden. Op basis van de voorbereidende oefening met het beleidsteam, aangevuld met input gegenereerd via AI-tools, werden mogelijke risico's en veronderstellingen opgesteld. Deze lijst diende als vertrekpunt voor verdere bespreking en verfijning tijdens de afzonderlijke workshops van beide teams.

Fase 4: Aftoetsen van mogelijke indicatoren

In deze ontwikkelingsfase werd gefocust op het formuleren en verfijnen van indicatoren voor de verschillende doelstellingen binnen de ToC. Hierbij werden eveneens de resultaten van de voorbereidende oefening van het beleidsteam alsook AI-gegenereerde voorstellen voor indicatoren besproken, samen met hun onderliggende doel en mogelijke methoden voor meting en opvolging. Tijdens de workshops werden deze indicatoren afgetoetst op relevantie, haalbaarheid en prioriteit, met bijzondere aandacht voor de toepasbaarheid binnen de bestaande monitoring- en evaluatiekaders van het CHW-programma.

Fase 5: Finale terugkoppeling van ontwikkelde ToC

In een finale fase werd alle input geïntegreerd en samengevoegd in een tussentijdse versie van de ToC, die in een laatste, gezamenlijke workshop werd teruggekoppeld en afgetoetst bij de deelnemers. Daarbij werd enerzijds het visuele ToC-diagram door de deelnemers nagekeken en gevalideerd, en anderzijds onderwerpen en visies die in de voorgaande, afzonderlijke workshops tussen beide groepen bleken te verschillen, besproken.

2.3 Data-analyse

De groepsdiscussies tijdens de workshops werden opgenomen met een audiorecorder. Die opnames werden getranscribeerd met behulp van een gevalideerde artificiële intelligentie (AI)-software tool, Scribewave. De transcripts werden geïmporteerd in het kwalitatieve analyseprogramma NVivo 14 ter ondersteuning van de thematische analyse. De transcripts vormden samen met de visuele en schriftelijke workshopoutput (zoals post-its, schema's en samenvattende notities), het primaire datamateriaal.

De data-analyse verliep iteratief en cyclisch, waarbij dataverzameling, analyse en de verdere ontwikkeling van de ToC elkaar opvolgden. De transcripts werden thematisch geanalyseerd, met aandacht voor de doelstellingen van elke ontwikkelingsfase van een ToC. Triangulatie vond plaats door het combineren van verschillende databronnen (audiotranscripts en workshopoutput) en perspectieven van beide groepen.

Analytische bevindingen werden tussentijds door de onderzoeker geïntegreerd in een voorlopig uitgewerkte Theory of Change, die als inhoudelijk startpunt fungeerde in de opvolgende workshops. Deze aanpak maakte tussentijdse validatie van de ToC door de deelnemers mogelijk, doordat interpretaties en veronderstellingen gezamenlijk werden besproken, aangescherpt of bijgesteld.

In een afsluitende workshop fungeerde de gezamenlijke reflectie met beide groepen als participatieve validatie van de ontwikkelde ToC, waarbij convergenties en verschillen tussen de perspectieven werden verkend en, waar mogelijk, geïntegreerd in een laatste versie van de ToC.

2.4 Ethische procedure

De studie werd ingediend bij het Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen, waar Ethische toestemming werd ontvangen (SHW_2025_44).

Geïnformeerde toestemming

Bij aanvang van de eerste workshop werd een procedure van geïnformeerde toestemming doorlopen. Eerst werden de deelnemers geïnformeerd over het doel en verloop van het onderzoek aan de hand van een informatie- en toestemmingsformulier. De deelnemers konden vervolgens vragen stellen over het onderzoek, en indien alles duidelijk was en men instemde met deelname aan het onderzoek, werd gevraagd om het informatie- en toestemmingsformulier te ondertekenen. Op deze formulieren stonden de contactgegevens van de onderzoekers vermeld, zodat de deelnemers ten allen tijde de mogelijkheid hadden 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 deelnemers.

Ethische reflectie

De ontwikkeling van een ToC vereist bijzondere aandacht voor ethische aspecten zoals inclusiviteit, representativiteit en machtsverhoudingen (Breuer et al., 2016). Methodologisch werd daarom ingezet op een inclusieve vertegenwoordiging bij de selectie van CHWs en TVs, en een gelijkwaardige participatie, onder meer door het werken met afzonderlijke workshops voor CHWs en TVs enerzijds, en het beleidsteam anderzijds, en door het gebruik van participatieve werkvormen. Echter is het nooit volledig te garanderen dat alle perspectieven in gelijke mate werden geïntegreerd (Breuer et al., 2016). Het vormt immers een uitdaging om de complexiteit van de verzamelde data te vatten in een kader dat lineair wordt opgesteld en daardoor inherent de zaken vereenvoudigt (Mackenzie & Blamey, 2005).

De rol van de onderzoeker was dan ook om in het hele ontwikkelproces onafhankelijk en neutraal te blijven, zeker wanneer tegenstrijdige meningen en visies een rol spelen (Mackenzie & Blamey, 2005). Dit vereiste voortdurende reflexiviteit om ervoor te zorgen dat de ToC zoveel mogelijk de collectieve belangen weerspiegelde en dat conflicterende meningen expliciet worden gemaakt en besproken. Om dit te ondersteunen, werd methodologisch sterk ingezet op transparantie en gelijkwaardige participatie. Door de expliciete terugkoppelmomenten, zoals de iteratieve bespreking en gezamenlijke validatie van de voorlopige ToC, en transparantie tijdens het ontwikkelproces, werd zoveel als mogelijk voorkomen dat de ToC specifieke perspectieven vooropstelt, zonder rekening te houden met de context of de input van de verschillende deelnemers.

3 Resultaten

In deze sectie, worden de resultaten van de workshops gepresenteerd aan de hand van de ToC die gaandeweg ontwikkeld werd. Omdat het inhoudelijke resultaat niet losstaat van het ontwikkelingsproces omvatten de resultaatsbeschrijvingen aspecten van beide. Bovendien, zoals in de inleiding beschreven, is de ontwikkelde ToC geen statisch eindproduct, maar een dynamisch kader dat richting kan geven aan het programma. Bij de toepassing van de ToC in het verdere verloop dient deze verder aangepast te worden aan de veranderende context waarin het programma opereert (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). De hier gepresenteerde resultaten dienen te worden begrepen als een voorlopige, tijdsgebonden uitkomst van de ToC-oefening, en als vertrekpunt voor de verdere verfijning, theoretische verdieping en operationalisering van de ToC in latere fasen van het project.

3.1 Lange- en kortetermijndoelen, strategieën en activiteiten

[In wat volgt worden, omwille van de beperkingen van deze documentweergave, de verschillende delen van de ontwikkelde ToC besproken per langetermijndoel, en de bijhorende kortetermijndoelen, strategieën en activiteiten. Echter staan deze onderdelen niet los van elkaar, maar vormen ze samen één geheel.]

3.1.1 Langetermijndoel 1

Een eerste langetermijndoel dat uit de ToC-oefening naar voren kwam (zie figuur 2), is dat er binnen het programma gewerkt wordt naar een structurele erkenning van CHWs als volwaardige actoren binnen het gezondheidslandschap. Dit omvat zowel een duurzame en vlotte samenwerking met gezondheids- en sociale organisaties als een brede maatschappelijke en professionele bekendheid van de CHW-functie. Deelnemers benadrukten dat CHWs op termijn gezien moeten worden als de experts in het verbeteren van toegang tot zorg, wat tevens ook de link legt naar het tweede langetermijndoel dat focust op toegang tot het volledige zorgcontinuum (zie verder).

Om naar dit langetermijndoel toe te werken, identificeerden de deelnemers een reeks kortetermijndoelen, die als realiseerbare tussenstap fungeren. Deze omvatten onder meer het verhogen van de bekendheid van CHWs bij burgers, gezondheids- en sociale organisaties, en het bredere professionele veld. Een ander kortetermijndoel om een vlotte en doelgerichte samenwerking met lokale partners te bewerkstelligen is het uitwisselen en bespreken van cijfers, signalen en resultaten. Daarnaast werd ook als doel gesteld dat de CHW-teams inzetten op het sensibiliseren van voornamelijk samenwerkingspartners, maar eveneens het bredere publiek, rond gezondheidsgeletterdheid en de specifieke gezondheidsnoden van mensen in kwetsbare situaties.

Vervolgens brachten de deelnemers de strategieën in kaart die het halen van deze kortetermijndoelen moeten ondersteunen. Belangrijke strategieën zijn het diversifiëren van communicatiekanalen om verschillende doelgroepen effectief te bereiken, het uitbouwen van interne en externe communicatiemechanismen en het versterken en verder uitbouwen van samenwerkingen tussen CHWs en professionele partners. Andere strategieën richten zich op het identificeren van relevante gegevens en procedures voor dataverzameling de ontwikkeling van toegankelijke dashboards die cijfers inzichtelijk maken, het versterken van samenwerking door duidelijke rolafspraken.

De meest concrete laag betreft de praktische implementatie van activiteiten die rechtstreeks door CHWs, teamverantwoordelijken en coördinatoren worden uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn

het ontwikkelen van communicatiematerialen, het geven van presentaties aan stakeholders, het opvolgen van noden rond zichtbaarheid, en het organiseren of bijwonen van strategische bijeenkomsten. Daarnaast omvatten de activiteiten ook nog het opzetten of versterken van samenwerkingsverbanden, het systematisch evalueren van bestaande partnerschappen, en het intern promoten van de CHW-werking binnen de aansturende ziekenfondsen.

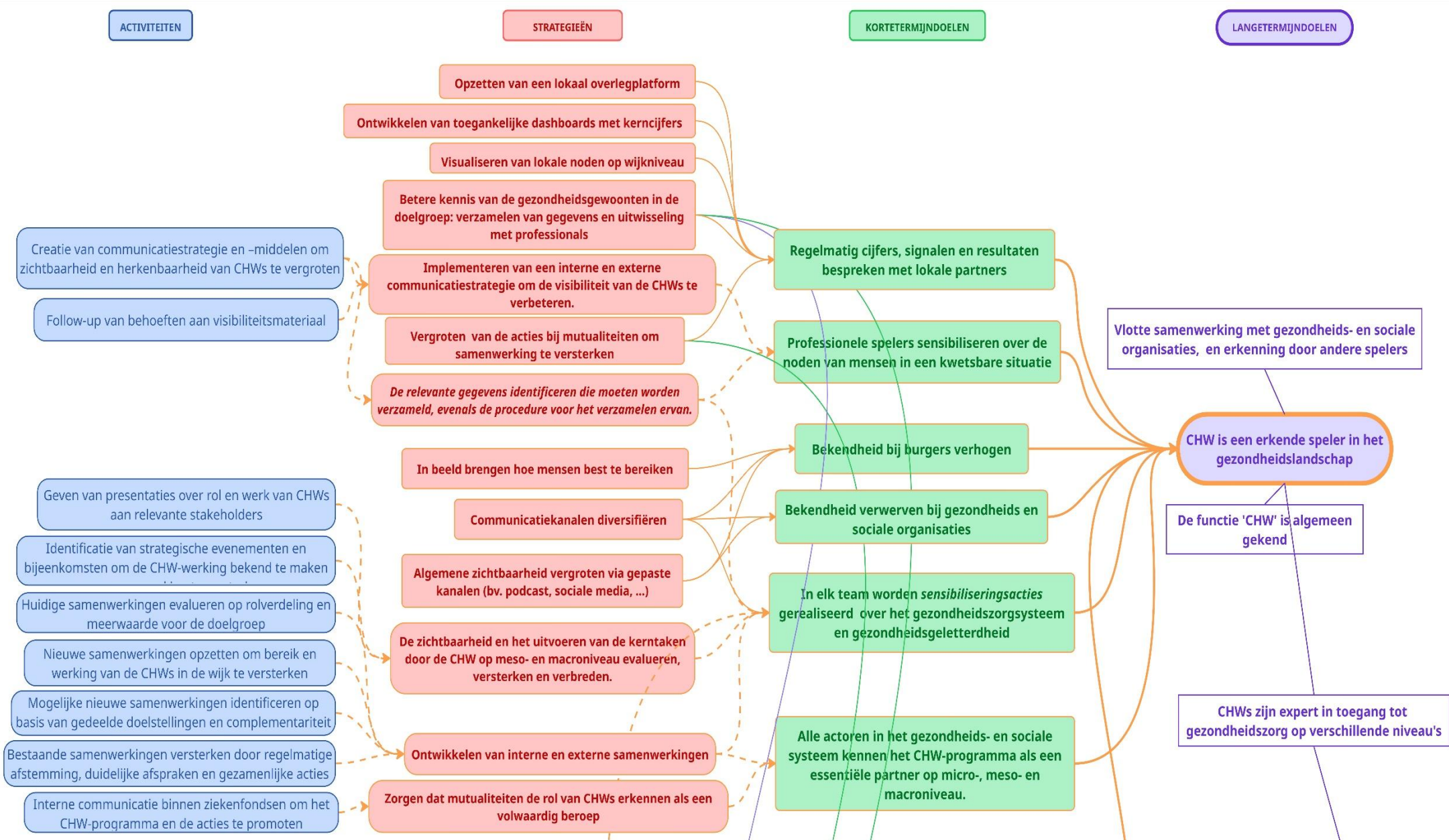


Fig. 2: Theory of Change – Langetermijndoel 1

3.1.2 Langetermijn doel 2

Een tweede langetermijndoel dat geformuleerd werd (zie figuur 3), is de ambitie binnen het programma om, via de CHW, de toegang tot het volledige zorgcontinuüm te garanderen voor iedereen. In enkele onderliggende deeldoelen maakten de deelnemers concreter wat dit doel voor hen omvat: het realiseren van een laagdrempelig zorgsysteem dat is afgestemd op de behoeften van elke belanghebbende, dat geïntegreerde zorg een vaststaand feit is, er een hoog niveau van gezondheidsgeletterdheid is bij de gehele bevolking, en het ‘empoweren’ van burgers om hun gezondheidstraject actief te navigeren. Ook het deeldoel ‘CHWs zijn expert in toegang tot gezondheidszorg op verschillende niveau’s’, komt hier terug en vormt zo een link naar het eerder besproken eerste langetermijndoel. Eveneens is er een deeldoel gericht op het mogelijk maken van een correcte en vlotte gegevensdeling tussen alle (zorg)spelers, wat ook terugkomt bij het derde langetermijndoel gericht op politieke erkenning van CHWs (zie verder).

Om deze structurele verandering mogelijk te maken, werden een aantal kortetermijndoelen geïdentificeerd. Een eerste is dat CHWs toegang krijgen tot relevante gezondheids- en welzijnsgegevens. Ook het optimaliseren van het gebruik van reeds beschikbare data (zoals mutualiteitsgegevens) werd naar voren geschoven als een noodzakelijke tussenstap om het langetermijndoel te bereiken. Daarnaast moet er een effectief en gestructureerd systeem worden uitgerold voor het capteren en doorgeven van structurele signalen aan het beleid. Verder werd benadrukt dat alle CHWs de belangrijkste digitale gezondheidsplatformen kennen en kunnen gebruiken, en dat gezondheidsvaardigheden zowel bij burgers als professionals versterkt moeten worden.

Om deze kortetermijnresultaten te behalen, kwamen de deelnemers tot een reeks strategieën die richting geven. Strategische prioriteiten omvatten onder meer: het identificeren van mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden; het formuleren van concrete voorstellen rond onder andere vaccinatie; het optimaliseren van de aanpak van verslavingsproblematiek; en het implementeren van een helder gestructureerd signalisatieproces met duidelijke rollen, fasen en opvolging. Daarnaast werd het optimaliseren van de opleiding van CHWs beschouwd als een cruciale strategie. Ook structurele data-analyse op lokaal niveau om de doelgroep te identificeren en regelmatige bespreking van cijfers en signalen met lokale partners werden als belangrijke strategische stappen benoemd.

Door het uitwerken van de onderliggende activiteiten kunnen deze strategieën praktisch geïmplementeerd worden. Zo werd onder andere gefocust op het ontwikkelen van regionale kaders voor de aanpak van maatschappelijk kwetsbare groepen, het ondersteunen van partners die moeilijk bereikbare groepen willen betrekken en het systematisch gebruikmaken van gegevens van ziekenfondsen. In verband met het signalisatieproces werd het vastleggen van rollen en verantwoordelijkheden als een belangrijke activiteit gedefinieerd, als ook de regelmatige monitoring en evaluatie van dat signalisatieproces, en het koppelen van signalen aan beleidsprocessen. Daarnaast werden er vele activiteiten gedefinieerd voor het optimaliseren van de opleiding van CHWs zoals het opstellen en bijsturen van opleidingsplannen en inwerkprogramma van CHWs, intervisies versterken en ontwikkelen, en de continue vorming van CHWs in digitale tools. Om regelmatig cijfers, signalen en resultaten met partners te kunnen bespreken, werd de monitoring van gebeurtenissen en rapportage ervan als een belangrijke activiteit beschouwd.

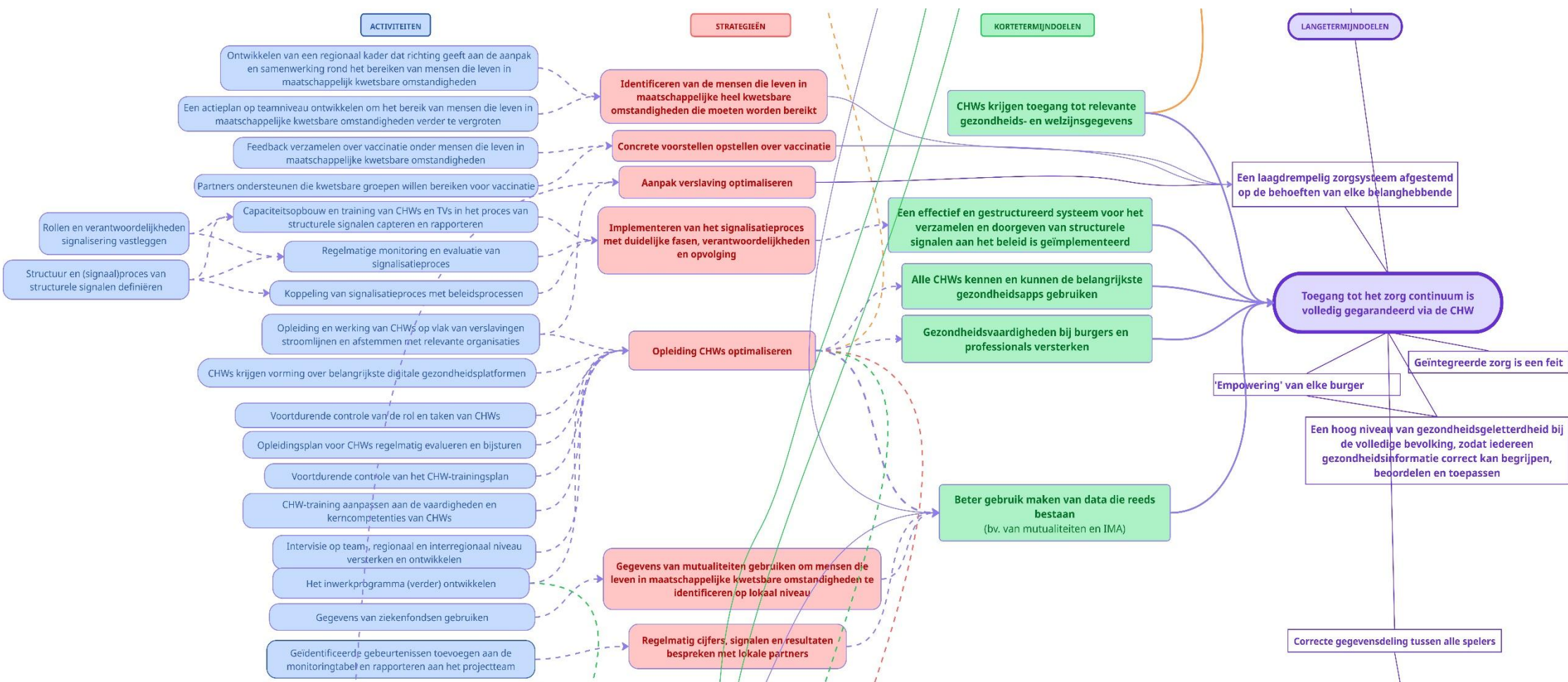


Fig. 3: Theory of Change – Langetermijndoel 2

3.1.3 Langetermijn doel 3

Het derde langetermijndoel dat de deelnemers benoemden (zie figuur 4) bestaat erin om CHWs op politiek niveau te laten erkennen. Onderdeel van dit doel is dat CHWs een duidelijk professioneel en sociaal statuut verkrijgen in het Belgische gezondheidslandschap, ingebed binnen lokale, regionale en nationale beleidskaders. Het deeldoel ‘correcte gegevensdeling’, komt ook hier terug en maakt de link met het tweede langetermijndoel. Politieke erkenning vormt volgens de deelnemers één van de cruciale factoren tot duurzame financiering en structurele verankering van de CHW-functie, wat verbonden is aan het vierde langetermijndoel, de vertegenwoordiging van CHWs in het hele Belgische gezondheidszorgsysteem.

Om dit derde langetermijndoel te bereiken werden een aantal kortetermijndoelen gedefinieerd. Een eerste belangrijk doel is dat het CHW-programma geïntegreerd raakt in bestaande politieke gezondheidsbeslissingsprocessen. Daarnaast is het essentieel dat het kwalitatieve proces binnen de CHW-werking erkend wordt in het verantwoordingsproces: zowel de manier waarop CHWs werken als de impact van hun interventies moet zichtbaar, begrijpelijk en overtuigend kunnen worden aangetoond. Dit vraagt om een systematische evaluatie, gebaseerd op (kwalitatieve) gegevens die zowel zichtbare als minder zichtbare doelgroepen omvatten, inclusief mensen die niet geregistreerd kunnen of wensen te worden in het Belgisch systeem. Verder is het noodzakelijk dat er sterke strategische samenwerkingen worden uitgebouwd met sleutelpartners binnen het gezondheids- en welzijnssysteem. Ook de verdere professionalisering van CHWs waaronder de ontwikkeling van specifieke gecertificeerde opleidingen en van een helder wettelijk kader zijn kortetermijndoelen die geacht worden politieke erkenning mogelijk te maken.

Deze kortetermijndoelen kunnen volgens de deelnemers worden bereikt via een combinatie van strategieën die gericht zijn op politieke zichtbaarheid en verbetering van de gegevensregistratie. Er werd door hen gefocust op belangenbehartiging bij politici en professionals, het identificeren van strategische overlegfora - op lokaal, regionaal en nationaal niveau-, het actief deelnemen aan die overlegmomenten en het creëren van bewustwording over de meerwaarde van CHWs bij lokale en gemeentelijke politici. Daarnaast is het ook nodig dat de registratie van CHW-activiteiten verder verfijnd wordt.

De concrete activiteiten die deze strategieën ondersteunen, liggen voornamelijk op het vlak van capaciteitsversterking en documentatie. Het organiseren van opleidingen over registratie en gegevensverzameling binnen het CHW-programma is een cruciale activiteit. Hiervoor is het verder ontwikkelen van een werkbare registratietool, gebaseerd op de noden van CHWs en TVs en in samenspraak met hen, nodig. Tot slot werd geopperd dat het opstellen van een ethische code voor de CHW-functie in België, een activiteit is die rechtstreeks bijdraagt aan het ontwikkelen van een legaal kader.

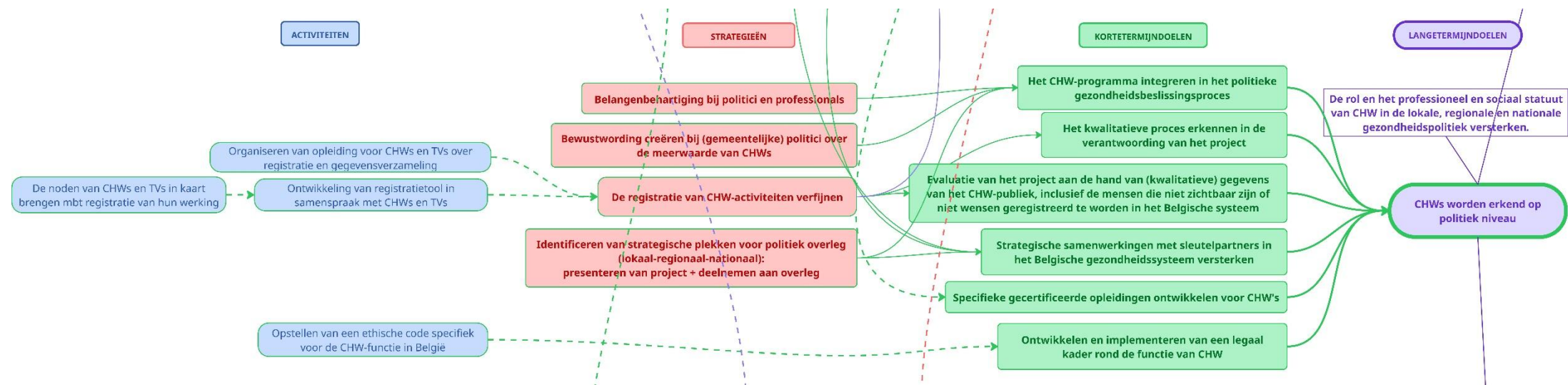


Fig. 4: Theory of Change – Langetermijndoel 3

3.1.4 Langetermijn doel 4

Het vierde en laatste langetermijndoel dat uit de ToC-oefening resulteerde (zie figuur 5), is de ambitie om een vertegenwoordiging van CHWs in heel België te realiseren, waarbij een voldoende en duurzame financiering aanwezig is om structureel te kunnen werken. Dit betekent voor de deelnemers dat het CHW-programma in de toekomst niet langer een projectmatig initiatief is, maar een stevig verankerd onderdeel vormt van de Belgische gezondheidsinfrastructuur.

Om deze structurele vertegenwoordiging op nationaal niveau te bereiken, werden verschillende kortetermijndoelen geïdentificeerd waarop in de huidige werking ingezet kan worden. Een eerste doel is het evalueren en aanpassen van de huidige bestuursstructuur zodat deze geschikt wordt voor een groter werkingsgebied. Daarnaast moet een proces worden opgezet om CHW-teams te versterken, zodat zij in staat zijn om hun werking gefaseerd uit te breiden naar bijkomende gemeenten en regio's. Het is daarbij ook cruciaal om zowel meer budget als personeel te verwerven. Ook het herzien van het projectstatuut werd als een kortetermijndoel gezien: de overgang van een tijdelijk project naar een structureel programma.

De realisatie van deze kortetermijndoelen steunt op een aantal strategieën die door de workshopdeelnemers vooropgesteld werden. Daarbij werd gefocust op het uitbouwen van de ondersteuning voor teamverantwoordelijken, en het stroomlijnen van de coördinatie. Daarnaast dient te worden ingezet op een geoptimaliseerde aanwerving en ondersteuning van CHWs. Verder is een strategie rond analyse en strategische ontwikkeling van het werkingsgebied noodzakelijk om te bepalen waar en hoe uitbreiding kan plaatsvinden, en is het voorzien van de nodige logistieke ondersteuning en lokale werkingsmiddelen hierin vereist.

Deze strategieën kunnen worden concreet gemaakt door een reeks operationele activiteiten. Daaronder vallen onder andere het evalueren en verfijnen van de rollen van teamverantwoordelijken, en coördinatoren, het definiëren van de kerncompetenties en vaardigheden van CHWs en de opleidingsplannen regelmatig te evalueren en bij te sturen. Daarnaast werd benadrukt dat de samenwerking met HR-afdeling en IM verder versterkt dient te werken, en het optimaliseren van de operationele werking, zoals door het monitoren van logistieke noden, zodat materiaal en werkingsmiddelen tijdig kunnen worden aangevuld of geoptimaliseerd.

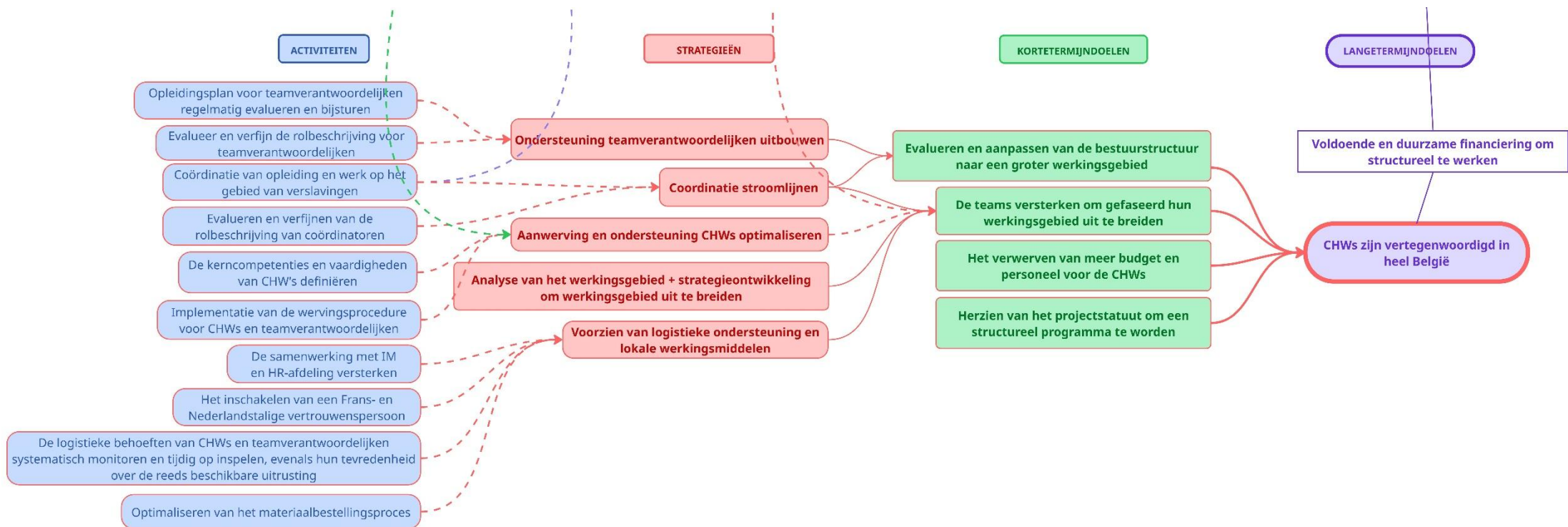


Fig. 5: Theory of Change – Langetermijndoel 4

3.2 Indicatoren

De door AI en in een voorbereidende oefening door het beleidsteam voorgestelde indicatoren om het behalen van de doelen na te gaan, werden besproken en afgetoetst op relevantie, haalbaarheid en prioriteit. De indicatoren worden in onderstaande tabel opgelijst onder de vier vooropgestelde langetermijndoelen.

<p>1. CHW is een erkende speler</p> <p>Aantal CHWs met een formele rol binnen eerstelijnszorg Aantal gemeenten met een CHW-beleid (kwantitatief) Inhoud/uitwerking gemeentelijk CHW-beleid (kwalitatief) Aantal samenwerkingen en permanenties (reeds bestaande + nieuwe per jaar)) Beschikbaar budget per CHW voor outreach-activiteiten Aantal sensibiliseringsacties per team Mate van bekendheid van CHWs bij burgers Aantal verwijzingen van/naar CHWs binnen het zorgsysteem Mate van erkenning van CHWs door andere organisaties Aantal vormingen/expertisesessies gegeven door CHWs</p>
<p>2. Toegang tot het zorgcontinuüm is volledig gegarandeerd</p> <p>% van doelgroep met een vaste huisarts of zorgverlener of aansluiting bij een ziekenfonds dankzij CHW Gemiddelde wachttijd tot zorgtoegang voor en na CHW % van CHW-cliënten dat aangeeft beter geïnformeerd te zijn over zorgmogelijkheden Aantal CHWs dat een opleiding heeft gevolgd over de belangrijkste gezondheidsapps Gebruiksgraad van gezondheidsapps door CHWs in hun werkpraktijk Aantal trainingen/sessies rond gezondheidsvaardigheden voor burgers en professionals Verandering in gezondheidsvaardigheden bij burgers/professionals (voor- en nameting) Mate waarin CHWs gezondheidsgegevens effectief gebruiken in hun werk Aantal succesvolle doorverwijzingen naar gezondheidsdiensten Veranderde aanpak doelgroep bij samenwerkingspartners Vermindering gezondheidsongelijkheid in de doelgroep</p>
<p>3. CHWs worden erkend op politiek niveau</p> <p>Aantal gemeenten met een formeel CHW-beleid Inhoud en uitwerking van gemeentelijk CHW-beleid Beleidsaanpassingen op basis van bestaande CHW data Aantal politieke werkgroepen/commissies waarin CHWs een mandaat hebben Aantal en kwaliteit van strategische samenwerkingen met sleutelpartners (NGO's, overheden, mutualiteiten, ziekenhuizen, ...)</p>
<p>4. CHWs zijn vertegenwoordigd in heel België</p> <p>Aantal opgeleide CHWs per regio Aantal opleidingen en supervisiemomenten per jaar Tevredenheidsscore van CHWs over hun ondersteuning % van steden/provincies met CHW-dekking</p>

Tabel 1: indicatoren, op basis van een voorbereidende oefening en AI-gegenereerde output, voorgesteld per langetermijndoel

Uit de besprekingen werd duidelijk dat de manier waarop specifieke indicatoren geformuleerd worden bijzonder belangrijk is. Het moet voor alle betrokkenen helder zijn wat precies met een indicator wordt bedoeld, en de gekozen verwoording moet correct aansluiten bij de CHW-context. Zo kan er bijvoorbeeld verwezen worden naar "outreach-activiteiten" en hun impact, maar het is noodzakelijk om te specificeren over welke activiteiten het gaat, aangezien verschillende vormen hieronder kunnen vallen. Evenzeer moet verduidelijkt worden hoe "impact" wordt begrepen in relatie tot deze activiteiten. Daarnaast kwam in de gesprekken naar voren dat zowel de wijze als

het moment van meten steeds op een werkbare manier moeten worden georganiseerd, zodat de dagelijkse werking van CHWs niet beïnvloed of belemmerd wordt. Het meten van bepaalde gezondheidsindicatoren bij cliënten kan bijvoorbeeld relevante informatie opleveren, maar kan tegelijk als te intrusief worden ervaren door de cliënten of te veel tijd vragen binnen de dagelijkse taken van de CHW. Het is essentieel dat indicatoren op een doordachte manier worden geïmplementeerd, waarbij op elk niveau wordt afgewogen wat prioritair is en hoe de metingen op een haalbare en betekenisvolle manier geïntegreerd kunnen worden in het CHW-programma.

De meeste deelnemers gaven aan dat het merendeel van de indicatoren relevant zijn om de CHW-werking op te volgen en na te gaan of het programma de vooropgestelde doelen bereikt. Tegelijkertijd werd duidelijk dat sommige indicatoren minder geschikt zijn omdat het CHW-programma hierop zelf geen directe invloed kan uitoefenen. Een voorbeeld hiervan is de indicator “% van de steden/provincies met CHW-dekking” onder het vierde langetermijndoel, aangezien deze sterk afhankelijk is van externe financiering en dus buiten de directe sturingsmogelijkheden van het programma valt. Daarnaast zijn bepaalde indicatoren sterk afhankelijk van de looptijd van het project. Indicatoren die op lange termijn waardevol kunnen zijn, blijken in het huidige kader minder relevant, omdat de financiering van de CHW-werking voorlopig slechts op korte termijn gegarandeerd is. Zo werd bijvoorbeeld opgemerkt dat weinig gemeenten zullen investeren in de structurele inbedding van CHWs in hun lokaal beleid wanneer de continuïteit van die werking voor hen onzeker blijft. Sommige indicatoren kunnen ondanks hun beperkte onmiddellijke relevantie wel een rol spelen binnen een nulmeting, zodat ze op langere termijn — wanneer een stabiele financiering gegarandeerd is — op een zorgvuldige en onderbouwde manier opgevolgd kunnen worden.

Wat de haalbaarheid van de indicatoren betreft, merkten verschillende deelnemers op dat sommige gegevens reeds worden verzameld via de huidige activiteitenregistratie binnen het CHW-programma. Indicatoren zoals “het % van de doelgroep met een vaste huisarts of zorgverlener, of aansluiting bij een ziekenfonds dankzij CHW” werden daarom als zeker haalbaar beschouwd. Deelnemers suggereerden wel dat een optimalisatie van de bestaande registratietool de betrouwbaarheid en consistentie van toekomstige registratie en analyses verder zou kunnen versterken. Voor sommige indicatoren bleek de haalbaarheid sterk afhankelijk van de meetmethodologie die mogelijk kan worden ingezet. Zo werd de indicator “gemiddelde wachttijd tot zorgtoegang voor en na CHW” als bijzonder relevant ervaren, maar tegelijkertijd werd de praktische uitvoerbaarheid ervan in twijfel getrokken, onder meer door de moeilijkheid om deze op een objectieve en gestandaardiseerde manier te meten. Daarnaast kwamen indicatoren naar voren die enkel gemeten kunnen worden in samenwerking met externe partijen, zoals het “% van CHW-cliënten dat aangeeft beter geïnformeerd te zijn over zorgmogelijkheden” of de “mate van erkenning van CHWs door andere organisaties”. Er waren verschillende mogelijkheden die deelnemers zagen om zulke indicatoren te meten, onder meer door geanonimiseerde bevragingen of evaluatiemethodieken, maar evenzeer rezen er vragen over de invloed van sociale wenselijkheid en de mate waarin deze gegevens betrouwbaar en systematisch kunnen worden verzameld.

Sommige indicatoren werden door de deelnemers sterk contextafhankelijk geacht en vereisen daarom een zorgvuldige formulering. De lokale context verschilt immers vaak, wat kan leiden tot uiteenlopende interpretaties van dezelfde indicator. Zo werd bijvoorbeeld bij het langetermijndoel ‘CHWs worden erkend op politiek niveau’ opgemerkt dat de relevantie van bepaalde indicatoren afhangt van de manier waarop de lokale politieke structuur is georganiseerd. Indicatoren zoals

‘het aantal gemeenten met een formeel CHW-beleid’ of ‘het aantal politieke werkgroepen waarin CHWs een mandaat hebben’ kunnen daardoor een vertekend beeld geven in contexten waar dergelijke structuren niet bestaan of anders zijn georganiseerd.

3.3 Onderliggende hypothesen en externe (risico) factoren

Tijdens de Theory of Change-oefening werden ook onderliggende aannames, externe factoren en potentiële risico's besproken die de realisatie van de doelstellingen van het CHW-programma kunnen beïnvloeden. Er werd gereflecteerd over welke onderliggende veronderstellingen aan de basis liggen van hoe en waarom bepaalde acties tot de gewenste resultaten zullen leiden. Hierdoor kan ook worden nagegaan of de vooropgestelde doelen haalbaar zijn of een verdere bijsturing of herformulering nodig is. Daarnaast werden ook de externe (risico) factoren besproken: omstandigheden of gebeurtenissen die buiten de directe controle van het programma vallen, maar die het functioneren en de duurzaamheid ervan substantieel kunnen versterken of belemmeren.

3.3.1 Onderliggende hypothesen

Tijdens de bespreking van onderliggende hypothesen, geformuleerd door AI en in een voorbereidende oefening door het beleidsteam, kwamen enkele zaken naar boven die noodzakelijk zijn om een verdere concretisering van de ToC te bewerkstelligen. Zo bleek voor sommige doelen een inhoudelijke verfijning vereist, maar ook een gedeeld begrippenkader, duidelijke afbakening en aandacht voor contextuele variatie spelen een belangrijke rol in de haalbaarheid van de vooropgestelde doelen.

Eén van de bevindingen was dat sommige doelen nog te algemeen of te breed geformuleerd waren. Door het bespreken van een hypothese zoals “burgers weten te weinig wie CHWs zijn” werd bijvoorbeeld duidelijk dat het “verhogen van de bekendheid van de CHW-werking bij burgers” niet als één overkoepelend doel kan worden beschouwd, maar eerder een gefaseerde aanpak vereist, waarbij eerst wordt ingezet op zichtbaarheid binnen de doelgroep alvorens het bredere publiek te bereiken.

Daarnaast kwam naar voren dat bepaalde concepten verdere afbakening of operationalisering nodig hebben. De hypothese “kwetsbaarheid wordt door iedereen op dezelfde manier begrepen” maakte duidelijk dat formuleringen zoals “mensen in een kwetsbare situatie” niet voor iedereen dezelfde betekenis hebben, mede omdat binnen het CHW-programma geen eenduidige definitie bestaat van wat onder ‘kwetsbaarheid’ wordt verstaan. Een gelijkaardige nood aan verduidelijking werd zichtbaar bij doelen zoals “CHWs kennen de belangrijkste gezondheidsapps”, waar nog een achterliggende denkoefening vereist is over welke apps als belangrijk worden beschouwd en volgens welke criteria.

Verder werd vastgesteld dat sommige doelen afhankelijk zijn van randvoorwaarden die momenteel nog niet vervuld zijn. Een voorbeeld hiervan is de hypothese “we beschikken over een efficiënte en relevante gegevensverzameling” die onderliggend is aan het doel van “het bespreken van cijfers, signalen en resultaten met lokale partners”. Dit doel wordt pas haalbaar wanneer de dataverzameling verder geoptimaliseerd wordt, en na een duidelijke afstemming over welke cijfers, signalen en resultaten nuttig zijn om met partners te bespreken.

Tot slot bleek dat bepaalde doelen vatbaar zijn voor uiteenlopende interpretaties naargelang de lokale context. Zo kan de invulling van wat onder ‘lokale gezondheidspolitiek’ valt aanzienlijk verschillen tussen gemeenten en steden, wat mogelijke implicaties heeft voor de manier waarop activiteiten en strategieën worden vormgegeven.

3.3.2 Externe factoren en risico's

Er werden verschillende externe factoren geïdentificeerd die zowel risico's als positieve invloeden kunnen vormen. De publieke aandacht voor het CHW-programma kan bijvoorbeeld een meerwaarde betekenen wanneer deze leidt tot brede bekendheid en maatschappelijke steun. Tegelijkertijd kan een te grote vraag naar CHW-ondersteuning ontstaan wanneer de zichtbaarheid toeneemt, waardoor het programma de vraag niet langer kan bijhouden. Een vergelijkbare dubbelheid werd gesignaleerd in relatie tot politieke en economische ontwikkelingen in België: een gunstige beleidscontext kan financiële stabiliteit creëren, terwijl economische druk of een gebrek aan aandacht voor maatschappelijke thema's zoals culturele diversiteit de werking kan bemoeilijken, maar tegelijk ook de noodzaak van CHWs net kan versterken.

Digitalisering en technologische evoluties werden eveneens besproken als factoren met een ambivalente impact. Hoewel nieuwe digitale tools het werk van CHWs kunnen vergemakkelijken, vormen ze tegelijk een uitdaging. Zowel de doelgroep als de CHWs zelf hebben niet altijd de mogelijkheid om deze innovaties volledig te volgen, en de versnippering van digitale toepassingen binnen de gezondheidssector zorgt ervoor dat "het bos door de bomen" soms moeilijk te zien is.

Over het algemeen gaven de deelnemers aan dat de grootste externe risico's voor de werking van het CHW-programma verband houden met de tijdelijke aard van het project en de beperkte werkingsmiddelen. De vaak laattijdige duidelijkheid omtrent projectverlenging creëert onzekerheid over het voortbestaan van de werking. Dit brengt de continuïteit in het gedrang, belemmert de implementatie van een langetermijnvisie en maakt het moeilijk om structurele en stabiele samenwerkingen met partners op te bouwen. Ook de perceptie van bepaalde zorgprofessionals vormde een aandachtspunt: in sommige gevallen wordt de CHW-werking ervaren als potentieel concurrerend, wat weerstand kan oproepen en de samenwerking onder druk zet.

4 Discussie

Deze discussiesectie bestaat uit drie delen. In het **eerste deel** worden de uitdagingen geformuleerd voor een toekomstige verfijning van de ToC binnen het CHW-programma. In het **tweede deel** wordt het perspectief verbreed en wordt de ontwikkeling van de ToC besproken binnen een ruimere, wetenschappelijke context. In het **derde en laatste deel** worden de sterktes en beperkingen van het onderzoek beschreven.

4.1 Uitdagingen in een verdere ontwikkeling van de ToC binnen het CHW-programma

Hoewel er tijdens de workshops een brede consensus bestond over de grote lijnen van de ToC, bleek tijdens het uitwerkingsproces ook dat er nog verschillende aspecten verdere verduidelijking, bespreking en verfijning vereisten. Enerzijds worden enkele aandachtspunten besproken die van belang zijn in de conceptualisatie van de ToC, en zich eerder focussen op de toepasbaarheid ervan. Anderzijds worden inhoudelijke thema's uitgediept, die tijdens de workshops naar voren kwamen maar nog niet voldoende ruimte kregen binnen de ToC.

In de laatste, gezamenlijke workshop werden deze punten in de diepte besproken. Hoewel er niet tot een definitieve consensus werd gekomen over de manier waarop deze elementen geïntegreerd zouden moeten worden in de ToC, bleek uit de bespreking wel het belang om deze thema's mee te nemen in een verdere ontwikkeling ervan.

4.1.1 Aandachtspunten in de conceptualisatie van de ToC

In de workshops kwamen verschillende aandachtspunten naar voren die betrekking hebben op de conceptualisatie en concretisering van de Theory of Change, die relevant zijn voor de praktische hanteerbaarheid ervan:

Een eerste punt bleek dat de formulering van de doelen en strategieën vaak voor interpretatie vatbaar bleek of de verwoording te ‘high-level’ was waardoor het vinden van een consensus over een concrete, to-the-point formulering niet altijd evident was. Bovendien bleek de vertaalslag tussen Nederlands en Frans en omgekeerd hierbij een extra uitdaging.

Ten tweede benadrukten CHWs en TVs, op basis van hun praktijkervaring, dat de haalbaarheid en het nut van voorgestelde strategieën en activiteiten centraal moeten staan. Dit vermeldden ze in het bijzonder wanneer het *outreach* werk ter sprake kwam, wat volgens hen sterk contextafhankelijk is en waarin de realiteit voortdurend kan wijzigen. Bij het vastleggen van activiteiten en strategieën in de ToC moet volgens hen met deze variabiliteit rekening worden gehouden. Deelnemers erkenden echter dat het integreren van dergelijke flexibiliteit in een gestructureerd ToC-kader geen evidente opdracht is.

Een derde punt van onduidelijkheid dat vaak naar boven kwam was wie binnen de CHW-werking verantwoordelijk was voor bepaalde onderdelen van de ToC. Vooral deelnemers binnen het CHW en TV-team vroegen zich geregeld af wie precies verantwoordelijk was voor de uitvoering van specifieke taken of strategieën. Dit leidde tot de suggestie om de activiteiten duidelijker te structureren volgens de verschillende niveaus binnen het project, zodat expliciet wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de uitvoering. Dit kwam bijvoorbeeld sterk naar voor.

Tot slot kwam het spanningsveld tussen flexibiliteit en standaardisering binnen de CHW-werking frequent naar boven. De deelnemers waren van mening dat een algemene, gedeelde manier van werken essentieel is voor kwaliteitsvolle en herkenbare werking, maar dat tegelijkertijd voldoende flexibiliteit noodzakelijk is om recht te doen aan de uiteenlopende lokale contexten waarin CHWs opereren. De verschillende visies op waar dit werkbare evenwicht ligt, toont aan dat deze balans voortdurend bewaakt moet worden.

4.1.2 Inhoudelijke discussiethema's

Tijdens het ontwikkelingsproces werden verschillende inhoudelijke discussiethema's geïdentificeerd waarvoor nog geen gedeeld inzicht bestaat of die verdere inhoudelijke verdieping nodig hebben in functie van hun integratie binnen de ToC:

Een eerste centraal thema dat in de verschillende workshops naar voor kwam was culturele sensitiviteit. Deelnemers benadrukten dat dit een essentieel onderdeel vormt van de CHW-werking, maar dat dit vervlochten zit in de werkhouding en programmavisie, waardoor het moeilijk is om culturele sensitiviteit als een afzonderlijk, expliciet element in de ToC op te nemen. Tegelijkertijd werd duidelijk dat een genuanceerde benadering noodzakelijk is: deelnemers wezen erop dat “cultuur” geen statisch of eenduidig concept is, en dat het risico van culturessentialisme actief moet vermeden worden. Een persoon mag niet herleid worden tot zijn of haar culturele achtergrond, en veralgemeningen over culturele gewoonten moeten worden vermeden. Daarom werd het belang benadrukt van een persoonsgerichte benadering waarbij de noden, ervaringen en voorkeuren van de individuele cliënt centraal staan.

Daarnaast werd gegevensdeling als een belangrijk maar complex thema geïdentificeerd tijdens de workshops. Enerzijds verwijst het naar de toegang tot persoonlijke gegevens die het dagelijkse werk van CHWs kan vergemakkelijken. Anderzijds gaat het om de uitwisseling en het gebruik van

meer algemene, geaggregeerde gegevens over de CHW-werking met samenwerkingspartners, die nodig zijn om de richting en opvolging van de programmadoelstellingen te ondersteunen. In de huidige ToC krijgt gegevensdeling, vooral binnen het tweede langetermijndoel, volgens de deelnemers een mogelijk te prominente plaats. Tegelijkertijd reikt dit thema verder dan één specifiek doel en situeert gegevensdeling zich vooral op strategisch niveau, maar is de toepassing ervan in praktijk geen evidente opdracht. Zo is het belangrijk dat de privacy van de cliënten ten allen tijde beschermd blijft, en spelen andere ethische bezorgdheden bij de deelnemers. De realisatie van gegevensdeling en – uitwisseling vereist bovendien een duidelijke wettelijke en politieke erkenning van het CHW-statuut, wat buiten de directe invloedssfeer van het programma ligt. Hoewel gegevensdeling dus een nuttig en soms cruciaal onderdeel is om bepaalde doelstellingen te bereiken, blijkt de praktische implementatie een uitdaging die mede door externe factoren belemmerd of gefaciliteerd kan worden.

Een ander terugkerend thema zijn de sociale determinanten van gezondheid, waar CHWs in hun dagelijkse werk vaak met te maken krijgen. Hoewel CHWs zich richten op het faciliteren van toegang tot zorg, is dit onlosmakelijk verbonden met socio-economische omstandigheden, huisvesting, opleiding en bredere omgevingsfactoren. CHWs spelen een belangrijke rol in het herkennen van deze sociale determinanten, zowel om de juiste doorverwijzingen te kunnen maken naar samenwerkingspartners, als in hun signaalfunctie om de drempels tot gezondheidszorg onder de aandacht te brengen. Volgens de deelnemers komt dit aspect in de huidige ToC nog onvoldoende tot uiting. Deelnemers benadrukten dat het essentieel is dat CHWs een grondig inzicht hebben in de sociale kaart van hun lokale context en begrijpen op welke wijze sociale determinanten de toegang tot zorg voor hun cliënten beïnvloeden. Zij stelden daarom voor om bij het tweede langetermijndoel een bijkomend kortetermijndoel op te nemen, zoals “CHWs beschikken over kennis van sociale determinanten van gezondheid”, en een concrete activiteit toe te voegen waarbij gefocust wordt op de holistische aanpak van de CHW zoals “gericht doorverwijzen en begeleiden naar organisaties die buiten het medische vallen”.

Ook werd tijdens de workshops vaak stilgestaan bij het doelpubliek van de CHW-werking. Hoewel CHWs zich richten op personen die moeilijk toegang vinden tot het gezondheidszorgsysteem en in een maatschappelijke kwetsbare situatie leven, rees de vraag wat “maatschappelijke kwetsbaarheid” precies betekent. Kwetsbaarheid is immers geen vaststaand begrip. Deelnemers gaven aan dat situaties van kwetsbaarheid ook kunnen voorkomen bij personen met een hogere opleiding of financiële stabiliteit wanneer andere factoren, zoals sociale isolatie, een rol spelen. Bovendien evolueert het profiel van wie als “kwetsbaar” wordt beschouwd mee met maatschappelijke ontwikkelingen. Zo kunnen veranderingen in het beleid rond werkloosheidsuitkeringen meer mensen in een precare situatie brengen, waardoor zij mogelijk binnen het CHW-doelpubliek vallen. Deelnemers benadrukten het belang van voortdurende kritische reflectie van de doelgroepdefinitie binnen het programma.

4.2 Situering van de resultaten in een bredere, wetenschappelijke context

De resultaten van de huidige ToC-oefening passen goed binnen het wetenschappelijke theoretische kader waarin een ToC wordt gezien als een dynamisch werk- en evaluatie instrument (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; De Silva et al., 2014). Ten eerste biedt het uitwerken van de doelen, strategieën, activiteiten binnen de ToC een gedeeld, richtinggevend kader voor uitvoering. Ten tweede, vormt de ToC een participatief ontwikkeld instrument dat dynamisch is en voortdurend kan bijgestuurd worden om de werking van het CHW-programma te optimaliseren. En tot slotte kan de ToC dienen als basis voor toekomstige evaluatie en bijsturing van het programma.

4.2.1 ToC als richtinggevend kader

De resultaten van de ToC-oefening brengen in kaart hoe activiteiten binnen een programma bijdragen aan de programmadoelstellingen en de beoogde impact (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Binnen een dynamisch en contextgevoelig denkkader werden de verschillende componenten van een ToC, met name de langetermijn- en kortetermijndoelen, de strategieën, activiteiten, onderliggende aannames, externe risico's en factoren en indicatoren uitgewerkt die de logica van het programma inzichtelijk maken (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Inhoudelijk sluit de ontwikkelde ToC aan bij bevindingen uit community health-onderzoek. Zo werd bijvoorbeeld het uitvoeren van actieve outreach-activiteiten gelinkt aan de veronderstelling dat een verhoogde zichtbaarheid van CHWs en proactieve benadering van moeilijk bereikbare groepen noodzakelijk is om de CHW een erkende speler te maken binnen de gezondheidszorg. Dit volgt de wetenschappelijke literatuur waarin gesteld wordt dat toegankelijkheid en nabijheid sleutelvoorwaarden zijn voor effectieve dienstverlening (De Silva et al., 2014). Er werd gestructureerd in beeld gebracht hoe het programma beoogt duurzame veranderingen te realiseren in de toegankelijkheid van gezondheidszorg voor maatschappelijk kwetsbare groepen (Masquillier, 2025; Masquillier & Cosaert, 2022).

De geformuleerde langetermijndoelen die de deelnemers binnen het CHW-programma ambiëren, maken zichtbaar op welke maatschappelijke transformaties het programma mikt en weerspiegelen een sterke focus op structurele en duurzame verandering. Het ontwikkelen van een ToC kijkt inderdaad verder dan louter operationele doelen, en focust op de diepere mechanismen om sociale impact te bewerkstelligen (Belcher et al., 2020; Janzen et al., 2017). Bovendien ligt de focus binnen het CHW-programma op maatschappelijke impact op het niveau van bredere sociale veranderingen zoals gelijkheid en rechtvaardigheid. Door de integratie van de verschillende componenten, waaronder ook onderliggende hypothesen, externe factoren, biedt de ToC een gestructureerd raamwerk om in de loop van de tijd te analyseren hoe het programma bijdraagt aan significante maatschappelijke veranderingen, en onder welke omstandigheden dat gebeurt (Belcher et al., 2020; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). De geïdentificeerde kortetermijndoelen tonen de tussenstappen die de deelnemers noodzakelijk achten en richt zich op meer directe veranderingen die binnen het bereik van het programma zelf liggen (Breuer et al., 2016). Samen met de geïdentificeerde strategieën en activiteiten fungeert dit deel van de ToC als een operationalisering van de beoogde sociale en impact, en verduidelijkt de specifieke mechanismen die geacht worden verandering tot stand te brengen (Belcher et al., 2020).

4.2.2 De ToC als dynamisch, participatief ontwikkeld werkinstrument

Het ontwikkelen van een ToC is (meestal) een participatief proces is waarbij stakeholders actief worden betrokken (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016). Het uitwerken van een ToC vindt plaats in workshops, interviews en in samenwerking met betrokkenen. Deze aanpak vormt een kernprincipe van community-based research, waarbij de betrokkenheid van alle actoren wordt benadrukt om de relevantie, kwaliteit en duurzaamheid van het onderzoek te verhogen (Janzen et al., 2017). In het CHW-programma werd gekozen om deze participatieve methodologie toe te passen in meerdere workshops met twee teams waardoor actoren op verschillende niveau's werden betrokken. Hierdoor wordt de ToC beter afgestemd op de lokale context en de realiteit binnen het programma, waardoor de uitgewerkte ToC relevanter en haalbaarder wordt (Breuer et al., 2016). Het participatieproces bevordert bovendien de motivatie en participatie van de verschillende deelnemers, wat kan leiden tot meer begrip en effectieve implementatie van de ontwikkelde theorie (Breuer et al., 2016; Janzen et al., 2017). Dit brengt ook de kans op een

gedeeld draagvlak en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid met zich mee, wat bijdraagt aan de beoogde langdurige impact en maatschappelijke veranderingen (Janzen et al., 2017). Door het gezamenlijk ontwikkelen van een ToC ontstaat binnen het CHW-programma een gedeeld begrip van de nagestreefde doelen en de weg waarlangs deze worden gerealiseerd.

Een participatieve benadering draagt ertoe bij dat de ToC niet louter een statisch, top-down opgelegd model vormt, maar eerder een gezamenlijk ontwikkeld en dynamisch instrument dat voortdurende afstemming vereist (Belcher et al., 2020; Janzen et al., 2017). De binnen het CHW-programma ontwikkelde ToC dient dan ook niet als eindpunt te worden beschouwd, maar als een werkdocument dat via voortdurende interactie en reflectie in de loop van het implementatieproces verder wordt versterkt (Breuer et al., 2016). Hierdoor evolueert de ToC tot een flexibel instrument dat blijvend kan worden aangepast en verfijnd op basis van nieuwe inzichten en veranderende contextuele omstandigheden. Door de integratie van diverse perspectieven en het voortdurende bijstellen van het model op basis van nieuwe informatie en praktijkervaringen, wordt de ToC een levend document dat meegroeit met de ervaringen en kennis van de betrokken actoren (Belcher et al., 2020; Janzen et al., 2017). Dit iteratieve karakter bevordert de verdere verfijning van het theoretisch model en versterkt de waarde ervan als flexibel en leergericht instrument (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; Janzen et al., 2017).

4.2.3 ToC als framework voor evaluatie

De ontwikkelde ToC biedt ruimte om een bruikbaar kader voor de evaluatie van het CHW-programma uit te werken. Aan de hand van de besproken indicatoren kan een systematisch en leergericht evaluatiekader ontwikkeld worden dat zowel de voortgang als de impact van het programma kan monitoren (Breuer et al., 2016). Zo gaven de deelnemers aan welke indicatoren op korte termijn haalbaar zijn en reeds met de huidige registratietool gemeten worden, en welke indicatoren relevant zijn, maar verdere uitwerking vereisen. Door indicatoren expliciet te gaan koppelen aan korte- en langetermijndoelen kan duidelijk worden welke gegevens essentieel zijn om de voortgang van het programma systematisch op te volgen en in welke mate de beoogde doelen worden gerealiseerd. Wanneer deze doelen niet worden bereikt, kan dit een aanwijzing zijn dat de onderliggende logica of structuur moet worden herzien (Belcher et al., 2020). Echter maakte de gezamenlijke bespreking van indicatoren ook duidelijk dat een evaluatiekader niet alleen afhankelijk is van welke indicatoren worden geselecteerd, maar ook van hoe deze worden geformuleerd en toegepast. Deelnemers benadrukten herhaaldelijk dat indicatoren voldoende specifiek en contextgevoelig moeten zijn om betekenisvol te zijn binnen de dagelijkse CHW-praktijk.

Een evaluatie valt bovendien niet enkel af te meten aan inhoudelijke factoren: het CHW-programma functioneert immers binnen bredere institutionele en politieke contexten. Deze bepalen in belangrijke mate in hoeverre het programma effectief kan worden uitgevoerd en duurzaam verankerd kan worden (Breuer et al., 2016). De workshops maakten duidelijk dat niet alle voorgestelde indicatoren binnen de directe beïnvloedingssfeer van het CHW-programma liggen. Het bespreken van externe factoren en risico's tijdens de ToC-oefening legde de contextgebonden dynamieken bloot die de effectiviteit van het programma beïnvloeden en die de realisatie van de beoogde impact kunnen faciliteren of belemmeren (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020; De Silva et al., 2014). De mogelijke implementatie van sommige indicatoren bleek bijvoorbeeld sterk afhankelijk van lokale contexten en bestuursstructuren, de externe financiering van het CHW-programma en beleidsbeslissingen.

Deze bevindingen illustreren hoe langetermijnverandering binnen het CHW-programma afhankelijk is van structurele aanpassingen binnen het zorg- en beleidsysteem (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016). De beschikbaarheid van financiële middelen en structurele ondersteuning vormen een essentiële voorwaarde voor de implementatie, het aanpassen van bestaande structuren en het opzetten van nieuwe samenwerkingsvormen binnen het CHW-programma (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; De Silva et al., 2014). Dit sluit aan bij de wetenschappelijke literatuur waarin geduid wordt dat politieke prioriteiten en beleidskeuzes community-based initiatieven kunnen versterken of juist ondermijnen (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020); een dynamiek die duidelijk zichtbaar is binnen de implementatie van het CHW-programma.

4.3 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

De toepassing van de ToC binnen het Belgische CHW-programma illustreert zowel de meerwaarde als de uitdagingen van het gebruik van zo'n dynamisch, participatief denkkader. In wat volgt, worden de belangrijkste sterktes en beperkingen van het toegepaste onderzoeksproces besproken.

4.3.1 Sterktes

Het toepassen van het ToC-proces bleek een waardevolle oefening om de strategische prioriteiten binnen het CHW-programma expliciet te maken. Het systematisch in kaart brengen van de doelstellingen, mogelijke indicatoren, externe risico's, etc. hielp deelnemers om zicht te krijgen op wat bijdraagt aan de langetermijnvisie en waar bijsturing of extra inspanning nodig is. Bovendien leverde de oefening een belangrijke start om relevante indicatoren voor monitoring en evaluatie op te stellen.

Door de interactieve en participatieve aanpak, een kernprincipe binnen de ToC-methodologie (Belcher et al., 2020), was er ruimte voor discussie en overleg in de verschillende workshops, en over de teams heen. De tussentijdse visuele schema's van de ToC en AI-gegenereerde input bleken bovendien een goede katalysator voor verdere reflectie. Door een flexibele aanpak te hanteren, kon de methodologie doorheen de oefening aangepast worden aan de voortgang om een zo grondig mogelijk resultaat te verkrijgen. Zo werd besloten om in het beleidsteam een bijkomende workshop te organiseren, werden sommige thema's over de workshops heen verschoven, of werd een extra voorbereidende oefening in de methodologie geïntegreerd.

De theoretische benadering van de uitkomst van een ToC-oefening, namelijk als een dynamisch werkinstrument dat continue dient te worden aangepast aan een veranderende context (Belcher et al., 2020; Breuer et al., 2016; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020), sluit nauw aan bij de realiteit van het CHW-programma. Het programma wordt immers sterk beïnvloed door de uiteenlopende lokale contexten waarbinnen het opereert, en de veranderende maatschappelijke omstandigheden. Dit maakt dat de ToC als een startpunt voor voortdurende bijsturing met een flexibele en contextgevoelige toepassing niet alleen mogelijk, maar ook noodzakelijk binnen het CHW-programma.

4.3.2 Beperkingen

Een van de belangrijkste beperkingen tijdens de ToC-oefening was de beperkte tijd die beschikbaar was voor het ontwikkelingsproces. Door de verschillende methodologische stappen, diende de dataverzameling op enkele maanden tijd te gebeuren. De deelnemers combineerden bovendien hun deelname aan de workshops met hun reguliere taken als CHW en moesten zich verplaatsen, waardoor een aanzienlijk deel van hun beschikbare tijd en ruimte gevraagd werd.

Hierdoor kon slechts een beperkt aantal workshops worden georganiseerd, wat de mogelijkheid om een volledig diepgaand uitgewerkte ToC te ontwikkelen beperkte. Ideaal gezien vergt een ToC-ontwikkelingsproces immers intensieve en iteratieve denkstappen om tot een grondige en doordachte uitwerking te komen (Breuer et al., 2016). Dit onderstreept opnieuw het belang om de ToC niet te beschouwen als een eindpunt, maar als een dynamisch en structureel kader dat in de toekomst verder kan worden verfijnd (Belcher et al., 2020).

Ook inhoudelijk deden zich enkele uitdagingen voor. Bepaalde onderdelen, zoals het formuleren van langetermijndoelstellingen, onderliggende aannames en indicatoren, bleken voor sommige deelnemers complex en cognitief veeleisend. Abstract en strategisch denken is immers niet vanzelfsprekend en vereist tijd voor individuele reflectie. Tijdens de workshops was het dan ook voor de deelnemers niet altijd evident om spontaan input te leveren. Hoewel dergelijke uitdagingen niet ongebruikelijk zijn binnen participatieve ToC-processen (Breuer et al., 2016), beperkten zij wel de mate waarin de ToC volledig vanuit de praktijk kon worden opgebouwd. Mede door de tijdsdruk werd daarom teruggegrepen op bestaande programmadocumenten (zoals het werkplan) en op AI-gegenereerde suggesties. Hoewel dit efficiëntie en duidelijkheid bood, vormde het geen evenwaardig alternatief voor rijke, gezamenlijke reflectiesessies waarin input volledig bottom-up tot stand komt. De literatuur benadrukt immers dat de kracht van een ToC juist schuilt in de participatieve creatie en validatie van de verschillende componenten (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020).

De hiërarchische verhoudingen binnen het CHW-programma speelden een merkbare rol tijdens de ToC-oefening. Enkele deelnemers binnen het team van teamverantwoordelijken en CHWs, gaven aan dat zij het nut van bepaalde onderdelen van de oefening niet inzagen, omdat zij hun stem niet voldoende gerepresenteerd voelen in de bredere programmacontext en ervaren dat finale beslissingen voornamelijk door het beleidsteam worden genomen. Deze perceptie van beperkte inspraak leidde tot kritische reflecties op het proces zelf: sommigen uitten expliciet de vrees dat de ToC-oefening eerder een vorm van pseudo-inspraak dan een daadwerkelijke participatieve dialoog vertegenwoordigde. Dit onderstreept hoe bestaande machtsrelaties de mate van openheid, betrokkenheid en vertrouwen binnen participatieve processen kunnen beïnvloeden, en hoe belangrijk het is om dergelijke dynamieken expliciet te erkennen en te adresseren (Breuer et al., 2016).

Daarnaast integreert de ToC externe invloeden, waardoor gedurende de oefening duidelijk werd hoe de werking en de verdere ontwikkeling van het CHW-programma beïnvloed wordt door beleidskeuzes en institutionele contexten. Gedurende het gehele proces speelde een voortdurende onzekerheid rond de toekomstige voortzetting van het CHW-programma, wat de uitvoering van de oefening merkbaar beïnvloedde. Niet alleen zette deze onzekerheid sommige deelnemers ertoe aan om het nut van diepgaande, toekomstgerichte reflectie in vraag te stellen, ze maakte ook zichtbaar hoe sterk het behalen van de doelstellingen afhankelijk is van externe beslissingen, zelfs wanneer er inhoudelijk en intern een sterk draagvlak bestaat. Binnen tijdelijke beleidsprogramma's die werken met kwetsbare doelgroepen en die opereren in snel veranderende omstandigheden, is dit een bekende uitdaging (De Silva et al., 2014).

5 Aanbevelingen

Op basis van de uitgevoerde ToC-oefening en resultaten, worden enkele aanbevelingen geformuleerd die een verdere implementatie en uitvoering ervan zal versterken:

1. Maak de verdere uitwerking van de gedeelde ToC een iteratief proces

De bovenstaande resultaten vormen een eerste gedeelde basis, maar een ToC is een dynamisch werkinstrument dat regelmatig opnieuw moeten worden bijgesteld. Bovendien, zoals in de discussie beschreven, blijven er door de tijdsbeperkingen in het onderzoek, aandachtspunten en thema's bestaan die verdere discussie oproepen. Door de ToC regelmatig te herbekijken en verder te verfijnen, kan deze meegroeien met de praktijk en relevant blijven binnen een veranderende context en evoluerende beleidsnoden. Daarbij is het van belang te blijven inzetten op duidelijke formuleringen en de haalbaarheid van de vooropgestelde doelen. Deze terugkerende uitwisselmomenten kunnen bovendien fungeren als interne leer- en reflectieprocessen, waarin de werking van de verschillende niveaus beter op elkaar kan worden afgestemd. Hierdoor ontstaat een gedeeld begrip van de nagestreefde doelen en de weg waarlangs deze worden gerealiseerd.

2. Ontwikkel een helder operationeel kader rond verantwoordelijkheden en besluitvorming in de ToC

Een beperking van de ToC is dat het model niet expliciet aangeeft wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen, waardoor onduidelijkheid kan ontstaan over wie welke activiteiten oppakt, bijvoorbeeld wat betreft vertegenwoordiging in politieke raden of de afbakening van taken van CHWs. Het ontwikkelen van een duidelijk verantwoordelijkheidskader kan de efficiëntie en consistentie bevorderen, overlap en dubbel werk voorkomen, en frustraties bij betrokkenen verminderen.

3. Gebruik de ToC als startpunt om een kader voor evaluatie uit te werken

De ontwikkelde ToC, en de besproken indicatoren, vormen een werkbaar basis om een systematische en structureel kader voor evaluatie binnen het CHW-programma te ontwikkelen. Het verder participatief verfijnen van dit kader zal niet alleen de efficiëntie van het programma versterken, maar ook bijdragen aan een meer consistente en gedragen monitoring van de werking.

4. Baken de kernactiviteiten voor het CHW-programma duidelijk af, met ruimte voor contextspecifieke flexibiliteit

De discussies tijdens de workshops maakten duidelijk dat, ondanks de brede overeenstemming over de kern van de CHW-werking, de dagelijkse praktijk sterk kan verschillen omwille van de verschillende lokale contexten. De ToC onderstreept dat een gedeeld fundament noodzakelijk is om impact te monitoren en de kwaliteit te bewaken, maar tegelijk dat voldoende flexibiliteit vereist is om in te spelen op lokale noden.

5. Versterk de uitwisseling van communicatie tussen coördinatie, teamverantwoordelijken en CHWs

De ToC-workshops toonden dat verbinding tussen de verschillende niveaus soms ontbreekt, wat leidt tot versnipperde informatie, onduidelijkheden over prioriteiten en het gevoel van pseudo-inspraak bij CHWs en teamverantwoordelijken. Betere interne communicatie zal betrokkenheid bij de doelen verhogen en verstevigt de samenhang binnen het programma.

6. Herstel meer horizontale, interactieve vormen van samenwerking (bv. werkgroepen)

Gerelateerd aan de vorige aanbeveling, zal een meer participatieve structuur de kwaliteit, legitimiteit en gedragenheid van de werking versterken. CHWs werken het dichtst bij de doelgroep en beschikken over cruciale praktijkkennis, die de afstemming van beleidsbeslissingen op de praktijk zal verbeteren. Tijdens de ToC-oefening werd bijvoorbeeld verschillende keren

gesuggereerd dat het herinstalleren van thematische werkgroepen deze participatieve beslissingsstructuur ten goede zou komen.

6 Referenties

- Belcher, B. M., Davel, R., & Claus, R. (2020). A refined method for theory-based evaluation of the societal impacts of research. *MethodsX*, 7, 100788. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2020.100788>
- Breuer, E., Lee, L., De Silva, M., & Lund, C. (2016). Using theory of change to design and evaluate public health interventions: A systematic review. *Implementation Science*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0422-6>
- Cassetti, V., & Paredes-Carbonell, J. J. (2020). Theory of change: a tool for participatory planning and evaluation in community health. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 305–307. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002>
- De Silva, M. J., Breuer, E., Lee, L., Asher, L., Chowdhary, N., Lund, C., & Patel, V. (2014). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*, 15(267), 1–6.
- Janzen, R., Ochocka, J., & Stobbe, A. (2017). Towards a Theory of Change for Community-based Research Projects. *Engaged Scholar Journal: Community-Engaged Research, Teaching, and Learning*, 2(2), 44–64. <https://doi.org/10.15402/esj.v2i2.165>
- Mackenzie, M., & Blamey, A. (2005). The Practice and the Theory: Lessons from the Application of a Theories of Change Approach. *Evaluation*, 11(2), 151–168. <https://doi.org/10.1177/1356389005055538>
- Manohar, N. D., Liamputtong, P., Bhole, S., & Arora, A. (2017). Researcher Positionality in Cross-Cultural and Sensitive Research. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 1–15). Springer Nature Singapore.
- Masquillier, C. (2025). Learning from worldwide community health worker programs: exploring their potential for integrated care in Belgium. In V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, R. Balicer, & A. Beese (Eds.), *Handbook of Integrated Care* (pp. 1–24). Springer, Cham. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-25376-8_100-1
- Masquillier, C., & Cosaert, T. (2022). Community health workers: A sustainable health system innovation or just an emergency response? *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040539>
- Masquillier, C., Cosaert, T., & Wouters, E. (2022). *Community Health Workers in België. Rapport 2021*.
- The Center for Theory of Change. (2019). *What is theory of Change?* <https://www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/%0A%0A>

ONDERZOEKSRAPPORT 2025

De samenwerking tussen CHW Antwerpen en Praktijk Aan de Stroom (PAS): een case-study



Dankbetuiging

De auteurs willen graag de community health workers, CHW-teamverantwoordelijke en medewerkers van het PAS hartelijk bedanken voor 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).

Gelieve naar het rapport te verwijzen als:

Apers Hanne & Masquillier Caroline, Onderzoeksrapport 2025 – De samenwerking tussen CHW Antwerpen en Praktijk Aan de Stroom (PAS), Universiteit Antwerpen: Antwerpen, 14 p., DOI: 10.63028/10067/2212620151162165141

Illustratie Cover

Gheleyne Bastiaen, www.gheleynebastiaen.be

Inhoud

1.	Inleiding	35
2.	Methodologie	35
3.	Ontstaan van de samenwerking.....	36
4.	Verloop van de samenwerking.....	37
5.	Rollen en taken van de CHWs binnen het PAS	37
6.	Sterke punten & impact van de samenwerking	39
7.	Uitdagingen en verbeterpunten	40
8.	Aanbevelingen	42
9.	Discussie en conclusie	43
10.	Referenties	44

6.1 Inleiding

Deze case-study onderzoekt de samenwerking tussen het Antwerpse Community Health Workers (CHW)-team en de eerstelijnsvoorziening Praktijk Aan de Stroom (PAS), een recent opgerichte praktijk die een antwoord biedt op de groeiende groep Antwerpenaren zonder vaste huisarts. De studie vormt een verdiepende aanvulling op eerder onderzoek binnen het CHW-programma (<https://www.chw-intermut.be/>), dat in 2023 werd uitgevoerd (Apers et al., 2024; Apers & Masquillier, 2024). In dat eerdere onderzoek werd een breed overzicht geboden van samenwerkingsvormen binnen het CHW-programma: met wie, waarom en op welke manier er wordt samengewerkt; en welke uitkomsten en knelpunten daarbij worden ervaren.

Met deze case-study verleggen we de focus van een brede analyse op programmaniveau naar een diepgaande exploratie van één specifieke samenwerking. De samenwerking tussen het CHW-team en het PAS biedt namelijk een unieke en bijzonder relevante casus. Doordat het PAS zich in een opstartfase bevond op het moment dat de CHWs werden betrokken, kon het gehele proces nauwgezet worden gevolgd en gedocumenteerd. Dit creëerde een ideale gelegenheid om inzicht te krijgen in hoe een samenwerking tussen CHWs en een nieuwe eerstelijnsvoorziening vorm krijgt, en welke condities bijdragen aan een succesvolle integratie van CHWs binnen een gezondheidszorgsetting.

Deze case-study beoogt dan ook een gedetailleerd begrip te bieden van de totstandkoming, werking en huidig verloop van de samenwerking tussen het CHW-team en het PAS, evenals van de meerwaarde en resterende uitdagingen die tijdens dit proces zichtbaar werden. Deze inzichten kunnen, samen met de bevindingen van het voorgaande onderzoek (Apers & Masquillier, 2024), waardevol zijn bij het verder uitwerken en het ontwikkelen van (toekomstige) samenwerkingen in het CHW-programma.

Naast de inhoudelijke meerwaarde, is deze case-study ook wetenschappelijk relevant. Internationale studies tonen aan dat CHWs gezondheidsongelijkheden tussen verschillende groepen kunnen verminderen omdat zij beschikken over unieke kennis, vertrouwen genieten van de gemeenschappen waarmee zij werken en als brug fungeren tussen patiënten en formele zorgstructuren (Damio et al., 2017; Glenton et al., 2021). Samenwerkingen tussen CHWs en reguliere gezondheids- en welzijnszorgverleners dragen bij aan betere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, vooral voor sociaal kwetsbare bevolkingsgroepen (Mupara et al., 2022; Washburn et al., 2022). Tegelijkertijd wordt in de literatuur benadrukt dat de integratie van CHWs in zorgteams vaak complex is, tijd vraagt en gepaard kan gaan met rolverwarring, conflicten of gevoelens van competitie (LeBan et al., 2021; Washburn et al., 2022). In België en Europa bestaat er echter slechts een beperkte empirische basis over hoe zulke samenwerkingen in praktijk vorm krijgen. Deze case-study, in aanvulling op het onderzoek dat uitgevoerd werd in 2023 (Apers & Masquillier, 2024), draagt daardoor bij aan de internationale literatuur over CHW-integratie.

Een belangrijk aandachtspunt bij het lezen van dit rapport is dat de samenwerking zich in een voortdurende ontwikkeling bevindt, en deze beschrijving dus eerder dient te worden beschouwd als een momentopname en niet als een definitieve eindanalyse.

6.2 Methodologie

Dit onderzoek werd uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeker van Universiteit Antwerpen, faculteit Sociale Wetenschappen. Er werd vooraf ethische goedkeuring verkregen van de Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen (SHW_2023_7_1).

De case-study is gebaseerd op verschillende databronnen: interne projectdocumenten (zoals verslagen en interne mails), deelname aan interne overlegmomenten en een webinar over de werking van het PAS, diepte-interviews met twee CHWs die nauw met het PAS samenwerken, evenals een interview met drie medewerkers van het PAS-team.

Aan het begin van elk interview werd de procedure van geïnformeerde toestemming doorlopen, waarbij deelnemers informatie kregen over het doel en de werkwijze van het onderzoek en expliciet om hun deelname werd gevraagd. Alle interviews werden opgenomen met een audiorecorder en vervolgens getranscribeerd met een erkend AI-transcriptieprogramma.

De verkregen gegevens werden nadien getrianguleerd en geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma NVivo 14. De belangrijkste bevindingen van deze analyse worden hieronder besproken.

6.3 Ontstaan van de samenwerking

In Antwerpen werd in 2025 een nieuwe multidisciplinaire eerstelijnsvoorziening opgericht om een antwoord te bieden op het huisartsentekort: Praktijk Aan de Stroom (PAS). Antwerpenaren die geen vaste huisarts hebben, kunnen in het PAS tijdelijk terecht voor zorg en begeleiding, tot wanneer zij kunnen uitstromen naar een vaste huisarts. Het PAS vloeide voort uit het 'Zorgpunt voor Oekraïense oorlogsvluchtelingen' en bevindt zich in het Cadix Ziekenhuis, waar het in april 2025 officieel werd geopend.

De praktijk werkt volgens een “*nurse-driven*”, multidisciplinair model waarbij de patiënt door de zorgverlener wordt geholpen die het best past bij de hulpvraag, wat dus niet noodzakelijk een huisarts is. Aanmeldingen bij het PAS verlopen momenteel via huisartszoeker.be of het contactcenter. Patiënten die via die wegen geen vaste huisarts vinden, kunnen een afspraak krijgen bij het PAS, op voorwaarde dat zij aangesloten zijn bij een mutualiteit; wie geen aansluiting heeft, kan bij het PAS niet verder geholpen worden. Bij het schrijven van dit rapport, werden reeds meer dan 2500 patiënten bij het PAS verder geholpen.

Vanaf de start werd door de regionale en federale coördinator van het CHW-programma op beleidsniveau ingezet op de structurele inbedding van CHWs in het PAS. Op het moment dat deze inbedding in de praktijk concreet werd, werden enkele CHWs van het Antwerpse team, vooral op basis van hun beschikbaarheid, voorgedragen om mee in het PAS te werken. De samenwerking kende verschillende fasen:

- **Pre-PAS fase (januari – maart/april 2025):**

In deze periode werkten de CHWs mee in het Zorgpunt voor Oekraïense oorlogsvluchtelingen, dat geleidelijk werd opengesteld voor andere mensen zonder vaste huisarts. Aanmeldingen verliepen via het callcenter, waar medewerkers screenden of iemand in aanmerking kwam voor ondersteuning door een CHW. De CHWs ontvingen vervolgens van een medewerker van het Zorgpunt een lijst met patiënten waarmee ze vervolgens contact opnamen, voornamelijk om na te gaan of zij een mutualiteits-aansluiting of een vaste huisarts hadden. Indien dit niet het geval was, boden de CHWs ondersteuning zodat patiënten alsnog bij het PAS terechtkonden. Wanneer zij geen recht hadden op aansluiting bij een mutualiteit, verwezen de CHWs hen gericht door naar het OCMW of Dokters van de Wereld, met het oog op toegang tot medische zorg.

- **Overgangsfase naar officiële opening PAS (april 2025):**

Kort voor de verhuis naar de nieuwe en definitieve locatie in het Cadix-ziekenhuis werd de werking van het PAS stapsgewijs uitgebreid via verschillende organisaties. Met de officiële opening op 25 april werd de praktijk breed onder de aandacht gebracht via media en andere communicatiekanalen. Door deze schaalvergroting breidden ook de taken en verantwoordelijkheden van de CHWs geleidelijk uit, zo werden ze bijvoorbeeld vanuit hun vertrouwenspositie bij mensen in een kwetsbare leefsituatie een belangrijke bruggenbouwer bij de intakegesprekken.

- **Verankering en verdere groei van het PAS (april – december 2025):**

Na de officiële opening groeide het PAS verder. Het PAS-team werd uitgebreid met extra huisartsen en verpleegkundigen, onthaalmedewerkers, een coördinator, paramedici en sinds oktober 2025 ook een eerstelijnspsycholoog. Parallel hieraan werd ook de rol van CHWs in het PAS concreter ingevuld: ze kregen vaste inlooppmomenten in een eigen werkruimte, grotere interne zichtbaarheid en konden meer taken opnemen.

6.4 Verloop van de samenwerking

De samenwerking tussen de CHWs en het PAS bevindt zich, gezien de recente opstart van het PAS, nog volop in ontwikkeling en groeit organisch verder. Momenteel houden twee CHWs elk een halve dag inlooppmoment in het PAS, op dinsdag- en vrijdagvoormiddag. Tijdens deze momenten zien zij patiënten die door PAS-medewerkers, voornamelijk de onthaalmedewerkers en verpleegkundigen, naar hen zijn doorverwezen of spontaan langskomen.

Sinds de start van de samenwerking voerden de twee CHWs 308 interventies uit, waarvoor 586 aparte acties werden ondernomen, voor 106 unieke personen. Dit wil zeggen dat gemiddeld de CHWs ongeveer dertig interventies per maand uitvoeren voor patiënten binnen het PAS. Er bestaat geen formele registratie van wie verder wordt geholpen, maar op basis van informele informatie gaat het voornamelijk om nieuwkomers, mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie en personen met een diverse culturele en taalachtergrond. Echter kan iedereen binnen het grondgebied Antwerpen terecht in het PAS, en dus ook bij de CHWs.

“Het zijn niet alleen de mensen die de taal niet kunnen. We hebben ook al eens meegemaakt dat iemand die van Nederland komt, dus die kan de taal heel goed, dan heeft gevraagd “ja, ik wil wel graag hulp [van de CHW], want ik weet niet hoe ik eraan moet beginnen”.” (Interview met PAS-medewerker)

Er is op dit moment geen structurele opvolging van de dossiers waarin de CHWs een rol opnemen. De opvolging en het overleg hierover gebeuren ad hoc, bijvoorbeeld tijdens informele contactmomenten tussen een verpleegkundige en de CHW. De CHW heeft geen actieve toegang tot registratiesystemen of medische dossiers binnen het PAS, maar wel tot bepaalde wachtlijsten (bijv. voor de psycholoog). Via deze wachtlijsten kunnen zij mee opvolgen welke patiënten nood hebben aan ondersteuning en wie eventueel bij hen kan worden aangemeld.

6.5 Rollen en taken van de CHWs binnen het PAS

Doorheen de verschillende fases van de werking van het PAS, en de diverse vormen van samenwerking, hebben de CHWs gradueel andere rollen en taken opgenomen. In de beginperiode bestond hun bijdrage vooral uit telefonisch contact met patiënten die via het Zorgpunt waren aangemeld. Tijdens deze gesprekken gingen zij na of de aansluiting bij de mutualiteit in orde was en of de persoon al dan niet een vaste huisarts had, en indien dat niet het geval was, ondersteunden zij de patiënten om toegang tot medische zorg te garanderen.

Vanaf het moment dat het PAS officieel operationeel werd, breidde het takenpakket van de CHWs zich geleidelijk uit. Op basis van de casussen die de CHWs sinds de opstart tot het moment van dit rapport hebben opgevolgd, bestaat hun dienstverlening voornamelijk uit de volgende rollen:

- **Optreden als brugfiguur**

Door hun ervaring met meertaligheid, verschillende culturele achtergronden en mensen die in kwetsbare situaties leven, fungeren CHWs vaak als brugfiguren in het PAS. Ze vormen de brug naar andere zorgverleners, ondersteunen de communicatie tussen de PAS-medewerkers en patiënten, enzovoort.

“Bijvoorbeeld een gezin dat regelmatig komt, waar dat de CHW wel met kan communiceren, wij niet. Of veel moeilijker. Ja, dan is de CHW onze contactpersoon tussen tussen dat gezin en de PAS.” (Interview met PAS-medewerker)

Deze rol blijkt cruciaal bij nieuwkomers en mensen met een diverse culturele en taalachtergrond.

- **Navigatie in het gezondheidszorgsysteem: toeleiding en administratieve ondersteuning**

CHWs helpen PAS-patiënten met hun mutualiteit in orde te brengen, gezondheidsrechten te verkennen voor wie daar geen kennis over heeft, zoeken mee naar gespecialiseerde hulpverleners en zorgen voor een afspraak of overdracht. In sommige gevallen, vergezellen ze patiënten soms fysiek naar apotheken, specialisten of andere diensten.

“En een zwangere vrouw met haar zoon ook. De mutualiteit was nog niet in orde van hen. De mama moest naar de controle bij de gynaecoloog, maar was niet in orde met de mutualiteit. Moest honderd euro betalen als voorschot in het ziekenhuis voor de consultatie. Dus de consultatie was pittig duur. En ze had binnen de week al een nieuwe afspraak gekregen van de gynaecoloog omdat het dringend was. Dus we hebben haar dossier in orde gebracht, maar de verwerking duurde even. Ze hadden me na een paar dagen terug gecontacteerd door Solidaris op een maandag. De dinsdag was de afspraak. We hebben het dossier net op tijd in orde gebracht, die mevrouw kon zonder problemen naar de afspraak.

De mutualiteit van haar zoon was ook niet in orde omwille van een ontbrekende geboorteakte. We moesten eigenlijk samen aan de geboorteakte van de zoon geraken. Waar is de geboorteakte? Ja, dat wist ze niet. Bij de advocaat waarschijnlijk of bij het commissariaat. De mama had dat niet meer. En uiteindelijk via de advocaat kon ze een kopie bekomen en die kopie aan de mutualiteit bezorgen, en zo is het uiteindelijk in orde gekomen.” (Interview CHW)

- **Bieden van coaching en sociale steun, fungeren als vertrouwenspersoon**

De CHWs kunnen meer tijd nemen voor een gesprek met patiënten dan de PAS-medewerkers, waardoor zij vaak een vertrouwensband opbouwen met deze patiënten. Dit zorgt ervoor dat zij ook andere zorgvragen of onderliggende moeilijkheden kunnen capteren.

“En sommigen voelen zich denk ik op hun gemak op een bepaald moment... Want ik, ik heb deze vrouw maar één keer gezien en we waren bezig met een tandarts te zoeken

eigenlijk. Dat dat was de hulpvraag, de doorverwijzing [vanuit het PAS]. Maar op het einde [van het gesprek] had ik ook van haar vernomen dat ze eigenlijk psychologische hulp nodig zou hebben omwille van problemen in de familie.” (Interview CHW)

- **Outreach**

CHWs contacteren mensen die door het PAS-onthaal worden doorverwezen, bijvoorbeeld mensen die hulp nodig hebben bij hun aansluiting bij een mutualiteit.

De samenwerking kent ook een wederkerige component: dankzij hun outreachende rol in de Antwerpse context verwijzen de CHWs en hun collega's mensen zonder vaste huisarts door naar het PAS.

In de praktijk worden de acht rollen die zijn vastgelegd voor CHWs in de Belgische context (zie website <https://www.chw-intermut.be>) nog niet allemaal optimaal benut in het PAS. Dit heeft enerzijds te maken met de aard van de hulpvragen van de patiënten, en anderzijds met het feit dat nog niet alle PAS-medewerkers voldoende zicht hebben op welke taken en verantwoordelijkheden een CHW precies kan opnemen.

Hoewel het CHW-team, zowel de teamverantwoordelijke als de CHWs die in het PAS actief zijn, hun rollen en taken op verschillende momenten hebben toegelicht aan het PAS-team, blijkt dat deze informatie nog niet voor iedereen even duidelijk is. Dit komt doordat niet alle PAS-medewerkers deze toelichtingsmomenten konden bijwonen, als ook door personeelwissels en nieuwe aanwervingen binnen het PAS-team. Deze informatie wordt intern niet voldoende gedeeld waardoor sommige medewerkers onduidelijkheid over de praktische grenzen van de CHWs hun rollen ervaren.

“Ik weet niet altijd hoe ver hun hulp kan gaan... Hoe diepgaand, hoe aanklampend werken ze? En tot hoe ver mogen wij die vragen dan stellen? Bijvoorbeeld, met sommige mensen gaan ze zelfs echt mee tot aan de deur van een zorgverlener omdat de patiënt de weg niet vindt. In hoeverre ligt dat binnen de rol van een community health worker? Of is dat dan eerder hun grote betrokkenheid bijvoorbeeld? En ja, doordat dat niet heel duidelijk is, weten wij dan ook niet... Stel dat we de volgende keer een patiënt hebben die echt de weg niet weet, kunnen wij dan vragen aan de CHW “Je moet echt mee tot aan de deur gaan”? [...] Want dan kunnen wij dat ook al aangeven aan die patiënt dan van “dat is hetgeen dat de CHW doet en dan daarna stopt het ook”. (Interview PAS-medewerker)

Hoewel de CHWs werkzaam binnen het PAS zelf rapporteren dat hun rol met de tijd steeds duidelijker en meer geïntegreerd wordt, blijft het verduidelijken van de rollen en taken van de CHWs binnen het PAS dus een kwestie van voortdurende opfrissing en duidelijke communicatie naar alle (nieuwe) medewerkers.

6.6 Sterke punten & impact van de samenwerking

De samenwerking wordt langs beide kanten als positief ervaren, de CHWs geven aan dat ze steeds meer een erkende en gestructureerde rol krijgen in de werking van het PAS, en PAS-medewerkers benadrukken verschillende domeinen waarin de CHWs een duidelijke toegevoegde waarde bieden.

- **Verbeterde toegankelijkheid van zorg**

De belangrijkste bijdrage van de CHWs ligt in het verbeteren van de toegang tot zorg. Zij verlagen drempels voor patiënten in het PAS door ondersteuning te bieden bij

communicatie en taal, administratieve uitdagingen, oriëntatie binnen de gezondheidszorg en praktische begeleiding. Dit zijn taken die PAS-medewerkers zelf niet opnemen of waarvoor zij onvoldoende tijd of kennis van hebben.

“Die extra tijd enerzijds en anderzijds hebben ze ook wel kennis van de sociale kaart en een netwerk dat wij niet hebben. Ja, ik weet niet hoeveel dat de wachttijd is bij deze of die gynaecoloog. En als ik iemand doorstuur naar de CHW, weet zij wel waar het lang wachten is of niet. Omdat die ermee bezig zijn, hebben die daar een veel beter zicht op dan wij. Ja.”
(Interview PAS-medewerker)

- **Vertrouwen en nabijheid**

Door hun aanwezigheid op vaste momenten en het feit dat de CHWs voldoende tijd en ruimte kunnen geven aan patiënten maakt dat de CHWs een vertrouwenspersoon worden voor veel patiënten, wat de continuïteit van zorg bevordert.

- **Flexibele inzetbaarheid**

De CHWs worden ook geapprecieerd om hun flexibele werkhouding. Naast hun vaste inloopmomenten, zijn de CHWs ook telefonisch bereikbaar, en schakelen zij hun collega's in wanneer deze een betere expertise hebben in bepaalde zaken of culturele achtergronden.

“Soms zijn ze precies niet genoeg aanwezig, en dan zijn we wel blij dat we ze kunnen bellen. Dan wordt het telefonisch wel geregeld” (Interview met PAS-medewerker)

Volgens de PAS-medewerkers vormt de samenwerking met de CHWs dus een grote meerwaarde. Zij zien nog vele kansen en groei in de samenwerking, en willen zich inzetten om de samenwerking structureler in de werking te integreren.

“Daar zie ik ook wel kansen in, in de verderzetting van hun werk naar de praktijk toe. En dan denk ik meer aan het sociale luik. Dat we daar, als er wordt teruggekoppeld, dat we daar dan ook die patiënt nog wel verder mee kunnen helpen. Dus ik denk dat dat we dat we een echte wisselwerking kunnen maken.” (Interview met PAS-medewerker)

Ook de CHWs zien de samenwerking graag verder uitgroeien naar een meer gestructureerde vorm.

6.7 Uitdagingen en verbeterpunten

Hoewel de samenwerking tussen de CHWs en het PAS door beide partijen waardevol wordt bevonden, staat ze nog in volle ontwikkeling. De recente opstart van het PAS en de groeiende, veranderende werking brengen met zich mee dat sommige aspecten in de samenwerking nog kunnen worden uitgebreid of nog niet voldoende gestructureerd zijn ingebed. Beide partijen erkennen dat er diverse aandachtspunten en kansen voor verbetering bestaan om de samenwerking verder te versterken:

- **Persoonsgebonden werking**

De samenwerking met de CHWs is nog niet structureel verankerd binnen de PAS-werking, waardoor deze in de praktijk vaak persoonsgebonden blijft. Sommige medewerkers hebben via informele contacten een sterke verbinding met de CHWs of nemen gemakkelijker zelf initiatief om hen te betrekken. Dit leidt tot een wisselende doorverwijzing vanuit het PAS naar de CHWs, waarbij de mate en frequentie van doorverwijzen sterk afhangen van individuele medewerkers en hun persoonlijke aanpak.

“Als we zo naar het hele verhaal gaan kijken denk ik dat we nog echt in die fase zitten, dat het heel persoonsgebonden is. Dat is nog niet structureel ingebed in het hele team. [...] Ja, we moeten van dat persoonsgebonden meer naar een structurele samenwerking gaan.” (Interview met PAS-medewerker)

Ook aan de kant van de CHWs speelt dit persoonsgebonden aspect een rol. De ene CHW hanteert een meer proactieve werkwijze en stelt zich bijvoorbeeld spontaan voor aan het onthaal wanneer een gesprek opgevangen wordt waarin hun ondersteuning relevant kan zijn. Dit zorgt ervoor dat het aantal casussen per CHW varieert, net als de aanpak en de intensiteit van hun opvolging van de casussen.

- **Onvoldoende duidelijke (rol)communicatie**

Hoewel sommige PAS-medewerkers de CHWs steeds beter leren kennen en effectief met hen samenwerken, blijft er regelmatig onduidelijkheid bestaan over hun rollen en taken. Ook hier speelt het ontbreken van een structurele aanpak een belangrijke rol: nieuwe medewerkers krijgen geen systematische uitleg over de functie en inzet van de CHWs, en het hangt vaak van de CHWs zelf af of zij het initiatief nemen om zich aan nieuwe collega's voor te stellen. Daarnaast geven ook de CHWs aan dat zij nood hebben aan een duidelijkere communicatie vanuit de werking van het PAS: bijvoorbeeld wanneer er nieuwe medewerkers zijn, wanneer consultatiemomenten wijzigen, enzovoort.

- **Ontbreken van structurele afstemming en opvolging patiënten**

Ook op het vlak van structurele afstemming en opvolging van patiënten die naar de CHWs worden doorverwezen, is er nog een duidelijke nood. Omdat dit nu vooral op informele wijze verloopt, zijn PAS-medewerkers niet altijd op de hoogte van hoe patiënten uiteindelijk verder geholpen worden door de CHWs, waardoor continuïteit en overzicht in de begeleiding niet altijd gegarandeerd zijn.

“Ik zou dat wel handig vinden. Patiënten vertellen ons niet altijd alles. Hoeft ook niet. Ja, maar als ik kan zien wat mijn collega van moeite gedaan heeft en welke acties die heeft ondernomen, kan ik dat wel staven.” (Interview met PAS-medewerker)

Daarnaast zijn er enkele uitdagingen in de onmiddellijke context van de PAS-werking, waar de inzet van CHWs een duidelijke meerwaarde zou kunnen bieden:

- **Werking van het callcenter**

Mensen die op zoek zijn naar een huisarts, kunnen via het contactcenter worden doorverwezen naar het PAS. Bij dat eerste contact wordt systematisch nagegaan of iemand al is aangesloten bij een mutualiteit, wat een noodzakelijke voorwaarde is om hulp te krijgen binnen het PAS. Wie dat nog niet is, en daar hulp bij wil, wordt op een 'terugbellijst' genoteerd. Het PAS-onthaal geeft deze contacten, na een check of ze niet al gekend zijn, door aan de CHWs. In de praktijk verloopt dit echter nog niet vlot of systematisch. Het valt te overwegen om mensen al bij het eerste contact in het callcenter te informeren over de mogelijke ondersteuning door CHWs. Bovendien blijkt een groot aantal van de patiënten niet op te dagen voor een eerste afspraak. De redenen hiervoor zijn niet gekend, maar vermoedelijk spelen ook financiële en logistieke barrières voor mensen in een kwetsbare leefsituatie een rol. Het zou nuttig zijn indien er systematisch kan nagegaan worden bij het maken van deze afspraak indien de patiënt zelfstandig naar

het PAS kunnen komen. Indien dit niet het geval is, zou de CHW die patiënten daarbij kunnen begeleiden. Hier liggen dus duidelijke kansen om de samenwerking met de CHWs te versterken en de doorverwijzing te optimaliseren.

- **Beperkingen door RIZIV-regels rond aansluiting bij de mutualiteit**

Het PAS mag geen patiënten verderhelpen die niet aangesloten zijn bij een mutualiteit. Hierdoor vallen veel personen in kwetsbare situaties uit de boot, omdat zij vaak nergens terecht kunnen. Op dit moment worden zij soms doorverwezen naar de spoeddienst, wat niet wenselijk is en bovendien leidt tot hogere maatschappelijke kosten. Het gaat daarbij vaak om mensen in bijzonder kwetsbare situaties, zoals personen zonder verblijfsdocumenten. Net deze doelgroep kan door CHWs worden ondersteund, onder meer door na te gaan op welke rechten zij aanspraak kunnen maken en hen te begeleiden bij het verkrijgen van toegang tot zorg.

Deze uitdagingen en verbeterpunten zijn bekend en worden door beide partijen erkend. Op initiatief van de CHW-teamverantwoordelijke vond reeds een overleg plaats met de coördinatie van het PAS, waar een deel van deze punten besproken werd. Er is bereidheid om aan de punten te werken, al geeft vooral het PAS-team aan hiervoor tijd en ruimte te moeten vrijmaken.

6.8 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit de case-study, worden enkele aanbevelingen geformuleerd om de samenwerking tussen de CHWs en PAS-medewerkers verder te versterken:

- **Formele en systematische (her)introductie van de CHWs voor (nieuw) PAS-personeel en vrijwilligers**

Op dit moment steunt de samenwerking vooral op toevallige contactmomenten en het persoonlijke initiatief van PAS-medewerkers, aangevuld met de individuele, proactieve houding van de CHWs. Hoewel er al enkele formele kennismakingsmomenten zijn geweest, waren deze qua timing en aanwezigheid van PAS-medewerkers niet ideaal. Daardoor is de kennis over en vertrouwdheid met de CHWs en hun rol binnen het PAS versnipperd.

Een opfrissingsmoment voor de huidige PAS-medewerkers over de rollen en taken van de CHWs, aangevuld met systematische introducties voor nieuw personeel en vrijwilligers, zou de samenwerking aanzienlijk kunnen uitbreiden. Aangezien de CHWs geen zicht hebben op het moment waarop nieuwe medewerkers of vrijwilligers starten, is het aangewezen dat de PAS-coördinatie de introductie van de CHW-werking systematisch opneemt in het inwerkproces. Gezien het onthaal binnen het PAS wordt verzorgd door vrijwilligers die regelmatig wisselen, is het cruciaal dat zij goed geïnformeerd zijn over de rol en inzetbaarheid van de CHW-medewerkers.

- **Systematische opvolging van doorverwezen patiënten**

Uit de interviews kwam naar voren dat er nood is aan meer gestructureerde communicatie over doorverwezen patiënten, zeker wanneer zij nadien verder worden opgevolgd binnen het PAS. Momenteel verloopt deze communicatie eerder ad hoc en hangt ze sterk af van de persoonlijke samenwerking tussen de CHW en de betrokken PAS-medewerker.

Een meer uniforme documentatie van doorverwijzingen en van de acties die de CHW ondernam, lijkt daarom aangewezen. Bij eenvoudige trajecten, zoals het zoeken van een tandarts of het regelen van een mutualiteitsaansluiting, kan dit eventueel schriftelijk. Bij patiënten die een intensievere opvolging kregen en vervolgens opnieuw in zorg komen bij

het PAS, zal echter een meer diepgaande terugkoppeling de zorg ten goede komen, bijvoorbeeld via een vast overlegmoment waarbij zulke casussen worden besproken.

- **Structureel evaluatieoverleg van samenwerking op coördinatieniveau**

Om de samenwerking verder te ontwikkelen en te verduurzamen, is het aangewezen om op regelmatige basis een structureel evaluatie- en reflectieoverleg in te plannen. Dit overleg is niet bedoeld om individuele casussen te bespreken, maar om op coördinatieniveau de samenwerking te evalueren. Waar dit nu eerder ad hoc gebeurt, zouden overleggen op vaste tijdstippen een betere opvolging garanderen. Zo kan men de vinger aan de pols houden over hoe de samenwerking verloopt, welke verbeterpunten zich aandienen en hoe deze best kunnen worden aangepakt.

Om de integratie van CHWs in de PAS-werking verder te versterken, worden ook twee aanbevelingen geformuleerd voor de externe (beleids)instellingen die verantwoordelijk zijn voor het callcenter en voor het bepalen van de toegangsvoorwaarden tot het PAS:

- **Verbetering van informatieverstrekking door het contactcenter**

Zoals eerder aangegeven verwerkt het contactcenter de aanmeldingen voor het PAS. Wanneer iemand niet bij een mutualiteit is aangesloten, wordt echter niet standaard vermeld dat een CHW daarbij ondersteuning kan bieden. Wie hulp wenst, wordt op een terugbellijds gezet, die door het PAS-onthaal wordt nagekeken en vervolgens aan de CHWs wordt doorgegeven. Ook wordt bij de aanmelding niet standaard nagegaan of de patiënt zelfstandig de weg naar het PAS kan vinden. Als contactcentermedewerkers systematisch zouden meegeven dat de hulp van CHWs beschikbaar is, kan dit voor bepaalde patiënten een belangrijke en snellere ondersteuning betekenen.

- **Beleidsdialog rond mutualiteitsvoorwaarden bij toegang PAS**

De structurele beperkingen voor mensen zonder mutualiteit, die momenteel niet verder geholpen mogen worden in het PAS, moeten worden besproken op hoger beleidsniveau. Deze voorwaarden hebben immers een grote impact op de toegankelijkheid van zorg voor mensen in uiterst kwetsbare situaties. Aangezien het PAS functioneert als een eerstelijnsvoorziening voor personen zonder huisarts, zou de aangeboden hulp idealiter voor iedereen toegankelijk moeten zijn.

CHWs kunnen hierin bovendien een belangrijke rol spelen door na te gaan op welke rechten iemand aanspraak kan maken en door de toegang tot zorg te vergemakkelijken. Bovendien hebben CHWs een signaalfunctie, waardoor zij onderliggende structurele problemen kunnen blootleggen die op beleidsniveau moeten worden aangepakt..

6.9 Discussie en conclusie

De samenwerking tussen de CHWs en het PAS is sinds de opstart geëvolueerd van een experimentele en eerder onduidelijke situatie naar een geïntegreerde, georganiseerde samenwerking. Dit sluit aan bij internationale bevindingen die aantonen dat een succesvolle integratie van CHWs in eerstelijnsvoorzieningen tijd, coördinatie en wederzijds vertrouwen vergt (LeBan et al., 2021; Washburn et al., 2022).

De positie van CHWs als brugfiguren en vertrouwenspersonen is een belangrijke hefboom om gezondheidsongelijkheid te verminderen (Damio et al., 2017; Glenton et al., 2021). Dit is ook duidelijk hun meerwaarde in het PAS: patiënten vinden sneller de juiste zorg, de administratieve druk op het PAS vermindert, en CHWs gaan actief op zoek naar de noden van patiënten rond

rechten, toegang en opvolging in de gezondheidszorg. CHWs vervullen dus een duidelijke en cruciale rol in het verbeteren van de toegankelijkheid, communicatie en begeleiding van patiënten. Daarmee sluit deze samenwerking aan bij onderzoek dat laat zien dat samenwerkingen tussen CHWs en formele zorgvoorzieningen kunnen leiden tot betere kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, zeker voor sociaal kwetsbare groepen (Mupara et al., 2022; Washburn et al., 2022).

Tegelijkertijd bevestigt de case-study ook de terugkomende uitdagingen bij het integreren van CHWs in de reguliere gezondheidszorg: namelijk onduidelijkheid over rollen, nood aan open communicatie en coördinatie, en afhankelijkheid van goodwill in een context van tijdsdruk (Kok et al., 2015; LeBan et al., 2021; Washburn et al., 2022). Heldere rolomschrijvingen, gedeelde verwachtingen en gestructureerde overlegmomenten werden ook in eerder onderzoek genoemd als cruciale elementen voor duurzame samenwerking (Colvin et al., 2021; Franklin et al., 2015; Perry & Hodgins, 2021).

In conclusie, de ervaringen bij het PAS tonen aan dat een goed ingebedde samenwerking met CHWs niet alleen haalbaar is, maar ook substantieel bijdraagt aan meer inclusieve en responsieve gezondheidszorg.

6.10 Referenties

- Apers, H., & Masquillier, C. (2024). Facilitators and Barriers in Collaborations Between Community Health Workers with Primary and Well-Being Providers in Primary Healthcare in Belgium. *Healthcare (Switzerland)*, *12*(23), 1–15. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232348>
- Apers, H., Mullié, K., Wouters, E., & Masquillier, C. (2024). *Community health workers in België - Rapport 2023*.
- Colvin, C. J., Hodgins, S., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–26. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>
- Damio, G., Ferraro, M., London, K., Pérez-Escamilla, R., & Wiggins, N. (2017). *Addressing Social Determinants of Health through Community Health Workers: A Call to Action* (Issue Hispanic Health Council Policy Brief).
- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., & Davis, S. (2015). Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, *2*. <https://doi.org/10.1177/2333392815573312>
- Glenton, C., Javadi, D., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4>
- Kok, M. C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., & de Koning, K. A. M. (2015). How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Research Policy and Systems*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0001-3>
- LeBan, K., Kok, M., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00756-4>

- Mupara, L. M., Mogaka, J. J. O., Brieger, W. R., & Tsoka-Gwegweni, J. M. (2022). Community Health Worker programmes' integration into national health systems: Scoping review. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3204>
- Perry, H. B., & Hodgins, S. (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. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00459>
- Washburn, D. J., Callaghan, T., Schmit, C., Thompson, E., Martinez, D., & Lafleur, M. (2022). Community health worker roles and their evolving interprofessional relationships in the United States. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 545–551. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1974362>