

# **EVALUATIE VAN HET 'COMMUNITY HEALTH WORKERS'- PILOOTPROJECT**

**OP WEG NAAR EEN TOEGANKELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Aantal woorden: 18 370

**Katrijn Declercq en Yaël Slaghmuylder**

Stamnummer: 01409012 en 01403491

Promotoren: Prof. dr. Sara Willems, dr. Peter Decat

Masterthesis voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2019 - 2020



## Abstract (Nederlands)

**Doelstelling:** Om in te spelen op de hardnekkige discrepantie in het gebruik van de gezondheidszorg in België, werd in het kader van het Gentse Armoedebeleid een 'community health workers'-pilotproject opgestart te Gent. Deze masterthesis onderzoekt waarom en hoe het werk van 'community health workers' (CHW's) zinvol is.

**Methodologie:** Vanuit de 'realist impact evaluation'-methode wordt een CMO-hypothese opgesteld. Zo worden mogelijke contextfactoren en mechanismen onderzocht die de werking en de outcome van het project kunnen beïnvloeden. Enerzijds beoogt een beperkte kwantitatieve analyse een beeld van de bereikte doelgroep te schetsen. Anderzijds biedt een uitgebreide kwalitatieve analyse een verdiepend inzicht in de vooropgestelde hypothese en onderzoeksvraag. De kwalitatieve data werden gecollecteerd aan de hand van individuele semi-gestructureerde diepte-interviews met verscheidene betrokken actoren van het Gentse CHW-pilotproject.

**Resultaten:** Het onderzochte CHW-project leidt tot het verhogen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het ondersteunen van kwetsbare groepen binnen de maatschappij, het signaleren van problemen en (in mindere mate) het inzetten op preventie en promotie. Deze doelstellingen worden bereikt door contextuele factoren (namelijk de eigenschappen van CHW's en van patiënten, het Belgische gezondheidszorgsysteem en het engagement van de partnerorganisaties) die interageren met bepaalde mechanismen (zoals de taken en het traject van CHW's, de communicatie met partnerorganisaties, de ervaringen van patiënten en de omkadering).

**Conclusie:** Dit onderzoek wijst op het maatschappelijk belang van de implementatie van CHW-projecten elders in België. CHW's kunnen namelijk ingezet worden ter bestrijding van de heersende ongelijkheid binnen ons gezondheidszorgsysteem.

Aantal woorden masterproef: 18 370

## Abstract (English)

**Objective:** To address the persistent discrepancy in access to the Belgian healthcare system, a 'community health workers' pilot project was introduced in the context of the Ghentian poverty policy. This master thesis offers a closer examination of why and how the work of 'community health workers' (CHWs) is meaningful.

**Method:** Using the 'realist impact evaluation' method a CMO-hypothesis was drafted. Thus, potential context factors and mechanisms, which effect the operation and the outcome of the project, were examined. On the one hand, a limited quantitative analysis aims at gaining an understanding of the target group reached. On the other hand, an extensive qualitative analysis offers an in-depth insight into the proposed hypothesis and research question. The qualitative data were collected by conducting individual semi-structured in-depth interviews with various actors involved in the Ghentian CHW pilot project.

**Results:** The CHW project examined ensures an increased accessibility of the health care system, a better support of vulnerable groups within the society, the detection of problems and (to a lesser extent) a broader focus on prevention and promotion. These objectives are achieved by the interactions between contextual factors (i.e. the characteristics of CHWs and of patients, the Belgian health care system and the commitment of the partner organizations) and certain mechanisms (such as the tasks and trajectory of CHWs, the communication with partner organizations, the experiences of patients and the framework).

**Conclusion:** This research indicates the social importance of the implementation of CHW projects elsewhere in Belgium. CHWs can be used in the fight against the prevailing inequality within our healthcare system.

Words counted: 18 370

## Inhoudsopgave

Abstract (Nederlands) .....	3
Abstract (English) .....	4
Inhoudsopgave.....	5
Voorwoord.....	7
1. Inleiding.....	8
2. Literatuurstudie .....	10
2.1. Definitie .....	10
2.2. Achtergrond.....	11
2.3. Implementatie CHW's.....	12
2.3.1. Taken .....	12
2.3.2. Facilitators .....	16
2.3.3. Barrières.....	20
2.4. Structurele meerwaarde CHW's .....	21
2.4.1. Toegankelijkheid.....	21
2.4.2. Continuïteit .....	22
2.4.3. Kosteneffectiviteit .....	22
2.5. Probleem- en vraagstelling .....	22
2.5.1. Samenvatting literatuurstudie .....	22
2.5.2. CHW-pilootproject Gent.....	24
2.5.3. CMO-hypothese .....	26
3. Methodologie.....	28
3.1. Steekproef .....	28
3.2. Datacollectie.....	29
3.2.1. Kwantitatieve collectie .....	30
3.2.2. Kwalitatieve collectie .....	30
3.3. Data-analyse .....	31
3.3.1. Kwantitatieve analyse .....	31
3.3.2. Kwalitatieve analyse .....	32
4. Resultaten .....	34
4.1. Kwantitatieve resultaten .....	34
4.1.1. Resultaten descriptieve statistiek.....	34
4.1.2. Resultaten inferentiële statistiek .....	40

4.2. Kwalitatieve resultaten.....	42
4.2.1. Algemeen CMO-kader.....	42
4.2.2. Belangrijkste CMO-koppelingen .....	46
5. Discussie.....	64
5.1. Werking Gents pilootproject.....	64
5.2. Gelijkenissen literatuur .....	65
5.3. Tegenstrijdigheden literatuur en resultaten.....	68
5.4. Beperkingen onderzoek.....	71
6. Conclusie .....	72
Literatuurlijst.....	74
Appendix .....	78
Bijlage 1: Steekproefmatrix.....	78
Bijlage 2: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek .....	79
Bijlage 3: Informed Consent .....	83
Informatiebrief voor de deelnemers .....	83
Toestemmingsformulier voor de deelnemers.....	86
Bijlage 4: Richtvragen interviews.....	87
Interviewvragen coördinator .....	87
Interviewvragen partnerorganisatie .....	88
Interviewvragen CHW .....	89
Interviewvragen patiënt .....	90
Bijlage 5: Kruistabellen inferentiële statistiek.....	91
Kruistabellen: significante verbanden .....	91
Kruistabellen: niet-significante verbanden .....	95
Bijlage 6: CMO-koppelingen.....	96
Lijst van tabellen .....	124
Lijst van figuren .....	124

## Voorwoord

Voor het behalen van de graad master in 'Management en Beleid van de Gezondheidszorg' leggen wij de masterthesis 'Evaluatie van het Community Health Workers pilootproject: op weg naar een toegankelijke gezondheidszorg' voor. Vanuit onze individuele vooropleidingen hadden we reeds interesse ontwikkeld in het opvolgen van kwetsbare groepen binnen onze maatschappij. Door het bijwonen van een stuurgroep omtrent het pilootproject werd onze interesse nogmaals geprikkeld voor dit onderwerp. Zodoende werd, in samenspraak met onze promotoren, gekozen voor dit onderzoek.

Bijzondere dank gaat dan ook uit naar onze promotoren Prof. dr. Sara Willems en dr. Peter Decat voor hun deskundig advies en enthousiaste begeleiding bij het tot stand brengen van deze masterthesis.

Verder willen wij ook alle respondenten en betrokken actoren van het pilootproject bedanken voor hun tijd en belangstelling in dit onderzoek. Specifiek willen wij onze dank betuigen aan Lieve Vanoverschelde en Leen Van Zele voor hun waardevolle feedback.

Tot slot willen wij ook elkaar bedanken voor de vlotte en leerrijke samenwerking.

Katrijn Declercq en Yaël Slaghmuylder  
Gent, mei 2020

## 1. Inleiding

Met deze masterthesis wordt gepoogd een verdiepend inzicht te bieden op het fenomeen van 'community health workers' (CHW's). De aanwezigheid van CHW's wordt steeds prominenter binnen de gezondheidszorg (Ajuebor, Cometto, Boniol & Akl, 2019; Naimoli, Perry, Townsend, Frymus & McCaffery, 2015). Ze spelen namelijk een belangrijke rol in het dichten van de toegangskloof binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (Allen, Escoffery, Satsangi & Brownstein, 2015). Meer concreet fungeren CHW's als brugfiguur tussen de kwetsbare groepen in de samenleving en het gezondheidszorgsysteem.

De specifieke invulling van hun taken varieert naargelang het gezondheidszorgsysteem, de lokale noden en de financiële mogelijkheden van een land (Long et al., 2018). Ondanks deze internationale verschillen wordt het algemeen belang van CHW's toch benadrukt door verschillende organisaties (Ajuebor et al., 2019). Ook de interesse van onderzoekers werd reeds geprikkeld door dit onderwerp. Zo tonen verscheidene studies aan dat het inzetten van CHW's voordelen oplevert op zowel patiënt-, als structureel niveau. Volgende sterktes worden bijvoorbeeld aangehaald; de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen, de continuïteit van zorg vrijwaren en de kosteneffectiviteit bevorderen (Allen et al., 2015; Islam et al., 2017; Javanparast, Windle, Freeman & Baum, 2018; Long et al., 2018; Palos & Hare, 2011; Perales, Reininger, Lee & Linder, 2018; Torres, Labonté, Spitzer, Andrew & Amaratunga, 2014). Om de sterktes van deze CHW-programma's te kunnen ondersteunen, werden bovendien reeds verscheidene richtlijnen omtrent de opbouw opgesteld en onderzocht. Er kan namelijk ingespeeld worden op persoonlijke, structurele en financiële incentives ter facilitatie van de implementatie. (Geldsetzer, De Neve, Boudreaux, Bärnighausen & Bossert, 2016; George, Pant, Devasenapathy, Ghosh-Jerath & Zodpey, 2017; World Health Organization, 2018).



Toch is de bestaande literatuur omtrent een evidence-based implementatie van CHW's in de gezondheidszorg schaars. Naast de facilitators moet er zodoende rekening worden gehouden met mogelijke barrières, zoals dit gebrek aan eenduidige evidentie. Dit vormt immers een belemmering bij de aanvaarding van CHW's en de integratie van een CHW-project in het huidige gezondheidszorgsysteem (Gibbons & Tyus, 2007; Javanparast et al., 2018).

Met huidig onderzoek wordt bijgevolg een poging gedaan om aan het gebrek aan eenduidige evidentie deels tegemoet te komen. De toegenomen internationale interesse in dit onderwerp bereikt ook de hoge inkomenslanden (Javanparast et al., 2018). Ook in België werd wegens de hardnekkige ongelijkheid in het gebruik van de gezondheidszorg en in het kader van het Gentse Armoedebeleid een CHW-pilootproject opgestart door een samenwerking tussen Stad Gent en OCMW Gent. Het initiële pilootproject loopt van februari 2019 tot en met december 2019, met een uitbreiding van de projectfase van januari 2020 tot en met augustus 2021 (Stad Gent, z.d.). Binnen huidige masterthesis wordt bijgedragen aan de inzichten omtrent een evidence-based implementatie door onderzoek te voeren naar de werking van dit specifieke CHW-pilootproject te Gent. Aan de hand van de 'realist impact evaluation' (RIE)-methode wordt een antwoord gevormd op de onderzoeksvraag: "Waarom en op welke manier is het werk van de CHW's zinvol?". Meer specifiek wordt onderzoek gevoerd naar de mogelijke contextfactoren en de mechanismen die de werking en de outcome van het Gentse pilootproject beïnvloeden (Westhorp, 2014).

Eerst volgt een literatuuroverzicht met daarin de bestaande inzichten over de implementatie en de structurele meerwaarde van CHW-programma's. Dit overzicht mondt uit in de voorstelling van de definitieve onderzoeksvraag. Daarna wordt de methodologie voorgesteld met vervolgens de uitwerking van de resultaten. Deze paper eindigt met een discussie en een conclusie, waarin overigens ook wordt gereflecteerd over de hiaten van het onderzoek. Tot slot worden suggesties voor toekomstig onderzoek aangereikt.

Deze masterthesis is tot stand gekomen op basis van een synergie tussen twee onderzoekers. Zowel de literatuurstudie, de datacollectie en -analyse, als het uitschrijven van de resultaten werden uitgevoerd door beide onderzoekers. Er was met andere woorden geen specifieke taakverdeling voorhanden. Zo konden verscheidene inzichten geïntegreerd worden tot een genuanceerde en brede uiteenzetting van het bestudeerde onderwerp.

## 2. Literatuurstudie

### 2.1. Definitie

De World Health Organisation (WHO) wil meer inzetten op de derde Sustainable Development Goal inzake gezondheid, namelijk “gezonde levens verzekeren en welzijn promoten voor iedereen en op alle leeftijden”. Dit doel beoogt de WHO te behalen aan de hand van het initiatief ‘Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030’. Het bereiken van deze doelstelling kan ondersteund worden door de implementatie van ‘community health workers’-programma’s (Ajuebor et al., 2019). De ‘International Labour Organization’ (ILO) definieert CHW’s als volgt:

*“Community health workers provide health education and referrals for a wide range of services, and provide support and assistance to communities, families and individuals with preventive health measures and gaining access to appropriate curative health and social services. They create a bridge between providers of health, social and community services and communities that may have difficulty in accessing these services.”* (World Health Organization, 2018, p.22).

Er is geen universele titel voor de functie van CHW’s voorhanden. De gebruikte terminologie hangt af van de toegewezen taken geassocieerd met lokale culturen en gezondheidssystemen (Long et al., 2018).

## 2.2. Achtergrond

CHW's werden voor het eerst geïntroduceerd in de jaren 70 met als oorspronkelijke doelstelling het verbeteren van de gezondheid van moeders en kinderen (Javanparast et al., 2018). Daarnaast werden ze ingezet bij het terugdringen van algemene infectieziekten, voornamelijk in lage inkomenslanden met een schaars aantal gezondheidswerkers en een beperkte toegang tot basisgezondheidsdiensten (Geldsetzer et al., 2017; Myers et al., 2019; Tseng et al., 2019).

In 1978 werden CHW's door de WHO aanzien als één van de hoekstenen van de eerstelijnsgezondheidszorg omwille van hun bijdrage tot het voorzien van basisgezondheidsdiensten. Daarnaast worden belangrijke principes van gemeenschaps- en eerstelijnsgezondheidszorg ondersteund door CHW's; namelijk billijkheid, maatschappelijke betrokkenheid, inspelen op lokale gezondheidsnoden en intersectorale samenwerking (Javanparast et al., 2018). De 'Health for All'-principes, overeengekomen in de Alma-Ata verklaring, hebben gezorgd voor een wereldwijde vastberadenheid om de bredere sociale, economische, politieke en omgevingsdeterminanten van gezondheid aan te pakken. Deze aanpak wordt verzekerd door een participatieve eerstelijnsgezondheidszorg die gebaseerd is op de gemeenschap (Ozano, Simkhada, Thann & Khatri, 2018). Binnen lage inkomenslanden variëren de taken van CHW's van land tot land. In het algemeen omvatten ze het beheer van ongecompliceerde kinderziekten, het advies omtrent de zorg voor moeders en pasgeborenen en de preventie en de behandeling van (niet-) overdraagbare ziektes; zoals malaria, tuberculose en HIV/AIDS (Naimoli et al., 2015).

De rol van CHW's werd in 2008 versterkt door de introductie van het concept 'task shifting approach' door de WHO (Javanparast et al., 2018). Dit concept wijst op het verschuiven van bepaalde gezondheidszorgtaken van artsen naar minder gespecialiseerde gezondheidswerkers. Deze verschuiving werd geïntroduceerd om het tekort aan arbeidskrachten binnen de gezondheidszorg aan te pakken. Bovendien kan het verruimen van taken uitgevoerd door lokale en gemeenschapswerkers, de toegang tot de gezondheidszorg verbeteren, kosten besparen en tegemoetkomen aan lokale noden (Geldsetzer et al., 2017).

Zoals reeds vermeld neemt het belang van succesvolle CHW-programma's toe in het licht van de 'Sustainable Development Goals' en bij het streven naar een universele gezondheidsdekking. Grootschalige, nationale CHW-programma's in lage en middeninkomenslanden hebben het potentieel om het bereik van gezondheidszorgsystemen te vergroten voor kwetsbare en achtergelegen bevolkingsgroepen. Op deze manier kan de toegang tot gezondheidsdiensten worden verbeterd tot een scenario van gelijkheid tegen 2030 (Ajuebor et al., 2019; Naimoli et al., 2015). Ondanks de beter ontwikkelde gezondheidssystemen heeft het gebruik van CHW's meer recent ook de aandacht getrokken van hoge inkomenslanden. In bepaalde landen zijn er namelijk nog grote ongelijkheden tussen verschillende bevolkingsgroepen wat betreft de toegankelijkheid en de uitkomsten van de gezondheidszorg. De groeiende interesse in CHW's in hoge inkomenslanden wordt bovendien gedreven door bezorgdheden rond het tekort aan gezondheidswerkers. Daarnaast zorgt de escalerende last van chronische en complexe ziektes voor een significante toename van enerzijds de vraag naar gezondheidsdiensten en anderzijds de kosten (Javanparast et al., 2018).

## 2.3. Implementatie CHW's

### 2.3.1. Taken

#### 2.3.1.1. Algemeen takenpakket

Een CHW kan een brede waaier aan gezondheidsgerelateerde taken uitoefenen. Zo spelen CHW's een belangrijke rol in het verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg (Allen et al., 2015). Hartzler en collega's (2018) clusteren de taken die uitgeoefend worden door CHW's in drie grote opdrachten: medische dienstverlening, verbinding leggen met gemeenschapsmiddelen en gezondheidseducatie of coaching. Onder medische dienstverlening vallen volgende taken; gezondheidsonderzoeken verrichten zoals controle van vitale functies, een gezonde levensstijl promoten, kennis over de gezondheidszorg bijbrengen en taken omtrent psychosociale factoren uitvoeren. Bij de tweede opdracht verbinden CHW's patiënten/cliënten<sup>1</sup> met gemeenschapsdiensten, zoals doorverwijzingen omtrent voeding of transport. Sociale ondersteuning en follow-up telefoontjes worden hierbij

---

<sup>1</sup> De groep die wordt geholpen door CHW's wordt bestempeld als 'patiënten/cliënten'. Om deze masterthesis echter vlot leesbaar te maken, wordt verder enkel naar 'patiënten' verwezen.

vaak toegepast. Bij de derde opdracht als coach stelt de CHW samen met de patiënt een actieplan op en biedt deze administratieve ondersteuning aan. Zo kan de patiënt zelf gezondheidsdoelen bereiken, zoals het systematisch screenen bij kanker of het organiseren van de eigen zorg bij een chronische aandoening (Hartzler, Tuzzio, Hsu & Wagner, 2018). Vervolgens worden de belangrijkste taken van CHW's verder toegelicht.

#### *2.3.1.1.1. Brugfiguur*

CHW-programma's spelen een belangrijke rol in de integratie van gezondheids- en sociale diensten (Allen et al., 2015). CHW's dienen als brug tussen de gemeenschap en het gezondheidszorgsysteem dankzij hun vertrouwen, hun verbinding met de gemeenschap en hun begrip in beide kanten van het gezondheidszorgsysteem (Allen et al., 2015; Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018). Deze functie als brugfiguur kan leiden tot een verhoogde toegang tot informatie en diensten, wat resulteert in positieve gezondheidsuitkomsten (Javanparast et al., 2018).

#### *2.3.1.1.2. Vertrouwensrelatie*

CHW's zijn personen die een vertrouwensband opbouwen met individuen en de gemeenschap. Deze gemeenschappelijke eigenschap van CHW's blijkt een belangrijk aspect te zijn bij verscheidene opdrachten (Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018). Dankzij deze vertrouwensband worden CHW's namelijk beschouwd als niet-oordelend. Patiënten voelen zich bijgevolg op hun gemak en zullen sneller informatie delen met de CHW (Islam et al., 2017). Dit wordt nog versterkt doordat CHW's zich empathisch opstellen. Zij kunnen vaak putten uit eigen negatieve ervaringen met de gezondheidszorg door een beperkte kennis van het gezondheidszorgsysteem (George et al., 2017). Het bieden van deze sociale ondersteuning en het vormen van sociale netwerken bevorderen de interpersoonlijke relaties en zo ook de gezondheidsuitkomsten van de patiënten (Palos & Hare, 2011). Bijkomend is het vertrouwen in zorgverleners vooral belangrijk bij de gezondheid van kwetsbare bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld bij immigranten (Islam et al., 2017; Palos & Hare, 2011).

#### *2.3.1.1.3. Taalbarrière wegwerken*

Communicatie en taal worden geïdentificeerd als belangrijke factoren in het opbouwen van een vertrouwensband tussen CHW's en de gemeenschap. CHW's en patiënten delen vaak dezelfde etnisch-gerelateerde karakteristieken; zoals taal, cultuur en geboorteland (Burns, Galbraith, Ross-Degnan & Balaban, 2014; Islam et al., 2017; Palos & Hare, 2011). CHW's zijn bijgevolg in staat om te communiceren in talen anders dan de officiële talen van het land. Bovendien kunnen ze zich aanpassen aan het specifieke jargon van een bepaalde gemeenschap en aan het niveau van geletterdheid (Islam et al., 2017). Hierbij aansluitend wordt de CHW gezien als iemand die aan de kant van de gemeenschap staat en die hun belangen kan behartigen (Javanparast et al., 2018).

#### *2.3.1.1.4. Patient empowerment*

CHW's hebben zowel een directe, als indirecte invloed op 'patient empowerment'. CHW's hebben een directe invloed door het verhogen van de 'self-efficacy' van patiënten en het aanbieden van kennis en strategieën (bijvoorbeeld omtrent gezondheidspromotie). CHW's zijn in staat om assistentie te verlenen bij gezondheidsproblemen, maar kunnen bovendien ingezet worden bij niet-gezondheidsproblemen. Zo kunnen ze ook ingezet worden voor taken zoals emotionele ondersteuning aanbieden, connecties met de gemeenschap leren leggen en verwijzingen voor niet-gezondheidsgerelateerde problemen faciliteren (bijvoorbeeld behuizing of transport). CHW's spelen daarbij ook een complementaire rol voor zorgverleners. Ze promoten namelijk een verhoogd gebruik van artsen en moedigen patiënten aan om een dialoog op gang te brengen met hun zorgverleners (Islam et al., 2017).

#### *2.3.1.1.5. Promotie en preventie*

CHW's zijn vaak betrokken bij interventies met betrekking tot het promoten van een gezondere levensstijl bij kwetsbare bevolkingsgroepen (Perales et al., 2018). Zo leidt het aanmoedigen van een gezonder voedingspatroon door CHW's tot een reductie in vetinname en tot een daling van het aantal patiënten met een te hoge bloeddruk. CHW's kunnen ook een rol spelen bij preventie door onder andere meer in te zetten op screening bij kanker (Gibbons & Tyus, 2007). CHW's staan in sommige landen bovendien centraal in het aanpakken van mentale gezondheidsproblemen; zoals depressie, angst en alcoholmisbruik (Myers et al., 2019). De studie van Islam en collega's (2017) toont een model met vier belangrijke elementen omtrent de werkwijze waarop CHW's gedragsverandering faciliteren en gezondheidsuitkomsten verbeteren: 1) patiënten begeleiden bij gezonde gedragingen; 2) gebruik maken van de culturele congruentie tussen CHW's en patiënten; 3) sociale ondersteuning aanbieden en 4) gebruik maken van interpersoonlijke communicatietechnieken om een vertrouwensband op te bouwen (Islam et al., 2017). Bijkomend ervaren patiënten het advies, de begeleiding en de steun van CHW's als een vorm van 'counseling' of psychosociale begeleiding. Patiënten beschouwen CHW's dus als een professionele functie, waardoor het 'generatie-effect' optreedt. De patiënt zal namelijk de verkregen informatie (over het gewenste gedrag) delen met anderen uit de gemeenschap (Perales et al., 2018). CHW's merken ook zelf deze gedragsveranderingen op en benadrukken bijgevolg de nood aan counseling. Deze veranderingen variëren wel van patiënt tot patiënt. Bij sommige patiënten zullen pas na meerdere begeleidingen positieve veranderingen geobserveerd worden. Counseling als extra taak opnemen kan echter wel in contrast staan met de beschikbare tijd van CHW's. CHW's hebben enerzijds zelf ook twijfels over de mate waarin ze psychologische ondersteuning kunnen aanbieden, maar zien het anderzijds wel als een opportuniteit. Een voldoende uitgebreide opleiding en ondersteuning door zorgprofessionals kunnen hierbij helpen (Myers et al., 2019).

### 2.3.1.2. Internationale verschillen

De invulling van de taken van een CHW verschillen echter naargelang het land en de financiële mogelijkheden hierin (Long et al., 2018). Zo is een CHW in sommige landen een (vol- of deeltijdse) kracht in loondienst, maar in andere landen slechts een vrijwilliger (Naimoli et al., 2015). In Zuid-Afrika wordt bijvoorbeeld een nationaal CHW-programma geïmplementeerd dat de eerstelijnsgezondheidszorg moet ondersteunen: 'Ward-based Outreach Teams' (WBOTs). Taken van CHW's omvatten hier voornamelijk gezondheidspromotie, preventie en screening (Tseng et al., 2019). Het takenpakket van CHW's wordt daarentegen ruimer ingevuld in de Verenigde Staten. Zo zijn de kerntaken van CHW's het begeleiden naar een zorginstelling, het verlenen van informatie omtrent voedselbanken, het doorverwijzen naar een eerstelijns hulpverlener, het promoten van gezond gedrag en een gezonder voedingspatroon, het inzetten op preventie door screening van onder andere borstkanker of baarmoederhalskanker, kennisoverdracht en het stimuleren van deelnames aan gezondheidszorgonderzoek (Gibbons & Tyus, 2007; Lin et al., 2017).

### 2.3.2. Facilitators

Het belang van CHW's wordt benadrukt in een rapport van 'United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth'. Hierin wordt verwezen naar hun effectiviteit en naar de nood aan herkenning en ondersteuning van hun werk (Ajuebor et al., 2019). Bovendien heeft de WHO richtlijnen opgesteld die de implementatie van CHW-programma's faciliteert. Deze richtlijnen werden ontwikkeld aan de hand van een kritische analyse van het beschikbare bewijsmateriaal. Volgens de WHO moet voor een effectief ontwerp van CHW-programma's gestart worden met een situatieanalyse van de noden van de bevolking, de vereisten van het gezondheidszorgsysteem en de implicaties op de nodige middelen. De rol van CHW's moet bovendien gekaderd worden in relatie tot andere gezondheidswerkers. Op die manier kunnen CHW-programma's op een gepaste wijze worden geïntegreerd in het algemene gezondheidszorgsysteem en in bestaande gemeenschapsstructuren.



Volgende richtlijnen voorzien beleidsaanbevelingen om het ontwerp en de uitvoering van CHW-programma's te optimaliseren. Ten eerste is een opleiding waarin de nodige competenties, kennis en vaardigheden worden aangeleerd, aangewezen. Na het succesvol doorlopen van de opleiding ontvangt de CHW ook een formeel certificaat. Ten tweede kan een financiële bijdrage voor CHW's voorzien worden evenredig met de jobeisen, de complexiteit, het aantal gewerkte uren, de training en de rollen die ze op zich nemen. Ten derde kunnen goed presterende CHW's beloond worden met additionele carrière mogelijkheden. Ten vierde moet een gepaste doelpopulatie in relatie tot de verwachte werklast, de vereiste frequentie en de tijd bij contacten, bepaald worden. Ten vijfde is het van belang dat CHW's gezondheidsdata op een betrouwbare en veilige wijze gebruiken bij routine-opdrachten, maar ook bij 'mobile health'-oplossingen. Ten slotte moet de beschikbaarheid van hulpmiddelen voor CHW's gegarandeerd worden (World Health Organisation, 2018). Deze beleidsrichtlijnen worden door de betrokken stakeholders over het algemeen als aanvaardbaar en haalbaar beschouwd (Ajuebor et al., 2019).

Volgende incentives hebben een faciliterende invloed op de implementatie van CHW-programma's met bijgevolg een toegenomen performantie. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen structurele, persoonlijke en financiële elementen.

#### **2.3.2.1. Structurele elementen**

Er is nood aan een volledige integratie van CHW-programma's in het gezondheidszorgsysteem (Geldsetzer et al., 2017; O Asweto, A Alzain, Andrea, Alexander & Wang, 2016). Hier moet reeds rekening mee gehouden worden bij de aanwerving van CHW's. Zo worden CHW's best gerekruteerd vanuit de gemeenschap. Door blijvende leermomenten en mogelijke jobopportunities aan te bieden, worden meer kwaliteitsvolle kandidaten gevonden. Na selectie worden CHW's getraind, waarbij deze opleidingen moeten afgestemd worden op de noden van de gemeenschap. Daarbij moet bijvoorbeeld niet te hard gefocust worden op complexe medische onderwerpen. Door deze opleiding wordt hun kennis uitgebreid en hun vaardigheden ontwikkeld. Ook zelfontplooiing kan gestimuleerd worden door ervaringen met elkaar te delen. Blijvende bijscholing en leermomenten blijven bovendien een belangrijke motiverende factor.

De werking van CHW's kan ondersteund worden door een betere toegang tot de gezondheidszorg en het zich kenbaar kunnen maken door bijvoorbeeld een kaartje met foto of een uniform. Vervolgens is er nood aan een duidelijke aflijning van hun verantwoordelijkheden en hun relatie met andere zorgverleners. Zo kan de 'accountability' van CHW's ten opzichte van de gemeenschap gefaciliteerd worden (George et al., 2017). Uit onderzoek blijkt dat de samenwerking met zorgverleners beter kan verlopen indien de CHW's werkzaam zijn in een gezondheidszorginstelling in plaats van in de gemeenschap zelf (Tseng et al., 2019). Indien CHW's betrokken worden bij vergaderingen kan bovendien gemakkelijker informatie worden uitgewisseld en krijgen zorgverleners ook meer informatie over de context van de patiënt. Zo kunnen CHW's ook deelnemen aan het ontwikkelen van tools, bijvoorbeeld checklists, en het collecteren van data. Bij herkenning van hun werk en respect hiervoor, hebben CHW's het gevoel dat ze waardevol werk leveren. Ze zullen ook meer geneigd zijn om de sociale steun die ze aan hun gemeenschap kunnen bieden, te verkiezen boven op een andere, beter betaalde job. Hierbij speelt morele ondersteuning en bijstand in het huishouden door hun familie tevens een rol. Tijdens het uitvoeren van hun taken is supervisie eveneens een motivatiebron, maar enkel indien deze supervisie frequent wordt toegepast en de mentor voldoende vaardig is in probleemoplossend denken (George et al., 2017). Bij registratie van hun activiteiten in een dagboek kan er bovendien gerichte feedback geven worden (Tseng et al., 2019). Daarenboven hebben de workload en het aantal taken dat CHW's moeten uitvoeren een effect op hun productiviteit, efficiëntie en kwaliteit. Flexibiliteit en autonomie in hun werkschema zorgen bijgevolg voor een toegenomen motivatie. CHW's zouden hierbij extra opgevolgd kunnen worden met behulp van technologische ondersteuning. Dit leidt tot een vroege detectie van de noden, het continu leren en de identificatie van obstakels binnen de gezondheidszorg zowel op individueel, als op collectief niveau (George et al., 2017).

### 2.3.2.2. Persoonlijke elementen

Naast structurele elementen kunnen ook de eigenschappen van de CHW's zelf een invloed hebben op de performantie van het CHW-programma. Zo zijn volgens onderzoek van O'Brien en collega's (2010) tweetaligheid, het behalen van een diploma, verantwoordelijkheidszin, organisatorische vaardigheden, interpersoonlijke vaardigheden en toewijding aan de gemeenschap belangrijke eigenschappen/vaardigheden van een CHW (O'Brien, Halbert, Bixby, Pimentel & Shea, 2010). De WHO somt volgende eigenschappen/vaardigheden op, die van belang zijn bij het uitvoeren van de taken van een CHW. Ten eerste zijn professionele vaardigheden noodzakelijk. Deze vaardigheden omvatten onder andere kennis hebben over de sociale kaart en de gezondheidszorg, grenzen kunnen stellen, zelfzorg toepassen, reflecteren over de eigen rol, een netwerk gebruiken, gedreven zijn (tot actie durven overgaan of durven hulp vragen), verantwoordelijkheid durven opnemen en structuur behouden. Ten tweede zijn communicatieve vaardigheden belangrijk. Deze houden onder andere oplossingsgericht werken; laagdrempelig, niet-veroordelend en geweldloos communiceren; een professionele houding aannemen; actief luisteren; non-verbale communicatie, observeren en assertief zijn, in. Ten derde zijn interpersoonlijke vaardigheden noodzakelijk; empathisch zijn, de draagkracht van patiënten verhogen, een vertrouwensband kunnen opbouwen, stressbestendig zijn, discretie tonen, een open blik hebben en patiënten empoweren. Tot slot moeten CHW's over computervaardigheden beschikken; bijvoorbeeld zaken kunnen opzoeken en registreren (World Health Organization, 2018).

### 2.3.2.3. Financiële elementen

Financiële prikkels zoals voldoende verloning en vergoeding van transport kunnen leiden tot een toegenomen performantie van CHW's. Hierbij is de betrokkenheid van de overheid en subsidies (ook van niet-overheidsorganisaties) van belang. Deze zorgen voor een faciliterende omgeving, de benodigde middelen en een ondersteunende wetgeving (George et al., 2017).

### 2.3.3. Barrières

Ondanks een toename in de gezondheidszorguitgaven en in de vraag naar zorg, worden CHW's nog onderbenut (Hartzler et al., 2018). Naast de mogelijke facilitators is er dus ook sprake van verschillende uitdagingen bij de implementatie van CHW-programma's en hun integratie in het formele gezondheidssysteem (Javanparast et al., 2018; O Asweto et al., 2016).

#### 2.3.3.1. Gebrek aan eenduidige evidentie

Er is geen eenduidige definitie voor CHW's, hun rol en de reikwijdte van hun taken voorhanden. De literatuur omtrent een evidence-based implementatie van CHW's in de gezondheidszorg is schaars. Deze schaarste kan verklaard worden door de heterogeniteit aan studies op vlak van de kwaliteit, de gemeten outcome en de generaliseerbaarheid van de studie (Gibbons & Tyus, 2007). Deze gebrekkige kennis omtrent de effectiviteit van het programma en de impact ervan op gezondheid leidt tot een beperkt beleid en een lage financiële prioriteit van CHW's binnen het gezondheidsbeleid. Dit resulteert bijgevolg in een gebrekkige implementatie, onderzoek en evaluatie van het programma (Javanparast et al., 2018). Kortom, aanvaarding en respect voor CHW's door enerzijds politieke departementen en anderzijds gezondheidswerkers zijn belangrijke factoren in het verzekeren van een succesvolle integratie binnen het gezondheidssysteem.

#### 2.3.3.2. Gefragmenteerd programma

Structurele uitdagingen verhinderen het vermogen van CHW's om effectief te functioneren en leiden bovendien tot een gefragmenteerd CHW-programma. Deze uitdagingen omvatten onder andere ontoereikende middelen en een gebrek aan een professionele identiteit. Daarnaast is er de nood aan minimaal leiderschap en ondersteuning van de lokale overheid. Ook de onregelmatige opleidingen, die voornamelijk focussen op verticale gezondheidsprogramma's, moeten aangepakt worden. Tot slot vormt het bekomen van gedragsveranderingen bij gemeenschapsleden een uitdaging door een gebrek aan interesse en participatie vanuit de gemeenschap (Long et al., 2018; Naimoli et al., 2015; Ozano et al., 2018; Tseng et al., 2019).

### 2.3.3.3. Demotiverende factoren

Een hoog aantal dropouts door een beperkte motivatie of jobtevredenheid bij CHW's kan de duurzaamheid van CHW-programma's in gedrang brengen. De hoge werkdruk en het ongeloof in het nut van hun werk leiden tot demotivatie van de CHW's. Zo gaat de introductie van hun jobinhoud binnen een gemeenschap soms gepaard met negatieve reacties vanuit de gemeenschap en het medisch personeel. Daarnaast krijgen CHW's vaak geen herkenning bij doorverwijzingen. De taak om de toegang tot zorg te faciliteren kan ook niet altijd worden uitgevoerd. Zo overtuigt de CHW mensen uit de gemeenschap om van zijn of haar hulp gebruik te maken, maar door beperkingen van het gezondheidszorgsysteem wordt hen de toegang toch ontzegd. Tot slot zorgt de lage verloning voor een demotiverende invloed (George et al., 2017).

## 2.4. Structurele meerwaarde CHW's

Verscheidene studies tonen aan dat het inzetten van CHW's voordelig kan zijn in verschillende domeinen (Allen et al., 2015; Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018; Long et al., 2018; Palos & Hare, 2011; Perales et al., 2018; Torres et al., 2014). Naast de meerwaarden op patiëntniveau kunnen volgende structurele voordelen worden aangegeven.

### 2.4.1. Toegankelijkheid

CHW's spelen een aanvullende rol ten opzichte van het klassieke gezondheidszorgsysteem. Zo verbeteren ze de toegankelijkheid van diensten voor kwetsbare personen in de samenleving (Torres et al., 2014). CHW's kunnen vanuit hun positie de onvervulde behoeften van een gemeenschap identificeren en helpen te voorkomen dat mensen tussen de mazen van het gezondheidsnet vallen. Minderheidsgroepen die niet over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikken, mislopen bijvoorbeeld vaak de voordelen van de gezondheidszorg (Ramos, Ramos & Ramos, 2019). CHW's kunnen ondersteuning bieden bij het verkleinen van deze informatiekloof. Zo zorgen CHW's bovendien voor een betere relatie tussen de patiënt en de zorgverlener (Lin et al., 2017).

## 2.4.2. Continuïteit

CHW's hebben niet enkel een faciliterende rol bij de toegang tot de gezondheidszorg, maar ook bij de doorstroom binnen het systeem. Zo toont de studie van Burns en collega's (2014) de effectiviteit van CHW's in het verkleinen van de kloof tussen gehospitaliseerde zorg en nazorg aan. Deze effectiviteit is het grootste bij patiënten met lage inkomens (Burns et al., 2014).

## 2.4.3. Kosteneffectiviteit

Door bovenvermelde voordelen kan het inzetten van CHW's een kosteneffectieve aanpak betekenen in het verlichten van het tekort aan middelen en het verbeteren van gezondheid (Long et al., 2018). Het inzetten van CHW's leidt enerzijds tot een toegenomen gebruik van (gezondheids-)diensten en een reductie van het uitstellen van zorg (Torres et al., 2014). Anderzijds kan door het verspreiden van informatie omtrent het gezondheidszorgsysteem door CHW's oneigenlijk gebruik van gezondheidsdiensten teruggedroefd worden. Opvolging door een CHW bij kwetsbare groepen leidt op lange termijn bijvoorbeeld tot minder herval na ontslag uit het ziekenhuis (Burns et al., 2014). Eveneens kan de reductie van hospitalisatie en van overconsumptie van de spoeddienst bij zelfverwijzers tot een daling van de kosten leiden (Lin et al., 2017).

## 2.5. Probleem- en vraagstelling

### 2.5.1. Samenvatting literatuurstudie

Bovenstaand overzicht van de literatuur omtrent CHW's werd verzameld aan de hand van de databanken 'PubMed' en 'Web of Science' met een combinatie van volgende MESH-termen, opgedeeld in drie groepen; 'emigrants and immigrants/minority groups/vulnerable populations/ethnic groups', 'patient navigator/patient facilitator/community health worker/CHW/community health service/health educator' en 'improvement/improving/motivating and demotivating factors/barriers and facilitators/evaluation'. Bij deze zoekstrategie werd gefilterd op het publicatiejaar (maximaal tien jaar oud) en de beschikbaarheid van de 'free full text'. Aan de hand van de titel en het abstract van de bekomen studies werd een relevante selectie gemaakt. De kwaliteit van deze studies werd geëvalueerd aan de hand van de 'Critical Appraisal Skills Program'-checklist.

Dit overzicht werd aangevuld met aanbevolen wetenschappelijke artikels door derden, namelijk promotor dr. Peter Decat en medestudent Annelies Vandeput. Vervolgens werd ook de sneeuwbalmethode toegepast. Zo werden relevante bronnen uit gelezen artikels geraadpleegd.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat CHW's een belangrijke rol spelen in het dichten van de toegangskloof binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (Allen et al., 2015). Meer concreet fungeren CHW's als brugfiguur tussen de kwetsbare groepen in de samenleving en het gezondheidszorgsysteem. Deze taak kan verwezenlijkt worden door het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de gemeenschap, het wegwerken van de taalbarrière en het inzetten op 'patient empowerment', promotie en preventie (Allen et al., 2015; Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018). De invulling van de taken van een CHW verschilt echter naargelang het land en de financiële mogelijkheden (Long et al., 2018). Ondanks de internationale verschillen wordt het algemeen belang van CHW's benadrukt door verschillende organisaties. Zo wordt er in een rapport van 'United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth' verwezen naar hun effectiviteit en naar de nood aan herkenning en ondersteuning van hun werk (Ajuebor et al., 2019). Daarnaast tonen verscheidene studies aan dat het inzetten van CHW's voordelig kan zijn in verschillende domeinen. Naast de meerwaarden op patiëntniveau, kunnen ook structurele voordelen zoals het verhogen van toegankelijkheid, continuïteit en kosteneffectiviteit worden aangegeven (Allen et al., 2015; Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018; Long et al., 2018; Palos & Hare, 2011; Perales et al., 2018; Torres et al., 2014). Om deze voordelen ten volle te benutten, worden er best enkele richtlijnen bij de implementatie van een CHW-programma opgevolgd. Zo kunnen structurele, persoonlijke en financiële incentives een faciliterende invloed hebben op de implementatie met een toegenomen performantie tot gevolg (Geldsetzer et al., 2016; George et al., 2017; World Health Organization, 2018). Naast de mogelijke facilitators moet er echter ook rekening gehouden worden met de uitdagingen. Zo bemoeilijkt het gebrek aan eenduidige evidentie en andere demotiverende factoren (zoals een beperkte motivatie of een lage jobtevredenheid) de implementatie en de integratie in het formele gezondheidssysteem (Javanparast et al., 2018; O Asweto et al., 2016).

Binnen huidige masterthesis wordt tegemoetgekomen aan deze beperkte evidentie door onderzoek te voeren naar de werking van een CHW-pilootproject te Gent.

### 2.5.2. CHW-pilootproject Gent

In het kader van het Gentse Armoedebeleid en om in te spelen op de hardnekkige ongelijkheid in het gebruik van de gezondheidszorg in België, werd het CHW-pilootproject opgestart door een samenwerking tussen Stad Gent en OCMW Gent. Het initiële pilootproject loopt van februari 2019 tot en met december 2019, met een uitbreiding van de projectfase van januari 2020 tot en met augustus 2021 (Stad Gent, z.d.).

CHW's of 'gezondheidsgidsen' leggen de brug tussen kwetsbare groepen en de eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg. Zo wordt er ingezet op het verlagen van drempels bij welzijn en gezondheid voor kwetsbare doelgroepen. Binnen het Gentse pilootproject worden volgende doelstellingen vooropgesteld: de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen, ondersteuning bieden bij kwetsbare groepen in het gebruik van welzijns- en gezondheidszorg, gezondheidsgedrag promoten en ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de welzijns- en gezondheidszorg signaleren. Deze doelstellingen kunnen algemeen vertaald worden naar kernopdrachten zoals het informeren, adviseren, bemiddelen, vertegenwoordigen, detecteren, toeleiden, ondersteunen en empoweren van patiënten. In hoofdzaak gaat het over mensen toeleiden en begeleiden naar de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg. Daarbij is het van belang dat CHW's geen taken van bestaande gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers, etc. overnemen, maar vooral ter ondersteuning van professionelen worden ingezet (Stad Gent, z.d.). Onderstaande tabel geeft een koppeling tussen de doelstellingen, de kernopdrachten en de taken binnen het Gentse CHW-pilootproject weer.



Tabel 1. Doelstellingen, kernopdrachten en taken binnen het CHW-pilootproject

Doelstelling	Kernopdracht	Taken
Toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen	Informeren Ondersteunen Toeiden	Begeleiden naar zorg- en welzijnsinstellingen: ziekenhuis, dokter, tandarts, ziekenfonds, Kind en Gezin, OCMW, etc. (met bijzondere aandacht voor patiënten zonder medische kaart)
	Informeren Ondersteunen Adviseren	Patiënten bijstaan na een verblijf in het ziekenhuis: het doktersadvies opvolgen, een afspraak maken voor controle, etc.
Ondersteuning bieden aan kwetsbare groepen	Informeren Ondersteunen Adviseren Empoweren	Administratieve taken: afspraken maken en eraan herinneren, een dokter of tandarts in de buurt zoeken, helpen bij het invullen van papieren en digitale formulieren, etc.
	Informeren Adviseren	Duidelijkheid scheppen in het zorglandschap: het bestaan of de werking van gezondheidsdiensten, welke dokter kiezen of welke ziekenhuiskamer
	Informeren	Duidelijke en eenvoudige communicatie gebruiken  Aftoetsen wat er gebeurt met de gekregen informatie
	Informeren Ondersteunen	Een vertaalslag maken: het probleem helpen uitleggen in het Nederlands

	Informeren Adviseren Ondersteunen	Continuïteit bieden, vast ankerpunt zijn: geruststellen, kadering bieden, vertrouwen geven, een luisterend oor bieden, etc. (huisbezoeken zijn hierbij mogelijk)
Gezondheidsgedrag promoten	Informeren Adviseren Ondersteunen Empoweren	Bespreekbaar maken van thema's ter promotie van gezondheidsgedrag: anticonceptie, psychische kwetsbaarheid, dementie, voeding, beweging, rookgedrag en kinderen, alcohol en druggebruik, etc.
Ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg signaleren	Detecteren	Signaalfunctie bij het detecteren van problemen: bijvoorbeeld lange wachtlijsten, toegankelijkheid van diensten, etc.  Vanuit verhalen/frustraties problemen detecteren: aandacht voor hulpvraag en problemen zien

### 2.5.3. CMO-hypothese

Door de groeiende interesse in CHW-programma's en de hardnekkige ongelijkheid binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem, wordt geopteerd om onderzoek te voeren naar de werking van een Gents CHW-pilootproject. Het pilootproject wordt breed geëvalueerd met aandacht voor de link tussen de verschillende schakels in het proces; namelijk de betrokken partnerorganisaties, de CHW's en de patiënten. Binnen huidig onderzoek worden enkel de schakels binnen de eerstelijnsgezondheidszorg onderzocht. Informatie omtrent de werking van het CHW-pilootproject specifiek binnen de tweedelijnsgezondheidszorg, kan geraadpleegd worden in de masterthesis van medestudent Annelies Vandeput.

Op basis van de geraadpleegde literatuur en de toegepaste methodologie binnen dit onderzoek wordt de volgende onderzoeksvraag opgesteld: “Waarom en op welke manier is het werk van de CHW’s zinvol?”. Meer specifiek worden mogelijke contextfactoren en mechanismen die de werking en de outcome van het project kunnen beïnvloeden, onderzocht. De CMO-hypothese kadert binnen de ‘realist impact evaluation’-methode. Deze methode wordt in de paragraaf ‘kwalitatieve analyse’ verder toegelicht. De opgestelde hypothese wordt als leidraad gehanteerd bij de evaluatie van het pilootproject (tabel 2). Bovendien wordt zo beoogt een antwoord te kunnen bieden op volgende vragen; welke mechanismen zullen optreden, in welke context en met welke verwachte resultaten.

Tabel 2. CMO-hypothese

<b>Context</b>	<b>Mechanismen</b>	<b>Outcome</b>
<p>OCMW Gent en stad Gent leiden, in samenwerking met verschillende organisaties, vrijwilligers op tot CHW’s. Deze vormen een brugfiguur tussen kwetsbare groepen en het Belgisch gezondheidszorgsysteem.</p>	<p>Taken CHW’s:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Overbrugging tussen patiënten en gezondheidsdiensten</li> <li>– Cultuursensitieve gezondheidseducatie</li> <li>– Toegankelijkheid tot zorginstellingen verzekeren</li> <li>– Sociale ondersteuning</li> <li>– Individuele noden opnemen</li> <li>– Directe diensten voorzien</li> <li>– Patientempowerment</li> <li>– Signaalfunctie naar zorgprofessionals</li> <li>– Dataregistratie</li> </ul>	<p>Het vergroten van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, het ondersteunen van kwetsbare groepen, het promoten van gezond gedrag en levensstijl en het signaleren van ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg.</p>

## 3. Methodologie

### 3.1. Steekproef

Binnen het huidig onderzoek wordt beoogd het Gentse CHW-pilootproject, lopende van februari 2019 tot en met december 2019, te evalueren. Om alle mogelijke beïnvloedende contextfactoren en mechanismen te identificeren, wordt er niet gefocust op één specifieke respondentengroep. De verscheidene betrokken actoren bij het pilootproject worden namelijk bevraagd aan de hand van individuele semi-gestructureerde diepte-interviews. Deze actoren zijn de coördinatoren van het pilootproject, enkele partnerorganisaties, CHW's en patiënten. De partnerorganisaties omvatten armoedeverenigingen, openbare diensten, ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra en huisartsenpraktijken. Binnen de scope van dit onderzoek vallen voornamelijk de armoedeverenigingen en openbare diensten; bijvoorbeeld 'Vzw De Tinten', 'Vzw De Fontein', 'Vzw De Zuidpoort', 'Dienst Outreachend werken Stad Gent', etc. Daarnaast worden er ook kwantitatieve gegevens verzameld over de volledige patiëntengroep.

Er zijn geen in- en exclusiecriteria voorhanden. De selectie van de respondenten binnen deze groepen gebeurt op basis van praktische en theoretische overwegingen. Bovendien wordt er rekening gehouden met de bereidheid tot participatie van de respondenten. Er is dus geen sprake van een aselechte steekproef. Het doel is namelijk niet om een steekproef te bekomen die representatief is in de zin dat ze een perfecte doorsnede van de populatie vormt. Aangezien er wordt gewerkt met een kleine steekproef die niet op toeval gebaseerd is, is er voorzichtigheid geboden bij het veralgemenen van bevindingen binnen het onderzoek. Het is daarentegen wel de bedoeling een steekproef te bekomen die een verdiepend inzicht oplevert in wat zich afspeelt in een deel van de populatie van de betrokken partnerorganisaties, CHW's en patiënten. Er zal een doorleefd beeld worden geschetst van de onderzochte eenheden en er zal bovendien rekening gehouden worden met de interpretatie van de respondenten zelf (Roose & Meuleman, 2014).

De betrokken partnerorganisaties en CHW's werden bereikt via e-mail tijdens de maanden september en oktober 2019. Deze contactgegevens werden verkregen via een coördinator van het pilootproject. Bovendien wordt er op regelmatige basis met alle partnerorganisaties samengezeten in een stuurgroep. Om de kans op positieve respons te vergroten, werden de ethische aspecten en de tijd die het diepte-interview zou innemen in de e-mail vermeld. Verder werd kort toegelicht waarover het onderzoek gaat en waar het naar peilt. Ten slotte werd benadrukt waarom het voor de respondent een meerwaarde is om deel te nemen aan het onderzoek. De respondent kan namelijk bijdragen aan een beter inzicht in de werking van het (pilot)project door zijn of haar ervaringen te delen. Via de deelnemende CHW's werden ook twee patiënten bereikt. De uiteindelijke steekproef bij het kwalitatieve luik van dit onderzoek bedraagt bijgevolg twee coördinatoren, vier zorgverleners werkzaam in één van de partnerorganisaties, vier CHW's en twee patiënten. Na de datacollectie bij deze twaalf respondenten werd datasaturatie bereikt, aangezien er weinig nieuwe en relevante informatie naar voren kwam (Mortelmans, 2007). De steekproefmatrix kan worden geraadpleegd in bijlage 1. Dit kwalitatieve luik werd tevens aangevuld met kwantitatieve gegevens van 157 patiënten.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent (bijlage 2). De respondenten ondertekenden een informed consent na mondelinge en schriftelijke uitleg over de aard, het doel, de duur en de te voorziene effecten van het onderzoek (bijlage 3). Bij het verwerken van de verworven data wordt daarnaast gestreefd ten allen tijde de privacy van elke respondent te garanderen door het gebruik van een schuilnaam of pseudoniem.

### 3.2. Datacollectie

In dit onderzoek wordt een 'mixed method'-aanpak gehanteerd. Zo worden zowel kwantitatieve, als kwalitatieve data gelijktijdig verzameld (Van Borsel, 2015). Bovendien wordt in functie van de betrouwbaarheid en de interne validiteit triangulatie toegepast. Het hanteren van verscheidene databronnen door meerdere onderzoekers leidt namelijk tot een gefundeerder en objectiever inzicht in het pilootproject (Patton, 1999).

### 3.2.1. Kwantitatieve collectie

De kwantitatieve gegevens werd geëxtraheerd uit het registratiesysteem. Deze gegevens omvatten cijfermateriaal omtrent het aantal en het type begeleidingen, het aantal patiënten en hun karakteristieken; namelijk geslacht, leeftijd, nationaliteit, talenkennis, verloning, ziekte- en hospitalisatieverzekering en het hebben van een vaste huisarts.

### 3.2.2. Kwalitatieve collectie

De kwalitatieve datacollectie werd uitgevoerd aan de hand van documentanalyses en individuele semi-gestructureerde diepte-interviews. Bovendien werden zowel primaire, als secundaire databronnen gebruikt. Zoals reeds vermeld werden binnen huidig onderzoek twaalf semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen door twee onderzoekers. Elke onderzoeker voerde bijgevolg zes interviews uit. Ter aanvulling van deze primaire gegevens worden ook secundaire bronnen geraadpleegd. De volgende interne documenten werden geanalyseerd; namelijk een werktekst over het pilootproject en de verslagen van de intervisiegesprekken en de stuurgroepen. Daarnaast wordt er beroep gedaan op vier diepte-interviews (met twee CHW's en twee patiënten) van medestudent Annelies Vandeput.

Alvorens de diepte-interviews werden afgenomen, werden enkele richtvragen opgesteld per respondentengroep. Deze kunnen geraadpleegd worden in bijlage 4. Bij het opstellen van deze vragen werd vertrokken vanuit de CMO-hypothese. Er werden zowel beschrijvende (bijvoorbeeld "Wat is er gebeurd?"), als explorerende vragen (bijvoorbeeld "Waarom is het gebeurd?") geformuleerd. Aan de hand van deze vragenlijst werden vervolgens semi-gestructureerde interviews afgenomen. Dit type interview werd geopteerd omdat het enerzijds een soort leidraad biedt aan de interviewer, maar anderzijds blijft een zekere flexibiliteit mogelijk waardoor de bevroegde thema's of de volgorde van de vragen niet helemaal vast staan. Het stelt bovendien de interviewer in staat om vervolgvragen te improviseren op basis van de reacties van de respondenten (Mortelmans, 2007). De diepte-interviews vonden plaats in een rustige setting, bijvoorbeeld in het bureau van de respondent of in een gereserveerd lokaal. De diepte-interviews werden telkens binnen de vooraf meegedeelde duurtijd van één uur afgerond. De diepte-interviews werden telkens opgenomen met een voicerecorder en binnen vijf dagen na afname getranscribeerd.

Zo zou de inmenging van de onderzoeker op de data en de kans op vertekening verkleind worden (Silverman, 2011). De onderzoekersbias wordt verder gereduceerd door het aantal onderzoekers. Zo wordt de datacollectie en -analyse uitgevoerd door twee onderzoekers met bovendien een andere vooropleiding en achtergrondkennis; namelijk een master in 'Politieke en Sociale Wetenschappen' (afstudeerrichting Sociologie) en een master in 'Logopedische en Audiologische Wetenschappen' (afstudeerrichting Logopedie) (Van Borsel, 2015).

### 3.3. Data-analyse

#### 3.3.1. Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve analyse werd uitgevoerd aan de hand van het softwareprogramma 'IBM SPSS Statistics 26' (SPSS Corporation, Chicago, IL). Ten eerste werden de relevante data uit het registratiesysteem geëxporteerd naar een Excel-bestand. In het softwareprogramma 'Microsoft Excel' werd eerst de frequentie van de verschillende taken, die uitgevoerd werden door CHW's, opgevraagd. Vervolgens werd het Excel-bestand geïmporteerd in SPSS. Ten tweede werden de benodigde variabelen aangemaakt en indien nodig gehercodeerd naar numerieke variabelen. Zo werden volgende variabelen omtrent patiëntkarakteristieken bekomen; geslacht, leeftijd, nationaliteit, kennis van het Nederlands, inkomen, verblijfsstatuut, vaste huisarts, ziekteverzekering, hospitalisatieverzekering en verhoogde tegemoetkoming. Ten derde werd datacleaning uitgevoerd. Ten vierde werd descriptieve statistiek toegepast om de frequenties van de verschillende categorieën binnen de variabelen op te vragen. Ten vijfde werd inferentiële statistiek toegepast. Zo werden enkele aanvullende verbanden tussen variabelen onderzocht met behulp van kruistabellen. Volgende verbanden werden onderzocht; nationaliteit - ziekteverzekering, nationaliteit - hospitalisatieverzekering, nationaliteit - verhoogde tegemoetkoming, nationaliteit - vaste huisarts, kennis Nederlands - ziekteverzekering, kennis Nederlands - hospitalisatieverzekering, kennis Nederlands - verhoogde tegemoetkoming, kennis Nederlands - vaste huisarts, verblijfsstatuut - ziekteverzekering, verblijfsstatuut - hospitalisatieverzekering, verblijfsstatuut - verhoogde tegemoetkoming en verblijfsstatuut - vaste huisarts. Er werd telkens een significantieniveau van  $\alpha = 0,05$  gehanteerd.

Bij de interpretatie van deze resultaten is wel enige voorzichtigheid noodzakelijk. De gegevens werden namelijk niet altijd volledig en duidelijk ingevuld in het registratiesysteem. Bijgevolg zijn getrokken conclusies niet altijd representatief voor de hele populatie. Wel zullen deze resultaten een verdiepend inzicht bieden in de bereikte doelgroep van het pilootproject (Roose & Meuleman, 2014).

### 3.3.2. Kwalitatieve analyse

Zoals eerder vermeld wordt binnen dit onderzoek de 'realist impact evaluation' (RIE)-methode gehanteerd. Bij deze evaluatiemethode wordt op iteratieve wijze data gecollecteerd en verwerkt. Er wordt niet gestreefd naar een antwoord op de vraag 'wat werkt?', maar er wordt onderzocht waarom een project werkt en in welke omstandigheden. Daarbij wordt onderzoek gedaan naar de causaliteit (Hoe leidt het project tot bepaalde veranderingen/beïnvloedingen?) en de attributie (Zijn geobserveerde veranderingen te wijten aan het project of spelen andere contextuele factoren een rol?). RIE is daarnaast een evaluatiemethode die gebaseerd is op een vooropgestelde theorie. Het doel is om een zogenaamde 'program theory' te testen, waarbij vertrokken wordt vanuit een 'context, mechanisme en outcome' (CMO)-hypothese (tabel 2). Bij deze hypothese wordt beoogt volgende vragen te beantwoorden; 'Voor wie zal deze theorie werken en voor wie niet?', 'In welke context zal deze theorie werken?', 'Bij welke mechanismen verwachten we dat de theorie zal werken?' en 'Als de theorie werkt, welke resultaten bekomen we dan?'. Beleidsmakers en -uitvoerders moeten namelijk begrijpen hoe en waarom projecten al dan niet werken in verschillende contexten. Aan de hand van de RIE-methode kunnen deze geïnformeerd worden over 'wat werkt voor wie?', 'in welke context werkt welk project?' en 'welke mechanismen werken in welke context?'. Zo kunnen er gefundeerde beslissingen genomen worden over de implementatie van projecten en hoe deze aan te passen aan lokale contexten (Westhorp, 2014).



Het is algemeen aanvaard te starten met een literatuurstudie, alvorens met het eigenlijke onderzoek aan te vangen. Ook binnen huidig onderzoek werd begonnen met een literatuurstudie. Binnen kwalitatief onderzoek wordt er echter nog vaak geprefereerd om onbevangen te starten met een onderzoek. Bijgevolg worden er manieren gezocht om bestaande literatuur geen al te grote invloed te laten uitoefenen op de analyses. Om deze invloed te reduceren, wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van 'sensitizing concepts'. Deze concepten geven richting aan kwalitatief onderzoek. Zo wordt de onderzoeker gevoelig voor belangrijke concepten die een rol kunnen spelen bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen, maar het onderzoek niet determineren. Verder wordt gebruik gemaakt van 'bracketing'. Hierbij wordt van de onderzoeker verwacht dat hij of zij de opgedane kennis uit de literatuurstudie tijdens de dataverzameling even opzij zet. Pas bij de analyse wordt de literatuur terug bij de data betrokken (Mortelmans, 2007).

De uitgeschreven interviews werden met behulp van het softwareprogramma 'Nvivo' geanalyseerd. De verzamelde kwalitatieve data werden gecodeerd aan de hand van de 'grounded theory'-benadering van Glaser en Strauss (Strauss & Corbin, 1998). Bij deze benadering wordt inductief te werk gegaan. Zo wordt er op basis van nieuw verzamelde data een theorie ontwikkeld. Het collecteren, coderen en analyseren van deze data is een iteratief proces. Bij het coderen worden drie vormen voortdurend afgewisseld tot theoretische saturatie bekomen wordt; namelijk open, axiaal en selectief coderen. Voordelig aan deze benadering is de hoge ecologische validiteit. Zo representeren de bevindingen in hoge mate de reële setting. Om een antwoord te vormen op bovenstaande vragen vanuit de RIE-methode, werden de data echter geanalyseerd op basis van het vooropgestelde CMO-kader. De 'grounded theory'-benadering wordt in dit onderzoek dus niet volledig gevolgd aangezien bij het open coderen reeds gestart werd met drie algemene codes 'context', 'mechanismen' en 'outcome'. Bovendien werd, zoals reeds vermeld, een voorafgaande literatuurstudie uitgevoerd (Mortelmans, 2007). Bij het nalezen van de interviews werden deze drie codes vervolgens verder uitgediept met nieuwe codes. Nadien werden gemeenschappelijke codes uit de verschillende interviews gebundeld onder een nieuwe overkoepelende code, waardoor hoofdcategorieën gevormd werden. Wanneer geen nieuwe codes meer gevonden werden, werden de overige data en de gevonden codes verder binnen de bestaande categorieën ondergebracht. Door de

gelegde verbanden tussen de codes werd uiteindelijk een codeboom bekomen. In het kader van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werden alle interviews door beide onderzoekers geanalyseerd en gecodeerd (Van Borsel, 2015).

## 4. Resultaten

### 4.1. Kwantitatieve resultaten

#### 4.1.1. Resultaten descriptieve statistiek

In totaal werden 224 aanvragen ingediend binnen het pilootproject. Deze aanvragen weerspiegelen de noden van 157 patiënten. Per patiënt kunnen dus meerdere aanvragen gebeuren. Om een beter zicht te verkrijgen op de bereikte doelgroep van het pilootproject te Gent, werden demografische gegevens opgevraagd. Onderstaande tabel geeft de absolute en de relatieve frequentie van de categorieën per variabele weer. Er wordt opgemerkt dat de frequentie respectievelijk wordt uitgedrukt in absolute aantallen en in percentages afgerond op 1 decimaal. Om de onvolledigheid van de gegevens uit het registratiesysteem te benadrukken, wordt telkens het aantal ontbrekende gegevens als missing vermeld. Uit onderstaande tabel blijkt echter dat er een groot aantal gegevens ontbreken. Dit wijst mogelijks op het niet consequent invullen van het registratiesysteem of de beperkte beschikbaarheid van deze gegevens bij de bereikte doelgroep van het pilootproject. Volgende bevindingen moeten bijgevolg met enige voorzichtigheid geanalyseerd worden.

Eén van de gewenste doelstellingen van het pilootproject is het ondersteunen van kwetsbare groepen. De opgevraagde demografische gegevens schetsen een beeld van de effectief bereikte doelgroep. Zo blijkt dat de bereikte leeftijdsrange zich eerder bevindt tussen de 25 jaar en de 64 jaar, waarbij de jongste en oudste generaties minder geholpen worden. Ondanks deze arbeidsactieve leeftijdsgroep, zijn slechts een zeer beperkt aantal personen loontrekkende. Verder worden niet enkel patiënten met een andere nationaliteit bereikt, maar worden ook heel wat Belgen ondersteund door dit pilootproject. Bijgevolg kan er vastgesteld worden dat er een gelijke verdeling is bij het aantal personen die een goede en een slechte kennis hebben van het Nederlands. Op medisch vlak kan gesteld worden dat de meerderheid een vaste huisarts heeft. Dit fenomeen kan mogelijks verklaard worden door de vele aanvragen

vanuit de wijkgezondheidscentra. Daarnaast is een groot aandeel van de patiënten aangesloten bij een ziekenfonds, maar slechts een minderheid bezit over een aanvullende hospitalisatieverzekering. Ten slotte heeft iets meer dan de helft van de patiënten recht op een verhoogde tegemoetkoming.

Tabel 3. Frequenties per variabele

Variabele	Categorieën	Absolute frequentie	Relatieve frequentie
Geslacht	Man	65	41,4
	Vrouw	83	52,9
	X	1	0,6
	<i>Missing</i>	8	5,1
Leeftijd (in jaren)	0 t.e.m. 17 jaar	7	4,5
	18 t.e.m. 24 jaar	9	5,7
	25 t.e.m. 34 jaar	28	17,8
	35 t.e.m. 44 jaar	23	14,6
	45 t.e.m. 54 jaar	22	14,0
	55 t.e.m. 64 jaar	30	19,1
	65 t.e.m. 74 jaar	8	5,1
	75 jaar en ouder	6	3,8
	<i>Missing</i>	24	15,3

Nationaliteit	België	62	39,5
	Andere	83	52,9
	Afghanistan	6	3,8
	Albanië	7	4,5
	Algerije	2	1,3
	Bulgarije	24	15,3
	Dominicaanse Republiek	2	1,3
	Egypte	1	0,6
	Eritrea	1	0,6
	Irak	3	1,9
	Jordanië	1	0,6
	Marokko	5	3,2
	Nederland	1	0,6
	Pakistan	4	2,5
	Palestina	1	0,6
	Roemenië	4	2,5
	Slowakije	8	5,1
Somalië	3	1,9	
Turkije	10	6,4	
	<i>Missing</i>	12	7,6

Kennis Nederlands	Goede kennis	69	43,9
	Weinig kennis	17	10,8
	Geen kennis	69	43,9
	<i>Missing</i>	2	1,3
Inkomen	Loon	4	2,5
	Leefloon	11	7,0
	Ziekte- of invaliditeitsuitkering	26	16,6
	Werkloosheidsuitkering	4	2,5
	Pensioen	8	5,1
	Geen loon	30	19,1
	Onbekend	11	7,0
	<i>Missing</i>	63	40,1
Verblijfsstatuut	Andere	48	30,6
	Asielprocedure	9	5,7
	Erkende vluchteling	5	3,2
	EU zonder papieren	16	10,2
	Uitgeprocedeerd	6	3,8
	<i>Missing</i>	73	46,5

Vaste huisarts	Ja	80	51,0
	Nee	23	14,6
	Onbekend	7	4,5
	<i>Missing</i>	47	29,9
Ziekteverzekering	Aangesloten bij ziekenfonds	84	53,5
	Medische kaart	24	15,3
	Niet in regel	9	5,7
	Andere	9	5,7
	<i>Missing</i>	31	19,7
Hospitalisatieverzekering	Ja	17	10,8
	Nee	47	29,9
	Onbekend	28	17,8
	<i>Missing</i>	65	41,4
Verhoogde tegemoetkoming	Ja	56	35,7
	Nee	40	25,5
	Onbekend	9	5,7
	<i>Missing</i>	52	33,1

Bovendien is het interessant om te weten voor welke taken CHW's voornamelijk worden ingezet. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het voorkomen van alle taken weer, uitgedrukt in zowel absolute aantallen als percentages. Hieruit blijkt dat de vier hoofdtaken van een CHW het begeleiden naar een zorginstelling, het regelen en opvolgen van afspraken, het maken van een vertaalslag en het verschaffen van informatie zijn.

Tabel 4. Frequentie taken CHW

<b>Taken CHW</b>	<b>Absolute frequentie</b>	<b>Relatieve frequentie</b>
Begeleiden naar zorginstelling	129	57,6
Doorverwijzing naar zorginstelling	24	10,7
Overbrugging ziekenhuisopname en ontslag	3	1,3
Ondersteuning bij medische kaart	6	2,7
Ondersteuning bij ziekenfonds	22	9,8
Ondersteuning bij Fedasil	17	7,6
Regelen en opvolgen van afspraken	116	51,8
Hulp bij internet of digitale contacten	10	4,5
Een vertaalslag maken	82	36,6
Verschaffen van informatie	98	43,8

Signaalfunctie bij detecteren van drempels	33	14,7
Totaal aantal begeleidingen	224	100,0

#### 4.1.2. Resultaten inferentiële statistiek

Alvorens de bekomen kruistabellen en de bijbehorende cijfers te analyseren, werden hypothesen omtrent de onderzochte variabelen opgesteld. De nulhypothese ( $H_0$ ) stelt dat er geen verband kan waargenomen worden tussen de twee variabelen. Wanneer een significantieniveau van  $\alpha < 0.05$  behaald wordt, wordt de nulhypothese verworpen. Vervolgens moet de alternatieve hypothese ( $H_A$ ) aanvaard worden. Deze stelt dat er wel een verband tussen de twee variabelen bestaat. Zo kunnen bijvoorbeeld voor de variabelen 'nationaliteit' en 'ziekteverzekering' volgende hypothesen opgesteld worden. De  $H_0$  stelt dat er geen verband bestaat tussen de nationaliteit en de ziekteverzekering van een patiënt. Belgische patiënten zullen dus niet significant anders verzekerd zijn dan patiënten met een andere nationaliteit. De  $H_A$  stelt dat er wel een verband is tussen nationaliteit en ziekteverzekering. Om het significantieniveau na te gaan, wordt er gekeken naar de  $p$ -waarde die vermeld wordt bij 'Pearson Chi Kwadraat' of bij 'Fisher's Exact Test'. Indien voldaan wordt aan volgende voorwaarden, wordt Pearson Chi Kwadraat geraadpleegd. Ten eerste mag geen enkele verwachte celfrequentie kleiner zijn dan één. Ten tweede mag niet meer dan 20% van de cellen een verwachte waarde hebben die kleiner of gelijk is aan vijf. Wanneer deze voorwaarden niet geldig zijn, wordt de tweezijdige Fisher's Exact Test gehanteerd. Aangezien er niet aan de twee voorwaarden werd voldaan binnen huidig onderzoek, werd telkens de  $p$ -waarde van de Fisher's Exact Test gebruikt. Vervolgens worden de onderzochte verbanden met bijbehorende  $p$ -waarde weergegeven met categorisatie van de significante en de niet-significante verbanden. In de kruistabellen kunnen telkens de frequentie (in absolute aantallen) en het percentage (tussen haken) geraadpleegd worden. Het percentage is een uitdrukking van hoe vaak de categorie van de variabele in de kolom voorkomt binnen de categorie van de variabele in de rij van de kruistabel (De Moor & Van Maele, 2014).



Vervolgens worden de bekomen resultaten en verbanden verder toegelicht. Deze toelichting wordt echter beknopt gehouden, wegens de eerder kwalitatieve focus van het onderzoek. De bijbehorende kruistabellen kunnen ter aanvulling van de descriptieve resultaten in bijlage 5 geraadpleegd worden. Daarnaast kan opgemerkt worden dat niet alle relevante kwantitatieve data voorhanden waren. Dit wijst op een beperking van het registratiesysteem en bijgevolg ook van het huidig onderzoek.

#### 4.1.2.1. Significante verbanden

Bij volgende onderzochte verbanden is de  $p$ -waarde steeds kleiner dan het significantieniveau van 0,05; nationaliteit - ziekteverzekering, nationaliteit - hospitalisatieverzekering, nationaliteit - verhoogde tegemoetkoming, nationaliteit - vaste huisarts, kennis Nederlands - ziekteverzekering, kennis Nederlands - vaste huisarts, verblijfsstatuut - ziekteverzekering, verblijfsstatuut - hospitalisatieverzekering, verblijfsstatuut - verhoogde tegemoetkoming en verblijfsstatuut - vaste huisarts. Vervolgens moet de nulhypothese verworpen worden en de alternatieve hypothese aanvaard worden. De  $H_A$  stelt dat er wel degelijk een significant verband aanwezig is tussen de twee variabelen (De Moor & Van Maele, 2014).

Er worden enkele opvallende trends toegelicht die een zicht bieden op de bereikte doelgroep van het pilootproject te Gent. Er kan gesteld worden dat personen met een andere nationaliteit vaker in het bezit zijn van een medische kaart en in mindere mate aangesloten zijn bij een ziekenfonds in verhouding tot Belgen. Dit fenomeen kan ook bevestigd worden door het gevonden verband tussen weinig of geen kennis van het Nederlands en het hebben van een medische kaart. Er zijn ook meer niet-Belgen die geen vaste huisarts hebben in vergelijking met de Belgische patiënten binnen het project. Ook hier kan opnieuw de koppeling naar een beperkte Nederlandse kennis gemaakt worden. Wat de verzekeringsstatus betreft, zijn het voornamelijk Belgische patiënten die een hospitalisatieverzekering bezitten en recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

#### 4.2.2.2. Niet-significante verbanden

Bij volgende onderzochte verbanden is de p-waarde steeds groter dan het significantieniveau van 0,05; kennis Nederlands - hospitalisatieverzekering en kennis Nederlands - verhoogde tegemoetkoming. De nulhypothese wordt bijgevolg aanvaard. Deze stelt dat er geen verband is tussen de twee variabelen (De Moor & Van Maele, 2014). De patiënt's kennis van het Nederlands heeft dus geen invloed op het hebben van een hospitalisatieverzekering en het recht op een verhoogde tegemoetkoming.

## 4.2. Kwalitatieve resultaten

### 4.2.1. Algemeen CMO-kader

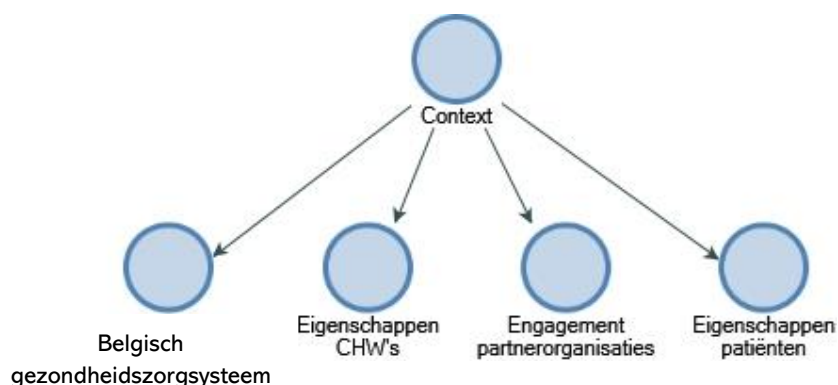
Na het ontwerp van de codeboom in Nvivo werd een tabel opgesteld (bijlage 6). Hierin worden alle potentieel interessante koppelingen tussen de verschillende codes binnen de hoofdcategorieën 'context', 'mechanismen' en 'outcome' opgesomd. Om de weergave van de kwalitatieve resultaten overzichtelijk te houden, kan in onderstaande tabel de algemene verdeling binnen de drie hoofdcategorieën worden geraadpleegd. Vervolgens worden deze hoofdcategorieën met subcategorieën en onderliggende codes meer in detail besproken.

Tabel 5. Hoofd- en subcategorieën uit de codeboom

Context	Mechanismen	Outcome
Belgisch gezondheidszorgsysteem	CHW's (taken, traject)	Doelstellingen
Eigenschappen CHW's	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject (opstart, eindfase, toekomst)
Eigenschappen patiënten	Ervaringen patiënten	
Engagement partnerorganisaties	Omkadering	

#### 4.2.1.1 Context

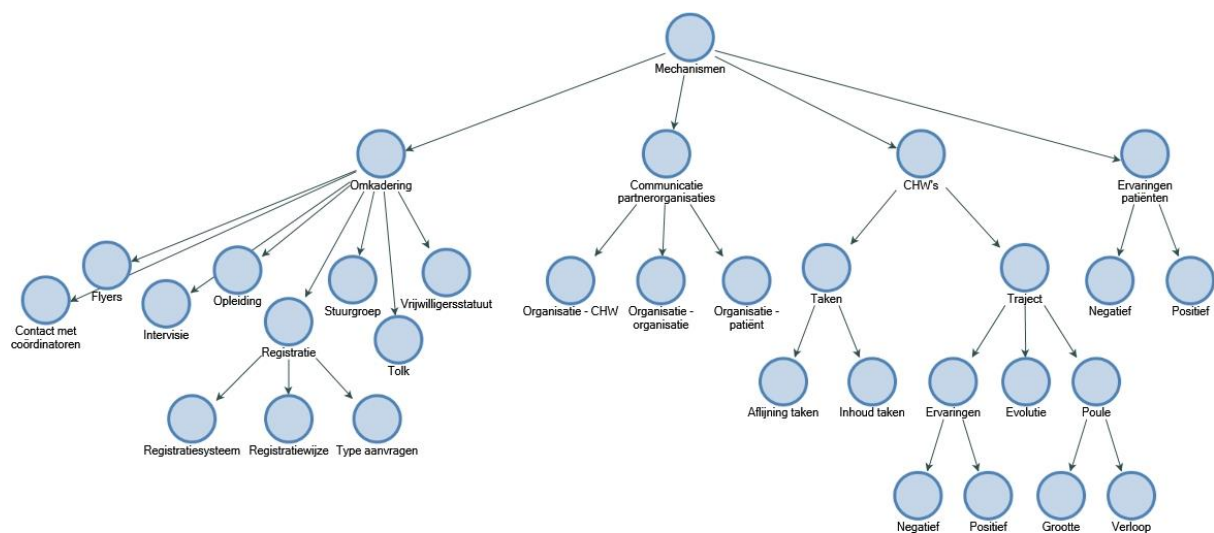
Onder de hoofdcategorie 'context' vallen vier grote subcategorieën met elk onderliggende codes. Onderstaande afbeelding geeft de bekomen codeboom weer. Ten eerste wordt de brede context inzake het Belgische gezondheidszorgsysteem in rekening gebracht. Ten tweede kunnen als contextuele factoren de eigenschappen van de CHW's via bepaalde mechanismen een invloed hebben op de outcome. Deze eigenschappen omvatten onder andere behulpzaam zijn, anderen als gelijke zien, een culturele achtergrond hebben, doorzettingsvermogen hebben, eerlijk zijn, ervaring hebben, flexibel zijn, eigen grenzen kunnen bewaken, gemotiveerd zijn, open-minded zijn, respectvol zijn, sociaal zijn en zelfstandig zijn. Ten derde moet rekening gehouden worden met de eigenschappen van de patiënten; bijvoorbeeld hun bereikbaarheid, culturele achtergrond, eenzaamheid, hoge verwachtingen, job, kennis over de Belgische gezondheidszorg, medische voorgeschiedenis, passiviteit, psychologische problemen, punctualiteit, taalbarrière, temperament, wantrouwen en zwakte. Tot slot kan het engagement van de partnerorganisaties ook gezien worden als een contextuele factor. Dit engagement heeft onder andere betrekking tot de groei van het pilootproject, de motivatie van de betrokken organisaties, de naambekendheid van het pilootproject, de noodzaak bij partnerorganisaties om gebruik te maken van het project en het wantrouwen van de betrokken organisaties t.o.v. het project.



Figuur 1. Codeboom context

#### 4.2.1.2 Mechanismen

De hoofdcategorie 'mechanismen' bevat tevens vier grote subcategorieën met onderliggende codes. Deze hiërarchie wordt grafisch weergegeven in onderstaande codeboom.



Figuur 2. Codeboom mechanismen

De eerste subcategorie met codes heeft betrekking tot de CHW's en meer specifiek hun taken en hun traject binnen het pilootproject. Binnen de code 'taken' wordt een onderscheid gemaakt tussen de afijning van de taken en de inhoud ervan. De inhoud van de taken van CHW's omvat onder andere administratieve taken uitvoeren, afspraken maken, begeleiden naar eerste lijn, begeleiden naar sociale diensten, begeleiden naar tweede lijn, begeleiden tijdens een consult, boodschappen doen, empoweren, gezond gedrag en levensstijl promoten, informatie verschaffen, presentie en luisteren, problemen signaleren, psychologische ondersteuning bieden en een vertaalslag maken. De code 'traject van CHW's' omvat enerzijds hun negatieve en positieve ervaringen binnen het pilootproject. Negatieve ervaringen kunnen geassocieerd worden met het trekken van een grens tussen hun privéleven en het vrijwilligerswerk, een gevoel van machteloosheid ervaren, de reacties van derden, een gevoel van verantwoordelijkheid en de verwachtingen van de patiënten. De positieve ervaringen zijn gerelateerd aan een leerrijke omgeving, het gevoel van dankbaarheid, het gevoel dat ze noodzakelijk en nuttig zijn en patiënten kunnen helpen door vertrouwen op te bouwen. Anderzijds komt binnen de code 'traject' de grootte en het verloop van de poule aan vrijwilligers aan bod. Daarnaast wordt ook de persoonlijke evolutie van CHW's opgenomen.

De tweede subcategorie betreft de communicatie van de partnerorganisaties met zowel de CHW's, andere organisaties als de patiënten.

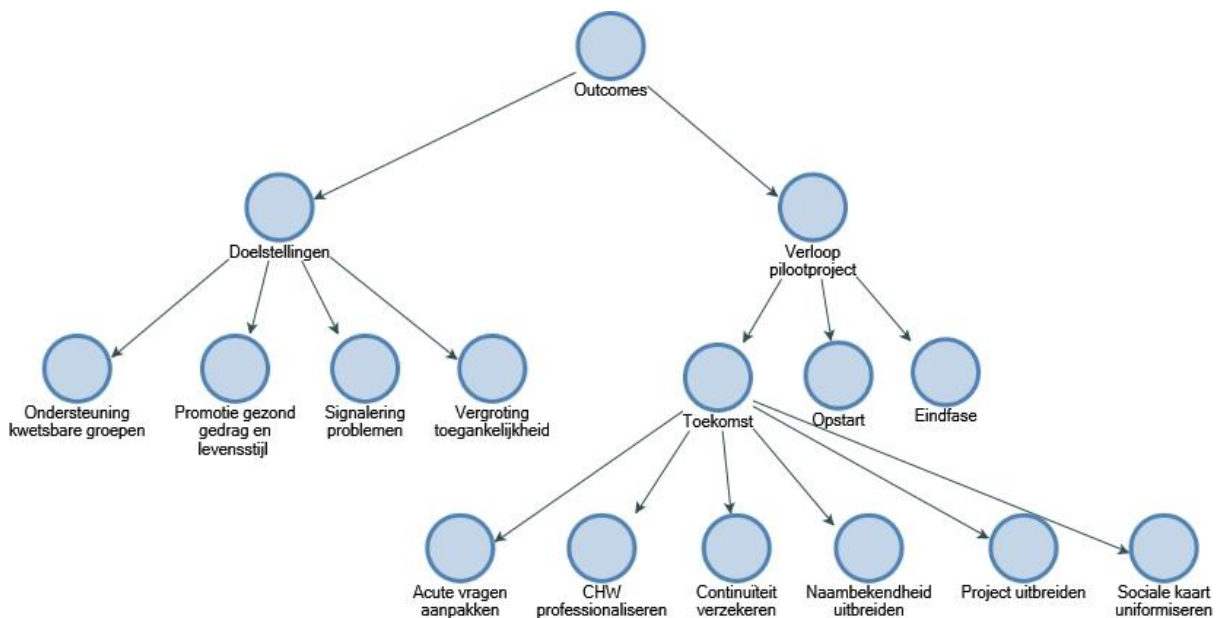
De derde subcategorie omvat de negatieve en positieve ervaringen van de patiënten. De negatieve ervaringen staan in relatie tot de band tussen de patiënten en de CHW, het feit dat ze zich ontmoedigd en uitgesloten voelen en de werking van het gezondheidszorgsysteem. De positieve ervaringen zijn gerelateerd aan dankbaarheid, duidelijkheid, ondersteuning, opluchting, reacties van derden, vertrouwen, zelfstandigheid en het feit dat ze zonder vooroordelen worden behandeld.

Tot slot betreft de vierde subcategorie de omkadering van het pilootproject. Volgende codes zitten hierin vervat; het contact met de coördinatoren, de flyers, de intervisies, de opleiding, de registratie, de stuurgroep, de tolken en het vrijwilligersstatuut. De code 'registratie' kan nog verder worden onderverdeeld in het registratiesysteem, de registratiewijze en het type van aanvragen. Deze laatste code werd reeds cijfermatig besproken bij de kwantitatieve analyse (tabel 4). Aangezien deze gegevens tevens kwalitatief in detail werden beschreven in het registratiesysteem, worden ze hier nog eens opgesomd. De aanvragen binnen het pilootproject kunnen als volgt worden onderscheiden: afspraken maken bij fedasil, de huisarts, sociale diensten, de tandarts, het wijkgezondheidscentrum, het ziekenhuis; begeleiden naar het CGG, de huisarts, huisbezoeken, de kinesist, de orthopedist, de sociale dienst, de tandarts, het wijkgezondheidscentrum en het ziekenhuis; de communicatie tussen patiënt en hulpverlener ondersteunen; financiële bijstand verlenen bij de tandarts; de patiënt herinneren aan zijn of haar afspraken en de progressie opvolgen; informatie verschaffen; sociale ondersteuning bieden en een vertaalslag maken. Bij sommige aanvragen werd de zorgvraag echter onduidelijk geformuleerd in het registratiesysteem. Deze aanvragen werden bijgevolg als 'onduidelijk' gecodeerd.

#### 4.2.1.3 Outcome

De hoofdcategorie 'outcome' wordt onderverdeeld in twee subcategorieën: namelijk de doelstellingen en het verloop van het pilootproject. De doelstellingen van het project omvatten zoals reeds vermeld de ondersteuning van kwetsbare groepen, de promotie van gezond gedrag en levensstijl, de signalering van problemen en de vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

Daarnaast wordt het verloop van het pilootproject verder opgesplitst in de opstart, de eindfase en de toekomst ervan. Bedenkingen en uitdagingen omtrent de toekomst van het project zijn onder andere de acute vragen kunnen opvangen, CHW als functie professionaliseren, de continuïteit van het pilootproject verzekeren, het pilootproject en de naambekendheid ervan uitbreiden en de sociale kaart uniformiseren. Deze onderverdeling wordt grafisch weergegeven in onderstaande codeboom.



Figuur 3. Codeboom outcome

#### 4.2.2. Belangrijkste CMO-koppelingen

Vervolgens worden de theoretisch meest interessante koppelingen uit tabel 19 in bijlage 6 verder uitgewerkt. De besproken koppelingen worden vetgedrukt weergegeven. Bovendien komen deze koppelingen frequent voor in de verzamelde data, wat kan wijzen op relevantie in de praktijk. De koppelingen worden onderverdeeld in vier grote groepen; namelijk de sterktes van het pilootproject, de werkpunten, de vooropgestelde doelstellingen en enkele mogelijke actiepunten omtrent de toekomst. Daarnaast worden telkens opvallende opmerkingen en cases uit de interviews vermeld ter ondersteuning van de gelegde koppelingen.

#### 4.2.2.1. Sterktes pilootproject

##### *Zelfstandigheid CHW's*

Het feit dat CHW's zelfstandig zijn en zelfstandig kunnen werken, zorgt voor een goed contact met de coördinatoren en een vlot verloop van het pilootproject. Uit interviews blijkt namelijk dat CHW's gemakkelijk signalen oppikken en patiënten indien nodig doorverwijzen naar andere hulpverleners. Indien het OCMW bijvoorbeeld niet bereikbaar is, wordt het probleem tijdelijk zelf opgelost door de CHW zelf. Dit leidt tot de discussie omtrent het professionaliseren van de CHW's in de toekomst. Deze professionalisering omvat enerzijds een meer uitgebreide omkadering en ondersteuning en anderzijds het omschakelen naar een erkende en betaalde job. Tevens kunnen CHW's succesvol participeren in de intervisies en de opleiding. De bevroegde CHW's ervoeren de intervisies dan ook als heel positief. Bovendien benadrukten ze de meerwaarde van de intervisiemomenten door de mogelijkheid om ervaringen te delen met elkaar.

CHW's melden dat ze eveneens duidelijk de grens kunnen trekken tussen hun privéleven en hun vrijwilligerswerk. Er worden hier wel individuele verschillen opgemerkt. Sommige CHW's zijn hier heel strikt in. Anderen zijn geneigd om toch te helpen in hun vrije tijd, maar voelen dit zelf niet als grensoverschrijdend aan. Dit leidt tot positieve ervaringen bij patiënten met betrekking tot de aanmoediging van hun zelfstandigheid. Bijgevolg heeft dit een invloed op het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen van het project. Bovendien leidt deze bekomen zelfstandigheid bij patiënten tot de ideeën om in de toekomst de functie van CHW's te professionaliseren, de naambekendheid van het project uit te breiden en de sociale kaart te uniformiseren.

*“Ook al was dat geen deel van haar takenpakket, heeft zij toch buiten haar werk mij ook geholpen daarin. Ik zeg maar iets, ze heeft de boeken van haar kinderen aan mij gegeven voor mijn kind. Er was een gesprek met een leerkracht dat ik wou aangaan. Zij is dan met mij meegegaan. Dat lag allemaal niet binnen haar takenpakket, maar dat heeft ze er toch bij genomen.”*

*- Xavier en Yente (patiënten)*

### *Psychologische steun bieden*

Bepaalde eigenschappen van CHW's leiden tot positieve ervaringen binnen het project bij zowel CHW's, als bij patiënten. CHW's beschouwen bijvoorbeeld hun medemens als gelijke. Deze eigenschap leidt bijgevolg tot het uitvoeren van taken zoals patiënten empoweren, er gewoon voor hen zijn en hen een luisterend oor bieden. Daarnaast zijn CHW's van nature uit behulpzaam en gemotiveerd. Ze voelen de tijd die ze spenderen aan het helpen van personen als nuttig aan. De bevroegde CHW's beduiden dan ook dat ze een goed gevoel krijgen door het project, omdat ze mensen kunnen helpen (zonder financiële incentive) en zich nuttig kunnen maken voor de maatschappij.

*“Ik voel mij heel belangrijk om die mensen te empoweren, te versterken zodanig dat ze de taak zelf kunnen opnemen. Dat is de bedoeling.”*

*- Jan (CHW)*

*“Die vooruitgang zien en die mensen iets kunnen geven en betekenen en ze gewoon een duwtje kunnen geven, dat is gewoon fantastisch.”*

*- Anna (CHW)*

Ze geven ook aan veel te kunnen bijleren door hun deelname aan het project. Bovenvermelde eigenschappen, taken en positieve ervaringen van CHW's resulteren in een betere ondersteuning van kwetsbare groepen en een vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

CHW's behouden bijkomend een open-minded kijk tijdens het uitvoeren van hun opdrachten. Zo krijgen patiënten een ander perspectief op hun problemen aangeboden. Bijgevolg worden kwetsbare groepen beter ondersteund, gezond gedrag en levensstijl worden gepromoot en de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg wordt vergroot.

*“Die is niet alleen met de problematiek bezig, maar ook hoe het komt dat je in die situatie verzeild geraakt bent. En hij kijkt ook verder. Ik vind dat toch belangrijk.”*

*- Ella (patiënt)*



Daarnaast zorgt het behulpzame karakter van CHW's in combinatie met het punctuele karakter van sommige patiënten voor een gevoel van ondersteuning bij deze patiënten. Zo kan bij bepaalde patiënten reeds na één begeleiding verandering in het gedrag worden waargenomen. Door deze kleine duw in de rug ondervinden patiënten bijgevolg een zekere zelfstandigheid bij het organiseren van hun eigen zorg. Deze positieve ervaringen leiden tot een betere ondersteuning van kwetsbare groepen en een vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

*“Some people, you just have to show them the way and then they can continue on their own.”*

- Sara (CHW)

Zoals reeds vermeld beschouwen CHW's de patiënten als hun gelijke, wat leidt tot positieve ervaringen bij beide partijen. CHW's hebben het gevoel dat ze de patiënten kunnen helpen en bovendien een vertrouwensband met hen kunnen opbouwen. Zo blijkt uit de interviews dat patiënten CHW's spontaan aanspreken door hun opgebouwde vertrouwensrelatie. Deze vertrouwensband ontstaat mede dankzij hun sociale karakter en hun presentie. De CHW neemt de tijd om de situatie van de patiënt nader te bekijken en wijst niet met het vingertje. Daarnaast kan deze band nog versterkt worden door de match tussen de culturele achtergrond van de CHW en van de patiënt. Patiënten hebben vaak ook een grote nood aan hulp. Ze voelen zich bijgevolg dankbaar, ondersteund, opgelucht, zelfstandig, vertrouwd en zonder vooroordelen behandeld. Bovenvermelde context en mechanismen leiden tot een betere ondersteuning van kwetsbare groepen en een vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

*“En dat is een beetje ons pluspunt: bijstaan naast en met de mensen. Ik sta niet boven de mensen en mensen voelen dat dikwijls en gaan u dan sneller in vertrouwen nemen.”*

- Emma (CHW)

*“Dat is eigenlijk echt het concept van de community health worker, je staat er voor uw gemeenschap.”*

- Lize (coördinator)

### *Praktische steun bieden*

Het doorzettingsvermogen, de ervaring en de zelfstandigheid van CHW's beïnvloeden de communicatie met de partnerorganisaties op een positieve manier. Deze positieve invloed leidt tot een betere ondersteuning van kwetsbare groepen en een vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. Zo kunnen CHW's een enorme steun aanbieden aan patiënten en dit ook op praktisch vlak.

*“Het is ook zeer praktisch. Dus mensen voelen ook direct dat er ondersteuning is. Het is een zeer praktische hulp. Dus het is makkelijker om iemand zo toe te leiden, dan als het is voor een ondersteunend gesprek. Dat is moeilijker.”*

*- Marie (organisatie)*

Hun ondersteuning leidt tot betere afspraken en vlotter contact met externe hulpverleners. Eén van de partnerorganisaties heeft bijvoorbeeld een betalingssysteem kunnen uitwerken met de tandarts en de CHW, zodat patiënten minder 'no show'-gedrag vertonen.

*“Wanneer de CHW erbij was dan zag je ook dat de dokters je op een andere manier behandelden. Veel meer gedetailleerd. Ze waren veel meer met je bezig, dan moest ik daar bijvoorbeeld alleen naartoe gaan.”*

*- Xavier en Yente (patiënten)*

Aangezien sommige patiënten geen vast inkomen hebben, is één van de taken van CHW's om hen te begeleiden naar een sociale dienst en zo te zorgen voor een betere ondersteuning van kwetsbare groepen. Het is namelijk zo dat CHW's ook vaak geconfronteerd worden met problematieken die buiten de scope van de gezondheidszorg vallen, bijvoorbeeld huisvesting of financiële schulden.

*“Dat is echt een meerwaarde voor mij. Niet alleen als coach in het ziekenhuis, maar dat ik daar een keer mee kan babbelen, zonder dat ik beoordeeld word omdat ik schulden heb.”*

*- Ella (patiënt)*

#### 4.2.2.2. Werkpunten pilootproject

##### *Werking gezondheidssystem*

Alvorens de werkpunten van het pilootproject toe te lichten, wordt er dieper ingegaan op de hiaten binnen een ruimer kader. Zo leidt de wijze waarop het Belgische gezondheidssystem georganiseerd is, tot een gevoel van machteloosheid bij CHW's.

*“Dat zijn mensen die een heel goed hart hebben en dan willen ze de wereld verbeteren, en dan komen ze tot het besef dat dat niet kan. Dat je niet al die dingen kan veranderen. Dat je die mensen niet plots een woning of een uitkering kan geven. Daar merk ik dat er soms wel frustraties naar boven komen, maar meer uit goedheid, maar ook soms omdat ze niet altijd doorhebben hoe het systeem helemaal in elkaar zit. En dat ze soms niet altijd beseffen dat er twee partijen zijn.”*

*- Louise (coördinator)*

Bovendien voelen ze door hun verantwoordelijkheidszin en hun doorzettingsvermogen een last op hun schouders om patiënten, die door de mazen van het systeem vallen, op te vangen. CHW's zetten zich in om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt, maar ons systeem verhindert hen soms in het uitvoeren van hun taken.

*“Je hebt gezondheidssystem voor arme mensen en gezondheidssystem voor rijke mensen.”*

*- Ella (patiënt)*

De negatieve gevoelens die heersen bij de CHW's, worden verder versterkt door een beperkte medewerking van andere hulpverleners. Ook het feit dat sommige patiënten niet altijd even punctueel zijn, leidt tot een gevoel van machteloosheid en een te grote verantwoordelijkheid bij CHW's. Wanneer patiënten hun afspraak niet nakomen na meermaals eraan herinnerd te zijn, leidt dit tot een zekere nervositeit bij de CHW's. Ze hebben het gevoel dat ze hun tijd verdoen. Bovenstaande ervaringen beïnvloeden de ondersteuning van kwetsbare groepen en de vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg negatief.

*"I'm just a bit nervous, because I'm wasting my time. I also have a private life, a job and in the end they don't appreciate it."*

- Sara (CHW)

Ten slotte heeft een groot aandeel van de bereikte doelgroep binnen het project geen tot weinig kennis over het Belgische gezondheidszorgsysteem. In combinatie met een beperkte kennis van het Nederlands beïnvloedt dit de taken van de CHW's. Meer specifiek speelt deze beperkte kennis een rol bij het uitvoeren van administratieve taken, het maken van afspraken, het begeleiden naar afspraken, het empoweren, het verschaffen van informatie en het maken van een vertaalslag. Daarnaast ondervinden deze patiënten dat ze uitgesloten worden door de werking van het systeem. Een geïnterviewde patiënt gaf bijvoorbeeld aan dat zelf initiatief nemen in het maken van afspraken in de toekomst moeilijk zal blijven door het gebrek aan informatie over het Belgische gezondheidszorgsysteem en de blijvende taalbarrière. Dit gegeven oefent een negatieve invloed uit op de ondersteuning van kwetsbare groepen en de vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

### *Overlap met professionelen*

Zoals reeds vermeld kan de culturele achtergrond van sommige CHW's als een sterkte aanzien worden. Zo zijn ze namelijk andere talen dan het Nederlands machtig, waardoor ze vaak als vertaler worden ingezet bij het begeleiden van patiënten. Het inschakelen van een professionele tolk is namelijk een omslachtig en tijdrovend gebeuren. Het geeft de CHW's echter soms een dubbel gevoel, omdat ze op die manier de taken van bepaalde professionelen (zoals tolken, maar ook maatschappelijk werkers) overnemen.

Naar aanleiding van deze overlapping in taken met professionelen heerst het idee om de functie van CHW's in de toekomst te professionaliseren. Het feit dat CHW's de taak van vertaler op zich nemen, leidt namelijk tot een betere ondersteuning van kwetsbare groepen en een vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

*“We kunnen wel uitdokteren, naar de maatschappelijke assistent gaan: ‘dit is de vraag van de cliënt’. Wij geven u dat mee en zij moeten daar iets mee doen. We zijn niet gemachtigd. We hebben daar het mandaat niet voor om tegen de cliënt te zeggen ‘dan moet je naar daar, dan naar daar’. Als dat overschrijdend is met een maatschappelijke assistent, dan gaat die zich op haar tenen getrapt voelen. Daar moet je wel een beetje mee opletten.”*

- Jan (CHW)

#### *Moeite met het inlossen van verwachtingen*

De culturele achtergrond, het temperament en de hoge verwachtingen van patiënten zorgen soms voor negatieve ervaringen bij CHW's. Zo ondervinden CHW's dat andere hulpverleners neerbuigend kunnen reageren op de patiënten die ze proberen te helpen.

*“Er zijn patiënten die na de arts buiten komen, die echt enorme huilbuien krijgen. Dat ze zich niet kunnen uiten zoals ze willen, dat de artsen zelfs niet luisteren, dat ze hen niet laten uitspreken.”*

- Anna (CHW)

Door voorgaande negatieve ervaringen met het systeem, hebben patiënten vaak onhaalbare verwachtingen van de CHW's. Deze hoge verwachtingen zorgen ook voor een minder scherpe aflijning van de taken die CHW's op zich nemen. Zo wordt de grens tussen het privéleven en het vrijwilligerswerk van CHW's sporadisch overschreden door patiënten. CHW's vinden het soms ook vervelend wanneer ze bij een doktersconsult mee naar binnen worden gevraagd. Ze willen namelijk de patiënt in zijn waardigheid behouden.

*“Dat is zo ambetant, want dat zijn privégegevens. Daar heb ik het wat moeilijk mee. Ik sta wel open om te luisteren, maar dat gaat mij niet aan. Dat is zo de patiënt gaan vernederen. Dat voelt bij mij zo aan.”*

*- Jan (CHW)*

Aangezien de werklast en de inhoud van hun taken niet altijd stroken met hun vrijwilligersstatuut, is er sprake van verloop binnen de poule van CHW's. Het verloop kan daarnaast gekoppeld worden aan het vermogen van de CHW's om al dan niet hun eigen grenzen te bewaken. Dit aspect wordt vervolgens verder toegelicht. Deze zaken leiden tot de nood aan het professionaliseren van CHW's. Daarnaast is het van belang om ook de naamsbekendheid van het project uit te breiden en de sociale kaart te uniformiseren.

CHW's ondervinden eveneens een taalbarrière, waardoor ze de verwachtingen van de patiënten moeilijker kunnen inlossen. Dit onwennig en machteloos gevoel van CHW's heeft een negatieve invloed op de ondersteuning van kwetsbare groepen en de vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

*“Daar bots ik wel enorm op, op die taalbarrière. Onwennig, ja. Je probeert met handen en voeten iets uit te leggen en dat is niet echt makkelijk.”*

*- Jan (CHW)*

Uit de interviews kan dus geconcludeerd worden dat de verwachtingen van patiënten naar CHW's toe regelmatig hoog liggen. Patiënten bezitten vaak geen kennis over het pilootproject en weten bijgevolg niet wat het project precies inhoudt. Ze zijn ook niet op de hoogte dat ze bijgestaan worden door een CHW. Ze zijn vooral blij dat ze geholpen worden. In de toekomst moet er dus duidelijk gemaakt worden dat CHW's vrijwilligers zijn. De nood aan duidelijk afgelijnde opdrachten is dus groot. Naast de bezorgdheid van de partnerorganisaties, hechten ook de CHW's belang aan zelfzorg. Zo vinden sommigen het hanteren van een werk-GSM reeds een deeloplossing.

*“Zolang dat je kan helpen en de mensen zijn tevreden, is het gemakkelijker om te verwerken, omdat de mensen dankbaar zijn. Wanneer het mislukt, daar wordt het moeilijker om te verwerken. Ze richten zich soms zeer persoonlijk op u. Ze zijn kwaad en ze willen pijn doen om hun kwaadheid kwijt te kunnen.”*

*- Annabel en Bieke (organisatie)*

### *Grenzen bewaken*

Het vermogen van CHW's om hun grenzen te kunnen bewaken, vormt een veelvoorkomend discussiepunt. CHW's komen namelijk veel in contact met kwetsbare patiënten, bijvoorbeeld personen met psychologische moeilijkheden of met financiële problemen. Deze doelgroep kampt vaak met verschillende problematieken, waardoor de CHW's aanvoelen dat het moeilijker is om de grenzen tussen hun privéleven en hun vrijwilligerswerk te bewaken. Hierdoor ervaren de CHW's dat ze een (te grote) verantwoordelijkheid dragen en machteloos staan tegenover de situatie. Dit gevoel heeft een negatieve invloed op de ondersteuning van kwetsbare groepen.

*“Ik heb wel ondervonden dat de opdrachten die ik binnenkrijg, dat dat echt wel mensen zijn die heel kwetsbaar zijn. Heel heel kwetsbaar zijn. Echt, ik verschoot daar eigenlijk zelf van. Die er echt wel nood aan hebben. Dat zijn meestal mensen die tijd nodig hebben. In alle instanties moet het allemaal heel vlug gaan en mensen hebben de tijd niet om vragen te stellen.”*

*- Emma (CHW)*

Het feit dat CHW's hun eigen grenzen mogelijk niet kunnen of willen bewaken, heeft daarnaast een invloed op de aflijning van hun taken. De inhoud van hun taken bepaalt bijgevolg het al dan niet behalen van de vooropgestelde doelstellingen. Uit de interviews blijkt dat de taken van CHW's voornamelijk het begeleiden van de patiënt naar de zorgverlener en het vertalen omvatten. Daarnaast moeten ze soms ook informatie geven over het Belgische gezondheidszorgsysteem. Er kan opgemerkt worden dat niet enkel aan personen met een migratieachtergrond, maar ook aan Vlamingen informatie dient verschaft te worden.

### *Acute vragen aanpakken*

De flexibiliteit en de zelfstandigheid van de CHW's hebben, in combinatie met de organisatie van het Belgische gezondheidszorgsysteem, een invloed op de taken van de CHW's. Het vraagt namelijk tijd om een aanvraag te registreren of om vervoer te kunnen regelen voor een afspraak. CHW's vinden het jammer dat ze zo niet altijd acuut kunnen reageren op bepaalde vragen van patiënten. Dit leidt tot de ideeën om in de toekomst de functie van een CHW te professionaliseren en het project uit te breiden, opdat acute vragen kunnen worden opgevangen.

*“Dat is ook de organisatie die zegt ‘wij kunnen jullie heel goed gebruiken voor acute problemen, maar dat gaat niet, want tegen dat we jullie kunnen aanvragen, duurt het al een paar dagen, soms een week, soms meer’. Dan moet die mens dringend geholpen worden, dat is wel jammer.”*

*- Anna (CHW)*

### *Engagement partnerorganisaties*

Er kan opgemerkt worden dat het engagement van sommige partnerorganisaties nog beperkt is. Dit fenomeen kan mogelijks verklaard worden vanuit een zeker wantrouwen tegenover de bekwaamheid van de CHW's om om te gaan met de meest kwetsbare personen uit de maatschappij. Dit wantrouwen wordt deels gevoed vanuit de beperkte naamsbekendheid van het CHW-project. Daarnaast is er soms sprake van een lage noodzaak om actief deel te nemen aan het project, omdat CHW's enkel worden ingezet als alle andere mogelijkheden zijn uitgeput. Het beperkte engagement heeft een invloed op het aantal aanvragen, voornamelijk door ziekenhuizen of huisartspraktijken. Het idee heerst dan ook om naar de toekomst toe de continuïteit van het project te verzekeren en het proberen uit te breiden. Bijgevolg is het belangrijk om de inhoud en de doelen van het project continu en op lange termijn te herhalen. Het kan eveneens aangewezen zijn om het - voor sommigen omslachtige - registratiesysteem te vereenvoudigen. CHW's geven zelf ook aan dat het opdoen van ervaring met sociale problematieken belangrijk is om zo de meest kwetsbare personen gepast te kunnen begeleiden.



*“Ik merkte door de maanden heen, dat iedereen enthousiast blijft, maar dat het vaak heel moeilijk is om effectief concreet tot acties over te gaan. Zo’n project is vaak het duizendste project in de rij en mensen worden overladen met informatie. Zo’n project heeft gewoon echt tijd nodig om ingebed te worden en bekend gemaakt te worden.”*

*- Louise (coördinator)*

### *Gebruik flyer*

De culturele achtergrond en de daarmee samenhangende taalbarrière van patiënten zorgen voor een beperkt gebruik van de flyer in de praktijk. Zo zien de partnerorganisaties deze flyer met informatie over het project niet als een meerwaarde. Het is volgens hen effectiever om het project mondeling aan de patiënt uit te leggen. Daarnaast merkt een geïnterviewde organisatie op dat er ook geen contactgegevens op de flyer vermeld worden. Dit heeft bijgevolg een negatieve invloed op het uitbreiden van de naamsbekendheid van het project en zo ook op de uiteindelijke ondersteuning van kwetsbare groepen en het vergroten van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

#### **4.2.2.3. Doelstellingen pilootproject**

##### *Toegankelijkheid vergroten*

De geïnterviewde patiënten reageerden zeer positief op hun ervaringen met het pilootproject en de CHW. Deze positieve ervaringen kunnen versterkt worden door enerzijds het behulpzame en respectvolle karakter van de CHW en anderzijds de punctualiteit van de patiënt. De patiënten uiten hun dankbaarheid. Ze hebben vertrouwen in de CHW, omdat deze hen zonder vooroordelen behandelt.

*“Nu heb ik ook zoiets van: komt er iets verkeerd in mijn leven, dan zeg ik: ‘Geen paniek, Anna is er en ik heb altijd iemand waarbij ik steun kan vinden.’ En dat is ook echt een psychologische verlichting.”*

*- Xavier en Yente (patiënten)*

De patiënten voelen zich meer ondersteund en ervaren dat ze nu zelfstandiger aan de slag kunnen. De doelstelling van het pilootproject om de toegankelijkheid te vergroten wordt dus grotendeels behaald. Dit wordt dan ook bevestigd door alle bevroagde partijen. Op structureel niveau moet er echter nog aan deze toegankelijkheid gewerkt worden.

*“Ik denk dat het heel belangrijk is een weg te maken die ze kunnen bewandelen.”*

*- Annabel en Bieke (organisatie)*

### *Kwetsbare personen bereiken*

Uit de interviews blijkt dat heel wat kwetsbare personen worden geholpen met het project. Dit gegeven kan ook bevestigd worden door de kwantitatieve resultaten. Zo hebben 52,9% van de geholpen patiënten een andere nationaliteit. De patiënten zijn bijgevolg de Nederlandse taal niet altijd machtig. Bovendien kan opgemerkt worden dat een bepaald aandeel geen papieren bezit (10,2%), als vluchteling erkend is (3,2%) of een asielpcedure ondergaat (5,7%). Op vlak van levensstandaard heeft 19,1% geen vast loon en heeft 35,7% recht op een verhoogde tegemoetkoming. De meest kwetsbare doelgroep wordt echter nog niet altijd bereikt.

*“Doordat je vertrekt vanuit huisartspraktijken of wijkgezondheidscentra, dat zijn mensen die je eigenlijk al bereikt hebt. Die zitten al binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Maar ik denk dat die CHW's meer kunnen betekenen voor mensen die daar nog volledig buiten vallen.”*

*- Jana (organisatie)*

Er worden ook individuele verschillen tussen de geholpen patiënten waargenomen. Bij sommige patiënten vormt de begeleiding een goed beginpunt en hebben ze enkel een kleine duw in de rug nodig. Bij anderen is het effect beperkt of worden positieve effecten pas op lange termijn gezien.

*“Soms lukt dat van bijna de eerste keer, maar zelfs is dat niet gelukt van de eerste keer, er is toch een opening. Het gaat misschien de tweede of de derde keer lukken.”*

*- Annabel en Bieke (organisatie)*

### *Structurele problemen signaleren*

Het al dan niet effectief uitvoeren van de signalisatietaak door CHW's vormt een discussiepunt bij de betrokken partijen. Zo merken de geïnterviewde partnerorganisaties op dat het doorgeven van signalen door CHW's nog te weinig aan bod komt. Tijdens een stuurgroep met de betrokken organisaties werd ook meermaals benadrukt dat de CHW's niet enkel mogen ingezet worden als een kortetermijnoplossing. De signalen mogen niet op het niveau van de CHW's blijven hangen. De context waarbinnen het project werkende is, namelijk het Belgische gezondheidszorgsysteem en de privésituatie van de CHW's, heeft echter een invloed op de manier waarop de communicatie tussen de partnerorganisaties en de CHW's verloopt. Bijgevolg speelt deze beïnvloeding ook een rol bij het behalen van de vooropgestelde doelstellingen, zoals het signaleren van problemen.

*“Ik denk dat wij ook vooral ingestapt waren met de idee dat we hoopten dat we kunnen signaleren waarop dat de eerstelijnsgezondheidszorg vastloopt. En dat dat er nu al minder in zit. Nu wordt dat opgenomen door de buddy's zelf. Die proberen dat op te lossen, zodat er toch toegankelijkheid is, maar de stap terug van ‘Hoe komt het dat het ontoegankelijk is? Wat kunnen we daaraan doen? Hoe gaan we dat zelf opnemen of signaleren?’.”*

*- Jana (organisatie)*

De coördinatoren van het project en de CHW's zelf melden echter dat signalen wel worden doorgegeven. Zo communiceren de CHW's omtrent gesignaleerde problemen met de coördinatoren van het project of melden ze deze via het registratiesysteem. Onrechtstreeks komen er ook heel wat signalen naar boven bij de intervisies. Het open-minded en sociaal karakter van de CHW's faciliteert namelijk het openlijk delen van ervaringen en struikelblokken tijdens deze intervisiemomenten.

*“Ik ben altijd blij om te horen hoe andere collega’s, wat zij willen bespreken, waar zij soms tegen aan botsen. Dus ik vind dat wel interessant die intervisies. Ik kan altijd iets opsteken of eens horen van een andere collega ‘hoe is die daar mee omgegaan?’.”*

*- Emma (CHW)*

### *Preventie en promotie*

Een ander discussiepunt is het al dan niet opnemen van preventie en promotie binnen het takenpakket van de CHW's. Er is namelijk vaak geen ruimte voor CHW's om dit preventieve luik toe te passen tijdens hun begeleiding van de patiënt. Zowel CHW's, als partnerorganisaties geven aan dat het belangrijk is dat patiënten niet betutteld worden.

*“Het is niet alleen roken, ik ga soms met zware drugsverslaafden op stap ook. Je kan dat niet altijd zeggen.”*

*- Anna (CHW)*

Daarnaast zijn er twijfels over de geschiktheid van CHW's voor het zelfstandig promoten van gezond gedrag en levensstijl. Ook de bereikbaarheid van de patiënt heeft een invloed op de mogelijkheid van CHW's om gezond gedrag en levensstijl te promoten.

*“Die zien de patiënt één of twee keer, dat zijn vaak patiënten die de arts al jaren ziet en daar nog niet in slaagt. Dus ik denk dat dat een utopie is dat een gezondheidsgids het gedrag zou kunnen veranderen door één of twee gesprekken met de patiënt.”*

*- Jana (organisatie)*

*“Je moet een stuk soms taboe doorbreken. Stel dat het ook iets is rond seksuele gezondheid, geestelijke gezondheid. Je moet ook wel mensen meekrijgen om naar zoiets te gaan. En dat is zwaarder werk.”*

*- Lize (coördinator)*

Het sociale karakter van de CHW's en hun respectvolle manier van omgaan met de patiënt, faciliteren echter wel het opbouwen van een vertrouwensband. Bijgevolg kan de CHW makkelijker onderwerpen omtrent gezond gedrag en levensstijl aanbrengen bij de patiënt in vergelijking tot professionele hulpverleners. Eenmaal het onderwerp ter sprake is gekomen, kan de CHW de taak uit handen geven. Zo kan er als alternatieve aanpak doorverwezen worden naar een professional, bijvoorbeeld naar een rookstopsessie of naar een BOV-coach.

*“Ik vind dat we daar wel een rol in hebben. Bij de patiënten worden we enorm geaccepteerd, echt waar, enorm. Als je daar wordt geaccepteerd, dan is dat veel gemakkelijker en sommige dingen die de artsen of verpleegsters zeggen of de zorginstellingen zeggen, zijn ze meestal kwaad op. Als wij iets zeggen, zijn ze er niet kwaad op. Want ze doen hun deuren open voor ons. Ze accepteren ons.”*

- Anna (CHW)

#### 4.2.2.4. Actiepunten voor de toekomst

##### *CHW's professionaliseren*

Op basis van bovenstaande bevindingen kunnen enkele uitdagingen voor de toekomst geformuleerd worden. CHW's krijgen, via de taken die ze uitvoeren als vrijwilliger, meer ervaring met de zorgsector. Door hun eigen voorgeschiedenis pikken ze snel nieuwe informatie op. Bovendien wordt er bij de opleidingen en de intervisiemomenten telkens goed geparticipeerd. Ze zijn geprikkeld door de sector en willen er bijgevolg graag een professionele job van maken. De intrinsieke motivatie en de zelfstandigheid van de CHW's leiden eveneens tot een eerder beperkt verloop binnen de poule aan vrijwilligers. De vaste CHW's hopen dan ook dat het project blijft bestaan en verder wordt uitgebouwd.

*“Dat wij daar ook ergens niet alleen maar vrijwillig, maar dat we ook ergens mee in de arbeidsmarkt, als job. De mensen die meedoen aan dit project willen leren, ervaring opdoen, en ook, sommigen werken al, maar sommigen zijn op zoek naar iets en die willen een beetje doelgericht vooruit.”*

- Anna (CHW)

### *Nood aan meer erkenning*

Zoals reeds vermeld leidt de manier waarop het Belgische gezondheidszorgsysteem georganiseerd is enerzijds tot een gevoel van machteloosheid bij de CHW's. Anderzijds heeft deze organisatie een invloed op de omkadering van het project, met name het gebruik van externe tolken en het vrijwilligersstatuut van de CHW's. Dit benadrukt de nood aan het uitbreiden van de naamsbekendheid van het project en daarbij de erkenning van de CHW's. Uit de interviews met de CHW's blijkt namelijk dat ze graag meer erkenning zouden krijgen als gezondheidsgids, aangezien er nu bijvoorbeeld geen vrijstelling vanuit de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) wordt gegeven. Bovendien verhindert een beperkte naamsbekendheid van het project bij artsen de vlotte uitvoering van hun taken.

*“Dat dit project niet de naam ‘project’ blijft behouden, maar gewoon een wezenlijk onderdeel wordt van de werking van alle mogelijke eerstelijnsorganisaties en hulpverleners.”*

*- Rik (organisatie)*

### *Sociale kaart uniformiseren*

De verschillende CHW's hebben reeds elk hun eigen ervaring met sociale problematieken, wat de aflijning en de uitgebreidheid van hun taken beïnvloedt. Bovendien wordt de inhoud van hun taken deels bepaald door de hiaten in het Belgische gezondheidszorgsysteem. CHW's zullen deze beperkingen namelijk proberen op te vangen. De organisatie van ons systeem beïnvloedt ook de communicatiewijze tussen organisaties, patiënten en CHW's. Door een gebrek aan duidelijke communicatie kunnen patiënten zich bijvoorbeeld ontmoedigd en uitgesloten voelen. Organisaties worden echter overspoeld door een ruim aanbod van projecten, waardoor deze soms de bomen door het bos niet meer zien. Er is dus een toenemende nood aan het uniformiseren van de sociale kaart. Daarbij is het van belang dat CHW's als een professionele functie aanzien worden en de naamsbekendheid van het project verder wordt uitgebreid in de toekomst.

*“Ik vind dat wij een soort brug zijn. Die brug mankeert echt in de staat. Ook het project... Er zijn er veel: gidsen, wij zijn ook sleutelfiguren, gezondheidsgidsen. Ik vind dat ze er één groep moeten van maken.”*

- Anna (CHW)

### *Voortbestaan verzekeren*

Om aan de hoge verwachtingen van patiënten te kunnen voldoen, komt er druk te staan op de grenzen die CHW's voor zichzelf proberen te bewaken. Deze hoge verwachtingen hebben een negatieve invloed op het verloop in de poule van CHW's en leiden bijgevolg tot het idee om CHW's te professionaliseren. Daarnaast heeft het wantrouwen van sommige partnerorganisaties een invloed op de evolutie die CHW's doormaken doorheen hun traject. Ook de communicatie van de organisaties met de CHW's, de patiënten en de andere partnerorganisaties worden door dit wantrouwen gestuurd. Bovenstaande elementen kunnen de continuïteit van het project in gedrang brengen. Om de heersende werklust van de CHW's te reduceren, moet de poule verder uitgebreid worden. Daarnaast kan een extra vergoeding ook leiden tot minder verloop in de poule. Het is ook belangrijk om enerzijds een vertrouwensband op te bouwen tussen de patiënten en de CHW's. Anderzijds is het van belang om het vertrouwen tussen de CHW's en de partnerorganisaties te versterken. De betrokken organisaties krijgen soms (te) weinig informatie over de vervolcontacten tussen de CHW en de patiënt. Ze hebben daarnaast een beperkte kennis over wie de CHW is, omdat ze er weinig mee in contact komen. Bovendien krijgen de partnerorganisaties vaak informatie over verschillende projecten tegelijkertijd. Om hun interesse op te wekken en te behouden is het belangrijk om hen te blijven contacteren. Dit kan bijvoorbeeld door het project te introduceren op een vergadering met maatschappelijke werkers, waarbij een CHW meer uitleg geeft over wat hij of zij kan betekenen voor de organisatie.

*“Er is wel wat verteld geweest, maar blijkbaar is dat toch niet heel erg blijven hangen. Ik denk dat het niet slecht is om het nog eens te herhalen. Of eens iemand van de CHW’s te sturen om eens te vertellen van ‘wat is mijn job, wat kan ik doen en hoe vlot loopt dat als je mij vraagt, kan ik dat volgende week opnemen of morgen of binnen veertien dagen?’.”*

*- Marie (organisatie)*

## 5. Discussie

Met deze masterthesis werd er aan de hand van de ‘realist impact evaluation’-methode getracht een antwoord te bieden op de vooropgestelde onderzoeksvraag: “Waarom en op welke manier is het werk van de CHW’s zinvol?”. Meer specifiek werden de mogelijke contextfactoren en mechanismen die de werking en de outcome van het project kunnen beïnvloeden, onderzocht. Dit onderzoek heeft gepoogd een bijdrage te leveren aan de literatuur door het CHW-pilootproject in Gent te evalueren aan de hand van enerzijds een (beperkte) kwantitatieve analyse en anderzijds een (uitgebreide) kwalitatieve analyse. Bij datacollectie werd triangulatie toegepast. Een prominente databron bedraagt individuele semi-gestructureerde diepte-interviews met zowel patiënten, CHW’s, partnerorganisaties als de projectcoördinatoren. Vervolgens worden de bekomen resultaten van huidig onderzoek vergeleken met de belangrijkste inzichten uit de literatuur. Deze bevindingen worden bovendien aangevuld met interessante inzichten van de coördinatoren van het pilootproject te Gent.

### 5.1. Werking Gents pilootproject

Uit de resultaten blijkt dat het pilootproject te Gent over het algemeen als succesvol kan beschouwd worden. Zo worden de richtlijnen en de beleidsaanbevelingen die opgesteld werden door de WHO, in grote mate effectief opgevolgd binnen het Gents pilootproject. Er wordt namelijk een opleiding georganiseerd voor de CHW’s. Daarnaast is er ook een financiële vergoeding voorhanden. Deze is echter eerder beperkt omwille van het vrijwilligersstatuut. Dit leidt tot de discussie omtrent het professionaliseren van de job en bijgevolg het aanbieden van een verloning. Bovendien is er de gelegenheid tot additionele carrièremogelijkheden, aangezien het



pilootproject voor sommige CHW's een springplank vormt naar een opleiding of een betaalde job binnen de gezondheidszorg (bijvoorbeeld als zorgkundige). De coördinator waakt tevens over de afbakening van de doelpopulatie door telkens een gepaste koppeling te maken tussen de CHW en de patiënt. Bepaalde aanvragen worden geweigerd indien deze niet passen binnen het takenpakket van de CHW's. Daarenboven worden de gezondheidsdata op een betrouwbare en veilige manier gebruikt. De opleiding bevat namelijk informatie omtrent privacy en beroepsgeheim. Verder wordt enkel de nodige informatie over de patiënt bij de aanvraag door de partnerorganisaties aan de coördinator meegedeeld. Dit leidt echter soms tot te weinig informatie om een gepaste koppeling tussen de CHW en de patiënt te kunnen maken. Tot slot hebben CHW's verschillende hulpmiddelen ter beschikking zoals de intervisiemomenten, een werk-GSM en de flyer. Er werd echter door sommige CHW's aangegeven dat het hebben van een eigen (verzekerd) voertuig een meerwaarde zou kunnen betekenen tijdens hun begeleidingen (Ajuebor et al., 2019).

## 5.2. Gelijkenissen literatuur

Vervolgens wordt een overzicht aangeboden van de bekomen resultaten die overeenstemmen met de eerder besproken literatuur. Volgende onderwerpen worden aangehaald; de bereikte doelstellingen van het pilootproject, de faciliterende en belemmerende incentives bij een CHW-project en het takenpakket en de eigenschappen van de CHW's.

Er kan geconcludeerd worden dat het huidig pilootproject tegemoet komt aan de **doelstelling** van de WHO om gezonde levens te verzekeren en welzijn te promoten voor iedereen en alle leeftijden (Ajuebor et al., 2019). Dit weerspiegelt zich in zowel de kwalitatieve, als de kwantitatieve gegevens (bijvoorbeeld representatie van alle leeftijdscategorieën). In huidig onderzoek wordt zoals in een studie van Javanparast en collega's (2018) ook gewezen op het belang van CHW's in hoge inkomenslanden wegens de heersende ongelijkheden tussen bevolkingsgroepen. De kwantitatieve resultaten bevestigen bijvoorbeeld een verschil in de toegang tot de gezondheidszorg en de verzekeringsmogelijkheden tussen Belgen en niet-Belgen. Ook de kennis van het Nederlands speelt binnen de Belgische gezondheidszorg een belangrijke rol. CHW's kunnen dus ingezet worden om deze taalbarrière en bijgevolg de ongelijkheid (deels) op te vangen.

Deze masterthesis bevestigt daarnaast de bevindingen van Geldsetzer en collega's (2017). Zo kan ook het onderzochte CHW-project door het toepassen van het '**task shifting approach**'-concept, leiden tot een grotere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Er kan bovendien beter tegemoet gekomen worden aan lokale noden, aangezien de CHW's zelf deel uitmaken van verschillende lokale gemeenschappen. Bijgevolg kan het tekort aan arbeidskrachten binnen de gezondheidszorg deels worden opgevangen. Hierbij kan nogmaals het belang van de professionalisering van de CHW's benadrukt worden. Binnen het Gents pilootproject wordt echter wel gestreefd naar een duidelijke aflijning van de taken van de CHW's, zodat overlapping met zorgprofessionals vermeden wordt. Ook Torres en collega's (2014) tonen aan dat CHW's een aanvullende rol hebben ten opzichte van het klassieke gezondheidszorgsysteem. Op die manier wordt de toegankelijkheid van diensten voor kwetsbare personen in de samenleving verbeterd. Bovendien is het van belang om de continuïteit van de zorg te garanderen (Burns et al., 2014). Dit wordt ook binnen het pilootproject gefaciliteerd, wat bevestigd wordt door de kwantitatieve gegevens. Zo worden soms meerdere opdrachten bij een patiënt uitgevoerd door dezelfde CHW. Deze vervolgspraken worden zowel georganiseerd door de projectcoördinator, als zelf aangevraagd door de patiënt of de CHW.

Het behalen van de vooropgestelde doelstellingen van het CHW-project kan bovendien ondersteund worden door verscheidene factoren. Uit de bestaande literatuur blijkt namelijk dat verschillende incentives een **faciliterende invloed** hebben op de implementatie van CHW-programma's met bijgevolg een toegenomen performantie van dit programma. Volgende incentives zijn ook terug te vinden in het onderzochte pilootproject. Ten eerste wordt er een opleiding aangeboden aan de CHW's en zijn er blijvende leeropportunities, zoals de intervisiemomenten. Ten tweede worden de CHW's voldoende ondersteund. Zo is er morele steun en bijstand in het huishouden door de familie van de CHW. Er is ook sprake van een frequente supervisie door de coördinator van het project. Bovendien wordt de opvolging van de CHW's georganiseerd met behulp van technologische ondersteuning (George et al., 2017). De activiteiten van de CHW's worden bijvoorbeeld geregistreerd om hen gerichte feedback te kunnen geven (Tseng et al., 2019). Ten derde wordt hun werkschema gekenmerkt door flexibiliteit en autonomie (George et al., 2017).

Er kwamen echter ook enkele **barrières** naar boven tijdens de interviews. Zo is er sprake van een beperkte herkenning, negatieve reacties van hulpverleners en structurele beperkingen van het gezondheidszorgsysteem (George et al., 2017).

Ook het **takenpakket** dat ingevuld wordt door de **CHW's**, speelt een rol bij de bekomen performantie van het CHW-project. Uit zowel de kwantitatieve, als kwalitatieve analyse kan worden opgemerkt dat CHW's een breed takenpakket hebben. Ten eerste fungeren ze, zoals bevestigd in de literatuur, als brugfiguur tussen de gemeenschap en het Belgische gezondheidszorgsysteem dankzij hun culturele achtergrond en bekwaamheid om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënten. Bovendien kunnen ze het perspectief van de patiënt beter afstemmen op het perspectief van de zorgverlener (Allen et al., 2015; Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018). Ten tweede leidt de overeenstemming tussen de patiënt en de CHW op vlak van etnisch-gerelateerde kenmerken tot een belangrijke taak om de taalbarrière weg te werken (Islam et al., 2017). Ook in het onderzochte pilootproject wordt het maken van een vertaalslag als één van de meest uitgevoerde taken aanzien. Deze noodzaak wordt bovendien bevestigd door de kwantitatieve gegevens. Zo heeft 43,9% van de bereikte doelgroep geen kennis van het Nederlands. Ten derde worden CHW's ingezet om de 'patient empowerment' te stimuleren door meer specifiek informatie te verschaffen en emotionele ondersteuning te bieden. Ze worden ook ingezet bij niet-gezondheidsgerelateerde problemen (Islam et al., 2017). Zo wordt in een interview aangegeven dat een CHW de kinderen van een patiënt aan de hand van Nederlandstalige boekjes de Nederlandse taal probeert aan te leren. Ook worden patiënten met schulden, naast hun gezondheidsproblemen, op financieel vlak geholpen.

Tot slot kunnen op basis van de interviews verschillende **eigenschappen van CHW's** naar voren worden geschoven die overeenkomen met deze uit het literatuuroverzicht. Ten eerste bezitten CHW's over bepaalde interpersoonlijke vaardigheden. Zo zijn ze empathisch en putten ze uit hun eigen (negatieve) ervaringen om de patiënten te empoweren (George et al., 2017; World Health Organization, 2018). Daarnaast zijn ze niet-oordelend en hebben een open blik ten opzichte van de patiënten (Islam et al., 2017; World Health Organization, 2018). CHW's zijn ook assertief en bekwaam om een vertrouwensband op te bouwen en

discretie te tonen (World Health Organization, 2018). Ten tweede kunnen volgende communicatieve vaardigheden worden vastgesteld. CHW's zijn in staat om laagdrempelig en niet-veroordelend te communiceren en ze kunnen actief luisteren (World Health Organization, 2018). Bovendien hebben ze vaak een andere culturele achtergrond en bijgevolg een brede talenkennis (Burns et al., 2014; Islam et al., 2017; Palos & Hare, 2011). Ten derde bezitten de CHW's ook professionele vaardigheden. CHW's zijn vaak vrijwilligers die hun werk als CHW verkiezen boven een betaalde job, omdat ze het gevoel hebben dat ze waardevol werk leveren en sociale ondersteuning kunnen bieden aan hun gemeenschap (George et al., 2017). Ze zijn zeer gedreven (World Health Organization, 2018) en hebben dan ook een grote verantwoordelijkheidszin (O'Brien et al., 2010). Hun kennis over het gezondheidszorgsysteem en de sociale kaart draagt bij tot het uitvoeren van hun opdrachten (World Health Organization, 2018). Ten vierde zijn ze in staat te reflecteren over hun eigen rol (bijvoorbeeld tijdens de intervisiemomenten). Uit de interviews kan echter worden vastgesteld dat er discussie is omtrent hun vermogen om de eigen grenzen te bewaken.

### 5.3. Tegenstrijdigheden literatuur en resultaten

Naast bovenstaande overeenstemming tussen de bekomen resultaten binnen het huidige onderzoek en de besproken literatuur, kunnen er ook een aantal tegenstrijdigheden worden vastgesteld. Deze tegenstrijdigheden worden zowel tussen de literatuur en de resultaten, als binnen de resultaten onderling opgemerkt.

Ten eerste blijkt uit de interviews dat er een **verloop** is **binnen de poule**, aangezien de werklast en de inhoud van de taken niet altijd compatibel zijn met het vrijwilligersstatuut. Deze stelling wordt weerlegd door de projectcoördinator. De reden van het verloop zou namelijk te wijten zijn aan de additionele carrièremogelijkheden. Zo starten sommige vrijwilligers met een opleiding als doel door te kunnen groeien binnen de gezondheidszorg. Anderen vinden uiteindelijk een job of stoppen als vrijwilliger omwille van persoonlijke redenen (bijvoorbeeld een psychische problematiek of een onevenwichtige 'work-life balance'). Vanuit het perspectief van de coördinator wordt een te hoge werklast eerder ervaren door het feit dat CHW's hun eigen grenzen niet goed kunnen bewaken. Hierbij kan ook een contradictie binnen de bekomen resultaten worden opgemerkt. Enerzijds wordt

gesteld dat de hoge werklast en de taken die niet in overeenstemming zijn met het vrijwilligersstatuut, leiden tot een verloop binnen de poule. Anderzijds wordt vermeld dat er een beperkt verloop is door de intrinsieke motivatie en zelfstandigheid van de CHW's. Er kan bijgevolg geconcludeerd worden dat de motivatie van de CHW's een grote rol speelt, maar dat het toch belangrijk blijft om bepaalde grenzen te stellen en ook op voorhand duidelijke verwachtingen te communiceren.

Ten tweede blijkt uit de interviews dat CHW's aanvoelen dat ze soms de **taak van professionele tolken overnemen**. De coördinator van het project nuanceert deze bevinding door te stellen dat zowel de partnerorganisaties, als de CHW's weten dat de opdracht niet enkel tolken mag omvatten. Volgens haar voelen CHW's dit wel zo aan, omdat het tolken in hun ogen het enige is wat ze doen. In de realiteit doen ze echter veel meer. Ze bellen bijvoorbeeld de patiënt op, spreken samen af, stellen hem of haar gerust, gaan mee met de patiënt en tonen de weg zowel op straat, als in het ziekenhuis of bij de dokter. Tijdens deze momenten wordt vaak wel een vertaalslag gemaakt, maar de kern van de opdracht ligt elders. Zo zorgt de CHW er voornamelijk voor dat de patiënt op de afspraak geraakt, zodat er kan gewerkt worden aan de gezondheid van deze persoon.

Ten derde zijn er, zoals reeds vermeld, op het vlak van de **taken internationale verschillen** (Long et al., 2018). Binnen het huidig project varieert de inhoud van de taken zelfs van CHW tot CHW. Algemeen worden volgende taken het meeste uitgevoerd: het begeleiden naar een zorginstelling, het regelen en opvolgen van afspraken, het maken van een vertaalslag en het verschaffen van informatie. Er kan opgemerkt worden dat in andere landen het takenpakket soms ruimer wordt ingevuld, bijvoorbeeld gezondheidsonderzoeken uitvoeren met onder andere controle van vitale functies en screening van kanker (Hartzler et al., 2018; Lin et al., 2017). Binnen het pilootproject te Gent wordt echter beoogd een ondersteuning van professionals te bekomen en hierbij een overlapping van de taken te vermijden.

Ten vierde worden er bij het takenpakket van de CHW's in het buitenland meer ingezet op **promotie en preventie** in vergelijking met het Gent pilootproject; zoals het aanraden van een gezonder voedingspatroon, screening bij kanker (Gibbons & Tyus, 2007) of het aanpakken van mentale gezondheidsproblemen (Myers et al., 2019). In de literatuur wordt echter aangegeven dat CHW's niet altijd overtuigd zijn van hun eigen capaciteiten om deze taken op zich te nemen, mede omwille van hun vrijwilligersstatuut en hun beschikbare tijd (Myers et al., 2019). Binnen huidig onderzoek geven de geïnterviewde CHW's ook aan dat er niet altijd ruimte en tijd is om het preventieve luik toe te passen tijdens een begeleiding. Dit wordt ook bevestigd door de betrokken partnerorganisaties die benadrukken dat patiënten niet mogen betutteld worden. Daarnaast zijn er zowel bij de partnerorganisaties, als bij de CHW's twijfels over de geschiktheid van een CHW om zelfstandig gezond gedrag en levensstijl te promoten.

Ten vijfde kunnen enkele **facilitators** worden aangehaald die (nog) niet aanwezig zijn binnen het pilootproject te Gent. Deze kunnen dienen als adviezen voor een betere werking van het project. Om het wantrouwen van de hulpverleners en bepaalde partnerorganisaties te reduceren, is het bijvoorbeeld een idee om de CHW's herkenbaar te maken aan de hand van een naamkaartje met foto of een uniform. Daarnaast is een duidelijke aflijning van de taken in relatie met andere zorgverleners noodzakelijk. Dit is mogelijk door CHW's te betrekken in vergaderingen of stuurgroepen en hen te laten werken in de gezondheidszorginstellingen zelf in plaats van in de gemeenschap. Bovendien zijn een voldoende verloning en een faciliterende omgeving met de benodigde middelen van belang (George et al., 2017).

Tot slot worden in de literatuur gelijkaardige doelstellingen van een CHW-project opgesteld in vergelijking met het onderzochte project; namelijk de toegankelijkheid vergroten, kwetsbare groepen ondersteunen en promotie en preventie. De **signalisatie** van ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg wordt in de literatuur echter niet vermeld. CHW's worden in het buitenland voornamelijk ingezet om deze problemen te verhelpen. In het onderzochte pilootproject te Gent wordt er ook beoogd om deze structurele problematieken op te sporen.

## 5.4. Beperkingen onderzoek

Het huidig onderzoek bevat echter enkele limitaties. Ten eerste beoogt dit onderzoek de ervaringen met het pilootproject van CHW's, patiënten en partnerorganisaties in kaart te brengen. Er moet echter rekening worden gehouden met **intersubjectiviteit** bij de interpretatie van deze ervaringen. Er zijn namelijk mogelijk meerdere 'waarheden'. Het is dus van belang om ook de context voldoende in rekening te brengen. Hier wordt (deels) aan tegemoet gekomen door te werken met een CMO-hypothese. Daarnaast werd dit onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers met een verschillende vooropleiding. Er werd ook datatriangulatie toegepast in functie van de betrouwbaarheid en de interne validiteit.

Ten tweede is er, zoals reeds vermeld, geen sprake van een **aselecte steekproef**. De respondentengroep bestaat voornamelijk uit personen die bereid waren om over hun ervaringen met het pilootproject te praten. Patiënten die moeilijker bereikbaar zijn of CHW's/partnerorganisaties met een (te) drukke agenda waren misschien minder snel geneigd om deel te nemen.

Ten derde kan het **beperkt aantal data** die geëxtraheerd kan worden uit het registratiesysteem, vastgesteld worden. Daarmee samenhangend worden niet altijd alle gegevens even nauwkeurig ingevuld, waardoor er bij de kwantitatieve gegevens een redelijk groot aantal missings optreedt. Er is dus sprake van een beperkte steekproef bij de kwantitatieve analyse met bijgevolg geen mogelijkheid tot generalisatie van de bekomen resultaten. Ook bij het kwalitatieve luik kan een beperkte steekproef worden opgemerkt. Er werden slechts vier partnerorganisaties, zes CHW's en zes patiënten bevraagd in huidig onderzoek. Er wordt aanvullend nog beroep gedaan op vier interviews van een medestudent en interne documenten. De gevonden bevindingen kunnen bijgevolg mogelijk niet opgaan bij andere partnerorganisaties, CHW's of patiënten. De opzet van deze masterthesis is dan ook voornamelijk het verkrijgen van een verdiepend inzicht in een deelpopulatie.

## 6. Conclusie

Als antwoord op de onderzoeksvraag kan gesteld worden dat het werk van CHW's enerzijds zinvol is omwille van het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen. Het CHW-project leidt namelijk tot een verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het ondersteunen van kwetsbare groepen binnen de maatschappij, het signaleren van problemen en (in mindere mate) het inzetten op preventie en promotie. Anderzijds is het werk van CHW's zinvol door de interactie tussen onderliggende contextfactoren en mechanismen. Zo worden de bovengenoemde doelstellingen bereikt door contextuele factoren (namelijk de eigenschappen van CHW's, de eigenschappen van patiënten, het Belgische gezondheidszorgsysteem en het engagement van de partnerorganisaties) die een invloed uitoefenen op bepaalde mechanismen (zoals de taken en het traject van CHW's, de communicatie met partnerorganisaties, de ervaringen van patiënten en de omkadering).

Aan deze masterthesis is daarnaast een belangrijke maatschappelijke relevantie verbonden. Aan de hand van dit onderzoek kan het Gents pilootproject namelijk geëvalueerd worden en bijgevolg leiden tot het verkrijgen van extra financiering in functie van de continuïteit van het project. Bovendien kan dit onderzoek de aanzet betekenen tot het implementeren van CHW-projecten elders in België. Daarnaast vormt het onderzoek een leermoment voor de toekomst en leidt het aanpakken van de actiepunten tot een efficiëntere werking van het project. De eerder vermelde actiepunten kunnen dus als aanbevelingen bij deze thesis beschouwd worden. Ten eerste kan de mogelijkheid tot het professionaliseren van de CHW's verder uitgewerkt worden en kan hen daarbij aansluitend meer erkenning gegeven worden. Ten tweede kan het voortbestaan van het project verzekerd worden door nieuwe vrijwilligers en partnerorganisaties aan te trekken. Ten derde kan de sociale kaart geüniformiseerd worden om zo de structurele problematieken binnen de maatschappij beter aan te pakken.



Met deze masterthesis wordt tot slot reeds een poging gedaan om aan het gebrek aan eenduidige evidentie deels tegemoet te komen. De literatuur omtrent een evidence-based implementatie van CHW's in de gezondheidszorg is namelijk schaars. Dit vormt een barrière bij de aanvaarding van CHW's en de integratie van een CHW-project in het reeds bestaande gezondheidszorgsysteem (Gibbons & Tyus, 2007; Javanparast et al., 2018). Wegens de limieten van dit onderzoek en de algemene beperkte evidentie omtrent het onderwerp, is vervolgonderzoek aangewezen. Ten eerste is het van belang om het verdere verloop van het project met de opgenomen feedback op te volgen. Ten tweede kan het interessant zijn om de impact van de huidige crisis omtrent COVID-19 op het verloop van het project en de rol die CHW's hierbij kunnen spelen, nader te bekijken. Tot slot kan vanuit economisch standpunt de kosteneffectiviteit van het project worden onderzocht. Daarbij kan de vraag gesteld worden of de implementatie van het CHW-project leidt tot een algemene kostenreductie binnen de gezondheidszorg. Dit wordt namelijk reeds vermeld in verschillende studies (Burns et al., 2014; Lin et al., 2017; Long et al., 2018; Torres et al., 2014).

## Literatuurlijst

Ajuebor, O., Cometto, G., Boniol, M. & Akl, E.A. (2019). Stakeholders' perceptions of policy options to support the integration of community health workers in health systems. *Human resources for health*, 17(1), 13.

Allen, C.G., Escoffery, C., Satsangi, A. & Brownstein, J.N. (2015). Peer Reviewed: Strategies to Improve the Integration of Community Health Workers Into Health Care Teams: "A Little Fish in a Big Pond". *Preventing chronic disease*, 12.

Burns, M.E., Galbraith, A.A., Ross-Degnan, D. & Balaban, R.B. (2014). Feasibility and evaluation of a pilot community health worker intervention to reduce hospital readmissions. *International journal for quality in health care*, 26(4), 358-365.

De Moor, G. & Van Maele, G. (2014). *Inleiding tot de biomedische statistiek*. Leuven, België: ACCO Uitgeverij.

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>.

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>.

Gibbons, M.C. & Tyus, N.C. (2007). Systematic review of US-based randomized controlled trials using community health workers. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 1(4), 371-381.

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>.

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.

Lin, M.P., Blanchfield, B.B., Kakoza, R.M., Vaidya, V., Price, C., Goldner, J.S. & Schuur, J.D. (2017). ED-based care coordination reduces costs for frequent ED users. *American Journal of Managed Care*, 23, 762-766.

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>.

Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

Myers, B., Petersen-Williams, P., van der Westhuizen, C., Lund, C., Lombard, C., Joska, J.A. & Stein, D.J. (2019). Community health worker-delivered counselling for common mental disorders among chronic disease patients in South Africa: a feasibility study. *BMJ open*, 9(1), e024277.

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>.

O Asweto, C., A Alzain, M., 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>.

O'Brien, M.J., Halbert, C.H., Bixby, R., Pimentel, S. & Shea, J.A. (2010). Community health worker intervention to decrease cervical cancer disparities in Hispanic women. *Journal of general internal medicine*, 25(11), 1186-1192.

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>.

Patton, M.Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Sciences Research*, 34, 1189–1208.

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>.

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>.

Roose, H. & Meuleman, B. (2014). *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*: Academia Press.

Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage.

Stad Gent. (z.d.) Gezondheidsgidsen (community health workers). Geraadpleegd op 27 februari 2020 via <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/gezondheid/gezondheidsgidsen-community-health-workers>

Torres, S., Labonté, R., Spitzer, D.L., Andrew, C. & Amaratunga, C. (2014). Improving health equity: the promising role of community health workers in Canada. *Healthcare Policy*, 10(1), 73.

Tseng, Y.H., Griffiths, F., de Kadt, J., Nxumalo, N., Rwafa, T., Malatji, H. & Goudge, J. (2019). Integrating community health workers into the formal health system to improve performance: a qualitative study on the role of on-site supervision in the South African programme. *BMJ open*, 9(2), e022186.

Van Borsel, J. (2015). Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie. Leuven: Acco.

Westhorp, G. (2014). Realist Impact Evaluation: An Introduction. A Method Lab Publication. A Method Lab Publication.

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

## Appendix

### Bijlage 1: Steekproefmatrix

Tabel 6. Steekproefmatrix

Pseudoniem	Functie	Datum	Interviewer
Louise	Coördinator	2/10/2019	Katrijn Declercq en Yaël Slaghmuylder
Lize	Coördinator	4/10/2019	Katrijn Declercq en Yaël Slaghmuylder
Annabel en Bieke	Organisatie	9/10/2019	Yaël Slaghmuylder
Ella	Patiënt	10/10/2019	Katrijn Declercq
Jana	Organisatie	10/10/2019	Katrijn Declercq
Sara	CHW	10/10/2019	Yaël Slaghmuylder
Marie	Organisatie	16/10/2019	Katrijn Declercq
Rik	Organisatie	21/10/2019	Yaël Slaghmuylder
Jan	CHW	17/10/2019	Yaël Slaghmuylder
Anna	CHW	18/10/2019	Katrijn Declercq
Emma	CHW	25/10/2019	Katrijn Declercq
Els	Patiënt	6/11/2019	Yaël Slaghmuylder
Xander	CHW	28/10/2019	Annelies Vandeput
Sofie	Patiënt	16/12/2019	Annelies Vandeput
Xara	CHW	29/10/2019	Annelies Vandeput
Xavier en Yente	Patiënten	25/10/2019	Annelies Vandeput

## Bijlage 2: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek

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> 2019/1038	<b>DATUM</b> 14-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  
VERHOOGING VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG' - Scriptie: Katrijn Declercq

Belgisch Registratienummer: B670201940834

Fase (Phase): NVT/NA

- \* Adviesaanvraagformulier dd. 02/05/2019  
(Volledig ontvangen dd 08/07/2019)
- \* Begeleidende brief dd. 28/05/2019
- \* Informatie- en waarschuwingsnota over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dd. 03/06/2019  
Katrijn Declercq
- \* CV
  - Katrijn Declercq
  - Yaël Slaghmuylder
- \* Antwoord onderzoekers  
dd 12/08/2019 op opmerkingen EC dd 01/08/2019
- \* (patiënten)- informatie en toestemmingsformulier dd. 12/08/2019  
(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.

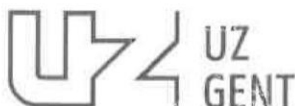
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

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 Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE 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 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> 2019/1038	<b>DATUM</b> 14-aug-19	<b>KOPIE</b> Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2019/1038

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *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.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage 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.*
- *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 nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *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.*
- *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.*
- *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.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *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 - Bimtra Clinics  
FAGG - Research & Development; Victor 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



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> 2019/1039	<b>DATUM</b> 14-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  
VERHOOGING VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDZORG' - Scriptie: Yaël Slaghmuylder

Belgisch Registratienummer: B670201940835

**Fase (Phase): NVT/NA**

- \* Adviesaanvraagformulier dd. 02/05/2019  
(Volledig ontvangen dd 08/07/2019)
- \* Begeleidende brief dd. 28/05/2019
- \* Informatie- en waarschuwingsnota over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dd. 03/06/2019  
Yaël Slaghmuylder
- \* CV  
- Katrijn Declercq  
- Yaël Slaghmuylder
- \* Antwoord onderzoekers  
dd 12/08/2019 op opmerkingen EC dd 01/08/2019
- \* (patiënten)- informatie en toestemmingsformulier dd. 12/08/2019  
(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.  
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (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 Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE 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 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> 2019/1039	<b>DATUM</b> 14-aug-19	<b>KOPIE</b> Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2019/1039

- \* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- o *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.*
- o *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage 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.*
- o *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 nederlandstalige documenten.*
- o *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- o *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- o *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- o *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.*
- o *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.*
- o *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.*
- o *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- o *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 - Bimtra Clinics  
FAGG - Research & Development; Victor 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

## Bijlage 3: Informed Consent

### 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 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**

Voor sommige kwetsbare groepen is toegankelijkheid tot de gezondheidszorg niet evident. Daarnaast is er een gebrek aan ondersteuning van deze groepen. Om deze problemen verder te exploreren, lanceren verschillende stakeholders in Gent het pilootproject rond Community Health Workers (CHW), die als tussenpersoon fungeren tussen patiënten en het zorglandschap. Dit project heeft tot doel het signaleren en verhogen van toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en het promoten en ondersteunen van gezondheidsgedrag bij kwetsbare groepen.

Deze studie heeft tot doel het evalueren van bovenstaand beschreven pilootproject vanuit drie verschillende perspectieven: de patiënten, de community health workers en de betrokken organisaties

De CHW's, de betrokken organisaties en de patiënten zullen geïnterviewd worden over hun ervaring gedurende en na het project in setting naar hun keuze. De verwachte totale duur van het interview is ongeveer één uur. Deze interviews zullen worden opgenomen en nadien uitgeschreven. Notities en opnames worden bewaard tot één jaar na het aflopen van het pilootproject en worden nadien vernietigd.

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 onder supervisie van Prof. dr. Sara Willems en dr. Peter Decat.

## **2. Toestemming en weigering**

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. 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 een meer efficiënte werking van het pilootproject 'Community Health Workers als brugfiguur ter verhoging van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg'.

## **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 Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en 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.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). Hierbij zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en 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. dr. Sara Willems. Het onderzoeksteam van de lokale (hoofd)onderzoeker, dr. Peter Decat, zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

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, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

## Toestemmingsformulier voor de deelnemers

### Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 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 en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
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 zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid 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 arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de 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.	

## Bijlage 4: Richtvragen interviews

### Interviewvragen coördinator

- Wat is uw functie binnen het project?
- Hoe is volgens u het project tot nu toe verlopen?
- Wat zijn volgens u sterke punten van het project?
- Heeft u bepaalde drempels ervaren of niet? Kan u een voorbeeld geven?
- Om wat dieper in te gaan op het contact met de betrokken organisaties: hoe verloopt dit?
  - Moet u vaak extra verduidelijking omtrent de aanvraag vragen aan de partnerorganisatie of niet?
  - Signaleren betrokken organisaties vaak problemen met betrekking tot de werking van het project of niet?
    - Zo ja, kan u een voorbeeld geven?
    - Zo nee, waaraan zou dit kunnen liggen volgens u?
  - Merkt u verschillen in de samenwerking tussen de verschillende organisaties of niet?
- Hoe verloopt het contact met de CHW?
  - Signaleren de CHW's vaak problemen met betrekking tot de werking van het project of niet?
    - Zo ja, kan u een voorbeeld geven?
    - Zo nee, waaraan zou dit kunnen liggen volgens u?
  - Hoe vaak vraagt de CHW bij het uitvoeren van de taak bijstand of advies?
  - Welke taken worden verwacht van de CHW?
  - Heeft u het gevoel dat de huidige CHW's in staat zijn deze taken uit te voeren?
  - Zijn CHW's bijvoorbeeld in staat de taak van promotie van gezondheidsgedrag op zich te nemen?
- Hoe verloopt het contact met de patiënten?
  - Signaleren de patiënten vaak problemen met betrekking tot de werking van het project of niet?
    - Zo ja, kan u een voorbeeld geven?
    - Zo nee, waaraan zou dit kunnen liggen volgens u?
  - Zijn er bepaalde patiënten die niet geholpen kunnen worden door een CHW? Hoe komt dit volgens u?
- Wat kan er volgens u bereikt worden met het project?
  - Wordt er momenteel aan deze verwachtingen voldaan volgens u of niet?
  - Wat kan dit project volgens u in de toekomst betekenen?
- Om af te sluiten: heeft u het gevoel dat dit project kan bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg of niet?
- Zijn er nog zaken die u wil toevoegen of niet?

## Interviewvragen partnerorganisatie

- Kan u wat meer uitleg geven over uw organisatie?
- Hoe is volgens u uw deelname aan het project tot nu toe verlopen?
  - Wat zijn volgens u de sterke punten van het project?
  - Welke drempels heeft u reeds ervaren?
- Toegankelijkheid:
  - Hoe verloopt het contact (bereikbaarheid) met de coördinator/de patiënten/de CHW?
  - Wat vindt u van de omkadering/ondersteuning voor uzelf als partner (aanmeldsysteem, flyer, stuurgroep, etc.)?
  - Hoe verloopt het proces van aanvragen?
  - Wat maakt dat er wel of geen aanvragen gebeuren?
  - Wat zijn de ervaren drempels?
  - Was er terugkoppeling achteraf naar uw organisatie toe? Hoe verliep dat? Wat zijn positieve en/of negatieve ervaringen?
- Signaalfunctie:
  - Signaleren de CHW's of de patiënten vaak problemen met betrekking tot de werking van het project of niet?
  - Hoe worden deze signalen aangepakt?
- Ondersteuning kwetsbare groepen:
  - Welke taken kunnen volgens u uitgevoerd worden door een CHW?
  - Wat maakt dat u een CHW inzet of niet?
  - Heeft de CHW een stap meer/verder kunnen doen dan wat u kunt vanuit uw eigen organisatie of niet?
  - Worden effectief de meest kwetsbare patiënten geholpen via een CHW of niet?
- Promotie gezond gedrag en levensstijl:
  - Heeft u reeds een verbetering van het gezondheidsgedrag opgemerkt bij uw patiënten of niet?
    - Zo ja, welke rol hebben de CHW's daar volgens u in gespeeld?
- Om af te sluiten: heeft u het gevoel dat dit project kan bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg of niet?
- Zijn er nog zaken die u wil toevoegen of niet?



## Interviewvragen CHW

- Algemeen:
  - Wat zijn uw taken als CHW?
  - Hoe is het project voor u tot nu toe verlopen?
  - Wat is het aangenaamste dat u al beleefd heeft in het project?
  - Vertel eens over een negatieve ervaring, een slecht contact, etc.
- Signaalfunctie:
  - Zijn er nog andere problemen die u heeft ervaren met betrekking tot de werking van het project of niet (bijvoorbeeld de toegankelijkheid van tolken)?
  - Heeft u deze gemeld? Aan wie? Werd er nadien actie ondernomen?
  - Hoe was de intervisie voor u? Hoe voelde je zich wanneer je positieve en/of negatieve ervaringen kon delen?
- Toegankelijkheid:
  - Hoe verloopt de fysieke verplaatsing van de patiënt tot de hulpverlener?
  - Hoe verloopt de begeleiding van de patiënt bij de hulpverlener zelf?
  - Hoe verloopt de eventuele nazorg van de patiënt?
  - Hoe verloopt het contact met de coördinator, de patiënten, de betrokken organisaties?
  - Hoe ervaart u de voorziene omkadering (opleiding, handboek, visitekaartje, werk-GSM, registratiesysteem, vrijwilligersvergoeding, intervisie, etc.)?
- Ondersteuning kwetsbare groepen:
  - Hoe verliep het geven van informatie over het gezondheidszorgsysteem aan patiënten (bijvoorbeeld op financieel vlak helpen documenten in te vullen)? Hoe heeft u dat ervaren?
  - Welke ervaring heeft u met het geven van gezondheidsadvies aan de patiënt?
  - Welke ervaring heeft u met het gebruik van tolken om de begeleiding van een patiënt te verbeteren?
  - Had u het gevoel dat de persoon die u verder hielp effectief een CHW nodig had of niet?
- Promotie gezond gedrag en levensstijl:
  - Welk ongezond gedrag merkt u op bij patiënten? Wilt u daar iets aan doen?
  - Welke rol kan u als CHW daarin spelen volgens u?
- Zijn er nog zaken die u wil toevoegen of niet?

## Interviewvragen patiënt

- Algemeen:
  - Hoe is de begeleiding van de CHW/gezondheidsleidster verlopen?
  - Wat waren de positieve punten hierbij? Kan u een voorbeeld geven?
  - Wat waren de negatieve punten hierbij? Kan u een voorbeeld geven?
- Toegankelijkheid:
  - Hoe verloopt het contact (bereikbaarheid) met de CHW en de betrokken organisaties?
  - Hoe verloopt de fysieke verplaatsing met de CHW tot de hulpverlener?
  - Hoe verloopt de begeleiding van de CHW bij de hulpverlener zelf?
  - Hoe verloopt de eventuele nazorg door de CHW?
- Ondersteuning kwetsbare groepen:
  - Heeft de CHW u al informatie gegeven over hoe ons gezondheidszorgsysteem werkt of niet?
    - Bijvoorbeeld: wanneer u naar de huisarts, tandarts of het ziekenhuis moet gaan? Waar u uw papieren in orde kan brengen?
    - Zo ja, wat vond u daarvan?
    - Zo nee, had u graag deze informatie gekregen?
  - Heeft u al informatie gekregen over gezond leven?
    - Bijvoorbeeld: gezond eten, bewegen, mondhygiëne, etc.
    - Zo nee, had u graag deze informatie gekregen van de CHW?
- Zijn er nog zaken die u wil toevoegen of niet?

## Bijlage 5: Kruistabellen inferentiële statistiek

### Kruistabellen: significante verbanden

Tabel 7. Kruistabel nationaliteit - ziekteverzekering

$p < 0,001$

		Ziekteverzekering			
		Aangesloten bij ziekenfonds	Medische kaart	Niet in regel	Andere
Nationaliteit	Belg	47 (92,2%)	0 (0,0%)	4 (7,8%)	0 (0,0%)
	Andere	35 (49,3%)	23 (32,4%)	4 (5,6%)	9 (12,7%)

Tabel 8. Kruistabel nationaliteit - hospitalisatieverzekering

$p = 0,009$

		Hospitalisatieverzekering		
		Ja	Nee	Onbekend
Nationaliteit	Belg	11 (28.9%)	13 (34.2%)	14 (36.8%)
	Andere	5 (9.8%)	33 (64.7%)	13 (25.5%)

Tabel 9. Kruistabel nationaliteit - verhoogde tegemoetkoming

$p = 0,006$

		Verhoogde tegemoetkoming		
		Ja	Nee	Onbekend
Nationaliteit	Belg	32 (71.1%)	10 (22.2%)	3 (6.7%)
	Andere	23 (40.4%)	29 (50.9%)	5 (8.8%)

Tabel 10. Kruistabel nationaliteit - vaste huisarts

$p = 0,037$

		Vaste huisarts		
		Ja	Nee	Onbekend
Nationaliteit	Belg	36 (83.7%)	4 (9.3%)	3 (7.0%)
	Andere	42 (64.6%)	18 (29.2%)	4 (6.2%)

Tabel 11. Kruistabel kennis Nederlands - ziekteverzekering

$p < 0,001$

		Ziekteverzekering			
		Aangesloten bij ziekenfonds	Medische kaart	Niet in regel	Andere
Kennis Nederlands	Goede kennis	47 (85.5%)	1 (1.8%)	4 (7.3%)	3 (5.5%)
	Weinig kennis	7 (43.8%)	7 (43.8%)	2 (12.5%)	0 50.0%)
	Geen kennis	29 (54.7%)	16 (30.2%)	2 (3.8%)	6 (11.3%)

Tabel 12. Kruistabel kennis Nederlands - vaste huisarts

$p = 0,006$

		Vaste huisarts		
		Ja	Nee	Onbekend
Kennis Nederlands	Goede kennis	39 (84.8%)	5 (10.9%)	2 (4.3%)
	Weinig kennis	6 (42.9%)	5 (35.7%)	3 (21.4%)
	Geen kennis	34 (70.8%)	13 (27.1%)	1 (2.1%)

Tabel 13. Kruistabel verblijfsstatuut - ziekteverzekering

		Ziekteverzekering			
		Aangesloten bij fonds	Medische kaart	Niet in regel	Andere
$p < 0,001$					
Verblijfsstatuut	Asielprocedure	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (100.0%)
	Erkende vluchteling	3 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	EU zonder papieren	0 (0.0%)	15 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Uitgeprocedeerd	0 (0.0%)	6 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Andere	39 (81.3%)	2 (4.2%)	7 (14.6%)	0 (0.0%)

Tabel 14. Kruistabel verblijfsstatuut - hospitalisatieverzekering

		Hospitalisatieverzekering		
		Ja	Nee	Onbekend
$p < 0,001$				
Verblijfsstatuut	Asielprocedure	0 (0.0%)	8 (100.0%)	0 (0.0%)
	Erkende vluchteling	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)
	EU zonder papieren	0 (0.0%)	10 (100.0%)	0 (0.0%)
	Uitgeprocedeerd	0 (0.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)
	Andere	11 (26.2%)	15 (35.7%)	16 (38.1%)

Tabel 15. Kruistabel verblijfsstatuut - verhoogde tegemoetkoming

$p = 0,001$

		Verhoogde tegemoetkoming		
		Ja	Nee	Onbekend
Verblijfsstatuut	Asielprocedure	0 (0.0%)	9 (100.0%)	0 (0.0%)
	Erkende vluchteling	2 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
	EU zonder papieren	3 (37.5%)	5 (62.5%)	0 (0.0%)
	Uitgeprocedeerd	0 (0.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)
	Andere	24 (55.8%)	16 (37.2%)	3 (7.0%)

Tabel 16. Kruistabel verblijfsstatuut - vaste huisarts

$p < 0,001$

		Vaste huisarts		
		Ja	Nee	Onbekend
Verblijfsstatuut	Asielprocedure	4 (44.4%)	5 (55.6%)	0 (0.0%)
	Erkende vluchteling	3 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	EU zonder papieren	1 (11.1%)	7 (77.8%)	1 (11.1%)
	Uitgeprocedeerd	3 (50.0%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)
	Andere	34 (77.3%)	9 (20.5%)	1 (2.3%)

## Kruistabellen: niet-significante verbanden

Tabel 17. Kruistabel kennis Nederlands - hospitalisatieverzekering

$p = 0,175$

		Hospitalisatieverzekering		
		Ja	Nee	Onbekend
Kennis Nederlands	Goede kennis	11 (27.5%)	16 (40.0%)	13 (32.5%)
	Weinig kennis	2 (14.3%)	10 (71.4%)	2 (14.3%)
	Geen kennis	4 (11.1%)	19 (52.8%)	13 (36.1%)

Tabel 18. Kruistabel kennis Nederlands - verhoogde tegemoetkoming

$p = 0,735$

		Verhoogde tegemoetkoming		
		Ja	Nee	Onbekend
Kennis Nederlands	Goede kennis	28 (59.6%)	15 (31.9%)	4 (8.5%)
	Weinig kennis	8 (53.3%)	6 (40.0%)	1 (6.7%)
	Geen kennis	19 (46.3%)	19 (46.3%)	3 (7.3%)

## Bijlage 6: CMO-koppelingen

Tabel 19. CMO-koppelingen

<b>Context</b>	<b>Mechanismen</b>	<b>Outcome</b>
Belgisch gezondheidszorgsysteem	CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken	Doelstellingen
<b>Belgisch gezondheidszorgsysteem</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – acute vragen aanpakken, CHW professionaliseren, sociale kaart uniformiseren</b>
<b>Belgisch gezondheidszorgsysteem</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, reactie derden</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Belgisch gezondheidszorgsysteem</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, reactie derden</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, naambekendheid uitbreiden, sociale kaart uniformiseren</b>
Belgische gezondheidszorgsysteem	CHW's – traject – ervaringen – positief – noodzakelijk, nuttig	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Belgische gezondheidszorgsysteem	CHW's – traject – ervaringen – positief – noodzakelijk, nuttig	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren



<b>Belgische gezondheidszorgssysteem</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, signalering problemen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Belgische gezondheidszorgssysteem</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – naambekendheid uitbreiden, sociale kaart uniformiseren</b>
Belgisch gezondheidszorgssysteem	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Belgisch gezondheidszorgssysteem</b>	<b>Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – acute aanvragen aanpakken, continuïteit verzekeren, sociale kaart uniformiseren</b>
Belgisch gezondheidszorgssysteem	Ervaringen patiënten – positief – ondersteund, opgelucht, reactie derden, zelfstandigheid, zonder vooroordelen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid

Belgisch gezondheidszorgssysteem	Ervaringen patiënten – positief – ondersteund, opgelucht, reactie derden, zelfstandigheid, zonder vooroordelen	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, naambekendheid uitbreiden, project uitbreiden, sociale kaart uniformiseren
Belgisch gezondheidszorgssysteem	Omkadering – tolk, vrijwilligersstatuut	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Belgisch gezondheidszorgssysteem</b>	<b>Omkadering – tolk, vrijwilligersstatuut</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
<b>Eigenschappen CHW's – anderen als gelijke zien</b>	<b>CHW's – taken – inhoud taken – empoweren, presentie en luisteren</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – anderen als gelijke zien	CHW's – traject – ervaringen – negatief – grens privé patiënten	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – anderen als gelijke zien</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – patiënten kunnen helpen, vertrouwen opbouwen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>

<b>Eigenschappen CHW's – anderen als gelijke zien</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – dankbaar, ondersteund, opgelucht, vertrouwen, zonder vooroordelen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – behulpzaam	CHW's – taken – inhoud taken	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – behulpzaam</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verantwoordelijkheid</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Eigenschappen CHW's – behulpzaam</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – nuttig, patiënten kunnen helpen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Eigenschappen CHW's – behulpzaam</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – ondersteund, zelfstandigheid</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – culturele achtergrond	CHW's – taken – inhoud taken – begeleiden tijdens consult, empoweren, informatie verschaffen, presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden, tolken	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid

Eigenschappen CHW's – culturele achtergrond	CHW's – traject – ervaringen – positief – vertrouwen opbouwen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – culturele achtergrond	Ervaringen patiënten – positief – vertrouwen, zonder vooroordelen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – culturele achtergrond	Omkadering – tolk	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – culturele achtergrond	Omkadering – tolk	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren
Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren
Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen	CHW's – traject – ervaringen – positief – noodzakelijk, patiënten kunnen helpen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid

Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen	CHW's – traject – evolutie, poule	Verloop pilootproject – opstart, eindfase, toekomst
<b>Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties – Organisatie &amp; CHW</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen	Ervaringen patiënt – positief – ondersteund, reactie derden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – doorzettingsvermogen	Omkadering – opleiding	Doelstellingen
Eigenschappen CHW's – eerlijk	CHW's – traject – ervaringen – negatief – verwachtingen patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen CHW's – eerlijk	CHW's – traject – ervaringen – positief – vertrouwen opbouwen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen CHW's – eerlijk	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – eerlijk	Ervaringen patiënten – positief – duidelijk, vertrouwen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen

Eigenschappen CHW's – ervaring	CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken	Doelstellingen
<b>Eigenschappen CHW's – ervaring</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, project uitbreiden, sociale kaart uniformiseren</b>
Eigenschappen CHW's – ervaring	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verantwoordelijkheid, verwachtingen patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – ervaring	CHW's – traject – ervaringen – positief – leerrijk, noodzakelijk, patiënten kunnen helpen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – ervaring</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties – organisatie &amp; CHW</b>	<b>Doelstellingen – vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – ervaring	Ervaringen patiënt – positief – ondersteund, reactie derden, vertrouwen, zelfstandigheid	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – ervaring</b>	<b>Omkadering – intervisie</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, signalering problemen, vergroting toegankelijkheid</b>

Eigenschappen CHW's – flexibel	CHW's – taken – aflijning taken	Doelstellingen
<b>Eigenschappen CHW's – flexibel</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – acute vragen aanpakken, CHW professionaliseren, project uitbreiden</b>
Eigenschappen CHW's – flexibel	CHW's – taken – aflijning taken	Verloop pilootproject – opstart, eindfase
Eigenschappen CHW's – flexibel	CHW's – traject – ervaringen – negatief – verwachtingen patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – flexibel	CHW's – traject – poule	Verloop pilootproject – opstart, eindfase, toekomst
Eigenschappen CHW's – flexibel	Ervaringen patiënten – positief – ondersteund	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – flexibel	Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken</b>	<b>Doelstellingen</b>

<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, naambekendheid uitbreiden, sociale kaart uniformiseren</b>
<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – grens privé patiënten, verantwoordelijkheid, verwachtingen patiënt</b>	<b>Doelstellingen</b>
<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – grens privé patiënten, verantwoordelijkheid, verwachtingen patiënt</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, naambekendheid uitbreiden, sociale kaart uniformiseren</b>
<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>CHW's – traject – poule – verloop</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken	Ervaringen patiënten – negatief – uitgesloten	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – zelfstandigheid</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken	Omkadering – registratie – type aanvragen	Doelstellingen



Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken	Omkadering – registratie – type aanvragen	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, naambekendheid uitbreiden, sociale kaart uniformiseren
<b>Eigenschappen CHW's – grenzen bewaken</b>	<b>Omkadering – vrijwilligersstatuut</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen CHW's – motivatie	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden, sociale kaart uniformiseren
<b>Eigenschappen CHW's – motivatie</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – leerrijk, nuttig, patiënten kunnen helpen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Eigenschappen CHW's – motivatie</b>	<b>CHW's – traject – poule – verloop</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen CHW's – motivatie	Ervaringen patiënten – positief – ondersteund	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – motivatie</b>	<b>Omkadering – intervisie, opleiding, vrijwilligersstatuut</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, naambekendheid uitbreiden, sociale kaart uniformiseren</b>

Eigenschappen CHW's – motivatie	Omkadering – intervisie, opleiding, vrijwilligersstatuut	Doelstellingen
<b>Eigenschappen CHW's – open-minded</b>	<b>CHW's – taken – inhoud taken – begeleiden tijdens consult, empoweren, gezond gedrag en levensstijl promoten, presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, promotie gezond gedrag en levensstijl, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – open-minded	CHW's – traject – ervaringen – reactie derden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – open-minded	CHW's – traject – ervaringen – negatief – reactie derden	Verloop pilootproject – opstart, eindfase, toekomst
<b>Eigenschappen CHW's – open-minded</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – dankbaarheid, leerrijk, vertrouwen opbouwen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – open-minded	Ervaringen patiënten – negatief – uitgesloten, ontmoedigd	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid

<b>Eigenschappen CHW's – open-minded</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – dankbaar, opgelucht, vertrouwen, zonder vooroordelen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Eigenschappen CHW's – open-minded</b>	<b>Omkadering – intervisie</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, signalering problemen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – privésituatie	CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken	Doelstellingen
Eigenschappen CHW's – privésituatie	CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren
Eigenschappen CHW's – privésituatie	CHW's – traject – ervaringen – negatief – verantwoordelijkheid, verwachtingen patiënt	Verloop pilootproject – toekomst – acute vragen aanpakken, CHW professionaliseren
<b>Eigenschappen CHW's – privésituatie</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – leerrijk, nuttig</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
<b>Eigenschappen CHW's – privésituatie</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties – organisatie &amp; CHW</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, signalering problemen, vergroting toegankelijkheid</b>

Eigenschappen CHW's – privésituatie	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen
Eigenschappen CHW's – privésituatie	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Verloop pilootproject – toekomst
Eigenschappen CHW's – privésituatie	Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie, opleiding, vrijwilligersstatuut	Doelstellingen
Eigenschappen CHW's – privésituatie	Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie, opleiding, vrijwilligersstatuut	Verloop pilootproject – opstart, eindfase, toekomst
Eigenschappen CHW's – respectvol	CHW's – taken – inhoud taken – begeleiden tijdens consult, gezond gedrag en levensstijl promoten, presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, promotie gezond gedrag en levensstijl, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – respectvol	CHW's – traject – ervaringen – negatief – reactie derden	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, naambekendheid uitbreiden

<b>Eigenschappen CHW's – respectvol</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – vertrouwen opbouwen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, promotie gezond gedrag en levensstijl, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – respectvol	Ervaringen patiënten – negatief – uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen CHW's – respectvol</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – dankbaar, reactie derden, vertrouwen, zelfstandigheid, zonder vooroordelen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen CHW's – sociaal	CHW's – taken – inhoud taken	Doelstellingen
<b>Eigenschappen CHW's – sociaal</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – positief – vertrouwen opbouwen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, promotie gezond gedrag en levensstijl, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Eigenschappen CHW's – sociaal</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – vertrouwen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, promotie gezond gedrag en levensstijl, vergroting toegankelijkheid</b>

<b>Eigenschappen CHW's – sociaal</b>	<b>Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie</b>	<b>Doelstellingen – signalering problemen</b>
Eigenschappen CHW's – zelfstandig	CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken	Doelstellingen
<b>Eigenschappen CHW's – zelfstandig</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken, inhoud taken</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – acute vragen aanpakken, CHW professionaliseren, project uitbreiden</b>
Eigenschappen CHW's – zelfstandig	CHW's – traject – ervaringen – negatief – verantwoordelijkheid	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – zelfstandig	CHW's – traject – ervaringen – negatief – verantwoordelijkheid	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, project uitbreiden
Eigenschappen CHW's – zelfstandig	CHW's – traject – evolutie	Doelstellingen
<b>Eigenschappen CHW's – zelfstandig</b>	<b>CHW's – traject – evolutie</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren, project uitbreiden</b>
<b>Eigenschappen CHW's – zelfstandig</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties – organisatie &amp; CHW</b>	<b>Doelstellingen</b>

Eigenschappen CHW's – zelfstandig	Ervaringen patiënten – positief – dankbaar, ondersteund, reactie derden, zelfstandigheid	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, signalering problemen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen CHW's – zelfstandig	Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie, opleiding	Doelstellingen
Eigenschappen CHW's – zelfstandig	Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie, opleiding	Verloop pilootproject - opstart
<b>Eigenschappen CHW's – zelfstandig</b>	<b>Omkadering – contact met coördinatoren, intervisie, opleiding</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen patiënten – bereikbaarheid	CHW's – taken – inhoud taken – afspraken maken, empoweren, presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
<b>Eigenschappen patiënten – bereikbaarheid</b>	<b>CHW's – taken – inhoud taken – gezond gedrag en levensstijl promoten</b>	<b>Doelstellingen – promotie gezond gedrag en levensstijl</b>
Eigenschappen patiënten – bereikbaarheid	CHW's – taken – inhoud taken – begeleiden naar eerste lijn/sociale diensten/tweede lijn/tijdens consult, informatie verschaffen	Doelstellingen – vergroting toegankelijkheid

Eigenschappen patiënten – bereikbaarheid	CHW's – taken – inhoud taken – problemen signaleren	Doelstelling – Signalering problemen
Eigenschappen patiënten – bereikbaarheid	CHW's – traject - ervaringen – negatief - machteloos	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren
Eigenschappen patiënten – bereikbaarheid	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen
<b>Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond</b>	<b>CHW's – taken – inhoud taken - tolken</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond	CHW's – taken – inhoud taken	Doelstellingen
<b>Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond</b>	<b>CHW's -traject – ervaringen – negatief – reactie derden, verwachtingen patiënt</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond	CHW's – traject – ervaringen - positief	Verloop pilootproject – toekomst – project uitbreiden
Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen
Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond	Ervaringen patiënten - positief	Doelstellingen



<b>Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond</b>	<b>Omkadering – flyers</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – naambekendheid uitbreiden</b>
Eigenschappen patiënten – culturele achtergrond	Omkadering – registratie, tolk	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, signalering problemen
Eigenschappen patiënten – eenzaam	CHW's – taken – inhoud taken – empoweren, presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – eenzaam	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verwachtingen patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – eenzaam	CHW's – traject – ervaringen – positief – nuttig, patiënten kunnen helpen, vertrouwen opbouwen	Doelstellingen – kwetsbare groepen ondersteunen
Eigenschappen patiënten – eenzaam	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen – kwetsbare groepen ondersteunen
<b>Eigenschappen patiënten – hoge verwachtingen</b>	<b>CHW's – taken – aflijning taken</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>

<b>Eigenschappen patiënten – hoge verwachtingen</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – grens privé patiënten, hoge verwachtingen</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen patiënten – hoge verwachtingen	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
<b>Eigenschappen patiënten – hoge verwachtingen</b>	<b>Omkadering – vrijwilligersstatuut</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
<b>Eigenschappen patiënten – hoge verwachtingen</b>	<b>CHW's – traject – poule – verloop</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
<b>Eigenschappen patiënten – job</b>	<b>CHW's – taken – inhoud taken – begeleiden naar sociale diensten</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen</b>
Eigenschappen patiënten – job	CHW's – traject – ervaringen – negatief - machteloos	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – job	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen

<b>Eigenschappen patiënten – kennis gezondheidszorg</b>	<b>CHW's – taken – inhoud taken – administratieve taken uitvoeren, afspraken maken, begeleiden naar eerste lijn/sociale diensten/tweede lijn/tijdens consult, empoweren, informatie verschaffen</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen patiënten – kennis gezondheidszorg	CHW's – traject – ervaringen – positief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen patiënten – kennis gezondheidszorg</b>	<b>Ervaring patiënten – negatief – uitgesloten, werking systeem</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen patiënten – kennis gezondheidszorg	Omkadering – registratie – type aanvragen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – medische voorgeschiedenis	CHW's – taken – inhoud taken – empoweren, gezond gedrag en levensstijl promoten, informatie verschaffen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid, promotie gezond gedrag en levensstijl

Eigenschappen patiënten – medische voorgeschiedenis	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – medische voorgeschiedenis	Omkadering – registratie – type aanvragen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – passief	CHW's – taken – inhoud taken – empoweren, informatie verschaffen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – passief	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verwachtingen patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – passief	CHW's – traject – ervaringen – positief – nuttig, patiënten kunnen helpen	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – passief	Communicatie partnerorganisaties – organisatie-patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid

Eigenschappen patiënten – passief	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd, uitgesloten, werking systeem	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – psychologische problemen	CHW's – taken – inhoud taken – presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
<b>Eigenschappen patiënten – psychologische problemen</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verantwoordelijkheid</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen</b>
Eigenschappen patiënten – psychologische problemen	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – psychologische problemen	Omkadering – opleiding	Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren
<b>Eigenschappen patiënten – punctueel</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verantwoordelijkheid</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen</b>
Eigenschappen patiënten – punctueel	CHW's – traject – ervaringen – positief – dankbaarheid	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – punctueel	Ervaringen patiënten – negatief – ontmoedigd	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen

<b>Eigenschappen patiënten – punctueel</b>	<b>Ervaringen patiënten – positief – zelfstandigheid</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen</b>
<b>Eigenschappen patiënten – taalbarrière</b>	<b>CHW's – taken - inhoud taken - tolken</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
<b>Eigenschappen patiënten – taalbarrière</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos, verwachtingen patiënt</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen patiënten – taalbarrière	CHW's – traject – ervaringen – positief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
Eigenschappen patiënten – taalbarrière	Communicatie partnerorganisaties – organisatie-patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen patiënten – taalbarrière</b>	<b>Ervaringen patiënten – negatief</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen</b>
Eigenschappen patiënten – taalbarrière	Ervaringen patiënten – positief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid

<b>Eigenschappen patiënten – taalbarrière</b>	<b>Omkadering – flyers</b>	<b>Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid</b>
Eigenschappen patiënten – taalbarrière	Omkadering – tolk	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen, vergroting toegankelijkheid
<b>Eigenschappen patiënten – temperament</b>	<b>CHW's – traject – ervaringen – negatief – verwachtingen patiënt</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – CHW professionaliseren</b>
Eigenschappen patiënten – temperament	CHW's – traject – poule – verloop	Verloop pilootproject – toekomst – project uitbreiden
Eigenschappen patiënten – temperament	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – wantrouwig	CHW's – traject – ervaringen – negatief – reactie derden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – wantrouwig	Communicatie partnerorganisaties – organisatie-patiënt	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – wantrouwig	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen

Eigenschappen patiënten – zwak	CHW's – taken – inhoud taken – empoweren, informatie verschaffen, presentie en luisteren, psychologische ondersteuning bieden	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – zwak	CHW's – traject – ervaringen – negatief – machteloos	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – zwak	Communicatie partnerorganisaties	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – zwak	Ervaringen patiënten – negatief	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Eigenschappen patiënten – zwak	Omkadering – opleiding	Doelstellingen – ondersteuning kwetsbare groepen
Engagement partnerorganisaties – groei	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – opstart
Engagement partnerorganisaties – groei	CHW's – traject - evolutie	Verloop pilootproject – toekomst – project uitbreiden
Engagement partnerorganisaties – groei	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, naambekendheid uitbreiden



Engagement partnerorganisaties – groei	Omkadering – stuurgroep	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
<b>Engagement partnerorganisaties – groei</b>	<b>Aantal aanvragen</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden</b>
Engagement partnerorganisaties – motivatie	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – opstart
Engagement partnerorganisaties – motivatie	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
Engagement partnerorganisaties – motivatie	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden
Engagement partnerorganisaties – motivatie	Omkadering – stuurgroep	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
<b>Engagement partnerorganisaties – motivatie</b>	<b>Aantal aanvragen</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden</b>
Engagement partnerorganisaties – naambekendheid	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject – opstart

Engagement partnerorganisaties – naambekendheid	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject – toekomst – naambekendheid uitbreiden
Engagement partnerorganisaties – naambekendheid	Omkadering – stuurgroep	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
Engagement partnerorganisaties – naambekendheid	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – opstart
Engagement partnerorganisaties – naambekendheid	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
<b>Engagement partnerorganisaties – naambekendheid</b>	<b>Aantal aanvragen</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden</b>
Engagement partnerorganisaties – noodzaak	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – opstart
Engagement partnerorganisaties – noodzaak	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
Engagement partnerorganisaties – noodzaak	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject – opstart

Engagement partnerorganisaties – noodzaak	Communicatie partnerorganisaties	Verloop pilootproject – toekomst – project uitbreiden, continuïteit verzekeren
Engagement partnerorganisaties – noodzaak	Omkadering – stuurgroep	Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren
<b>Engagement partnerorganisaties – noodzaak</b>	<b>Aantal aanvragen</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden</b>
Engagement partnerorganisaties – wantrouwen	CHW's – traject – evolutie	Verloop pilootproject – opstart
<b>Engagement partnerorganisaties – wantrouwen</b>	<b>CHW's – traject – evolutie</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren</b>
<b>Engagement partnerorganisaties – wantrouwen</b>	<b>Communicatie partnerorganisaties</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – project uitbreiden, continuïteit verzekeren</b>
<b>Engagement partnerorganisaties – wantrouwen</b>	<b>Aantal aanvragen</b>	<b>Verloop pilootproject – toekomst – continuïteit verzekeren, project uitbreiden</b>

## Lijst van tabellen

Tabel 1. Doelstellingen, kernopdrachten en taken binnen het CHW-pilootproject....	25
Tabel 2. CMO-hypothese.....	27
Tabel 3. Frequenties per variabele.....	35
Tabel 4. Frequentie taken CHW.....	39
Tabel 5. Hoofd- en subcategorieën uit de codeboom.....	42

## Lijst van figuren

Figuur 1. Codeboom context.....	43
Figuur 2. Codeboom mechanismen.....	44
Figuur 3. Codeboom outcome.....	46

