

**COMMUNITY HEALTH WORKERS ALS**  
**BRUGFIGUUR TUSSEN DE**  
**EERSTELIJNS- EN**  
**TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG**  
EVALUATIE VAN EEN PILOOTPROJECT IN GENT

Aantal woorden: 16.467

**Annelies Vandeput**

Stamnummer: 01809446

Promotor: Peter Decat

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting management en beleid van de gezondheidszorg

Academiejaar: 2019 – 2020





**COMMUNITY HEALTH WORKERS ALS**  
**BRUGFIGUUR TUSSEN DE**  
**EERSTELIJNS- EN**  
**TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG**  
EVALUATIE VAN EEN PILOOTPROJECT IN GENT

Aantal woorden: 16.467

**Annelies Vandeput**

Stamnummer: 01809446

Promotor: Peter Decat

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting management en beleid van de gezondheidszorg

Academiejaar: 2019 - 2020



## **Abstract**

### Doelstelling

Stad Gent en OCMW Gent hebben samen het Community Health Work of ook CHW-project opgestart in februari 2019. Ze willen met het project inzetten op het verlagen van drempels naar welzijn en gezondheid voor kwetsbare doelgroepen. Hierbij kunnen de community health workers een belangrijke rol spelen. Zij zouden een brugfunctie hebben om kwetsbare personen en gezinnen toe te leiden naar de verschillende gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Deze studie zal na gaan hoe het CHW-project in Gent reeds verloopt.

### Methode

Voor de evaluatie van het CHW pilootproject werd er gebruik gemaakt van een mixed method onderzoeksdesign. Er werden zowel kwantitatieve gegevens als kwalitatieve gegevens verzameld. Hiervoor werden 13 semigestructureerde interviews afgenomen bij coördinatoren, CHW's, patiënten en zorgverleners van het ziekenhuis. De interviews werden opgesteld en geanalyseerd aan de hand van een 'realist impact evaluation'-onderzoekstechniek. Wat kenmerkend is aan deze techniek is dat ze zal focussen op 'Wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden?'.

### Resultaten

Uit de interviews blijkt dat de patiënten zich op hun gemak voelen door de empathische aanpak van de CHW's. Ze worden door hen goed begeleid van de eerstelijns- naar de tweedelijnszorg, wat zorgt voor een efficiëntere en toegankelijke gezondheidszorg. CHW's versterken de patiënt, waardoor die zijn gezondheid in eigen handen zal nemen.

### Conclusie

Het integreren van CHW's in het Belgische gezondheidszorg landschap biedt vele mogelijkheden voor zowel patiënten als zorgverleners. Patiënten worden ondersteunt op hun weg naar gezondheidszorginstellingen, waardoor de zorg efficiënter verloopt voor beide partijen. De CHW's vormen als het ware een brug tussen de eerste- en de tweedelijnszorg en brengen hierbij het menselijke en empathische aspect terug in de zorg.

## **Abstract**

### Objective

'Stad Gent' and 'OCMW Gent' together started the Community Health Work or CHW-project in February 2019. They want to use the project to lower barriers to well-being and health for vulnerable target groups. Community health workers can play an important role in this. They would have a bridging function to direct vulnerable persons and families to the various health and welfare facilities. This study will examine how the CHW project in Ghent is already progressing.

### Method

For the evaluation of the CHW pilot project, a mixed method research design was used. Both quantitative and qualitative data were collected. For this purpose, 13 semi-structured interviews were conducted with coordinators, CHWs, patients and healthcare providers of the hospital. The interviews were prepared and analyzed using a "realist impact evaluation" research technique. A characteristic of this technique is that it will focus on "What works for whom, how and under what conditions?".

### Results

The interviews show that patients are comfortable with the empathetic approach of the CHW's. They provide them with good guidance from primary to secondary care, which ensures more efficient and accessible care. CHW's empower the patient, allowing him to take control of his health.

### Conclusion

Integrating CHWs into the Belgian healthcare landscape offers many options for patients and healthcare providers. Patients are supported on their way to health care institutions, making care more efficient for both parties. The CHW's form a bridge between primary and secondary care, bringing back humanity and a sense of empathy in healthcare.

**Total words article: 16.467**

**Total words literature and objectives: 5.597**

## De inhoudstafel

Abstract .....	4
De inhoudstafel.....	6
Woord vooraf .....	8
1. Inleiding .....	9
2. Literatuurstudie .....	10
2.1 Inleiding .....	10
2.2 Theoretisch kader.....	11
2.3 Methode .....	13
2.3.1 Datacollectie.....	13
2.3.2 Evaluatie van de literatuur.....	15
2.3.3 Analyse .....	17
2.4 Resultaten .....	17
2.4.1 Facilitators.....	17
2.4.2. Barrières .....	21
2.5 Discussie.....	22
2.6 Beperkingen .....	23
2.7 Toekomstig onderzoek (onderzoeksvoorstel).....	23
2.8 Conclusie.....	26
2.9 Implicaties voor de management en/of beleidspraktijk .....	27
3. Onderzoeksmethoden .....	27
4. Kwantitatieve resultaten.....	29
4.1 Beschrijvende statistiek.....	29
5. Kwalitatieve resultaten.....	35
5.1 <b>Context</b> waarbinnen het project zich bevindt.....	35
5.1.1 Het ontstaan van het project .....	35
5.1.2 Het Belgische gezondheidszorgsysteem en de sociale diensten .....	36

5.1.3 CHW's en hun achtergrond .....	37
5.1.4 Kenmerken van patiënten die deelnamen aan het project .....	37
5.1.5 Deelname van het ziekenhuis binnen het project .....	38
<b>5.2 Mechanismen</b> die het project bevorderen of hinderen .....	38
5.2.1 Hoe ervaren CHW's het CHW-project? .....	39
5.2.2 Hoe verloopt het CHW-project voor de patiënten? .....	45
5.2.3 Hoe verloopt het CHW-project in het ziekenhuis? .....	46
<b>5.3 Outcome</b> van het project .....	49
5.3.1 CHW's als brugfiguur voor een toegankelijker gezondheidszorg .....	49
5.3.2 Patiënten nemen hun gezondheid in eigen handen dankzij CHW's .....	51
5.3.3 CHW's vormen de brug tussen de eerstelijns- en de tweedelijnszorg.....	52
5.4 Samenvattende tabel: CMO-configuratie van de resultaten .....	54
<b>6. Discussie</b> .....	55
6.1 Beperkingen van het onderzoek.....	57
6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	57
<b>7. Conclusie</b> .....	58
<b>8. Referenties</b> .....	59
<b>9. Bijlagen</b> .....	65
9.1 Studieselectie .....	65
9.2 Zoekstring en zoekacties.....	66
9.2.1 Pubmed.....	66
9.2.2 Web Of Science .....	67
9.3 Ethisch comité .....	68
9.4 Informed consent voor de deelnemers .....	70

## Woord vooraf

Na een jaar hard werken is het einde in zicht en kan ik de laatste pagina van mijn thesis schrijven. Van dit moment wil ik gebruik maken om een aantal personen te bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van deze thesis. Zonder hun hulp, steun en inbreng had ik deze thesis niet tot een goed einde kunnen brengen.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Peter Decat bedanken om dit interessante onderwerp aan te rijken en mij de kans te geven mee te werken aan de evaluatie van het CHW-project in Gent. Ik ben de gehele periode zeer goed ondersteund geweest en kreeg steeds de nodige tips en suggesties om op die manier tot een goed eindresultaat te komen.

Daarnaast wil ik ook graag Lieve Vanoverschelde en Leen Van Zele bedanken. Zij hebben mij het vertrouwen en de kans gegeven om een rol op te nemen in het project. Ook stonden zij steeds klaar om de nodige ondersteuning te bieden gedurende het hele project. Ze hebben mij laten kennis maken met de Gentse gezondheids- en welzijnsorganisaties, wat ik zeer interessant vond. Dit zal in de toekomst zeker nog van pas komen.

Bovendien wil ik ook mijn dank uiten naar de andere medewerkers van het CHW-project. Zij hebben mij heel erg geholpen door tijd vrij te maken en zich open te stellen voor een interview, waardoor ik de nodige gegevens kon verzamelen.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden niet vergeten. Zij hebben me steeds gesteund gedurende dit hele proces. Ik kon altijd op hen rekenen zowel voor de nodige ontspanning als voor de serieuzere zaken des levens. Bedankt om er steeds voor mij te zijn.



## 1. Inleiding

Stad Gent en OCMW Gent hebben samen het Community Health Work of ook CHW-project opgestart in februari 2019. Op die manier willen ze samen werken aan een sterker armoedebeleid. Ze willen namelijk met het project inzetten op het verlagen van drempels naar welzijn en gezondheid voor kwetsbare doelgroepen. Hierbij kunnen de community health workers een belangrijke rol spelen. Zij zouden een brugfunctie hebben om kwetsbare personen en gezinnen toe te leiden en de weg te wijzen naar de verschillende gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Daarnaast kunnen ze de kwetsbare burger versterken zodat deze zelf de weg vindt naar de juiste hulp.

Zo'n project als de community health workers kan vele mogelijkheden bieden binnen ons huidige gezondheidszorgsysteem. Ons Belgische gezondheidszorgsysteem is sterk uitgebouwd en behoort tot een van de beste van Europa. België steeg namelijk in het jaar 2019 van de achtste naar de vijfde plaats op de Europese gezondheidsindex (van Driessche, 2019). Er zijn heel wat diensten waar de bevolking beroep op kan doen, maar volgens van Driessche (2019) moet de overheid patiënten beter informeren.

We scoren op heel wat vlakken zeer goed. We hebben uitstekende artsen en gezondheidswerkers, een groot deel van de bevolking is gedekt en patiënten ervaren een hoge veiligheid en tevredenheid. Om ervoor te zorgen dat iedereen in België toegang krijgt tot de gezondheidszorg en op een kwaliteitsvolle manier de nodige zorg krijgt, zijn er een aantal belangrijke systemen ontwikkeld. Allereerst is de sociale zekerheid in ons land sterk uitgebouwd. De maximumfactuur zorgt er mee voor dat de gezondheidszorg betaalbaar blijft voor zij die het financieel moeilijker hebben of hoge gezondheidszorgkosten hebben. Maar deze systemen blijken nog onvoldoende voor de meest kwetsbare groep van de bevolking.

Er zijn naast de sterktes van ons gezondheidszorgsysteem ook enkele zwaktes waar een grote verbeteringsmarge op zit. Zo zijn er nog steeds grote ongelijkheden in de toegang tot zorg, blijven de eigen bijdrage van de patiënt hoog en is er een grote variabiliteit in de zorg die verleend wordt (Vandijck, 2020). Het CHW-project beoogt om deze ongelijkheid in de toegang tot de zorg in te dijken door de kwetsbare personen hierin beter te begeleiden.

Deze masterproef maakt onderdeel uit van het CHW-project door de evaluatie van de pilootfase te maken. Aan de hand van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens zal er gekeken worden hoe het project tot nu toe verloopt.

## **2. Literatuurstudie**

Deze literatuurstudie kwam in het jaar 2019 tot stand tijdens het tweede semester van het schakeljaar management en beleid van de gezondheidszorg voor het vak 'onderzoeksvaardigheden'.

### *2.1 Inleiding*

Door de toenemende zorgkosten en zorgvraag is de nood aan een toegankelijker eerstelijnszorg en benaderingen rond besparing in de gezondheidszorg zeer groot (Hartzler, Tuzzio, Hsu et al., 2018). Wereldwijd is de toegang tot de eerstelijnszorg voor de kwetsbare groepen van de samenleving nog een groot struikelblok. Immigranten behoren vaak tot die kwetsbare groep. Zij worden geconfronteerd met multidimensionale hindernissen om goede gezondheidszorg te krijgen. Zo kunnen we spreken van taalbarrières die de communicatie met de zorgverlener bemoeilijken. Deze gebrekkige communicatie kan ervoor zorgen dat de zorgverstrekker de noden van de patiënt niet tegemoet kan komen en optimale dienstverlening hierdoor niet wordt aangeboden. De zorgverlener is ook niet steeds in staat om rekening te houden met de culturele aspecten van de allochtone patiënten, waardoor zij minder geneigd zullen zijn om primaire gezondheidszorg te zoeken. Een andere hindernis is het verschil tussen de gezondheidszorgsystemen van het nieuwe land en het emigratieland (het land dat ze verlaten). Dit maakt het voor hen moeilijk om de toegang tot de gezondheidszorg te vinden. Bovendien krijgen immigranten, meestal in de beginperiode van hun vestiging, te maken met heel wat socio-economische moeilijkheden, wat hen kan belemmeren in de toegang tot de eerstelijnszorg (S Shommu, Ahmed, Rumana et al., 2016).

Lagere geletterdheid kan zowel bij kwetsbare allochtone als autochtone patiënten zorgen voor een verminderde toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Het verkrijgen en verwerken van basisinformatie omtrent de gezondheid(szorg) wordt, zeker met de toenemende technologie, een moeilijkere opgave, wat ervoor zorgt dat ze minder in

staat zijn om weloverwogen beslissingen te nemen in verband met hun gezondheid (N Ramos, N Ramos, & S Ramos, 2019).

Ook mensen die leven in armoede kunnen beperkt worden in hun toegang tot de sociale dienstverlening en hun sociale rechten. De weg naar de eerstelijnszorg is voor hen niet steeds gemakkelijk (OCMW Gent, z.d.).

Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de kwetsbare groepen van de bevolking te vergroten, kan er beroep worden gedaan op community health workers of ook CHW's. Zij zorgen er bovendien voor dat de ongelijkheid in toegang tot gezondheidszorg tussen de verschillende groepen van de samenleving zal afnemen. Projecten of interventies waarbij gewerkt wordt met CHW's zijn een belangrijke stap richting een gemeenschapsgerichte, participatieve, uitgebreide primaire gezondheidszorg, toegankelijk voor iedereen (Ozano, Simkhada, Thann, et al., 2018). Niet alleen in landen met lage en middelhoge inkomens is er belangstelling voor de community health work programma's. Ook in landen met hoge inkomens zijn ze in opmars.

CHW's bleken reeds zeer effectief te zijn in verschillende landen (Javanparast, Windle, Freeman et al., 2018). Dit onderzoek zal nagaan wat nu juist de barrières en facilitators zijn van community health work: wat bemoeilijkt het programma en wat zou kunnen zorgen voor een betere werking van CHW?

Onderzoeksvraag: wat zijn de barrières en facilitators van community health work voor de kwetsbare bevolkingsgroepen van de samenleving?

## *2.2 Theoretisch kader*

'Community health workers' is een overkoepelende term voor verschillende gezondheidsmedewerkers van de gemeenschap. Ze zetten in op het verlagen van drempels naar welzijn en gezondheid voor kwetsbare doelgroepen. De WHO (2007) definieert community health workers als hulpverleners van de eerstelijnszorg, die deel uit maken van de gemeenschap waar ze werken en ondersteund worden door het gezondheidszorgsysteem, maar er niet noodzakelijk onderdeel van moeten zijn. Ze hebben een kortere opleiding gehad dan een professionele werknemer.

De oorsprong van de CHW's ligt in de jaren 1970. Hun introductie was in eerste instantie vooral gericht op het verbeteren van de gezondheid van moeders en kinderen

en het beheren van infectieziekten op plaatsen met een tekort aan gezondheidsmedewerkers en een lage toegang tot de basisgezondheidszorg. CHW's deden in het begin van hun ontstaan vooral intrede in de lage en middeninkomens landen om de lokale gezondheidsproblemen aan te pakken. Meer recentelijk worden CHW's steeds meer en meer gebruikt in landen met een hoger inkomen. Daar heerst namelijk vaak ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Ook het tekort aan gezondheidswerkers en de escalatie van chronische en complexe ziekte, die de vraag naar gezondheidszorg en de kosten in deze landen doen verhogen, zorgen voor een groeiende belangstelling voor CHW's in deze ontwikkelde landen. CHW's worden steeds meer beschouwd als een belangrijk wordende groep, die naast de huidige zorgaanbieders de toegang tot de eerstelijnszorg vergemakkelijken (Javanparast, 2018).

WHO beschouwde CHW's in 1978 bij Alma Ata zelfs als een van de hoekstenen van de eerstelijnszorg door de kwetsbare groepen van de samenleving te ondersteunen in de basisgezondheidszorg en bij te dragen tot de belangrijkste beginselen van gemeenschapsgezondheidszorg. Die beginselen zijn gelijkheid, maatschappelijke betrokkenheid, inspelen op lokale gezondheidsbehoeften en intersectorale samenwerking (Javanparast, 2018).

Daarnaast heeft de WHO een concept ontwikkeld, waardoor er een verschuiving van verschillende zorgtaken plaatsvindt van medische en andere zorgverleners naar minder gespecialiseerde gezondheidswerkers. Dit concept noemt men 'de taakverschuivingsbenadering' of 'task shifting approach'. Het heeft er meer dan ooit voor gezorgd dat de CHW's een noodzakelijke schakel worden in de gezondheidszorg (Javanparast, 2018).

CHW is een zeer brede term en elk land of gebied geeft zijn eigen invulling aan dit begrip. Hierdoor kunnen de taken en de rol van een CHW ook verschillen afhankelijk van de context waarin hij of zij tewerkgesteld is (Long, Huang, Zheng et al., 2018). Zo is een CHW in sommige landen een fulltime betaalde medewerker van de overheid, terwijl hij of zij in andere landen een onbetaalde, volledige of parttime vrijwilliger is (Naimoli, Perry, Townsend et al., 2015).

In het algemeen voeren CHW functies uit die gericht zijn op het verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het signaleren van ongelijkheid en

structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg, het promoten van gezond gedrag en levensstijl en het bevorderen van de betrokkenheid van patiënten (Hartzler, 2018). De CHW neemt geen volledige taken over van de professionals, maar heeft een ondersteunde rol, aanvullend op hun takenpakket. Informeren, adviseren, bemiddelen en vertegenwoordigen, problemen detecteren, ondersteunen en stimuleren naar zelfstandigheid (empowerment) zijn kernopdrachten van de community health workers (Stad Gent, 2019).

Ondanks het feit dat CHW's een groot potentieel hebben om een belangrijke bijdrage te vormen in de gezondheids- en welzijnszorg, worden ze onderbenut. Er is begeleiding nodig om ervoor te zorgen dat CHW's op een zo optimale manier worden gepromoot en uitgebreid. Daarom zal deze review peilen naar de manieren waarop dit het beste kan gebeuren. Wat loopt er al goed, wat zijn de uitdagingen waarmee de CHW's worden geconfronteerd bij het implementeren van gezondheidsinitiatieven en wat is er nodig om hun prestaties te optimaliseren (Hartzler et al., 2018)?

### 2.3 Methode

#### 2.3.1 Datacollectie

Aan de hand van de onderzoeksvraag werd er een PICO opgesteld om een goede zoekstring te ontwikkelen. Een PICO is namelijk een hulpmiddel dat in de evidence-based praktijk wordt gebruikt om een klinische of zorgvraag te formuleren en een zinvol antwoord uit de literatuur te vergroten (Ugent, z.d.).

**P (patient):** Kwetsbare bevolkingsgroepen

PubMed: (((("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR "Minority Groups"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Ethnic Groups"[Mesh])

Web of Science: ALL=(Emigrants and Immigrants OR "Minority Groups" OR Vulnerable Populations OR "Ethnic Groups" OR ethnicity)

**I (intervention):** Community Health Work

PubMed: (((((((("Patient Navigation"[Mesh]) OR "Community Health Workers"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh]) OR "Health Educators"[Mesh])) OR "patient facilitator") OR CHW) OR "community navigators"

Web of Science: ALL=(Patient Navigation OR "Community Health Workers" OR Community Health Services OR Health Educators OR patient facilitator OR CHW OR community navigators)

**C (comparison intervention):** /

**O (outcome):** Barrières en facilitators

PubMed: (((((improvement) OR improving) OR (motivating and demotivating factors)) OR (barriers and facilitators)) OR strengthened) OR evaluation

Web of Science: ALL=("improvement" OR "improving" OR "motivating and demotivating factors" OR "barriers and facilitators" OR "strengthened" OR "evaluation")

Door de verschillende factoren van de PICO samen te voegen, kwamen de volgende zoekstrings tot stand.

PubMed: ((((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR "Minority Groups"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Ethnic Groups"[Mesh])) AND (((((((("Patient Navigation"[Mesh]) OR "Community Health Workers"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh]) OR "Health Educators"[Mesh])) OR "patient facilitator") OR CHW) OR "community navigators")) AND (((((improvement) OR improving) OR (motivating and demotivating factors)) OR (barriers and facilitators)) OR strengthened) OR evaluation)

Web of Science: ALL= ((Emigrants and Immigrants OR "Minority Groups" OR Vulnerable Populations OR "Ethnic Groups" OR ethnicity) AND (Patient Navigation OR "Community Health Workers" OR Community Health Services OR Health Educators OR patient facilitator OR CHW OR community navigators) AND ("improvement" OR "improving" OR "motivating and demotivating factors" OR "barriers and facilitators" OR "strengthened" OR "evaluation"))

#### 2.3.1.1 inclusie- en exclusiecriteria

De zoekstring die ingegeven werd in de database PubMed gaf 2077 resultaten. Door de exclusiecriteria toe te passen werd het aanbod beperkt tot de artikels die relevant waren voor dit onderzoek. Als eerste werd er gefilterd volgens het publicatiejaar. De artikels die gebruikt worden voor deze literatuurstudie mogen niet ouder zijn dan 10

jaar. Door deze filter toe te passen bleven er nog 1047 resultaten over. Verder werd er ook gefilterd op de beschikbaarheid van de 'free full text', hierna telde de database nog 504 resultaten. Als laatste werd er ook nog rekening gehouden met de taal van het artikel namelijk Engels. Door deze limiet toe te passen bleven er nog 494 resultaten over. Aan de hand van de titel en het abstract werd gezocht naar de best passende en relevantste artikels voor deze literatuurstudie.

Daarnaast werd er ook gezocht in de database Web of Science. De bovenstaande zoekstring gaf 1182 resultaten. Eveneens werden enkele exclusiecriteria toegepast om de bruikbare wetenschappelijke artikels over te houden. Door de artikels ouder dan 10 jaar te excluderen bleven er nog 930 artikels over. Vervolgens werd er ook gefilterd op de beschikbaarheid van de volledige tekst (473 hits) en de Engelse taal. Dit zorgde voor 468 resterende resultaten.

Er zijn heel wat artikels die community health work programma's gaan beschrijven gericht op het aanpakken of het verbeteren van een specifieke ziekte-toestand (zoals obesitas, kanker enzovoort). Dit is echter niet waar deze literatuurstudie zich op zal richten. De wetenschappelijke artikels geschikt voor dit onderzoek moeten zich vooral concentreren op de barrières en facilitators; uitdagingen en successen; de motiverende en de demotiverende factoren van community health work in het algemeen.

Rekening houdend met bovenstaande exclusiecriteria en inclusiecriteria, bleven 10 wetenschappelijke artikels van de database Pubmed en 7 wetenschappelijke artikels van Web of Science over. Als laatste werden er nog 2 extra artikels via "reference backtracking" geïnccludeerd. Deze 19 artikels werden in detail doorgenomen, waarna 11 referenties overbleven die we konden verwerken in de resultatensectie.

### 2.3.2 Evaluatie van de literatuur

Met behulp van de 'CASP' (Critical Assessment Skills Programme tool for evaluating qualitative research) zullen de verschillende artikels, die werden gerekruteerd in deze literatuurstudie, beoordeeld worden (CASP, 2018). Aan de hand van de volgende tien vragen werd bepaald of de artikels als kwaliteitsvol konden beschouwd worden.

1. Was er een duidelijke verklaring van de doelstellingen van het onderzoek?
2. Is kwalitatieve methodologie geschikt?

3. Was het onderzoek ontwerp geschikt voor de doelstellingen van het onderzoek?
4. Was de rekruteringsstrategie passend voor de doelstellingen van het onderzoek?
5. Zijn de gegevens verzameld op een manier waarbij er rekening werd gehouden met het onderzoeksprobleem?
6. Is de relatie tussen de onderzoeker en de participant voldoende overwogen?
7. Zijn ethische kwesties in overweging genomen?
8. Was de data-analyse voldoende rigoureuus?
9. Is er een duidelijke verklaring van de bevindingen?
10. Hoe waardevol is het onderzoek? “++” = heel waardevol, “+” = waardevol, “+/-“ = niet zo waardevol

Tabel 1: Evaluatie van de literatuur

Artikels	vraag 1	vraag 2	vraag 3	vraag 4	vraag 5	vraag 6	vraag 7	vraag 8	vraag 9	vraag 10
1. Allen, Escoffery, Satsangi et al.	JA	JA	JA	JA	JA	NEE	JA	JA/NEE	JA	++
2. Geldsetzer, De Neve, Boudreaux et al.	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	+/-
3. George, Pant, Devasenapathy et al.	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	++
4. Naimoli, Perry, Townsend et al.	JA	JA	JA/NEE	NEE	JA	NEE	NEE	NEE	JA	+
5. Ozano, Simkhada, Thann et al.	JA	JA	JA	NEE	JA	JA	JA	JA	JA	++
6. Palos & Hare	JA	JA	JA	JA	JA	NEE	JA	JA	JA	+
7. Perales, Reininger, Lee et al.	JA	JA	JA	JA	JA	NEE	JA	JA	JA	+
8. Skizim, Harris, Leonardi et al.	JA	JA	JA	NEE	JA	NEE	NEE	JA	JA	+
9. Torres, Labonté, Spitzer	JA	JA	JA	NEE	JA	JA	NEE	JA	JA	+
10. Islam, Shapiro, Wyatt et al.										
11. O Asweto, A Alzain, Andrea et al.										

De twee laatste artikels konden niet beoordeeld worden via de ‘CASP’ tool omdat het systematische reviews waren die eveneens verschillende studies (zowel kwantitatieve als kwalitatieve) hadden gerekruteerd voor verdere analyse. Deze kunnen geëvalueerd worden door de ‘AMSTAR’ tool (a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews) (Shea, Grimshaw, Wells et al., 2007). Aan de hand van 11 vragen wordt eveneens de kwaliteit van deze artikels beoordeeld.



### 2.3.3 Analyse

De meerderheid van de artikels die zijn opgenomen in deze studie zijn kwalitatieve onderzoeken. In deze studies worden er tal van verschillende onderzoeksbenaderingen gebruikt, waaronder grounded theory, case study, mixed method design enzovoort. Voor de datacollectie werd er vooral beroep gedaan op interviews en focusgroepen. Doordat het steeds over kwalitatief onderzoek gaat, schommelt het aantal respondenten, die opgenomen worden in de studies, tussen de tien en de zestig personen. Dit maakt het dan ook in veel van de studies moeilijk om een generaliseerbaar eindresultaat te creëren.

## 2.4 Resultaten

### 2.4.1 Facilitators

#### 2.4.1.1 Sociale verantwoordelijkheid

CHW's leveren een vorm van sociale dienst aan de gemeenschap waar ze wonen. Uit onderzoek (George, Pant, Devasenapathy, Ghosh-Jerath et al., 2017) blijkt dat dit de CHW's enorm motiveert om het werk verder te zetten. Het ondersteunen van mensen bij moeilijkheden en het vergroten van de gezondheid van de medemens, geeft hen veel voldoening en wordt daarmee gezien als grote facilitator. Daarnaast haalde George et al. (2017) ook aan dat het respect en vertrouwen dat ze van de gemeenschap terug krijgen een belangrijke stimulans is. Hiermee gepaard gaande kan men concluderen dat het een zekere passie of roeping moet zijn van de vrijwilliger om mensen van de gemeenschap te helpen. Dit is zeker een factor die mee bepaalt of vrijwilligers het werk volhouden en het daarenboven nog graag doen (Allen, Escoffery, Satsangi, et al. 2015).

#### 2.4.1.2 Flexibele aard van het werk

Hoewel CHW zeer tijdsintensief is en men hier als vrijwilliger veel vrije tijd moet in steken, ervaren CHW's de flexibele werkuren wel als grote facilitator van het werk. Vaak zijn CHW's vrijwilligers die naast hun CHW ook andere werkverplichtingen en zorgverplichtingen voor kinderen of ouders op zich moeten nemen. Zonder de flexibele uren zou het vrijwilligerswerk niet te combineren zijn (Ozano et al., 2018). Bovendien werd in het onderzoek van George et al. (2017) ook aangehaald dat CHW's vaak

werkzaam zijn in de gemeenschap waar ze woonden, wat zorgde voor een goede bereikbaarheid van de cliënten. Dit laatste zorgde er eveneens voor dat ze hun werk flexibel konden inplannen rekening houdend met hun andere verantwoordelijkheden.

#### 2.4.1.3 Familiale ondersteuning

Ook familiale ondersteuning en betrokkenheid lijkt een belangrijke facilitator voor CHW uit onderzoek van Palos & Hare (2011). Het proces van de patiënt kan versterkt worden en mogelijk effectiever worden gemaakt door het creëren van goede en duurzame banden tussen de CHW, de patiënt en het gezin. Deze partnerschapsbenadering zou ervoor moeten zorgen dat patiënten en hun families of zorgverleners ondersteund worden bij het navigeren doorheen het complexe gezondheidszorgsysteem. In het onderzoek van George et al. (2017) wordt het belang van familiale ondersteuning voor de CHW zelf positief belicht. In deze kwalitatieve studie vertelt een CHW dat hij de hele dag beschikbaar was, soms zelfs 24 uur per dag, afhankelijk van de context waarin de cliënten van de gemeenschap zich bevonden. Vele CHW's getuigen dat ze dit werk enkel op die manier kunnen voortzetten door de steun die ze van familieleden en hun omgeving krijgen.

#### 2.4.1.4 Vergoeding

Daarnaast wordt in de studie van Asweto, Alzain, Andrea, Alexander, & Wang (2016) het belang van een vergoeding voor de verstrekte diensten benadrukt. Zo blijkt dat het ontvangen van zowel financiële als niet-financiële prikkels zorgt voor verbeterde prestaties van de CHW's. Voorbeelden van niet-financiële prikkels zijn carrièremogelijkheden, permanente educatie en erkenning van hun prestaties. Het is gebleken dat CHW's die menen dat hun prestaties op een passende wijze worden gecompenseerd en die op lange termijn waarde zien in hun rol als CHW, kwalitatief betere en hoogwaardige diensten zullen verlenen aan de bevolking die ze dienen. Uit vele studies blijkt echter dat CHW's vaak geen of een te geringe vergoeding krijgen in verhouding tot het werk dat ze verrichten. Als vrijwilligers ontvangen de CHW's wel een soort van vrijwilligersbijdrage, maar zelfs die voorziet niet altijd helemaal in de werkgerelateerde kosten, die ze moeten maken (zoals transportkosten van thuis naar patiënt, van de patiënt naar zorginstelling enzovoort) (Geldsetzer, De Neve, Boudreaux et al., 2017). Wanneer CHW's spreken van een ontoereikende vergoeding,

kan dit eerder gezien worden als een barrière bij de implementatie van CHW. Dit wordt in het onderdeel van Barrières nog uitgebreider besproken.

#### 2.4.1.5 Personeelsbijeenkomsten

Tevens is gebleken dat personeelsbijeenkomsten een belangrijk onderdeel zijn van de werking van de CHW's. Allen et al. (2015) geven in het artikel aan dat CHW's zich door deze bijeenkomsten gesterkt voelen bij de uitvoering van hun job. Zo vond 73.7% van de CHW's dat de aanwezigheid van personeelsbijeenkomsten een facilitator was voor de uitvoering van de job. In deze personeelsbijeenkomsten wordt het organisatorische aspect van de job besproken. De coördinatie en de planning van de taken worden overlopen. Dit laatste blijkt ook een andere belangrijke facilitator te zijn volgens Asweto et al. (2016). Het zou namelijk de productiviteit en de efficiëntie van de CHW's maximaliseren. Daarnaast wordt er op de bijeenkomsten gefocust op de taken die CHW's moeten uitvoeren en op het beter leren begrijpen van situaties die zich voordoen in de gemeenschap waar ze werken. Het is belangrijk dat verschillende leden van het zorgteam op zo'n personeelsbijeenkomsten samen komen. Op die manier kunnen kritieke paden en problemen, die patiënten buiten de gezondheidszorgomgeving ervaren, besproken worden en kunnen er oplossingen gezocht worden. Deze multidisciplinaire aanpak is ook een grote facilitator (Allen et al., 2015).

#### 2.4.1.6 Contact met andere CHW's

Een andere facilitator voor het uitvoeren van CHW was dat CHW's onderling contact maken om hun bevindingen, ervaringen en tips met elkaar te delen. Daarnaast kunnen ze elkaar ook ondersteunen bij de taken door middel van technische assistentie, om zo de patiënten die de grootste zorgbehoefte hebben op een kwaliteitsvolle manier zorg aan te bieden (Allen et al., 2015).

#### 2.4.1.7 Vertrouwen

Om CHW goed te laten verlopen is vertrouwen van de cliënten naar de CHW's toe zeer belangrijk. Islam, Shapiro, Wyatt et al. (2017) spreken van vertrouwen dat aan de grondslag ligt van het sociaal kapitaal. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat vertrouwen een grote impact heeft op de gezondheidsresultaten van de cliënten. Dit zou vooral bij de gezondheid van de meer kwetsbare groepen van de samenleving een

grote rol spelen, zoals immigranten die door CHW's worden bediend. Tevens is de sociale erkenning die de CHW's ontvingen door het uitvoeren van hun werk ook een belangrijke motiverende factor. Het respect en vertrouwen dat ze terugkregen van de gemeenschap is een grote stimulans om het werk verder te zetten. Er wordt beschreven dat CHW's bij de start van hun werk wat weerstand in de gemeenschap ondervonden, maar dat met de tijd het vertrouwen en respect groeiden, doordat de cliënten de waarde van hun werk inzagen. Hierdoor werden ze verwelkomd en aanvaard, wat de CHW's een zeer belangrijk element van hun job vinden (George et al., 2017).

#### 2.4.1.8 Training

Ook de (herhaalde) trainingssessies voor de CHW's worden besproken als facilitator. Uit onderzoek van Ozano et al. (2018) is gebleken dat het zeer zinvol is om meerdere trainingssessies aan te bieden zodat de aanwezigheid van de CHW's stijgt en dat opfrissingscursussen zorgen voor een verhoging van de kwaliteit. Geldsetzer et al. (2017) haalden ook aan dat CHW's aanvullende training een noodzaak vonden om hun prestaties significant te verbeteren. De gewenste trainingen konden onderverdeeld worden in verschillende categorieën: trainingen om zich verder te verdiepen in vaardigheden die aan bod waren gekomen in andere opleidingen, trainingen over nieuwe ontwikkelingen omtrent hun werk en tot slot trainingen die gericht zijn op het omgaan met situaties of patiënten die niet behoren tot de standaardtaken van CHW's. Verder hebben de CHW's in het artikel van George et al. (2017) het over training en de voortdurende interactie met de gemeenschap die ervoor zorgen dat ze hun kennis en percepties over verschillende aspecten van het leven uitbreiden. Ze ervaren ook dat ze hun technische vaardigheden door het werk beter ontwikkelden en dat ze daarnaast ook heel wat levenservaring opdeden door de vele huisbezoeken die ze deden. Deze voorafgaande zaken speelden een grote rol in hun persoonlijke ontwikkeling, wat maakte dat ze gemotiveerd bleven voor de uitoefening van de job.

#### 2.4.1.9 Strategisch samenwerkingsverband

Tenslotte wordt een strategisch samenwerkingsverband aangehaald om te zorgen voor een verbetering van CHW. Men vertrekt vanuit de erkenning dat CHW gesitueerd is op het kruispunt van twee dynamische en overlappende systemen, namelijk het

gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap in zijn geheel. Door een strategisch samenwerkingsverband tussen deze twee systemen zou men kunnen streven naar het innoveren en verbeteren van CHW in landen met voornemens om grootschalige programma's op te zetten (Naimoli, Perry, Townsend et al., 2015).

## 2.4.2. Barrières

### 2.4.2.1 Ontoereikende vergoeding

Zoals eerder reeds vermeld kan een ontoereikende vergoeding een belangrijke barrière zijn bij de implementatie van CHW. Eerst en vooral wordt aangehaald dat de overheid niet steeds voldoende investeert in de CHW-programma's waardoor zij afhankelijk zijn van externe bronnen, die geld zouden willen doneren. Dit heeft tot gevolg dat CHW-programma's niet steeds de financiële ondersteuning krijgen die ze nodig hebben (Ozano et al., 2018). Er wordt in de meerderheid van de artikels besproken dat CHW's vaak een ontoereikende beloning krijgen voor het verrichte werk, simpelweg omdat er niet voldoende financiële middelen zijn. Er wordt gesproken van werkgerelateerde uitgaven die het netto inkomen doen verminderen. Men heeft het dan over transportkosten maar ook over kosten die gemaakt worden bij het aankopen van extra materiaal. De motivatie van CHW's zou dus verhoogd kunnen worden door een grotere aanvoer van apparatuur, middelen en vergoeding. Toch wordt ook aangehaald dat het helpen van mensen en bijdragen leveren aan de maatschappij door het uitvoeren van CHW zorgde voor veel voldoening en werkplezier, ondanks de lagere monetaire compensatie (Geldsetzer et al., 2017).

### 2.4.2.2 Gebrek aan erkenning als waardevolle partners van de gezondheidszorg

Uit het artikel van Ozano et al. (2018) is gebleken dat sommige CHW's een gebrek aan belangstelling ervaren vanuit de gemeenschap. Doordat het nog niet zo'n geïntegreerde schakel is in de gezondheidszorg, worden CHW's niet van in het begin opgenomen in de gemeenschap. Hierdoor verloopt de implementatie en de werking moeilijker. Daarnaast hebben CHW's vandaag in sommige gebieden nog geen professionele titel of uniform, waardoor zij zich niet altijd gesterkt voelen in hun werk. In het artikel van Torres, Labonté, L Spitzer, et al. (2014) wordt er dan ook een pleidooi gehouden voor de formele erkenning van CHW's in de gezondheidszorg. Niet alleen in de gemeenschap maar ook in de zorgteams ervaarden zij soms moeilijkheden tot integratie. Nochtans wordt integratie in het zorgteam, om goed te kunnen

communiceren met de andere zorgverleners, gezien als een belangrijke facilitator. Wanneer er sprake was van een moeilijke integratie in de zorgteams, had men vaak geen toegang tot het elektronische patiëntendossier. Dit werd ook gezien als een belangrijke barrière om CHW zo vlot mogelijk te laten verlopen (Allen et al., 2015).

#### 2.4.2.3 Persoonlijke uitdagingen voor de CHW's

Een laatste barrière die besproken zal worden zijn de persoonlijke uitdagingen waarmee de CHW te maken krijgt. CHW is een tijdrovende job. Hierdoor ervaren CHW's soms moeilijkheden om dit te combineren met een huishouden en andere werkverplichtingen (Ozano et al., 2018).

### 2.5 Discussie

Door middel van de verschillende artikels die in de literatuurstudie zijn opgenomen kregen we een beeld van de belangrijkste facilitators en barrières van community health work voor de kwetsbare groepen van de samenleving. Hoewel heel wat facilitators en barrières in de verschillende studies overeenkwamen, nemen we waar dat er een verschil is tussen de studies die plaatsvonden in ontwikkelingslanden en de studies die uitgevoerd werden in ontwikkelde landen. Zo was het duidelijk dat de CHW's in ontwikkelingslanden het veel moeilijker hadden met de volledige organisatie van de job. Dit komt door ontoereikende financiële ondersteuning en een tekort aan werkmateriaal, waardoor de werking van het community health work-project werd belemmerd (Ozano et al., 2018). Deze twee zaken werden beduidend minder aangehaald in de studies van de ontwikkelde landen wanneer er werd gesproken over barrières.

Daarnaast kan de term 'CHW', zoals reeds eerder aangehaald, een verschillende invulling hebben afhankelijk van de plaats en de context waar het project wordt opgestart. Ondanks dat steeds dezelfde benaming namelijk CHW wordt gebruikt, kan het gaan over verschillende activiteiten en taken (Long et al., 2018). Dit zorgt ervoor dat ook de barrières en facilitators kunnen afhangen van de invulling die een bepaald land aan CHW geeft. Hierdoor moet er erg aandachtig omgegaan worden met de veralgemening van de resultaten naar verschillende landen. Dit blijft moeilijk omdat alles zeer afhankelijk is van de context en de personen die gerekruteerd zijn in het onderzoek. Wat voor iemand een barrière is kan voor iemand anders als niet zo

storend ervaren worden. Tot slot mogen we, door de vele kwalitatieve studies die opgenomen zijn in deze literatuurstudie, nooit vergeten de subjectiviteit te onderkennen.

## *2.6 Beperkingen*

Hoewel we in deze literatuurstudie een antwoord hebben kunnen formuleren op de onderzoeksvraag, zijn er toch enkele beperkingen waarmee we rekening moeten houden. Eerst en vooral wordt er in de overgrote meerderheid van de artikels vooral gefocust op de facilitators en barrières aangegeven door de CHW's zelf. We hebben dus geen zicht op hoe cliënten en andere belanghebbende CHW ervaren. (Ozano et al., 2018) Daarnaast zijn de meeste artikels die we geïmplementeerd hebben ook kwalitatieve studies, waarbij er gebruik wordt gemaakt van interviewtechnieken en focusgroepen. We kunnen ons hierbij de vraag stellen hoe groot de generaliseerbaarheid van de gegevens is. Ook wordt er in de meeste studies gefocust op een bepaalde en beperkte populatie. Dit zorgt dat in andere populaties niet steeds hetzelfde resultaat zal gevonden worden. Hoewel er in deze literatuurstudie ook heel wat zaken uit verschillende gebieden blijken overeenkomen. Omdat er gewerkt wordt met kwalitatieve studies moeten we ook in ons achterhoofd houden dat de participanten tijdens de interviews en focusgroepen misschien sociaal wenselijk gaan antwoorden. Men heeft dit proberen te vermijden door de vertrouwelijkheid extra te benadrukken en getrainde onafhankelijke interviewers in te zetten (Islam et al., 2017). Tevens werd aangehaald in de artikels van Ozano et al. (2018) en Palos & Hare (2011) dat de participanten van het onderzoek zelf werden gekozen wat mogelijke vertekening kan veroorzaken.

## *2.7 Toekomstig onderzoek (onderzoeksvoorstel)*

In België is er sinds 1 februari 2019 voor het eerst een pilootproject opgestart rond community health work in de stad Gent. Dit project is in ons land vooral gericht op het verlagen van drempels in de toegankelijkheid naar welzijn en gezondheid voor de kwetsbare doelgroepen. Het project werd opgestart nadat de eerstelijns hulpverleners wezen op de hardnekkige ongelijkheid in het gebruik van gezondheidszorg, vaak als gevolg van sociale verschillen (Vlaams Instituut Gezond Leven, z.d.). Hoewel CHW reeds succesvol is gebleken in het buitenland zal binnen het pilootproject onderzocht

worden of ook in België de CHW's erin slagen een brug te kunnen slaan tussen de kwetsbare groepen in de stad en de bestaande welzijns- en gezondheidszorg. Er zijn heel wat organisaties die zich voor dit project actief engageren door beroep te doen op CHW's voor de ondersteuning van sommige kwetsbare patiënten, zoals tal van armoedeverenigingen, huisartsen, wijkgezondheidscentra en ziekenhuizen. Het profiel van de CHW kan onderling erg verschillend zijn. Het gaat vooral over personen die vanuit de gemeenschap zelf worden aangesproken door het project, door bijvoorbeeld reeds actief te zijn als vrijwilliger of sociale gids in een van de deelnemende organisaties. De selectie en de opleiding van de CHW werden voor de opstart van het project in orde gebracht door de coördinerende stuurgroep (Van Damme, 2019).

In het kader van mijn masterproef zal ik mee instaan voor de evaluatie van dit pilootproject over community health workers. Tijdens een van de stuurgroep vergaderingen bleek dat het overgrote deel van de aanvragen die verstuurd werden door de deelnemende organisaties, gingen over het inzetten van een CHW voor de ondersteuning van een patiënt naar het ziekenhuis. Het gaat dan over het begeleiden van de patiënt naar het ziekenhuis of de patiënt helpen tijdens en na het verblijf in het ziekenhuis. Dit doet men door bijvoorbeeld te helpen bij het invullen van de papieren, het opvolgen van doktersadvies, het maken van een afspraak voor controle enzovoort. Het leek mij daarom interessant om dit aspect verder te gaan onderzoeken en te evalueren. De onderzoeksvraag waarop de toekomstige studie zich zal richten is:

Hoe kan het CHW-pilootproject leiden tot toegankelijke en meer laagdrempelige gezondheidszorg, met de focus op de overbrugging van de eerstelijns- naar de tweedelijnszorg, in het bijzonder de ziekenhuisomgeving?

Tijdens de verschillende stuurgroep vergaderingen zitten de stakeholders samen, waaronder de verschillende huisarts(praktijk)en, sociale organisaties en verenigingen, het OCMW, de stad Gent, ziekenhuizen enzovoort. Er zullen zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld worden, waardoor er een mixed method onderzoeksdesign zal gebruikt worden (Bressan, Bagnasco, Aleo et al., 2017). Kwantitatieve data zullen opgevraagd worden bij de verantwoordelijke van het aanvraag- en registratiesysteem voor de CHW. Daarnaast zal kwalitatieve data verkregen worden door middel van semigestructureerde interviews. Concreet betekent dit dat zowel de CHW's, de patiënt als de zorgverleners in het ziekenhuis zullen



bevraagd worden over hun ervaringen gedurende en na het project. Deze interviews zullen pijlen naar volgende onderwerpen:

- Wat zijn de ervaren drempels bekeken vanuit de verschillende perspectieven? Welke mogelijkheden tot verbetering zien de verschillende partijen naar de toekomst toe?
- Welke contextuele factoren kunnen de uitkomsten beïnvloeden?
- Zorgverleners in het ziekenhuis: voor welke hulpvragen in het ziekenhuis wordt er geopteerd voor een CHW? Hoe ervaren zorgverleners in het ziekenhuis de samenwerking met de CHW's?
- Patiënten: Is de patiënt tot bij het ziekenhuis geraakt? Heeft de patiënt de nodige zorg gekregen in het ziekenhuis? Hoe heeft de patiënt de begeleiding door een CHW ervaren in de ziekenhuiscontext? Waarmee kan de CHW de patiënt nog verder helpen bij het ziekenhuisbezoek? Op welke manier zal de patiënt in de toekomst medische hulp zoeken?
- CHW's: Hoe verliep het begeleidingsproces naar het ziekenhuis?

De interviews zullen opgenomen worden, zodat ze volledig uitgeschreven kunnen worden. De verzamelde noties en opnames zullen tot 1 jaar na het verlopen van het project bewaard blijven om ze daarna te vernietigen. De interviews worden opgesteld en geanalyseerd aan de hand van een 'realist impact evaluation'-onderzoekstechniek. Deze techniek zal gebruikt worden omdat deze evaluatiewijze perfect toepasbaar is op impactevaluatiedesigns bij pilootprojecten (Salter & Kothari, 2014). Wat kenmerkend is aan deze techniek is dat ze niet zal focussen op de effectiviteit van een interventie. Er zal niet gekeken worden of een bepaalde interventie werkt en aldus een gedragsverandering veroorzaakt, maar de techniek zal pijlen naar de onderzoeksvraag 'Wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden?'. De focus ligt dus eerder op het verloop van de verandering, de factoren die hierbij een rol spelen en waarom iets wel of niet werkt. Het uiteindelijke doel is om tot een realistische analyse te komen van de zogenaamde 'program theory' door middel van de CMO-configuratie (context-mechanisme-uitkomst) (Better evaluation, z.d.).

Zoals eerder vermeld zullen in het onderzoek verschillende soorten respondenten gerekruteerd worden: de zorgverleners van het ziekenhuis, de CHW's en de patiënten. De eerste twee genoemde groepen zullen via telefoon of e-mail gecontacteerd worden op basis van een vooraf gekregen namenlijst van de

coördinator van het project. Patiënten worden enkel en alleen gecontacteerd na toestemming van de coördinator van het project en de begeleidende CHW.

Vooraleer dit onderzoek ook effectief kan uitgevoerd worden en de bovengenoemde participanten kunnen geïnterviewd worden, moet er een aanvraag ingediend worden bij het ethisch comité. Dit moet zeker op tijd ingestuurd worden omdat het enige tijd kan duren vooraleer de aanvraag wordt goedgekeurd. Daarnaast zal er aan elke patiënt ook een informed consent worden gevraagd voor de inzage van het dossier en het afnemen van het interview. Zij moeten immers ook hun toestemming geven vooraleer we de data kunnen verzamelen (UZ Gent, 2019).

Als laatste moet er ook bijzondere aandacht zijn voor de mogelijke sterktes en zwaktes die deze studie met zich kan meebrengen. Het onderzoeksdesign dat zal gebruikt worden voor deze studie is een mixed method design met de grootste focus op de kwalitatieve data. Doordat we kwalitatieve en aanvullend ook kwantitatieve data gaan verwerken, kunnen we een volledig beeld van de onderzoeksmaterie creëren (Polit & Beck, 2016). Bij de verzameling van de kwalitatieve data moet er zeker erkend worden dat de onderzoeker een impact heeft op de resultaten. De interviews worden zelf afgenomen, de data wordt zelf geanalyseerd en daaruit worden de resultaten zelf gehaald. Als de onderzoeker zich bewust is van het feit dat er een impact is op de resultaten, hoeft dit niet steeds gezien te worden als een zwakte maar kan dit eventueel gezien worden als een sterkte. Naar generalisering is deze subjectiviteit eerder wel problematisch en kan dit gezien worden als een nadeel van de studie. Daarnaast zal de datacollectie en de analyse van de data ook tijdrovend bevonden worden (De Regge & Verleye, 2019).

## *2.8 Conclusie*

In vele landen is de effectiviteit van CHW reeds bewezen, maar om de werking van CHW's nog te optimaliseren, werd er in deze literatuurstudie op zoek gegaan naar de barrières en facilitators. Sociale verantwoordelijkheid, flexibele aard van het werk, familiale ondersteuning, vergoeding, personeelsbijeenkomsten, contact met andere CHW's, vertrouwen, training, en gestructureerde samenwerkingsverbanden bleken allemaal factoren te zijn die het CHW-project positief beïnvloedden. Ontoereikende vergoeding, gebrek aan erkenning als waardevolle partners van de gezondheidszorg

en de persoonlijke uitdagingen voor de CHW's waren dan weer elementen die het proces van CHW belemmerden. Rekening houdend met deze resultaten kan CHW naar een hoger kwaliteitsniveau worden getild, en kan het gezien worden als een erg bruikbaar middel om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare doelgroepen van de samenleving te vergoten.

### *2.9 Implicaties voor de management en/of beleidspraktijk*

Vandaag zijn er heel wat uitdagingen voor de zorgsector. Een daarvan is de budgettaire beperking met betrekking tot de gezondheidszorg. Er moet efficiënt omgesprongen worden met de (financiële) middelen die voorhanden zijn. Zo wordt er enerzijds geopteerd om meer in te zetten op de preventieve gezondheidszorg en anderzijds op een eerstelijnszorg die zowel dicht bij de patiënt als bij het ziekenhuis staat (Hendrickx, 2017). Toch zien we dat vandaag slechts 2% van het volledige gezondheidszorg budget naar preventie gaat en slecht 1% naar eerstelijnsgezondheidszorg (Agentschap zorg en gezondheid, z.d.).

Het CHW-project legt de focus op het verbeteren van de toegang tot de gezondheidszorg, het ondersteunen van de kwetsbare groepen in het gebruik van de gezondheidszorg en het promoten van gezond gedrag en levensstijl (Stad Gent, 2019). Door de bovenstaande geformuleerde doelstellingen kan het project dus ook gezien worden als een belangrijk middel om die budgettaire uitdaging van de gezondheidszorg aan te pakken.

Daartegenover staat wel overheidssteun om de gunstige resultaten van het project te maximaliseren. Uit resultaten is namelijk gebleken dat dit nog een grote barrière is voor het CHW-project. Goede financiële ondersteuning van de overheid kan het project en bijgevolg ook de maatschappij ten goede komen.

### **3. Onderzoeksmethoden**

Op 19 augustus 2019 werd het onderzoeksvoorstel zoals hierboven beschreven goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek. Hierdoor kon de evaluatie van het CHW-pilootproject van start gaan. Er werd gebruik gemaakt van het mixed method onderzoeksdesign. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens werden verzameld gedurende het gehele verloop van het pilootproject, namelijk van februari 2019 tot en met december 2019. De kwantitatieve gegevens werden opgevraagd bij de beheerder

van het aanvraag- en registratiesysteem. Voor de kwalitatieve gegevens werd eerst contact gemaakt met de verschillende betrokkenen. Zowel de coördinatoren, CHW's, patiënten als de contactpersonen van het ziekenhuis werden gecontacteerd voor een interview omtrent hun ervaringen met het CHW-project. Uiteindelijk werden er 2 coördinatoren, 6 CHW's, 4 patiënten en 1 contactpersoon van een ziekenhuis geïnterviewd.

Van de 3 ziekenhuizen die betrokken zijn bij het project is er bijgevolg maar een opgenomen in deze evaluatie. Dit komt doordat het project in die twee andere ziekenhuizen een zeer moeilijke start kenden. In de pilootfase waren er nog geen aanmeldingen gebeurd vanuit deze ziekenhuizen, waardoor er ook niets kon bevroegd worden omtrent het verloop hiervan. Bij de groep geïnterviewde patiënten waren er drie die de Nederlandse taal niet machtig waren. Daarom werd in deze situaties steeds beroep gedaan op een tolk van INgent. Hierbij bracht de coördinator de tolk op de hoogte van het moment en de plaats waar het interview zou doorgaan. Door de goede organisatie verliep dit steeds vlot.

Ook wordt benadrukt dat er tijdens deze studie te allen tijde rekening werd gehouden met de beginselen van de GDPR wetgeving. Voor de aanvang van elk interview werd de participant op de hoogte gebracht van het onderzoeksdoel. De informed consent werd voorgelegd en er werd toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Zo konden de interviews achteraf volledig en getrouw getranscribeerd worden. Na het transcriberen van de interviews werden deze via Nvivo gecodeerd en verder geanalyseerd. De interviewvragen beperkten zich ook enkel tot de zaken die essentieel waren voor de uiteindelijke verwerking, gebaseerd op het beginsel van 'data minimisation'. Bij de analyse van de data werd er rekening gehouden met de CMO-configuratie. Dit wil zeggen dat de resultaten van de interviews gecodeerd werden in drie grote groepen, namelijk context, mechanismen en outcomes. Zoals eerder vermeld ligt de focus dus eerder op het verloop van de verandering, de factoren die hierbij een rol spelen en waarom iets wel of niet werkt in een bepaalde situatie. Tot slot zullen de verzamelde gegevens ook niet langer bewaard worden dan nodig.

## Resultaten

### 4. Kwantitatieve resultaten

#### 4.1 Beschrijvende statistiek

In wat volgt worden de frequenties van de verschillende participantvariabelen beschreven. Achtereenvolgens komen volgende variabelen aan bod: geslacht, leeftijd, nationaliteit, kennis van het Nederlands, verblijfsstatuut, vaste huisarts, ziekteverzekering, hospitalisatieverzekering, inkomen en verhoogde tegemoetkoming.

Tabel 1: Geslacht

Geslacht					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Man	65	41,4	43,9	43,9
	Vrouw	83	52,9	56,1	100,0
	Total	148	94,3	100,0	
Missing	System	9	5,7		
Total		157	100,0		

Van de 157 participanten die tijdens de pilootfase gebruik maakten van een CHW, zijn er 148 waarvan het geslacht werd genoteerd via het registratiesysteem. Van dat geregistreerde aantal was 43,9 % (65 personen) een man en 56,1 % (83 personen) een vrouw. Van 9 personen werd het geslacht niet geregistreerd.

Tabel 2: Leeftijd

Leeftijdsgroepen					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jonger dan 16 jaar	8	5,1	5,9	5,9
	16 - 25 jaar	12	7,6	8,9	14,8
	26 - 35 jaar	26	16,6	19,3	34,1
	36 - 45 jaar	23	14,6	17,0	51,1
	46 - 55 jaar	23	14,6	17,0	68,1
	56 - 65 jaar	32	20,4	23,7	91,9
	Ouder dan 65 jaar	11	7,0	8,1	100,0
	Total	135	86,0	100,0	
Missing	System	22	14,0		
Total		157	100,0		

Wat opvalt in deze tabel is dat de verschillende leeftijdsgroepen over het algemeen goed vertegenwoordigd zijn. Enkel de jongste en oudste leeftijdsgroep zijn in aantal in de minderheid met respectievelijke percentages van 5,9 % en 8,1 %. De Leeftijdsgroep met het hoogste percentage van 23,7 % is de categorie '55- tot en met 65-jarige'. Zij hebben gedurende de pilootperiode het meest gebruik gemaakt van een CHW. Verder zijn er ook weer een aantal leeftijden niet geregistreerd, waardoor er 22 'missing values' zijn.

Tabel 3: Nationaliteit

		<b>Nationaliteit</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	België	61	38,9	43,0	43,0
	Noord-Afrika (Algerije, Egypte, Marokko)	8	5,1	5,6	48,6
	Hoorn van Afrika (Somalië, Eritrea)	4	2,5	2,8	51,4
	Oost-Europa (Slowakije, Bulgarije, Roemenië, Albanië)	42	26,8	29,6	81,0
	Zuidwest-Azië (Irak, Jordanië, Palestina, Turkije, Afghanistan, Pakistan)	24	15,3	16,9	97,9
	Andere	3	1,9	2,1	100,0
	Total	142	90,4	100,0	
Missing	System	15	9,6		
Total		157	100,0		

De nationaliteiten van de participanten zijn zeer divers. Toch heeft 43% van de participanten, waarvan de nationaliteit werd geregistreerd, de Belgische nationaliteit. Van de participanten die niet beschikken over de Belgische nationaliteit, is de groep vanuit Oost-Europa het best vertegenwoordigd met een percentage van bijna 30%. Ook zijn er heel wat participanten afkomstig uit Zuidwest-Azië (16,9%).

Tabel 4: Kennis Nederlands

<b>Kennis_Nederlands</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Goede kennis	69	43,9	44,2	44,2
	Beperkte kennis	18	11,5	11,5	55,8
	Geen kennis	69	43,9	44,2	100,0
	Total	156	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		157	100,0		

Het is niet verwonderlijk dat 44,2% van de geregistreerde participanten beschikken over een goede kennis van het Nederlands, aangezien we uit de vorige tabel kunnen afleiden dat 43% de Belgische nationaliteit heeft. Toch kan de meerderheid van de participanten (55,8 %) zich niet redden in het Nederlands. Dit verklaart waarom het zo belangrijk was om vrijwilligers te hebben die naast het Nederlands ook een andere taal konden spreken om de communicatie tijdens de begeleidingen te bevorderen.

Tabel 5: Verblijfsstatuut

<b>Verblijfsstatuut</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EU zonder papieren	16	10,2	19,0	19,0
	Erkende vluchteling	5	3,2	6,0	25,0
	Asiel procedure	9	5,7	10,7	35,7
	Uitgeprocedeerd	6	3,8	7,1	42,9
	Andere	48	30,6	57,1	100,0
	Total	84	53,5	100,0	
Missing	System	73	46,5		
Total		157	100,0		

Op basis van deze variabele kunnen we niet zo veel opmaken, omdat we hier te maken hebben met 73 'missing values'. Van de 84 participanten, waarbij deze variabele geregistreerd werd, kregen 48 participanten het label 'andere'. Ook dit zegt erg weinig over hun uiteindelijke verblijfsstatus. We kunnen dus stellen dat deze variabele onvoldoende geregistreerd werd. De gevoeligheid omtrent dit onderwerp kan een mogelijke oorzaak zijn van deze onvolledige rapportage. Niet alle participanten voelen

zich op hun gemak om open te zijn over deze gegevens en ze bijgevolg te laten vastleggen. Het feit dat deze persoonlijke en gevoelige gegevens ergens worden opgeslagen wekt argwaan bij de participanten.

Tabel 6: Vaste huisarts

		<b>Huisarts</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	80	51,0	77,7	77,7
	Nee	23	14,6	22,3	100,0
	Total	103	65,6	100,0	
Missing	System	54	34,4		
Total		157	100,0		

Wanneer het gaat over het hebben van een vaste huisarts geeft 77,7% van de geregistreerde patiënten aan hierover te beschikken. Een kleine minderheid van 22,3% zou geen vaste huisarts hebben. Ook hier is er weer een aanzienlijk aantal van niet geregistreerde waarden.

Tabel 7: Ziekteverzekering

		<b>Ziekteverzekering</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medische kaart	24	15,3	19,0	19,0
	Aangesloten bij ziekenfonds	84	53,5	66,7	85,7
	Niet in regel/andere	18	11,5	14,3	100,0
	Total	126	80,3	100,0	
Missing	System	31	19,7		
Total		157	100,0		

Meer dan de helft (66,7 %) van de geregistreerde participanten is aangesloten bij een ziekenfonds. Daarnaast is 19,0% in het bezit van een medische kaart. Mensen zonder wettig verblijf hebben ook recht op medische hulp. Die hulp kan preventief zijn om erger te voorkomen of curatief om te behandelen of te genezen. De medische kaart zorgt ervoor dat deze mensen ook de zorg krijgen die ze nodig hebben. Voorbeelden van verstrekkingen die hiervoor in aanmerking komen zijn: een doktersconsultatie,



krijgen van medicatie, een ziekenhuisopname, thuisverpleging, labo-onderzoeken, kinesitherapie en tandartszorgen. Bij 31 participanten was informatie over de ziekteverzekering niet gekend of werd het niet geregistreerd.

Tabel 8: Hospitalisatieverzekering

<b>Hospitalisatieverzekering</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	19	12,1	29,2	29,2
	Nee	46	29,3	70,8	100,0
	Total	65	41,4	100,0	
Missing	System	92	58,6		
Total		157	100,0		

Ook deze tabel kan een vertekend beeld geven omdat bij 92 participanten niet werd geregistreerd of ze al dan niet een hospitalisatieverzekering hebben. Van de 65 participanten waarvan dit wel werd geregistreerd heeft een kleine 30% een hospitalisatieverzekering, de overige 70% beschikt hier niet over.

Tabel 9: Inkomen

<b>Inkomen</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Loon	4	2,5	4,8	4,8
	Leefloon	11	7,0	13,3	18,1
	Ziekte- of invaliditeitsverzekering	26	16,6	31,3	49,4
	Werkloosheidsuitkering	4	2,5	4,8	54,2
	Pensioen	8	5,1	9,6	63,9
	Geen loon	30	19,1	36,1	100,0
	Total	83	52,9	100,0	
Missing	System	74	47,1		
Total		157	100,0		

Wat opmerkelijk is aan deze tabel is dat maar 4 participanten aangaven dat ze een vast loon hadden. 30 participanten vertelden dan ze helemaal geen loon hadden. Daarnaast waren er nog 49 participanten die toch een zekere vorm van vergoeding

kregen. Wat we wel in beschouwing moeten nemen, is dat er ook bij deze variabele 74 'missing values' zijn. Dit kan een vertekend beeld geven.

Tabel 10: Verhoogde tegemoetkoming

<b>Verhoogde_tegemoetkoming</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	56	35,7	58,3	58,3
	Nee	40	25,5	41,7	100,0
	Total	96	61,1	100,0	
Missing	System	61	38,9		
Total		157	100,0		

Bovendien kon er uit het registratiesysteem gehaald worden dat 58,3% van de participanten waarvan de waarde werd geregistreerd, kon genieten van een verhoogde tegemoetkoming. Ook bij deze variabele waren er heel wat missende waarden.

Tabel 11: Taken van CHW

<b>Taken_CHW</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Begeleiden naar zorginstelling	129	23,9	23,9	23,9
	Doorverwijzen naar zorginstelling	24	4,4	4,4	28,3
	Overbrugging ziekenhuisopname en ontslag	3	,6	,6	28,9
	Ondersteuning bij medische kaart	6	1,1	1,1	30,0
	Ondersteuning bij ziekenfonds	22	4,1	4,1	34,1
	Ondersteuning bij Fedasil	17	3,1	3,1	37,2
	Regelen en opvolgen van afspraken	116	21,5	21,5	58,7
	Hulp bij internet of digitale contacten	10	1,9	1,9	60,6
	Tolken	82	15,2	15,2	75,7
	Verschaffen van informatie	98	18,1	18,1	93,9
	Signaalfunctie bij detecteren van drempels	33	6,1	6,1	100,0
	Total		540	100,0	100,0

Uit het registratiesysteem was ook af te leiden wat de meest voorkomende taken waren van de CHW's tijdens het pilootproject. Het begeleiden van een patiënt naar een zorginstelling is de taak die de CHW's het meest moesten uitvoeren. Daarna volgt het regelen en opvolgen van afspraken. In totaal werd deze taak 116 keer geregistreerd. De CHW's hielden hierbij de patiënten op de hoogte van de komende afspraken en gaven de informatie die ze hiervoor nodig hadden. Ook het verschaffen van informatie omtrent de sociale en gezondheidsdiensten was een gebruikelijke taak. Verder is het niet verbazend dat 'tolken' bij de top vier van meest voorkomende taken kan worden gerekend. Zoals eerder vermeld, spreekt 55,7% van de deelnemers geen of minder goed Nederlands, waardoor die vertaalslag moet gemaakt worden zodat ze alles goed kunnen begrijpen.

## **5. Kwalitatieve resultaten**

### *5.1 Context waarbinnen het project zich bevindt*

De context is zeer belangrijk in de 'realistic impact evaluation', omdat het ten eerste het redeneren beïnvloedt en ten tweede omdat de mechanismen enkel werken als de omstandigheden juist zijn. Welke impact de verschillende mechanismen op de resultaten zullen hebben is dus in grote mate afhankelijk van de context (Better evaluation, z.d.). In wat volgt wordt de context besproken waarbinnen het CHW-project zich bevindt. Ook de context van de patiënten, CHW's en het ziekenhuis worden hier behandeld.

#### 5.1.1 Het ontstaan van het project

Het CHW-project is opgestart vanuit de stad Gent en OCMW Gent. Het project werkt stadsbreed, waardoor niet enkel interne diensten betrokken zijn in het project. Verder zijn wel heel wat organisaties en diensten enthousiast over CHW. Dit enthousiasme vergoot het draagvlak, wat positief is voor het verdere verloop. Toch halen de coördinatoren aan dat het niet steeds eenvoudig is om tot acties over te gaan. Er is enthousiasme bij de betrokkenen, maar er zijn reeds veel projecten, die medewerkers overladen met informatie. Dit zorgt ervoor dat het project niet vanaf het eerste moment leeft binnen de organisaties.

*“Er is enthousiasme, maar dan ben je terug op de werkvloer en dan gaat het weer in het achterhoofd, waardoor mensen er niet altijd aan denken (...) Dus zo'n project heeft*

*gewoon echt tijd nodig om ingebed te worden en bekend gemaakt te worden.” - coördinator*

Verder vertellen de coördinatoren dat de tijd van de pilootfase beperkt is. De pilootfase van februari tot oktober 2019 werd dankzij extra subsidies met twee maanden verlengd. De verschillende deelnemers van het project ervaren deze periode als zeer kort. Er is weinig tijd om het project een goede basis te geven, uit te breiden en bekendheid te realiseren.

*“Je wilt kwaliteit afleveren, maar dat is niet altijd mogelijk als je alles binnen een heel korte tijd moet doen met beperkte middelen. Maar we doen ons best hé.” - coördinator*

### 5.1.2 Het Belgische gezondheidszorgsysteem en de sociale diensten

Ons Belgische gezondheidszorgsysteem is sterk uitgebouwd en behoort tot een van de beste van Europa. Er zijn heel wat diensten waar de bevolking beroep op kan doen, maar de overheid moet patiënten beter informeren. Dit blijkt eveneens uit de interviews, waarin bovendien wordt aangehaald dat het zeer ingewikkeld is voor mensen die niet dagelijks met de gezondheidszorg in contact komen.

*“Er zijn heel veel voorzieningen. Maar het is zo complex. Als je de sociale kaart bekijkt, die is zo uitgebreid. Dat is super dat er zoveel is, maar mensen weten niet altijd waar dat ze terecht moeten. Door de bos de bomen niet meer kunnen zien.” - coördinator*

We scoren op heel wat vlakken zeer goed. We hebben uitstekende artsen en gezondheidswerkers, een groot deel van de bevolking is gedekt en patiënten ervaren een grote veiligheid en tevredenheid. Maar naast deze sterktes van onze gezondheidszorg zijn er ook enkele zwaktes waar een grote verbeteringsmarge op zit. Zo zijn er nog steeds grote ongelijkheden in de toegang tot zorg, blijven de eigen bijdrage van de patiënt hoog en is er een grote variabiliteit in de zorg die verleend wordt. In de interviews vertellen de CHW's dat ze soms op structurele problemen stuiten, die hen ervan weerhouden om de patiënten in een bepaalde situatie steeds te kunnen helpen. Zij geven aan dat dit voor hen zeer frustrerend is. Er moeten allerlei procedures gevolgd worden, die ervoor zorgen dat de CHW's bepaalde acute problemen niet meteen kunnen oplossen, waardoor ze de patiënten ongewild aan hun lot moeten overlaten.

*“Dan gaat het echt over problemen in de samenleving, waar er ook echt geen oplossing voor is. (...) Dus het komt er eigenlijk op neer dat die op het einde van de maand op straat gezet gaat worden. Dat die dakloos is en dat er geen enkele manier is om dat op te lossen. (...) Maar in realiteit weet ik ook wel: ‘Ook al ben je ingeschreven in sociaal huisvesting, je gaat nog twee jaar op straat moeten blijven zitten.’ Er zijn gewoon te weinig woningen.” - CHW*

### 5.1.3 CHW's en hun achtergrond

Uit de interviews bleek ook dat veel van de CHW's uit de eerste poule in het project zijn gerold doordat ze op dat moment in een ander sociaal project werkzaam waren of door hun job, waarin ze ook met de doelgroep werkten. Het zijn geëngageerde mensen die de maatschappij een dienst willen bewijzen en in het bijzonder de kwetsbare bevolkingsgroep die soms uit de boot valt.

*“Dus ik was in het sleutelfigurenproject gestapt en op het moment dat ik daar in stapte zei de persoon die dat organiseerde tegen mij: ‘Goh ik heb misschien nog een interessant project, waarin jij goed zou fitten.’ (...) Dus zo ben ik er eigenlijk ingerold, via een ander project.” - CHW*

In de beginnende poule vrijwilligers had iedereen een zekere affiniteit met de doelgroep van het project. Dat komt enerzijds door hun werkervaring op professioneel vlak en anderzijds door hun deelname in een ander sociaal project. Daarnaast waren er ook enkele CHW's met migratieachtergrond, waardoor zij een andere taal (meestal van het land van herkomst) machtig waren.

### 5.1.4 Kenmerken van patiënten die deelnamen aan het project

Uit de kwantitatieve resultaten is gebleken dat de meerderheid van de deelnemende patiënten een andere nationaliteit heeft. Zo beschikt 53% niet over de Belgische nationaliteit. Daarnaast blijkt dat iets meer dan de helft (namelijk 56%) een beperkte of geen goede kennis heeft van de Nederlandse taal. Een groot aandeel van de deelnemers is in voorgaande jaren geëmigreerd naar België. Daarnaast is er de groep deelnemende patiënten die wel de Belgische nationaliteit heeft en behoren tot de kwetsbare populatie. Voor beide groepen is het gezondheidszorgsysteem complex, waardoor zij een drempel ervaren in de toegankelijkheid naar deze gezondheidszorg. Het maakt hen onwennig en terughoudend.

*“Het zijn echt wel mensen die zeer kwetsbaar zijn. Het zijn mensen die veel tijd nodig hebben om alles te begrijpen. Ik denk dat het daarom is dat mensen uit de boot vallen. In alle instanties moet het allemaal heel vlug gaan en mensen hebben de tijd niet om vragen te stellen. (...) Die schrik van zich belachelijk te maken of van onwetendheid.”*  
- CHW

Bovendien zijn er enkele patiënten die naast het gezondheidsprobleem, dat hen in contact brengt met het project, ook een reeks van andere problematieken hebben. Dat maakt het voor hen nog complexer om alles in eigen handen te kunnen nemen.

*“Ik merk dat het niet één probleem is. De mensen waarmee ik in contact kom hebben allerlei problemen. De gezondheid is maar één facetje. (...) Ze hebben geen geld of ze kiezen er eerst voor dat de kinderen alles zouden krijgen, zodanig dat soms mama's dringende hulp op gebied van gezondheid, als laatste komt.”* - CHW

#### 5.1.5 Deelname van het ziekenhuis binnen het project

Het ziekenhuis dat mee opgenomen kon worden in de evaluatie van deze studie, is een algemeen ziekenhuis gelegen in Gent en beschikt over ongeveer 1000 erkende bedden. Het is een ruim ziekenhuis waar jaarlijks ongeveer 64.000 patiënten worden opgenomen. Het project was zeer vernieuwend in deze omgeving. Er was al langer het idee vanuit de gezondheidsraden in Gent om kwetsbare patiënten beter op te vangen, maar het bleef steeds een theoretisch begrip. Dit komt deels doordat de nadruk in het ziekenhuis nog steeds ligt op het fysieke en psychische aspect van de patiënt en men de sociale problematieken nog te vaak links laat liggen. Ook de hoge werkdruk door het tekort aan zorgverleners zorgt ervoor dat hier niet steeds tijd voor is. Maar het CHW-project kan deze sociale zorgverlening in de ziekenhuizen wel op de kaart zetten.

*“Eigenlijk was community health work een concretisering van zorgondersteuning. We merken dat voor het uitbouwen van transmurale zorg eigenlijk een contactpersoon nodig is die met de eerste lijn in gesprek kan gaan en dat kan via het CHW-project.”* -  
zorgverlener ziekenhuis

#### 5.2 **Mechanismen** die het project bevorderen of hinderen

De mechanismen zeggen ons iets over de factoren die ervoor zorgen dat het CHW-project al dan niet werkt. Achtereenvolgens zullen de mechanismen besproken worden die in de interviews aangereikt werden door de CHW's, patiënten en de

contactpersonen van het ziekenhuis. Wat zijn hun ervaringen met betrekking tot het CHW-project? Wat zorgt ervoor dat het voor hen vlot verliep of waar bosten ze op eventuele barrières? Dit zal besproken worden in volgende paragrafen.

## 5.2.1 Hoe ervaren CHW's het CHW-project?

### 5.2.1.1 Positieve mechanismen

#### 1. De intrinsieke motivatie van de CHW's zorgt ervoor dat ze zeer geëngageerd zijn

De vrijwilligers die zich als CHW inzetten voor het project, doen dat met volle overtuiging. Ze willen mensen helpen die het moeilijker hebben en zo hun steentje bijdragen aan de maatschappij. Dit is een grote kracht van het project. Ze zijn allemaal zeer gedreven en zullen er dan ook alles aan doen om de patiënten zo goed mogelijk bij te staan. Ze doen het zeer graag en voelen hun op die manier ook nuttig naar andere mensen toe.

*“Ik zet me daar voor in omdat ik denk dat mensen in een kwetsbare positie in de maatschappij, zich nog kwetsbaarder maken door die stappen naar de gezondheidszorg niet te zetten. Dus ik doet dat graag. Ik denk eigenlijk gewoon vanuit maatschappelijk engagement.” - CHW*

Daarbij geven ze ook aan dat het hen zelf kracht geeft om verder te doen met het project wanneer ze zien dat ze daadwerkelijk dat duwtje in de rug kunnen geven. Uit de interviews blijkt dat hen dat een positief gevoel geeft, waardoor ze hun energie en tijd er graag in steken.

*“Zien dat er vooruitgang is en die mensen iets kunnen geven. Iets betekenen voor hen en ze gewoon een duwtje kunnen geven, dat is gewoon fantastisch.” - CHW*

#### 2. Contact met de patiënten als grote drijfveer voor het uitoefenen van CHW

Een andere drijfveer die de CHW's aanzet tot het uitvoeren van de verschillende taken binnen het project is het contact met de patiënten. Doorheen de begeleiding bouwen ze met de cliënten een connectie op. Ze proberen de cliënten gerust te stellen en een open communicatie te hanteren. Bij patiënten zonder verblijfsvergunning of met andere juridische problemen worden anonimiteit en bescherming van de privacy des te belangrijk. De CHW's halen in de interviews aan dat vertrouwen dan essentieel is, maar dat dit ook uitdagend kan zijn. Zo delen de CHW's vaak verhalen en ervaringen

om een sfeer van wederzijdse openheid en vertrouwen te creëren. Die vertrouwensband is noodzakelijk tijdens het hele proces. Dit zorgt ervoor dat de begeleidingen vlotter verlopen en de CHW's de cliënten ook beter kunnen ondersteunen bij de andere zorgverleners. Hierbij wordt benadrukt dat ze veel aandacht hechten aan het werken op maat met de cliënt. De openheid en het vertrouwen die dan gecreëerd wordt, zorgt ervoor dat de CHW's die brug kunnen vormen tussen de patiënt en de zorgverlener.

*“En dat is een beetje ons pluspunt: de mensen bijstaan. Ik sta niet boven de mensen en mensen voelen dat, waardoor ze u dan sneller in vertrouwen nemen.” - CHW*

Ook zijn heel wat CHW's verbonden aan een bepaalde organisatie, waardoor cliënten hen na verloop van tijd leren kennen. Op die manier kan die connectie nog sneller gemaakt worden.

*“Bijvoorbeeld als ik in ‘de Fontein’ binnenkom, dan zit ik bij hen mee aan de tafel. En als ze iets nodig hebben, als er vragen zijn, dan komen ze nog eens bij mij. Dat gevoel dat je kan geven aan hen is positief.” - CHW*

Zoals in de sectie van de ‘contexten’ reeds werd aangehaald zijn er ook enkele CHW's die zelf in het verleden geëmigreerd zijn naar België. Dit maakt dat het voor hen nog een extra motivatie is om de nieuwkomers van hun gemeenschap verder op weg te helpen. Zij weten met welke moeilijkheden de cliënten te kampen krijgen. Dit zorgt ook voor een grote verbondenheid tussen de CHW en de cliënt. De cliënten zien hen als een lichtpunt in de moeilijke periode die ze doormaken.

*“But as I told you, I’m a stranger here. I’m trying to help my people, not really my people, but the people who are in same situation as I was 12 years ago. Because I have a lot of experience in my life. When I came here in Belgium, I didn’t know the medical system here, how it is. I didn’t know the language (...) Now I also speak Dutch, so I can help ‘my people’.” - CHW*

### 3. De begeleidingen verlopen vlot door de ervaring die de CHW's reeds hebben

In het onderdeel ‘contexten’ werd reeds aangehaald dat een groot deel van de CHW's in het CHW-project zijn terechtgekomen doordat ze reeds in een ander sociaal project deelnamen of doordat ze gewerkt hadden in een setting waarbij de doelgroep betrokken was. Uit de interviews blijkt dat de ervaring die ze hiermee hebben opgebouwd zeer bevorderlijk was om de begeleidingen vlot te doen verlopen. Soms



komen ze namelijk in complexe situaties terecht en dan zijn goede sociale vaardigheden en kennis over sociale en medische gezondheidszorg noodzakelijk. Met de ervaring die zij over de jaren heen hebben verzameld, kunnen ze gemakkelijker inschatten hoe te reageren in een bepaalde situatie. Een andere grote sterkte van het project is de diversiteit van de verschillende vrijwilligers. De culturele afkomst is zeer divers en er kunnen verschillende talen gesproken worden, waardoor men verschillende nationaliteiten in de doelgroep kan aanspreken. Daarnaast heeft elke vrijwilliger ook zijn eigen ervaring en kennis, waardoor ze elkaar op die manier kunnen versterken en bijstaan bij de begeleiding van de cliënten.

*“Maar ook iedereen heeft zijn eigen sterktes, kwaliteiten, achtergrond, waardoor dat die vrijwilligers ook echt elkaars expertise kunnen gebruiken en dat is ook wel tof.” - coördinator*

#### 4. CHW draagt bij tot de persoonlijke ontwikkeling van de vrijwilligers

Tevens is uit de interviews gebleken dat de vrijwilligers het project ervaren als een grote bijdrage voor hun persoonlijke ontwikkeling. De CHW's leren veel bij tijdens de opdrachten die ze uitvoeren voor de cliënten. Zowel op praktisch (omgaan met complexe situaties) als theoretisch vlak (de sociale kaart, gezondheidszorgsysteem...) ontwikkelen ze extra vaardigheden. Op die manier kan het CHW-project ook heel wat kansen en opportuniteiten bieden voor de vrijwilligers. Zo blijkt dat zij na de opleiding als CHW en de verschillende begeleidingen zich meer gesterkt voelen om verdere stappen te zetten in de sociale en medische wereld. Dit zorgde er wel voor dat sommige CHW's zich terugtrokken uit het project, omdat zij een baan of opleiding hadden gevonden die gekoppeld is aan de vaardigheden en kennis die ze tijdens het project hadden opgedaan.

*“Ja, een ander pluspunt is ook wel, het traject van de CHW's zelf, dat die ook zelf versterkt worden. Ze krijgen extra vaardigheden en dat wordt herkend en geapprecieerd. Mensen beslissen hierdoor bijvoorbeeld om een opleiding te gaan volgen of te gaan werken in de zorgsector. Dat het traject dat ze doormaken als CHW kan meespelen in het sterk staan als professional.” - coördinator*

#### 5. CHW voelen zich goed ondersteund door de uitgebreide omkadering

Tenslotte wordt de omkadering van het project heel erg gezien als een sterkte. Onder omkadering verstaan we in de eerste plaats de begeleiding van de CHW's door de

coördinator. De vrijwilligers geven aan dat ze steeds kunnen rekenen op de coördinator. Alles wordt goed geregeld en bij vragen, onduidelijkheden of problemen kunnen ze haar steeds bereiken. Hierbij geven de CHW's aan dat ze het heel aangenaam vinden dat de opdrachten niet dwingend over komen. Ze krijgen de ruimte om te kiezen voor die opdrachten die hen aanspreken of nauw aan het hart liggen. Uit de interviews is gebleken dat deze flexibiliteit gezien wordt als een groot pluspunt.

*“Het is ergens vrijblijvend, het komt niet dwingend over, dus dat is wel heel belangrijk bij vrijwilligerswerk.” - CHW*

Een ander aspect van de omkadering zijn de intervisies. Een keer per maand komen de vrijwilligers samen bij een van de partners die betrokken zijn bij het project. Voor hen is dit zeer waardevol. Het is een moment waarop ze eens met elkaar in contact komen en hun eigen ervaringen kunnen delen. De CHW's bespreken samen verschillende casussen, waardoor ze van elkaar veel kunnen leren.

*“Ik ben altijd blij om te horen hoe andere collega's het aanpakken. Wat zij willen bespreken, waar zij soms tegen aan botsen? Ik ben daar eigenlijk altijd, omdat het mij echt interesseert. Ik kan altijd iets opsteken of eens horen van een andere collega ‘hoe is die daar mee omgegaan?’ Een intervisie is goud waard.” - CHW*

Toch werd er ook aangehaald dat op het einde van de pilootfase, steeds minder vrijwilligers aanwezig waren op de intervisies. Dat vonden de CHW's die wel aanwezig waren spijtig.

*“Ik vind het heel jammer dat er minder mensen afkomen op de interventies. Ja mensen hebben zich ondertussen al ongeveer een jaar geëngageerd. Dus ja... dat is niet meer dan normale gang van zaken, dat ligt niet aan het project, dat is gewoon inherent aan vrijwilligerswerk.” - CHW*

Bovendien werd de opleiding, binnen de omkadering van het project, als een facilitator gezien. Hierbij kregen de vrijwilligers informatie over de sociale kaart, het gezondheidszorgsysteem, zelfzorg, discriminatie, interculturaliteit... Hoewel dit zeker de basis legde voor een goede werking van de CHW's, vonden sommige dat de opleiding wel wat diepgaander mocht. Een reden hiervoor was dat bepaalde cases vaak zeer complex kunnen zijn en de opleiding in die gevallen niet voldoende was om die bepaalde situatie op een juiste manier aan te pakken.

### 5.2.1.2 Negatieve mechanismen

#### 1. Onduidelijkheid over afbakening van het takenpakket

Er is nog heel wat onduidelijkheid over de rol van de CHW. Het is een pilootproject en dat heeft als gevolg dat het nog zoeken is welke taken de vrijwilligers al dan niet kunnen opnemen. Dit maakt het moeilijk om als CHW's de lijn te durven trekken. Ze worden geconfronteerd met zorgvragen die niet helemaal binnen het project passen. Uit welwillendheid nemen ze die toch op om deze kwetsbare cliënten verder op weg te helpen. Het risico hiervan is dat het de draagkracht van de vrijwilligers overstijgt en dat de verwachtingen van de cliënten niet in lijn liggen met de taken die het project vooropstelt. Uit de interviews blijkt wel dat de meeste vrijwilligers zelf de grens durven aangeven.

#### 2. Het vrijwilligersstatuut ligt bij sommige CHW's moeilijk

Met vrijwilligers werken kan ook als knelpunt gezien worden. De taken van het project zijn meer vrijblijvend. De coördinator haalt in de interviews aan dat je mensen niet kan verplichten om een aanvraag op te nemen. De meeste vrijwilligers combineren het project ook met een vaste job en zijn daardoor niet steeds beschikbaar. Dit maakt het soms moeilijk om iemand te koppelen aan een aanvraag, wat ervoor zorgt dat er enige tijd zit tussen het plaatsen van een aanvraag en de invulling ervan. Zoals eerder vermeld zijn er ook CHW's die uit het project gestapt zijn omdat ze werk hadden gevonden of een opleiding zijn begonnen.

*“Het zijn allemaal vrijwilligers, dat wil ook wel zeggen als zij in een statuut zijn waarbij ze werk zoeken, dat als ze werk vinden, ja, dan zijn we weg.” - coördinator*

Verder geven sommige CHW's ook aan dat ze het vrijwilligersstatuut jammer vinden, omdat ze graag de mogelijkheid zouden hebben om dit als vaste job te doen met bijhorende vergoeding. Nu krijgen de CHW's namelijk enkel een vrijwilligersvergoeding. Uit de interviews bleek dat de CHW's dat een klein bedrag vinden voor het werk dat ze verrichten. Maar desondanks geeft zowat iedereen ook aan dat ze het niet voor het geld doen, maar in eerste instantie om de mensen verder te helpen en voor de voldoening die het hen geeft.

*“Je doet veel werk voor maar iets heel kleins. Dat is jammer. Maar ik ben bereid om dat te doen, omdat ik kijk naar de bedoeling en het direct doel. (...) Ik doe het ook niet*

*100% voor het financiële, anders zou je daar uw hand niet voor uitsteken. Je weet waarvoor je het doet. Voor mij is dat een goed doel eigenlijk. Maar het is wel heel weinig.” - CHW*

Tenslotte zorgt het vrijwilligersstatuut er ook soms voor dat de CHW's niet als volwaardige professionals kunnen gezien worden. Ze geven aan dat ze het jammer vinden dat ze soms 'maar' de CHW's zijn en hierdoor niet altijd een even grote impact kunnen hebben op de cliënt omdat ze er niet officieel voor bevoegd zijn.

*“We zitten dan in die wachtzaal en dan pakt hij weer een pint. Dan voel je u zo onmachtig, omdat je niet kan ingrijpen. Je bent maar een gewone sociale gids of een gezondheidsgids. Je hebt het mandaat niet van 'stop dat nu weg'. Dat gaat niet. Je moet die mens in zijn waarde behouden, in zijn vrijheid, in zijn zelfredzaamheid. Dat is iets wat je niet kan tegengaan.” - CHW*

### 3. CHW's voelen zich soms een overbodige schakel in het zorgproces

Een laatste element dat zal worden aangehaald als mogelijke zwakte is dat de vrijwilligers zich soms overbodig voelen. In sommige situaties zijn er reeds veel actoren betrokken bij de zorg van de kwetsbare persoon. Zo krijgen ze opdrachten die perfect door de reeds betrokken actoren zouden kunnen uitgevoerd worden.

*“We waren zeker met 7 mensen bezig om een oplossing te zoeken voor die persoon. En die persoon beweerde bij Jan en alleman dat er niets gebeurde. Dat doet dan toch wel iets. Dan dacht ik ook even: 'Weet je, waarschijnlijk zijn al verschillende mensen met hem op weg geweest.' Tenslotte ben ik daar bij geroepen, maar als zelfs een dokteres het niet weet hoe je die mens moet aanpakken of een maatschappelijk werker, wie ben ik dan?” - CHW*

Daarbij halen ze ook aan dat het risico hierin schuilt dat zij de job overnemen van professionals die voor die taken betaald worden. Een voorbeeld hiervan zijn de opdrachten om enkel te tolken. Deze passen niet binnen het project. Er zijn professionele tolken die deze taak al op zich kunnen nemen. Maar zoals eerder aangehaald is de afbakening van de taken soms moeilijk.

*“He needs some help or a wheelchair or a rollator. If he doesn't have that it's really difficult for us to bring him there. It's a risk. But Actually that is a job for 'thuiszorg'. (...) I won't do that because there are people payed for that. There are professionals for that. I don't want to do the job of somebody else.” - CHW*

## 5.2.2 Hoe verloopt het CHW-project voor de patiënten?

### 5.2.2.2 Positieve mechanismen

De cliënten zijn er unaniem over: het CHW-project was dat wat ze nodig hadden in de moeilijke situatie waarin ze zich bevonden. Alle geïnterviewden waren zeer positief over de werking van zowel het project als de CHW's zelf.

#### 1. Patiënten voelen zich op hun gemak door de empathische aanpak van CHW

De manier waarop de CHW's met de cliënten omgaan zorgt ervoor dat zij zich op hun gemak voelen en de begeleidingen als zeer aangenaam ervaren. Wat ze hierbij aanhalen is dat ze bij de CHW's niet het gevoel hebben dat ze met vooroordelen worden behandeld, terwijl ze soms wel dat gevoel hadden bij andere zorgverlening.

*“Ik vind de CHW zo waardevol, niet alleen als coach, maar dat ik daar een keer mee kan babbelen zonder dat ik beoordeeld word omdat ik schulden heb. Hij kijkt ‘Hoe komt het dat je in die situatie terecht gekomen bent?’. Bij het OCMW word je dikwijls beoordeeld en dat zou moeten stoppen. Ok ja, ik ben dakloos, maar dat is gebeurd omdat ik godverdorie moest kiezen tussen elektriciteit, gezondheid en mijn huishuur.”*  
- patiënt

De patiënten vertellen in de interviews dat de vrijwilligers met een open blik naar de problematiek kijken en nog veel verder dan dat. Zo ging de aandacht niet alleen naar de huidige problemen van de patiënt, maar ook naar de oorzaken die ervoor hebben gezorgd dat de patiënt in die situatie terecht is gekomen. De patiënten geven aan dat de CHW's hen daadwerkelijk helpen en dat zij ook al de tijd nemen om naar hen te luisteren. De vrijwilligers kunnen die tijd nemen, in tegenstelling tot vele andere zorgverleners. In de huidige gezondheidszorg is dit niet altijd mogelijk door de toenemende nadruk op snelheid, efficiëntie en de veelheid aan procedures. De CHW's kunnen het menselijke perspectief terug meer integreren in de zorg. De cliënten ervaren de CHW's als een grote steun op alle vlakken.

*“Ik dacht dat ze gewoon een tolk was die met mij ging mee gaan. Maar ze is veel meer dan dat. Ze hield zich bezig met de familiale problematiek die ik had, met de papieren die in orde moesten komen of wat dan ook, met de doktersbezoeken. Ze was eigenlijk alles voor mij in die periode. Ook het spreken met haar. Dat ze met ons in dialoog ging, dat was allemaal echt een meerwaarde.”* - patiënt

Dat maakt, zoals eerder vermeld, dat er een grote vertrouwensband ontstaat tussen de cliënt en de CHW. Dit zorgt ervoor dat zij de communicatie met de andere betrokken zorgverleners kunnen faciliteren. Zo kunnen zij helpen met de boodschap van bijvoorbeeld de dokter over te brengen en te nuanceren, waardoor eventuele gezondheidsadviezen en richtlijnen beter opgevolgd kunnen worden.

*“Hij bekijkt dat uit een heel andere ooghoek dan dat ik dat bekijk natuurlijk. En hij zegt mij dat ook van ‘die dokter heeft dat wel goed voor, je moet dat zo en zo doen’. Dat is het goede, dat kom je dus niet tegen in al die openbare instanties.” - patiënt*

### 5.2.3 Hoe verloopt het CHW-project in het ziekenhuis?

#### 5.2.3.1 Positieve mechanismen

1. De CHW zorgt in het ziekenhuis voor een vlottere samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener

Hoewel het project nog niet bekend is bij alle zorgverleners in het ziekenhuis, zoals in de volgende paragraaf zal beschreven worden, reageren de zorgverleners die wel reeds in contact gekomen zijn met CHW's positief. De aanwezigheid van de CHW zorgt ervoor dat de communicatie tussen de cliënt en de desbetreffende zorgverlener vlotter verloopt. De CHW kan op dat moment de informatie duidelijk overbrengen naar de patiënt waardoor zij meer op de hoogte zijn en bijgevolg ook meer op hun gemak. De zorgverleners vinden dit zeer aangenaam.

*“De arts zelf was echt positief. Hij was tevreden dat er iemand bij was die haar kon ondersteunen. Dus het was eigenlijk zowel voor de arts als voor de patiënt een meerwaarde. Dat gaf mij een nog beter gevoel. Dit is echt wel waardevol van wat we doen. Ik merkte dat die patiënt eigenlijk wel heel gestresseerd was. Hij kreeg enorm veel uitleg, want er moest een ingreep gebeuren. Ik heb dat dan ook proberen te vertalen.” - CHW*

#### 5.2.3.2 Negatieve mechanismen

1. Bekendheid van het project realiseren in het ziekenhuis is een eerste hinderpunt

De bekendheid van het project was in het ziekenhuis een eerste grote struikelblok. In de interviews werd aangehaald dat het zeer moeilijk was om het project te laten doordringen bij de werknemers. Enerzijds was dit een opgave omdat het project zeer nieuw is en er dus nog geen concrete wegen in het ziekenhuis waren gemaakt.

Anderzijds werd verteld dat de zorgverleners in het ziekenhuis ook meer de focus leggen op het fysieke en mentale aspect van de gezondheid. De vertaalslag maken naar die sociale problematieken bleek moeilijker. Dit had dan ook tot gevolg dat men patiënten niet doorverwees naar een CHW. Ook omgekeerd kwam men soms in situaties waarbij patiënten naar een CHW vroegen, maar de zorgverleners niet in konden gaan op die vraag omdat ze de functie niet kenden.

*“Dus je ziet dat de naam van CHW nog niet is verworven bij alle medewerkers. Er is nog geen garantie dat als een patiënt naar hem vraagt bij een consultatie dat men de functie erkent en dus in staat is om direct de telefoon te nemen en hem daarvoor op te bellen.” - zorgverlener ziekenhuis*

Er werd reeds actie ondernomen om deze functie kenbaar te maken bij de werknemers. Zo werd het project voorgesteld aan de hoofdverpleegkundigen en was de CHW die gedetacheerd is aan het ziekenhuis opgenomen in het personeelsblad met bijhorende foto. Toch blijkt uit de interviews dat het moeilijker is om die sociale kwetsbaarheid bij patiënten adequaat te detecteren en vervolgens de hulp in te roepen van een CHW.

*“Het blijft een zorgverlening die we nog niet op de kaart hebben kunnen zetten en we zijn daar nu mee bezig. Het gaat een langere tijd nodig hebben om CHW te erkennen, ook om dat ik vermoed dat het de kunst is dat we zorgverleners eenvoudige voorbeelden kunnen geven van wat voor zorg dat dan kan zijn. (...) We denken daar over in abstracte concepten, maar het ook concreet doen daar is geen vaardigheid rond.” - zorgverlener ziekenhuis*

2. Door de acute problematiek in het ziekenhuis, kan er niet steeds beroep worden gedaan op een CHW

Wat het project in het ziekenhuis nog bemoeilijkt is dat het ziekenhuispersoneel vaak te maken krijgt met acute problemen, zoals bijvoorbeeld op de spoedafdeling, waardoor ze snel moeten handelen. Hierdoor is de tijd beperkt om beroep te doen op een CHW. Daarnaast zou het ook enige tijd duren vooraleer er een CHW aan de zorgvraag zou kunnen gekoppeld worden. Dit heeft als gevolg dat beroep doen op een CHW in deze situatie niet altijd even praktisch is.

*“Wij hebben een drukke spoed en ik denk dat het niet eenvoudig is om bij opname van een persoon die sociaal kwetsbaar is, aan die patiënt te vragen of we de naam mogen*

*doorgeven aan de gezondheidsgids. Er moet zowel bij de zorgverleners als bij die persoon ook een vorm van toestemming zijn.(...) Maar als het druk is, is dat wel een vraag te veel.” - zorgverlener ziekenhuis*

Toch willen de coördinatoren van het project dit weerleggen. Wanneer het heel druk is op de spoeddienst is een aanvraag plaatsten inderdaad een tijdrovende bezigheid. Maar de coördinatoren geven aan dat die aanvraag niet op datzelfde moment moet geplaatst worden. Eventueel kan later een aanvraag geplaatst worden of kan de patiënt na de opname op de hoogte gebracht worden van het CHW project. Men bekijkt dit vanuit de redenering dat iemand die sociaal kwetsbaar is en opgenomen wordt in het ziekenhuis of op de spoedafdeling, na de opname nog steeds sociaal kwetsbaar is en bijgevolg de hulp van een CHW wel degelijk kan gebruiken.

### 3. De communicatie met anderstaligen is een struikelblok door de taalbarrière

Bovendien is communicatie met anderstaligen een bijkomende complexiteit. Het is niet gemakkelijk om een nieuw project met patiënten te bespreken, wanneer er geen gemeenschappelijke taal gebruikt kan worden.

*“Vanaf dat een patiënt anderstalig is, is dat een enorme drempel. Er zijn ook zo geen pictogrammen rond sociale kwetsbaarheid he. Die communicatie is heel moeilijk dus.” - zorgverlener ziekenhuis*

Dan moet er reeds een CHW gevonden worden die de desbetreffende taal spreekt, maar daar zit men dan weer met de moeilijkheid dat het project niet kort op de bal kan spelen. Er gaan enkele dagen voorbij voor de match tussen patiënt en CHW kan gemaakt worden. Een andere optie bij anderstaligen in het ziekenhuis is de tolkdienst. Hier schuilt de beperking dat de interculturele bemiddelaars enkel beschikbaar zijn van maandag tot vrijdag van 8u tot 16u30 en daarenboven ook nog eens druk bevroegd, waardoor alles meestal op afspraak gebeurt.

*“Maar zo heel acuut wordt dat moeilijk en er is nu een bijkomend probleem gekomen. In theorie kan je bijvoorbeeld via telefoontolk een vertaler oproepen, maar dat gaat nu betalend worden. Tot nu toe was dat voor zorgvoorzieningen gratis. Het kon dus theoretisch als we over die drempel konden. Maar dat wordt nu betalend.” - zorgverlener ziekenhuis*



#### 4. Het administratieve gedeelte van de begeleidingen is een uitdaging

Een laatste drempel is het registratiesysteem. Uit de interviews blijkt dat het een opgave is om de aanvraag met de bijhorende gegevens in te geven in het systeem. Het wordt door sommigen als tijdrovend ervaren. Zoals eerder gezegd is het in het ziekenhuis vaak heel druk en dan is het invullen van zo'n aanvraag soms te veel. Dit volgt vanuit de redenering dat ze al hun tijd willen gebruiken om de cliënten te helpen, zonder dat ze bezig moeten zijn met de administratie.

*“Eigenlijk word ik nu geduwd in het volgen van procedures om aanvragen te doen, om bepaalde gegevens aan te vragen, om het allemaal in het registratiesysteem te steken. En eigenlijk werk ik zo niet, want ik hou eigenlijk heel weinig gegevens bij van mensen, alleen hetgeen dat ik echt moet weten. De rest vraag ik niet. (...) Voor mij is het echt in functie van de mensen, om die te helpen en niet al die energie dat je moet steken in het registreren.” - CHW*

Sommigen vinden het registratiesysteem daarnaast ook complex. Toch nuanceren anderen in de interviews dat ze begrijpen dat de registratie van aanvragen en gegevens erbij hoort en dat het systeem goed ontworpen is, waardoor het over het algemeen redelijk toegankelijk is.

*“Aan de ene kant begrijp ik dat vrijwilligers hun tijd er niet willen in steken, want uiteindelijk is het niet daarvoor dat ze hun geëngageerd hebben, maar aan de andere kant begrijp ik dat dat er gewoon bij hoort. Er moeten zaken genoteerd worden, het moet transparant zijn. Mensen moeten dat kunnen verwerken, dus je kan dat niet loskoppelen.” - CHW*

### 5.3 **Outcome** van het project

#### 5.3.1 CHW's als brugfiguur voor een toegankelijker gezondheidszorg

De hoofddoestelling van het project was de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vergroten voor de kwetsbare groepen in de samenleving. De CHW's zijn hier unaniem over en vertellen in de interviews dat zij van mening zijn een zekere bijdrage te leveren bij de verwezenlijking hiervan. Patiënten werden door de CHW's goed begeleid naar de verschillende sociale en gezondheidsdiensten.

*“Wij staan eigenlijk naast de mensen en gaan samen met hen op weg. Een maatschappelijk werker gaat eerder vanuit haar bureau werken en zeggen van ‘Kijk, ik*

*heb een afspraak gemaakt voor jou, ga maar.’ (...) Maar er moet meer opvolging zijn. Ik vind dat wij dan eigenlijk de geknipte persoon zijn om verder te gaan met die mensen. Wij kunnen net dat ietsje meer doen dat we missen in onze gezondheidsinstellingen.”*  
- CHW

De CHW's kunnen daadwerkelijk die brug vormen tussen de patiënt en de zorgverleners. Deze brug werkt in twee richtingen. Enerzijds kan de CHW de boodschap van de zorgverlener op een duidelijke manier overbrengen naar de cliënt. Dit heeft als gevolg dat de patiënt op de hoogte is van wat er gaat gebeuren en hierdoor ook rustiger is. Anderzijds kan de CHW ook de patiënt ondersteunen in de communicatie met de zorgverlener. Het kan dan gaan over culturele gevoeligheden, nuances of opmerkingen en vragen van de patiënt.

Daarnaast bleek uit de interviews dat de CHW's ook een belangrijke rol speelden bij de empowerment van de patiënten. De begeleidingen zorgden ervoor dat de patiënten de weg naar en binnen de diensten eerst samen met de CHW's leerden kennen. Dit zorgde ervoor dat ze achteraf dezelfde stappen autonoom konden doorlopen en op die manier hun zorg in eigen handen konden nemen.

*“Some people you just have to show them the way and then they can continue.” - CHW*

Bovendien vertellen de CHW's dat ze ook een zeker rol kunnen spelen bij therapietrouw en het bevorderen van de gezondheid van de patiënten. Door de goede band die ze met de patiënten ontwikkeld hebben en het vertrouwen die er tussen beide is ontstaan, kunnen ze patiënten hier op wijzen. Maar deze taak kan zeker nog verder uitgebreid worden, want in deze pilootfase vonden sommige CHW's dat dit nog niet tot de taken van een CHW behoorde. Toch zit hier zeer veel potentieel in voor het verdere verloop van het project.

*“Gezondheidsadvies, ja dat doen we ook veel. Maar dan wel heel voorzichtig. (...) Wij komen langs de achterdeur, zeg ik altijd. Van ons accepteren ze het wel.” - CHW*

*“Ik vind dat we daar wel een rol in hebben. Bij de patiënten worden we enorm geaccepteerd, echt waar, enorm. En als je daar wordt geaccepteerd dan is dat veel gemakkelijker om sommige dingen aan te kaarten wat de artsen, verpleegsters of de zorginstellingen zeggen. Want ze doen hun deuren open voor ons, ze accepteren ons. (...) Je maakt ze wel bewust van ‘Kijk, je bent niet goed bezig.’ Maar niet op de manier*

*zoals de arts dat zegt, soms zijn ze heel grof de artsen. Heel hard. Dat zien we wel.” -  
CHW*

### 5.3.2 Patiënten nemen hun gezondheid in eigen handen dankzij CHW's

Ook de patiënten die tijdens het pilootproject geïnterviewd werden zijn enthousiast. Ze tonen enorme dankbaarheid voor de CHW die hen geholpen heeft. Ze geven aan dat ze stappen vooruit hebben gezet op alle vlakken. Zowel op vlak van gezondheid door hun weg te vinden doorheen het gezondheidszorg landschap als op persoonlijk vlak, waarbij ze zich gesterkt voelen en autonoom dingen gaan ondernemen.

*“Eigenlijk vond ik haar in alles waardevol. Ook psychologisch heeft ze me heel erg gesteund. Ik had heel erg weinig zelfvertrouwen. Zij heeft mijn zelfvertrouwen terug een boost gegeven. Ze heeft me gemotiveerd. Ze heeft eigenlijk een heel grote last van mijn schouders gehaald. Nu heb ik de grootste zorgen kunnen loslaten. Dus nu hoeft ze niet steeds tot mij te komen. Maar nog steeds als er een document is dat ik niet begrijp. Dan bel ik even en dan stuur ik een sms'je en dan helpt ze mij nog steeds.” -  
patiënt*

Tenslotte benadrukken de patiënten ook dat de CHW's niet alleen fysiek begeleiden en ondersteunen, maar dat zij ook zorgen voor psychologische ondersteuning. Doordat ze samen met de patiënten op weg gaan en de verschillende problemen aanpakken, geeft dat de patiënten psychologisch heel wat rust. Ook het gevoel van op iemand te kunnen rekenen is een grote meerwaarde.

*“Gelukkig is zij dan gekomen en alles loste zich op en als er nu iets verkeerd komt in mijn leven, dan zeg ik: ‘Geen paniek, ze is er en dan heb ik altijd iemand waarbij ik steun kan vinden.’ Dat is ook echt een psychologische verlichting.” - patiënt*

*“Wij hopen dat het project verder gaat, dat betekent echt veel voor een mens. Het geeft ook veel psychologische ondersteuning. Alleen al als ze eens komt praten, dat doet ons echt al heel veel. Heel ons gezin is zeer tevreden.” - patiënt*

Wat daarentegen wel een eerder negatieve outcome van het project kan zijn, is dat de cliënten die met het CHW-project in contact komen afhankelijkheid creëren. Dat zij ook na de begeleidingen een blijvende ondersteuning nodig hebben van een CHW door de taalbarrière of beperkte kennis van het gezondheidszorgsysteem. Empowerment van de patiënten blijft hierbij zeer belangrijk.

### 5.3.3 CHW's vormen de brug tussen de eerstelijns- en de tweedelijnszorg

Wat blijkt uit de verzamelde gegevens omtrent het ziekenhuis, is dat er heel wat begeleidingen zijn naar het ziekenhuis, maar dat er vanuit het ziekenhuis zelf zeer weinig aanvragen worden geplaatst.

*“Hier in het ziekenhuis, niet zo veel eigenlijk. Ik heb niet zo veel aanvragen vanuit het ziekenhuis. Het geraakt hier precies niet goed verkocht. Of het is moeilijk om die link of denkoefening te maken van: ‘Oké, hier kunnen CHW's worden ingezet, of er is hier iemand nodig die extra ondersteuning kan bieden aan mensen die het wat moeilijker hebben, buiten het ziekenhuis.’” - CHW*

Zoals eerder vermeld kan dit verklaard worden door de hoge werkdruk in het ziekenhuis, de acute problematieken waardoor er niet steeds de tijd wordt genomen om een aanvraag te plaatsen en de onwetendheid van de zorgverleners in verband met het project. Toch werden er enkele inspanningen geleverd om ervoor te zorgen dat de kwetsbare mensen in het ziekenhuis gedetecteerd werden en op die manier konden doorverwezen worden naar het CHW-project.

Er waren namelijk verschillende diensten extra betrokken bij het project. Mensen die rond verzekeraarbaarheid niet in orde waren, werden bij aanmelding automatisch doorverwezen naar de sociaal administratieve dienst of ook SAD. Zo krijgen zij de mogelijkheid om eventueel begeleiding te krijgen via het project. Daarnaast was de CHW die verbonden was aan het ziekenhuis ook een halve dag aanwezig op de PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) dienst. Op die afdeling komen namelijk ook regelmatig patiënten met sociale kwetsbaarheid. Tenslotte werd in de interviews vermeld dat ze via dubieuze debiteuren ook die connectie proberen te maken met de CHW's. Dit werd gestart vanuit de visie dat patiënten die hun rekeningen niet kunnen betalen, vaak ook patiënten zijn met een sociale kwetsbaarheid. Via dit initiatief in het ziekenhuis kunnen ook deze patiënten in contact gebracht worden met het CHW-project om op die manier meer aangepaste zorg te krijgen. Om het project beter van start te laten gaan in de andere betrokken ziekenhuizen zou het aangewezen zijn om de focus van in het begin op deze diensten te leggen. Zij hebben namelijk een beter zicht op de patiënten die nood zouden kunnen hebben aan extra hulp en begeleiding door een CHW. Ondanks deze inspanningen blijven de aanmeldingen vanuit het ziekenhuis eerder laag.

De begeleidingen naar het ziekenhuis verlopen daarentegen wel vlot. Zoals eerder vermeld verloopt de communicatie veel beter wanneer er een CHW aanwezig is bij de consultatie of operatie. Zowel voor de zorgverleners als patiënten is dit veel aangenamer.

Tenslotte draagt het CHW-project in het ziekenhuis ook bij aan de brug tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Die brug zorgt ervoor dat de kwetsbare patiënten op de weg van de eerste lijn naar de tweede lijn goed ondersteunt worden en niet tussen de mazen van het net terecht komen.

*“Hij brengt eigenlijk de buitenwereld, de zorgondersteuning van buiten het ziekenhuis in contact met het ziekenhuis zelf. Dat is het positieve aan het project.” - zorgverlener ziekenhuis*

#### 5.4 Samenvattende tabel: CMO-configuratie van de resultaten

Context	Mechanismen	Outcome
<p><i>CHW-project</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pilotproject gaat gepaard met beperkte tijd</li> <li>○ Reeds veel andere sociale projecten, wat integratie van het CHW-project in organisaties bemoeilijkt</li> </ul> <p><i>Gezondheidszorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingewikkeld Belgisch gezondheidszorgsysteem met enkele structurele problemen waar de CHW's op botsen</li> </ul> <p><i>CHW's</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CHW's zijn maatschappelijk geëngageerd en hebben vaak een band met de culturele gemeenschap</li> </ul> <p><i>Patiënten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patiënten die deelnemen aan het project zijn kwetsbaar en/of hebben een migratieachtergrond</li> </ul> <p><i>Ziekenhuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Focus op fysieke en mentale gezondheid, beperkte detectie van sociale kwetsbaarheid</li> <li>○ Hoge werkdruk</li> </ul>	<p><i>CHW's</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CHW's zijn zeer gemotiveerd</li> <li>○ Connectie met de patiënten is een grote drijfveer</li> <li>○ CHW's hebben reeds veel ervaring</li> <li>○ CHW draagt bij tot persoonlijke ontwikkeling van de vrijwilligers</li> <li>○ Ze voelen zich ondersteund door de goede omkadering</li> <li>○ Onduidelijkheid over takenpakket</li> <li>○ Nadelen vrijwilligersstatuut</li> <li>○ Soms overbodige schakel in het zorgproces</li> </ul> <p><i>Patiënten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patiënten zijn op hun gemak door empathische aanpak van CHW's</li> <li>○ Er is een groot vertrouwen t.o.v. de CHW's</li> </ul> <p><i>Ziekenhuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CHW zorgt voor een vlottere samenwerking tussen patiënt en zorgverlener</li> <li>○ Project geraakt niet bekend in het ziekenhuis</li> <li>○ Acute problematiek zorgt dat er te weinig tijd is om beroep te doen op CHW</li> <li>○ Taalbarrière met anderstaligen</li> <li>○ Administratieve gedeelte van CHW is tijdrovend</li> </ul>	<p><i>CHW's</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CHW's als brugfiguur voor een toegankelijker gezondheidszorg</li> <li>○ Menselijke aspect opnieuw geïntegreerd in de gezondheidszorg</li> </ul> <p><i>Patiënten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patiënten nemen hun gezondheid in eigen handen dankzij CHW's</li> <li>○ Mogelijk nadeel: blijvende nood aan ondersteuning door o.a. taalbarrière, beperkte kennis gezondheidszorgsysteem</li> </ul> <p><i>Ziekenhuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CHW's vormen de brug tussen de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg</li> </ul>

## 6. Discussie

Zoals wordt beoogd met het project zorgen CHW's voor een grotere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ze begeleiden de patiënten mee naar verschillende gezondheidszorginstellingen en ondersteunen hen bij het maken en opvolgen van afspraken. Dit resulteert in een efficiëntere zorg en een betere afstemming tussen de patiënt en de zorgverlener. Zo zou bijvoorbeeld de problematiek van de no-shows kunnen aangepakt worden door gebruik te maken van CHW's. Volgens Wang et al. (2015) komen no-shows in ziekenhuizen aanzienlijk veel voor en zeker bij de patiënten die sociaal kwetsbaar zijn. Het zorgt voor ergernissen bij de zorgverleners en bovendien is het nadelig voor de patiënten zelf. De zorg wordt namelijk uitgesteld en de ziekte kan zich verder ontwikkelen waardoor complicaties kunnen ontstaan. Door CHW's in te schakelen kunnen zij de patiënten begeleiden bij het maken en opvolgen van afspraken. Op die manier geraken de meest kwetsbare patiënten ook tot de gezondheidszorginstellingen die noodzakelijk zijn. De ongelijkheid in zorg kan zo voor een deel verkleind worden.

Verder kunnen we uit de resultaten ook afleiden dat de CHW's daadwerkelijk de brugfunctie van de eerste lijn naar de tweede lijn opnemen. Heel wat patiënten die deelnamen aan het project werden door een CHW begeleid naar het ziekenhuis. Waardoor het daar zowel voor de patiënt als de zorgverlener vlotter verliep. Dit doet de tevredenheid van beide partijen en de efficiëntie van de zorg toenemen.

Ook op andere vlakken in het ziekenhuis kan het CHW-project voordelen en mogelijkheden bieden. Zo zijn drukbezette spoeddiensten een vertrouwd beeld in vele Belgische ziekenhuizen (Gemmel, P. & De Raedt, L., 2009). De grote oorzaak hiervan zijn de onnodige bezoeken aan de spoeddiensten. Artsen kunnen hierdoor minder tijd spenderen per patiënt en gaan dit opvangen door het aanvragen van dure en vaak vermijdbare technische onderzoeken. Dit is niet alleen heel kostelijk, het is ook nadelig voor de sociaal zwakkere in de maatschappij. Uit het onderzoek van Lin et al. (2017) blijkt namelijk dat net zij meer kans hebben op gezondheidsproblemen en gezondheidszorgen vaker uit stellen. Dit zorgt ervoor dat zij de spoedafdeling frequenter gaan gebruiken. Omgekeerd kunnen kwetsbare patiënten gemakkelijk beroep doen op de duurdere domeinen van de gezondheidszorg (meestal de tweede lijn). Op die manier dreigen ze in een spiraal te geraken van minder efficiënte zorg, die

voor hen soms moeilijk betaalbaar wordt (De Wulf, 2019). Uit onderzoek van Lin et al. (2017) blijkt dat het gebruik van CHW's in deze situatie een veelbelovende aanpak is om bezoeken aan de spoedgevallen dienst en de bijkomende kosten dat hiermee gepaard gaan, te verminderen.

Daarnaast creëren de CHW's een groot vertrouwen bij de cliënten die ze begeleiden. De band die tussen deze partijen ontstaat is een grote troef van het project. Hierdoor kijken de patiënten ook weer op een positieve manier naar de gezondheidszorg, wat voor het CHW-project niet steeds het geval was. Ze hadden het gevoel dat de zorgverleners hen niet wouden verder helpen en dat ze door hun kwetsbare situatie en/of hun migratie achtergrond al een stap achter stonden op anderen. Een grote sterkte van het project is dat er nu naar hen wordt geluisterd en dat er tijd wordt vrij gemaakt om met hen de verschillende wegen van het zorgstelsel te doorlopen. Het gevoel van menselijkheid en empathie wordt door de CHW's terug in de zorg geïntegreerd. Iets wat is ons huidige gezondheidszorgsysteem te vaak ontbreekt door gebrek aan tijd en toenemende werkdruk en -last (Singh, King-Shier, & Sinclair, 2018).

Wat belangrijk is bij het integreren van deze informele en empathische aanpak is dat de CHW's op hun gemak zijn. Er is daarom ook vanuit het project bewust gekozen om de CHW's vrijheid te geven in de taken die ze opnemen en de manier waarop ze deze uitvoeren. De invulling van de taken zijn afhankelijk van de ervaring, culturele achtergrond en persoonlijke kenmerken van de verschillende vrijwilligers. Het is een kracht van het CHW-project dat niet alles vast ligt en dat iedereen hier op zijn eigen manier in kan groeien, wat nieuwe creatieve inzichten kan geven. Toch zorgt deze vrijheid ook voor onduidelijkheid omtrent het takenpakket. Het is niet altijd helder welke taken al dan niet binnen het project vallen.

Daarnaast zorgt het vrijwilligersstatuut en de informele invulling van het CHW-project dat er een duidelijk onderscheid is tot het officiële gezondheidszorgsysteem. Dit kan een gevoel van vertrouwen en veiligheid geven aan de patiënten. Aan de andere kant zorgt het vrijwilligersstatuut er ook voor dat de CHW's zich niet echt binden aan het project, waardoor er veel verloop is binnen het personeel. Om de continuïteit van het project te garanderen, moet er daarom ingezet worden op regelmatige trainingen, infosessies en personeelswerving.



## *6.1 Beperkingen van het onderzoek*

Het CHW-project is een primeur in België. Het was namelijk de eerste keer dat zo'n concept hier werd uitgewerkt. Doordat het zo nieuw is en bijgevolg alles nog moest uitgewerkt worden, kende het project een moeizame start. Bovendien was er weinig tijd om alles op punt te krijgen. In de ziekenhuizen verliep het project ook moeizaam. In de piloot fase was er slechts een ziekenhuis waar het CHW's project in beperkte zin gestart werd. Bovendien wordt de onbekendheid van het project eveneens aangehaald als een beperking.

Daarnaast werden voor dit onderzoek 13 mensen geïnterviewd. Hoewel dit eerder beperkt is, was het mogelijk om op basis van deze gegevens relevante bevindingen te bundelen. De resultaten vanuit deze studie zouden zeker gebruikt kunnen worden bij toekomstige projecten in gelijkaardige situaties. Het is een realist evaluation, dus de bevindingen en resultaten gelden voor deze specifieke context, waardoor deze conclusie niet sluitend is.

## *6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek*

De focus bij CHW lag tijdens het pilootproject op het overbruggen van de drempels naar de gezondheidszorginstellingen. Uit de resultaten kunnen we stellen dat dit in vele gevallen goed gelukt is. In de toekomst kan men die focus vergroten door nog meer in te zetten op de signalisatie en preventie. Er zou op die manier tijdens de begeleidingen ook meer aandacht besteed kunnen worden aan de gezondheidsbevordering van de patiënten, wat op lange termijn hun levensstijl ten goede komt.

Preventie wordt ook steeds belangrijker en zou perfect aansluiten bij het CHW-project. Uit onderzoek blijkt namelijk dat mensen met een lagere socio-economische status minder lang leven dan mensen hoger op de sociale ladder. De kwetsbare mensen van de samenleving zijn nu net de doelgroep van het CHW-project. Door meer in te zetten op preventie wordt er actief gewerkt aan het verminderen van gezondheidsverschillen tussen mensen. Iets waar het CHW-project ook naar toe wilt werken. Bijgevolg is er naast een goede toegankelijke zorg en hulpverlening ook een goede gezondheidsbevordering en preventie nodig (Vlaams instituut gezond leven ,z.d.).

In de opleiding van de CHW zou hier dan ook extra informatie en training over gegeven moeten worden. Zodat de CHW's goed voorbereid zijn om deze functie uit te voeren en zo de patiënten te begeleiden bij het bevorderen van hun gezondheidsgedrag. Waarmee men zeker rekening moet houden is dat men niet in het vaarwater komt van de professionele gezondheidsbevorderingsgidsen. Het zou niet de bedoeling zijn om de taak van deze professionals over te nemen.

Tot slot kan het vanuit het project ook interessant zijn om nog meer in te zetten op samenwerkingsverbanden met de verschillende zorgverleners. Zo is het belangrijk dat de vrijwilligers van het project en de zorgverleners een gedeelde visie creëren van wat goede geïntegreerde zorg is met focus op de noden van de patiënt. Multidisciplinaire teams kunnen hierbij opgesteld worden en systemen om patiënten informatie uit te wisselen kunnen verder verfijnd worden. Op die manier kunnen de middelen van de gezondheidszorg op een efficiënte manier worden ingezet en krijgt de patiënt op de meest efficiënte manier de zorgen toegediend (Baekelandt, 2020).

## **7. Conclusie**

Het integreren van CHW's in het Belgische gezondheidszorg landschap biedt vele mogelijkheden voor zowel patiënten als zorgverleners. De kwetsbare patiënten worden ondersteund op hun weg naar gezondheidszorginstellingen, waardoor de zorg efficiënter verloopt voor beide partijen. De CHW's vormen als het ware een brug tussen de eerste- en de tweedelijnszorg en brengen hierbij het menselijke en empathische aspect terug in de zorg. De belangrijkste mechanismen die leiden tot deze uitkomst zijn de vertrouwensband die gecreëerd wordt tussen de patiënt en de CHW en de informele rol die de CHW's kunnen opnemen. Deze informaliteit zorgde voor een zekere flexibiliteit en spontaniteit bij de invulling van de taken, maar zorgde langs de andere kant ook voor wat onduidelijkheid omtrent het takenpakket van de CHW. Dit project toont aan dat CHW's een belangrijke rol kunnen spelen bij het vergroten van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

## 8. Referenties

- Agentschap zorg en gezondheid. (z.d.). *Begroting Zorg en Gezondheid*. Geraadpleegd op 12 april 2019, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/begroting-zorg-en-gezondheid>
- Allen, C. G., Escoffery, C., Satsangi, A., & Brownstein, J. N. (2015). Strategies to Improve the Integration of Community Health Workers Into Health Care Teams: “A Little Fish in a Big Pond”. *Preventing Chronic Disease*, 12. <https://doi.org/10.5888/pcd12.150199>
- Asweto, C. O., Alzain, M. A., Andrea, S., Alexander, R., & Wang, W. (2016). Integration of community health workers into health systems in developing countries: Opportunities and challenges. *Family Medicine and Community Health*, 4(1), 37–45. <https://doi.org/10.15212/fmch.2016.0102>
- Baekelandt, W., (2020). *Financiering en organisatie van transmurale zorg, eerste en tweede lijn*. [Niet gepubliceerde cursus], Gent, Ugent, Campus UZgent
- Better evaluation. (z.d.). Realist Evaluation. Geraadpleegd op 11 april 2019, van [https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist\\_evaluation](https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation)
- Bressan, V., Bagnasco, A., Aleo, G., Timmins, F., Barisone, M., Bianchi, M., . . . Sasso, L. (2017). Mixed-methods research in nursing - a critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 2878–2890. <https://doi.org/10.1111/jocn.13631>
- CASP. (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research*. Geraadpleegd op 12 april 2019, van [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf)
- De Regge, M. & Verleye, K. (2019). *Kwalitatief onderzoek in de managementwetenschappen*. [niet gepubliceerde cursus] Gent, Universiteit Gent, campus heymans.
- De Wulf, J. (2019, 9 december). *Inzetten op kwetsbare doelgroepen loont*. Geraadpleegd op 1 mei 2020, van [https://zorgwijzermagazine.be/algemene\\_ziekenhuizen/inzetten-op-kwetsbare-doelgroepen-loont/](https://zorgwijzermagazine.be/algemene_ziekenhuizen/inzetten-op-kwetsbare-doelgroepen-loont/)

- Geldsetzer, P., De Neve, J., Boudreaux, C., Bärnighausen, T., & Bossert, T. J. (2017). Improving the performance of community health workers in Swaziland: findings from a qualitative study. *Human Resources for Health, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0236-x>
- Gemmel, P. & De Raedt, L. (2009). *Access blocking at Ghent University Hospital*. Vlerick Business School. <https://repository.vlerick.com/handle/20.500.12127/3083?show=full>
- George, M., Pant, S., Devasenapathy, N., Ghosh-Jerath, S., & Zodpey, S. (2017). Motivating and demotivating factors for community health workers: A qualitative study in urban slums of Delhi, India. *WHO South-East Asia Journal of Public Health, 6*(1), 82–89. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206170>
- Hartzler, A. L., Tuzzio, L., Hsu, C., & Wagner, E. H. (2018). Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *The Annals of Family Medicine, 16*(3), 240–245. <https://doi.org/10.1370/afm.2208>
- Hendrickx, J. (2017). “*We moeten dringend meer inzetten op preventie en het voorkomen van ziekten*”. Geraadpleegd op 12 april 2019, van <http://www.medischeinformatie.be/innovatie-in-de-zorg/we-moeten-dringend-meer-inzetten-op-preventie-en-het-voorkomen-van-ziekten>
- Islam, N., Shapiro, E., Wyatt, L., Riley, L., Zanowiak, J., Ursua, R., & Trinh-Shevrin, C. (2017). Evaluating community health workers' attributes, roles, and pathways of action in immigrant communities. *Preventive Medicine, 103*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.020>
- Javanparast, S., Windle, A., Freeman, T., & Baum, F. (2018). Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries? *International Journal of Health Policy and Management, 7*(10), 943–954. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.53>

- Lin, M. P., Blanchfield, B. B., Kakoza, R. M., Vaidya, V., Prince, C., Goldner, J. S., ... Schuur, J. D. (2017). ED-Based Care Coordination Reduces Costs for Frequent ED Users. *The American Journal of Managed Care*, 23(12). Geraadpleegd van <https://www.ajmc.com/journals/issue/2017/2017-vol23-n12/edbased-care-coordination-reduces-costs-for-frequent-ed-users?p=2>
- Long, H., Huang, W., Zheng, P., Li, J., Tao, S., Tang, S., & Abdullah, A. (2018). Barriers and Facilitators of Engaging Community Health Workers in Non-Communicable Disease (NCD) Prevention and Control in China: A Systematic Review (2006–2016). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2378. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112378>
- Naimoli, J. F., Perry, H. B., Townsend, J. W., Frymus, D. E., & McCaffery, J. A. (2015). Strategic partnering to improve community health worker programming and performance: features of a community-health system integrated approach. *Human Resources for Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0041-3>
- OCMW Gent. (z.d.). *Gent tegen armoede*. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://www.ocmwgent.be/assets/documents/Over%20OCMW%20Gent/Armoedebestrijding/Kinderarmoede/Armoedebeleidsplan%20-%20groeiactieplan%202018-2019.pdf>
- OCMW Gent. (z.d.). *Medische kaart mensen zonder wettig verblijf*. Geraadpleegd op 6 april 2020, van <https://www.ocmwgent.be/financile-en-juridische-hulp-Medische-kosten-Medische-kaart-illegalen.html>
- Ozano, K., Simkhada, P., Thann, K., & Khatri, R. (2018). Improving local health through community health workers in Cambodia: challenges and solutions. *Human Resources for Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0262-8>
- Palos, G. R., & Hare, M. (2011). Patients, family caregivers, and patient navigators. *Cancer*, 117(S15), 3590–3600. <https://doi.org/10.1002/cncr.26263>

- Perales, J., Reininger, B. M., Lee, M., & Linder, S. H. (2018). Participants' perceptions of interactions with community health workers who promote behavior change: a qualitative characterization from participants with normal, depressive and anxious mood states. *International Journal for Equity in Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0729-9>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Resource Manual for Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10e ed.). Deventer, Nederland: Wolters Kluwer.
- Ramos, I. N., Ramos, K. N., & Ramos, K. S. (2019). Driving the precision medicine highway: community health workers and patient navigators. *Journal of Translational Medicine*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12967-019-1826-2>
- Salter, K. L., & Kothari, A. (2014). Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation Science*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0115-y>
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>
- Shommu, N. S., Ahmed, S., Rumana, N., Barron, G. R. S., McBrien, K. A., & Turin, T. C. (2016). What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0298-8>
- Singh, P., King-Shier, K., & Sinclair, S. (2018). The colours and contours of compassion: A systematic review of the perspectives of compassion among ethnically diverse patients and healthcare providers. *PLOS ONE*, 13(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197261>
- Skizim, M., Harris, N., Leonardi, C., & Scribner, R. (2017). Academic-Community Partnership Development to Enhance Program Outcomes in Underserved Communities: A Case Study. *Ethnicity & Disease*, 27(Suppl 1), 321–328. <https://doi.org/10.18865/ed.27.s1.321>

- Stad Gent. (2019). *CHW's (Community Health Workers)*. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van <https://stad.gent/samenleven-welzijn-gezondheid/gezondheid/gezondheidsprojecten-van-stad-gent/CHW's-community-health-workers>
- Torres, S., Labonté, R., L Spitzer, D., Andrew, C., & Amaratunga, C. (2014). Improving Health Equity: The Promising Role of Community Health Workers in Canada. *Health Policy*, 10(1), 73–85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253897/>
- Ugent. (z.d.). *PICO*. Geraadpleegd op 20 maart 2020, van <https://users.ugent.be/~tnpoelmn/PICO.html>
- UZ Gent. (2019). *Commissie voor medische ethiek*. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://www.uzgent.be/nl/overuz/commissie-voor-medische-ethiek/Paginas/index.aspx>
- Van Damme, S. (2019). *18 mensen moeten meeste kwetsbaren naar juiste zorg toeleiden*. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://www.hln.be/in-de-buurt/gent/18-mensen-moeten-meeste-kwetsbaren-naar-juiste-zorg-toeleiden~a8912669/>
- Vandijck, D., (2020). *Patiëntenbeleid*. [Niet gepubliceerde cursus], Gent, Ugent, Campus UZgent
- van Driessche, C. (2019, 25 februari). Makkelijk toegankelijk maar we moeten patiënten beter informeren: Belgische gezondheidszorg in top 5 van Europa. *vtrnws.be*. Geraadpleegd van <https://www.vrt.be>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (z.d.). *Waarom werken aan gezondheidsbevordering in zorg- en welzijnsvoorzieningen*. Geraadpleegd op 5 mei 2020, van <https://www.gezondleven.be/settings/zorg-en-welzijn/waarom-werken-aan-gezondheidsbevordering>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (z.d.). *Wat is gezondheidsongelijkheid?* Geraadpleegd op 11 april 19, van <https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/wat-is-gezondheidsongelijkheid>

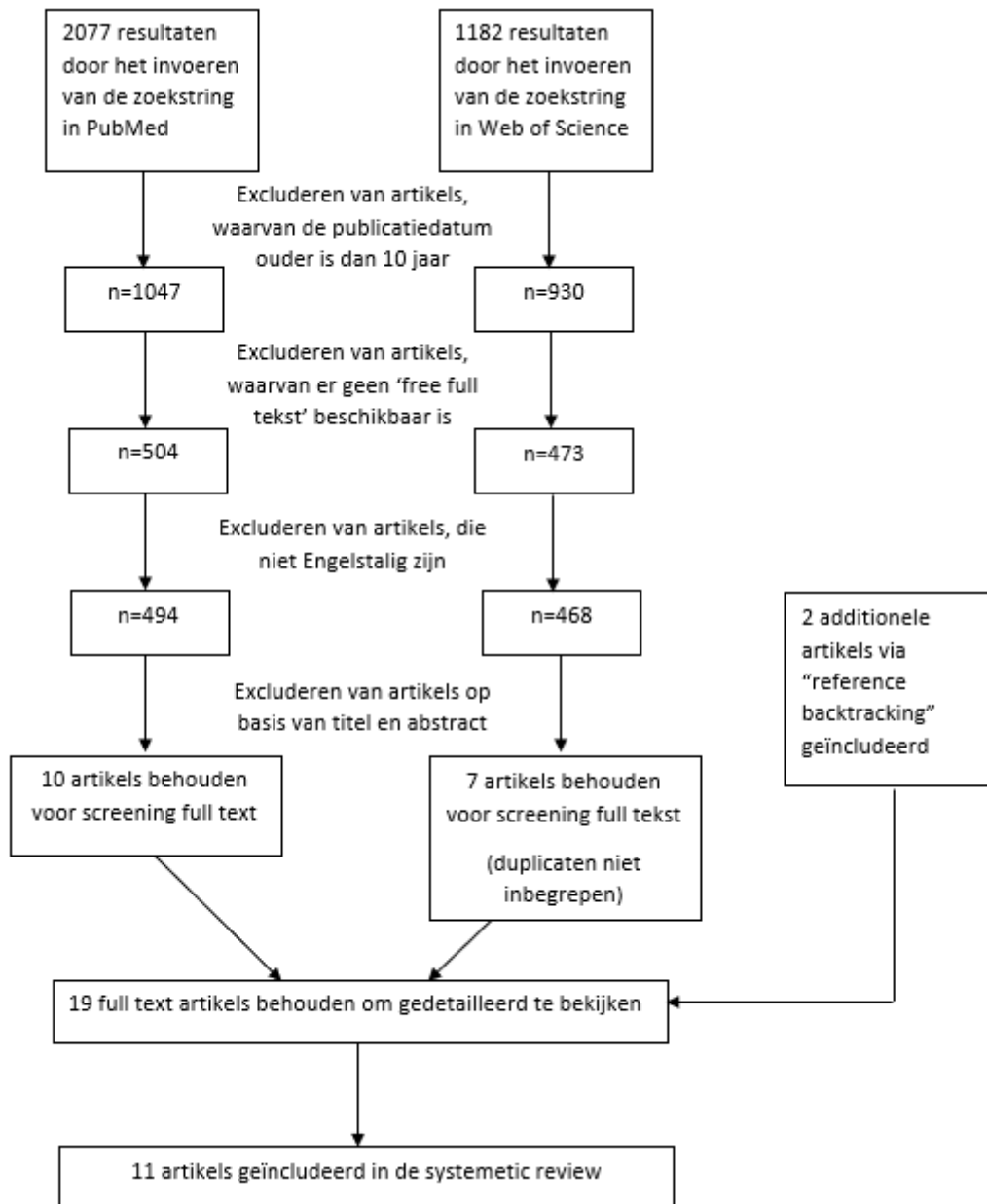
Wang, M. L., Gallivan, L., Lemon, S. C., Borg, A., Ramirez, J., Figueroa, B., ... Rosal, M. C. (2015). Navigating to health: Evaluation of a community health center patient navigation program. *Preventive Medicine Reports*, 2, 664–668. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.08.002>

WHO. (2007). *Community health workers: What do we know about them?*  
Geraadpleegd op 18 maart 2019, van  
[https://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf)



## 9. Bijlagen

### 9.1 Studietoetsselectie



## 9.2 Zoekstring en zoekacties

PubMed: (((((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR "Minority Groups"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Ethnic Groups"[Mesh])) AND (((((((("Patient Navigation"[Mesh]) OR "Community Health Workers"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh]) OR "Health Educators"[Mesh])) OR "patient facilitator") OR CHW) OR "community navigators")) AND (((((improvement) OR improving) OR (motivating and demotivating factors)) OR (barriers and facilitators)) OR strengthened) OR evaluation)

Web of Science: ALL= ((Emigrants and Immigrants OR "Minority Groups" OR Vulnerable Populations OR "Ethnic Groups" OR ethnicity) AND (Patient Navigation OR "Community Health Workers" OR Community Health Services OR Health Educators OR patient facilitator OR CHW OR community navigators) AND ("improvement" OR "improving" OR "motivating and demotivating factors" OR "barriers and facilitators" OR "strengthened" OR "evaluation"))

### 9.2.1 Pubmed

## 9.2.2 Web Of Science

Set	Results	Save History / Create Alert	Open Saved History	Edit Sets	Combine Sets <input type="radio"/> AND <input type="radio"/> OR Combine	Delete Sets Select All X Delete
# 4	1,182 #3 AND #2 AND #1 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>			Edit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 3	3,539,688 ALL=("improvement" OR "improving" OR "motivating and demotivating factors" OR "barriers and facilitators" OR "strengthened" OR "evaluation") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>			Edit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 2	128,317 ALL=(Patient Navigation OR "Community Health Workers" OR Community Health Services OR Health Educators OR patient facilitator OR CHW OR community navigators) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>			Edit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 1	151,856 ALL=(Emigrants and Immigrants OR "Minority Groups" OR Vulnerable Populations OR "Ethnic Groups" OR ethnicity) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>			Edit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="radio"/> AND <input type="radio"/> OR Combine	Select All X Delete

**Results: 468**

*(from Web of Science Core Collection)*

**You searched for: #3 AND #2 AND #1**

**Refined by: PUBLICATION YEARS: ( 2019 OR 2011 OR 2018 OR 2010 OR 2017 OR 2009 OR 2016 OR 2015 OR 2014 OR 2013 OR 2012 ) AND Open Access: ( OPEN ACCESS ) AND LANGUAGES: ( ENGLISH ) Timespan: All years. Indexes: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.**

[...Less](#)

### 9.3 Ethisch comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg  
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping  
Prof. dr. Sara WILLEMS  
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE  
ETHIEK

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

<b>CONTACT</b> Secretariaat	<b>TELEFOON</b> +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	<b>FAX</b> +32 (0)9 332 49 62	<b>E-MAIL</b> ethisch.comite@ugent.be
<b>UW KENMERK</b>	<b>ONS KENMERK</b> 2019/1068	<b>DATUM</b> 13-aug-19	<b>KOPIE</b> Zie "CC"

#### BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:  
Evaluatie van het pilootproject 'Community Health Workers als brugfiguur ter verhoging van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg' - Scriptie: Annelies Vandeput

Belgisch Registratienummer: B670201940900

Fase (Phase): NVT/NA

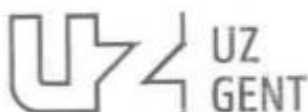
- \* Adviesaanvraagformulier dd. 20/04/2019  
(Volledig ontvangen dd 17/07/2019)
- \* Begleitende brief dd. 05/07/2019
- \* Informatie- en waarschuwingsnota over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dd. 16/07/2019  
Annelies Vandeput
- \* Antwoord onderzoekers  
dd 11/08/2019 (Ontvangen dd 12/08/2019) op opmerkingen EC dd 05/06/2019
- \* (patiënten)- informatie en toestemmingsformulier dd. 11/08/2019  
(Versie 2)

Advies werd gevraagd door:  
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.  
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 13/08/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR  
12/08/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.  
Voorafgaar het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinica (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.  
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/08/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/08/2020, THIS  
ADVICE  
WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.  
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinica (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 20/08/2019  
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/08/2019



Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent  
www.uzgent.be

<b>CONTACT</b> Secretariaat	<b>TELEFOON</b> +32 (0)9 332 96 13 +32 (0)9 332 59 25	<b>FAX</b> +32 (0)9 332 49 62	<b>E-MAIL</b> ethisch.comite@ugent.be
<b>UW KENMERK</b>	<b>ONS KENMERK</b> 2019/1068	<b>DATUM</b> 13-aug-19	<b>KOPIE</b> Zie "CC"

Vervolg biz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2019/1068

- <sup>1</sup> Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
- <sup>2</sup> Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.
- <sup>3</sup> In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten insage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.
- <sup>4</sup> Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.
- <sup>5</sup> Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.
- <sup>6</sup> Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)
- <sup>7</sup> The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.
- <sup>8</sup> The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
- <sup>9</sup> In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
- <sup>10</sup> The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
- <sup>11</sup> None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
- <sup>12</sup> All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS  
Voorzitter / Chairman

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



Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent  
www.uzgent.be

### **Informatiebrief voor de deelnemers**

**Titel van de studie: Evaluatie van het pilootproject 'Community Health Workers als brugfiguur ter verhoging van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg'**

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

#### **1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE**

U zal contact hebben gehad met een Community Health Worker of binnenkort in contact komen met een Community Health Worker. De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg voert een onderzoek uit naar de werking en de effectiviteit van het pilootproject 'Community Health Workers' als brugfiguur ter verhoging van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd in kader van een master scriptie onder supervisie van Prof. Dr. Peter Decat.

#### **2. TOESTEMMING EN WEIGERING**

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

### 3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes van de werking van het project 'Community Health Workers'.

### 4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

### 5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen. Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof. S. Willems. Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: DPO UGent, [privacy@ugent.be](mailto:privacy@ugent.be).

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

## 6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 Allianz Global Corporate & Specialty (Uitbreidingstraat 86, 2800 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000882).



<b>TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS</b>
-------------------------------------------------

**Aankruisen door de deelnemer indien akkoord**

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

**\*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	