



**PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING DOOR  
'COMMUNITY HEALTH WORKERS' IN TIJDEN VAN  
PHYSICAL DISTANCING: EEN KWALITATIEF  
ONDERZOEK.**

De Munck An-Sofie & Vande Velde Thaïsa, UGent

Promotor: Prof. Dr. Peter Decat, UGent

Co-promotor: Dr. Dorien Vanden Bossche, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018– 2021

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

# INHOUDSOPGAVE

Abstract.....	1
1. INLEIDING.....	2
2. LITERATUURSTUDIE.....	3
2.1. Community health workers.....	3
2.2. De psychosociale gevolgen van COVID-19.....	4
2.3 Invloed van COVID-19 op de huisartsgeneeskunde.....	5
2.4 CHW in high-income countries.....	6
2.5 CHW en psychosociale ondersteuning.....	7
2.6 Inzet van CHW's tijdens de COVID-19 pandemie.....	8
2.7. Onderzoeksvraag: CHW in social distance-tijd.....	9
3. METHODOLOGIE.....	11
3.1. Studie-opzet.....	11
3.2. Recruitering van deelnemers.....	12
3.3. Datacollectie.....	12
3.4. Data analyse.....	12
4. RESULTATEN.....	14
4.1. Respondenten.....	14
4.2. Context.....	15
4.3. Mechanismen.....	17
4.4. Outcome.....	22
5. DISCUSSIE.....	26
5.1. Patiënt-gerelateerd.....	26
5.2. CHW's.....	26
5.3. Huisarts.....	27
5.4. Matchmaking.....	27
5.5. Beperkingen van het onderzoek.....	28
6. BESLUIT.....	30
7. REFERENTIELIJST.....	31
Lijst van gebruikte afkortingen.....	33
Appendix.....	34

# Abstract

- **Inleiding:** Sinds maart 2020 wordt België geteisterd door het COVID 19-virus, resulterend in een gezondheidscrisis met bijkomend een niet te onderschatten socio-economische, politieke en psychosociale impact. Studies tonen aan dat er beduidend meer angstgevoelens en depressieve klachten optreden bij de bevolking sinds de start van de COVID-19 pandemie, in hoofdzaak bij mensen met een beperkt netwerk.
- **Onderzoeksvraag:** In samenwerking met OCMW Gent werd een CHW-project gestart bij kwetsbare mensen wonend in Gent. In deze masterproef gingen we op zoek naar hoe deze CHW's de impact van physical distancing kunnen milderen bij mensen met een beperkt sociaal netwerk. Wat werkt en wat werkt niet bij zo'n interventie? Wat zijn de mechanismen en contextuele factoren die hierin een rol spelen?
- **Methodologie:** Vanuit de 'realist impact evaluation'-methode werd een CMO-hypothese opgesteld. Mogelijke contextfactoren en mechanismen worden hierbij onderzocht die de outcome van het project kunnen beïnvloeden. Een kwalitatieve analyse biedt een verdiepend inzicht in deze factoren. De kwalitatieve data werden bekomen aan de hand van diepte-interviews met zowel deelnemende CHW's als patiënten aan dit project.
- **Resultaten:** Enerzijds leidt het project tot gevoel van erkenning en herkenning bij patiënten. Anderzijds zorgt het project voor verrijking, verruiming en hogere zelfwaardering bij zowel de patiënten als de CHW's. Dit wordt bereikt door contextuele factoren (namelijk de rol van de huisarts, de opleiding en begeleiding van de CHW's) die interageren met bepaalde mechanismen (zoals de interactie tussen CHW en patiënt, wederzijdse interesse en openheid, en het (vrijwillig) statuut van de CHW).
- **Besluit:** Ons onderzoek onderzocht de meerwaarde van CHW's in psychische ondersteuning in tijden van 'physical distancing' bij mensen met een beperkt sociaal netwerk. Patiënten voelden zich zowel op mentaal als op fysiek vlak gestimuleerd. De betrokkenheid van de huisarts, wederzijdse interesse/openheid en het nakomen van gemaakte afspraken bleken belangrijke factoren in het al dan niet slagen van de interventie. Vervolgonderzoek rond het onderwerp en de implementatie van CHW's in de eerstelijnszorg is aangewezen.

# 1. INLEIDING

Sinds maart 2020 wordt België geteisterd door het COVID 19-virus, resulterend in een gezondheids crisis met ook een niet te onderschatten socio-economische, politieke en psychosociale impact. [1] Deze masterproef spitst zich toe op dit psychosociale aspect. Studies tonen namelijk aan dat er beduidend meer angstgevoelens en depressieve klachten bestaan bij de bevolking sinds de COVID-19 pandemie. Enerzijds door de angst om zelf besmet te raken, anderzijds door de social distancing en beperking van de sociale contacten. Deze stijging was beduidend hoger bij mensen uit lagere sociaal-economische klassen en mensen met een reeds beperkt netwerk. [2] Deze groepen zijn eveneens degene die frequenter beroep doen op de huisarts, wat echter in deze periode eveneens beperkt werd.

'Community health workers' (CHW's) of gezondheidsgidsen zijn (vrijwillige) hulpverleners die de brug leggen tussen kwetsbare groepen en de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg. Het inzetten van CHW's voor psychosociale ondersteuning gebeurt reeds in verschillende landen. In een recente review uit de Verenigde Staten blijkt dat CHW's effectief kunnen zijn in de aanpak van ongelijkheden in de zorg voor mentale problemen bij kwetsbare mensen. [3] Gezien de sterke impact van cultuur en andere sociale determinanten zoals socio-economische status, lijken CHW's in een uitstekende positie te verkeren om psychosociale ondersteuning te bieden aan mensen die in moeilijke omstandigheden verkeren. [3]

Met deze kennis werd er een studie opgestart vanuit UZ Gent en OCMW Gent om zowel bestaande CHW's als nieuwe vrijwilligers in te schakelen tijdens de eerste lockdown periode. Het opzet van de studie was het mentaal welzijn bij mensen uit kwetsbare groepen te gaan evalueren, bespreken en eventueel hulp te verlenen. De CHW's zouden in deze pandemie ook een hulpmiddel kunnen zijn voor de huisarts. Ze kunnen langs de ene kant namelijk de werklust van de huisarts verminderen, maar langs de andere kant ook geruststelling bieden aan de huisarts door te weten dat er een 'oogje in het zeil' wordt gehouden bij hun kwetsbare patiënten in deze inevidente tijden. De CHW's hebben een soort alarmfunctie en kunnen bezorgdheden koppelen aan de huisarts die hierop kan ingrijpen.

In deze masterproef gaan we op zoek naar de manier waarop de CHW's dit aangepakt hebben en welke mechanismen en contextuele factoren hebben meegespeeld in het al dan niet slagen van de interventie. Wat maakt de interventie succesvol en welk effect bereiken we met de interventie?

## 2. LITERATUURSTUDIE

### 2.1. Community health workers

'Community health workers' (CHW's) of gezondheidsgidsen zijn (vrijwillige) hulpverleners die de brug leggen tussen kwetsbare groepen en de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg. [stad Gent]. Wat deze groep zeer effectief maakt, is dat deze eerstelijns-gezondheidsmedewerkers de gemeenschap waarvoor ze werken goed kennen en/of er deel vanuit maken. Deze vertrouwensrelatie stelt ze in staat om te fungeren als schakel tussen gezondheids-/sociale diensten en de gemeenschap. [4,5] Doordat de CHW's de gemeenschap goed kennen, kunnen deze anticiperen op de mogelijke problemen/misverstanden. Hoewel CHW's geen medische achtergrond hebben, krijgen ze een, weliswaar kleine, opleiding om mensen uit kwetsbare groepen te ondersteunen. Deze opleiding is afhankelijk van hun specifieke taakinvoering in de gemeenschap. [6]

De gezondheidsgidsen of community health workers kunnen heel wat taken opnemen. Deze zijn afhankelijk van de context waarin ze tewerkgesteld zijn en elk land of gebied geeft er zijn eigen invulling. [6]) *Scott et al* stellen dat de taken van CHW's kunnen opgedeeld worden in 6 basiscategorieën [7]:

1. Verlenen van diagnostische, therapeutische of andere medische hulp
2. Hulp bij het juiste gebruik van de gezondheidszorg, verwijzingen
3. Gezondheidseducatie, - promotie en -bevordering
4. Dataverzameling
5. Relatie tussen gezondheidszorg en gemeenschappen versterken
6. Psychosociale ondersteuning leveren

In februari 2019 hebben stad Gent en OCMW Gent een CHW pilootproject opgestart. In Stad Gent is het concept vooral gebaseerd op een ondersteunende rol, aanvullend op het takenpakket van de professionals. De kernopdrachten van de gezondheidsgidsen zijn: informeren, adviseren, bemiddelen en vertegenwoordigen, problemen detecteren, toeleiden, ondersteunen en stimuleren naar zelfstandigheid (empowerment). [8]

## 2.2. De psychosociale gevolgen van COVID-19

Sinds maart 2020 nam de COVID-19-pandemie ons dagelijkse leven over. Naast de veelbesproken effecten op de gezondheidszorg had de pandemie ook een enorme weerslag op socio-economisch en psychosociaal vlak. De beperking van sociale contacten om verspreiding van het virus in te dijken, had een grote invloed op het mentale welzijn. Social distancing en eenzaamheid leidde tot een stijging in depressie en angst. Uit verschillende studies bleek dat deze impact groter was op bepaalde groepen, zoals lagere sociaal-economische klassen en personen met een beperkt netwerk. [9]

Wang et al. gingen in hun studie als eerste op zoek naar de psychologische impact bij de Chinese bevolking twee weken na start van de COVID-19 uitbraak. Meer dan de helft van de ondervraagden ondervond een matige tot ernstige psychologische impact, voornamelijk angst (28.8%), depressie (16.5%) en stress (8.1%). Zij vonden een duidelijk grotere psychologische impact bij vrouwen, studenten, personen met fysieke klachten passend bij COVID-19 en personen met een perceptie van slechte gezondheid. Ook laaggeschooldheid bleek geassocieerd met een hoger percentage aan depressieve klachten. Daartegenover stond een verminderde psychologische impact bij gerichte en juiste gezondheidsinformatie en het dragen van persoonlijk beschermingsmateriaal. [10]

Deze resultaten werden ook bevestigd in latere studies in andere landen. De psychische impact van de COVID-19 pandemie en de hierbij gaande lockdown is groot. Deze impact bleek het grootst in groepen met een kwetsbare gezondheidstoestand en een lagere socio-economische status. Dit laatste valt deels te verklaren door de extra bedreiging die gezinnen met een lage sociaal-economische status ervaren door de economische gevolgen van het coronavirus (jobonzekerheid, toegenomen vraag aan flexibiliteit in hun job, weinig financiële reserves,...), het samenleven in kleinere ruimtes, ... [11]

Psychologische interventies voor risicogroepen wordt meermaals gesuggereerd in diverse studies over de psychologische impact van COVID-19. Er wordt verwacht dat de psychologische impact van de corona crisis zich langer en heviger zal laten voelen dan de medische impact. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) adviseert dan ook voortdurende aandacht voor de psychosociale impact van COVID-19 op de bevolking. Eén van de aandachtspunten die zij hierin suggereren is het aanbieden van laagdrempelige zorg waar indien nodig beroep op kan gedaan worden, in het bijzonder voor kwetsbare groepen. [9,10,11]

## 2.3 Invloed van COVID-19 op de huisartsgeneeskunde

De COVID-19 pandemie geldt als een enorme uitdaging voor het gezondheidszorgsysteem. De huisarts speelt hier, gezien zijn unieke functie, een belangrijke rol in. De kerntaken van een huisarts worden door WONCA-gedefinieerd als '*primary care management*', '*person-centred care*', '*specific problem solving skills*', '*comprehensive approach*', '*community orientation*' en '*holistic approach*'. Verhoeven et al geven de invloed van COVID-19 op elk van deze kerntaken weer. [12]

Ten eerste, de *primary care management* - functie, waarbij de huisarts op zoek moest gaan naar oplossingen voor de toegenomen consultatievraag en een oplossing dient te vinden om, zowel de COVID als non-COVID raadplegingen, veilig te laten verlopen. Vervolgens gold de opgelegde overgang naar telefonische consultaties bij de start van de pandemie, als een extra uitdaging voor de *person-centred care*. De opkomst van een nieuwe ziekte met zijn specifieke symptomen en epidemiologie geldt dan weer als onderdeel van de kerntaak *specific problem solving skills*.

Ook de *comprehensive approach* vraagt een tandje bij door het belang van educatie bij dit nieuwe ziektebeeld en promotie van een gezonde levensstijl in kader van risicoreductie. Vervolgens de *community orientation* die natuurlijk aan belang toeneemt tijdens de pandemie. Hierin speelt enerzijds het toepassen van de richtlijnen en uitleg rond quarantaine. Anderzijds er ook voor zorgen dat kwetsbare patiënten de juiste en nodige zorg krijgen.

Tenslotte was er een toegenomen druk op de *holistische context* die de huisarts hanteert. Zoals eerder besproken is er een belangrijke invloed van de pandemie, niet enkel op medisch, maar ook op psychosociaal vlak. Dit zorgt dan ook voor een toegenomen druk op *de holistische zorg*, waarbij de huisarts gelijke aandacht schenkt aan biologische, psychische en sociale factoren. [13]

Dit totaalplaatje maakt de COVID-19 pandemie dan ook een meer dan uitdagende tijd voor huisartsen. De toegenomen vraag zowel op medisch als psychologisch vlak en de bijzondere omstandigheden waarin dit moet verlopen, maakt dat huisartsen overbevraagd zijn en hun kerntaken niet optimaal kunnen uitvoeren.

Evident heeft dit ook een impact op het psychisch welzijn van de artsen. Dit uit zich ook in de 'POWER TO CARE'-enquête van Sciensano, waarin gepeild werd bij meer dan 3000 zorgverleners naar de impact van COVID-19 op hun leven. De enquête toonde een toename van zowel acute als chronische stress bij de zorgverleners. Respectievelijk 56 % en 51% van de artsen voelde zich



vermoeid en onder druk staan (ten opzichte van 38% en 34% respectievelijk in normale omstandigheden). [14]

## 2.4 CHW in high-income countries

De oorsprong van CHW-programma's ligt in de jaren '20 in China, waarbij vooral gefocust werd op preventie van infectieziekten en het registreren van geboortes en sterfgevallen. Een eerste opmars volgde in het jaar '78 nadat WHO op hun eerste internationale conferentie concludeerde dat een CHW gezien moesten worden als één van de hoekstenen van de eerstelijnszorg. Een tweede opmars kwam er in 2008 toen de WHO een taakverschuiving suggereerde, waarbij CHW's ingezet werden om bepaalde gezondheidszorg taken over te nemen van medische professionals. Deze taakverschuiving had als doel de zorg te ontlasten, de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, kosten te besparen en lokale noden op te sporen. [15]

Het merendeel van de CHW-initiatieven vindt plaats in landen met een laag- tot gemiddeld inkomen (zogenaamde LMICs). Recenter is er ook in welvarende landen (zgn. 'high-income countries of HICs) toenemende belangstelling voor CHW-projecten. *Javanarast et al* suggereren dat de groeiende interesse vanuit de HICs wordt aangespoord door personeelstekorten en de expansie aan chronische ziekten samen met de last die dit op de zorg zet. In tegenstelling tot in LMIC's worden CHW's hier vooral ingezet om ongelijkheden in de gezondheidszorg aan te pakken. In HIC's ligt de focus bij minderheidsgroepen (etnische minderheden, personen met een lagere sociaal-economische status, ...). [16]

Evaluaties van CHW-programma's in HIC's suggereren een positieve invloed op verschillende gebieden. Ten eerste, het toegankelijker maken van de zorg voor minderheidsgroepen. Ten tweede, door focus op preventie en toegankelijkheid van de 1e lijn, het verminderen van uitgaven voor medische behandelingen en oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten. En tenslotte, een positieve invloed op de gezondheid van het doelpubliek.

Door hun unieke rol als brugfiguur tussen de gemeenschap en de gezondheidszorg kunnen CHW's ongekende problemen qua toegankelijkheid en gebruik van de zorg blootleggen. Ze kunnen bijkomend ook contextueel belangrijke factoren meegeven die de communicatie tussen de gezondheidszorgverlener en de patiënt bevordert. [17]

Het potentieel van de CHW-programma's is dan ook groot. Er zijn echter nog heel wat uitdagingen te overbruggen om hun functie te optimaliseren. Ten eerste is er nood aan een politiek kader waarin CHW-programma's geïntegreerd worden in het gezondheidszorgsysteem. CHW's worden in HIC's nog te vaak als tweederangs-gezondheidszorg gezien. De hierbij gepaard gaande onderfinanciering leidt tot een onderbenutting van hun potentieel. Regularisatie zorgt voor een toegenomen geloofwaardigheid en een correcte verloning (indien van toepassing). Tenslotte brengen *Perry et al* naast het belang van goede selectie, training en supervisie, ook het belang van beschikbaarheid van de juiste middelen naar voor. [7, 20]. Verder onderzoek naar de impact en kosten-efficiëntie van CHW's is noodzakelijk om beleidsmaker te stimuleren tot verdere uitbouw van dit systeem.

## 2.5 CHW en psychosociale ondersteuning

Zoals eerder gezegd is er groeiende evidentie voor de rol van CHW's in het gezondheidszorgsysteem. Hun interventies kunnen leiden tot een meer toegankelijke en meer kwaliteitsvolle zorg en dit voornamelijk bij minderheidsgroepen. Verschillende reviews wijzen op de mogelijkheden die CHW's bieden op vlak van lichamelijke aandoeningen. De wetenschappelijke evidentie rond CHW's en psychosociale gezondheid is voorlopig echter beperkt. Een Amerikaanse review uit 2018 ging hier dieper op in. Ondanks beperkte beschikbare gegevens rond het onderwerp concludeerden *Weaver & Lapidus* in deze review dat inzet van CHW's in geestelijke gezondheidszorg haalbaar en effectief is en dit dan voornamelijk bij minderheidsgroepen met een verminderde toegang tot de gezondheidszorg door culturele, socio-economische, taal- of locatiegebonden redenen. [20]

In een studie uit Zuid-Afrika werd psychologische begeleiding door CHW's onderzocht bij patiënten met een chronische pathologie. Initieel ervoeren de CHW's twijfels over hun capaciteit om psychologische ondersteuning te bieden. Na een specifieke training werden deze meningen herzien en werd het programma gezien als een opportuniteit om efficiënter te leren werken en omgaan met hun cliënten. Zowel bij CHW's als bij patiënten werd deze extra taak uiteindelijk als positief ervaren en verdergezet. De patiënten voelden zich meer begrepen wanneer de CHW's meer aandacht hadden voor specifieke zaken. De CHW's voelden zich hierin ook zekerder nadat ze een structuur aangereikt gekregen hadden over hoe ze dit konden aanpakken. Zelfs bij patiënten die geen extra psychologische begeleiding kregen werd een verbeterde interactie met CHW's gezien. (G) Voornaamste conclusie uit deze Zuid-Afrikaanse studie is dat CHW's deze psychologisch ondersteunende taak zeker zouden opnemen, maar enkel bij voldoende uitgebreide opleiding en ondersteuning door zorgprofessionals. [3,19]

In de pilootstudie van 2019 over CHW in Gent werden eveneens positieve effecten gezien op psychosociaal gebied, dit zowel bij CHW's als bij de patiënten. Er werd een vertrouwensrelatie ontwikkeld waardoor de patiënten de CHW's spontaan contacteerden bij vragen en/of problemen. De reden van deze belangrijke vertrouwensrelatie is dat de CHW's de patiënten als medemens beschouwden zonder vooroordelen en op gelijke hoogte. Ze hebben zich geëngageerd en nemen de tijd om de situatie van de patiënt nader te bekijken met als doel te helpen en te ondersteunen zonder te oordelen over de situatie. Dit empathisch vermogen werd mogelijks versterkt door de gelijkaardige culturele achtergrond van de CHW en de patiënt. De patiënt voelde zich bijgevolg dankbaar, ondersteund, opgelucht, zelfstandig en vertrouwd. Bovenvermelde context en mechanismen leiden tot een betere ondersteuning van kwetsbare groepen en een vergroting van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. [6,8]

Ook bij de CHW's zelf waren er positieve reacties. Een groot deel van de CHW's uit de studie in Gent ervaarden het project als een grote bijdrage voor hun persoonlijke ontwikkeling. Zowel door de opleiding als de praktijkervaring ontwikkelden ze extra vaardigheden, gaande van de kennis over de sociale kaart en de verschillende gezondheidszorgsystemen tot hoe omgaan met moeilijke situaties. Dit pluspunt wordt vooral toegeschreven door de uitgebreide omkadering van de pilootstudie. De CHW's werden hier begeleid door coördinatoren waarbij ze terecht konden bij vragen, onduidelijkheden of problemen. [5,6]

## 2.6 Inzet van CHW's tijdens de COVID-19 pandemie

De COVID-19- pandemie oefent internationaal een grote druk uit op de gezondheidszorgsystemen.

In de Lancet werd gesuggereerd om CHW's in te schakelen in deze crisissituatie:

*“ We propose a large-scale emergency programma to train community health worker (CHWs) to support people in their homes, initially the most vulnerable but with potential to provide a long-term model of care in the UK. Experience from Brazil, Pakistan, Ethiopia and other nations shows how a coordinated community workforce can provide effective health and social care support at scale.”* [19]

Uit voorgaande pandemieën blijkt namelijk dat inzet van CHW de eerstelijnszorg kan ondersteunen en eventuele tekortkomingen kan opvangen. Ook *Ballard et al.* suggereren inzet van CHW in de huidige COVID-19 pandemie. Zij suggereren om de CHW's in te zetten op diverse domeinen, o.a. om risicogroepen op te sporen en te educeren, valse informatie tegen te gaan en lagere socio-economische klassen extra te gaan beschermen, ook op psychosociaal vlak. [9] Eerder gaven we al aan dat de psychosociale impact van 'social distancing' des te groter is bij kwetsbare groepen met een beperkt sociaal netwerk. Bij deze groep lijkt inzet van CHW's dan ook een extra meerwaarde.

Eenzijds omdat zij vanuit hun kwetsbaarheid hieraan meer nood ervaren, anderzijds door de unieke functie van een CHW als tussenfiguur tussen de patiënt en de gezondheidszorg.

## **2.7. Onderzoeksvraag: CHW in social distance-tijd**

De COVID-19 pandemie, die startte in december 2019 in Wuhan, China nam geleidelijk aan de wereld over. 'Social distancing' werd het nieuwe normaal. De 1,5 m afstand, het dragen van mondkapjes op openbare plaatsen en het beperken van je sociale contacten zorgden voor sociale isolatie. De regels hebben dan ook heel wat invloed op het dagelijks leven. Er zijn voorlopig nog veel vraagtekens rond de grootte en de duur van de gevolgen van het virus. Het sociale isolement en de onzekerheid lijken te zorgen voor een toename van psychische en psychiatrische problematiek: eenzaamheid, depressieve klachten, angst- en slaapproblematiek. Het is bekend dat de omgeving (sociale omkadering, dagstructuur, een toegankelijke gezondheidszorg) hierin een grote rol spelen. Voor patiënten met een beperkt netwerk en beperkte mogelijkheden is de invloed dan ook des te groter. [3]

Het CHW-pilootproject waarmee stad Gent begin 2019 van start ging, werd voor deze studie uitgebreid en toegespitst op ondersteuning van mensen met een beperkt sociaal netwerk in een gezondheids crisis. Concreet werden sociaal geïsoleerde patiënten, wonend in Gent tijdens de (eerste) COVID-lockdown gekoppeld aan CHW's, met als doel het mentaal welzijn te bevorderen. Deze studie werd zowel op een kwantitatieve als op een kwalitatieve manier beoordeeld. [6]

De verwerving van patiënten vond plaats in Gent, waar zowel de patiënten als de CHW's wonen/actief zijn. De patiënten die in aanmerking kwamen hadden (1) een beperkt sociaal netwerk, (2) waren ouder dan 18 jaar, (3) hadden psychiatrische voorgeschiedenis, een precaire sociale context, een onzekere verblijfsstatus, een chronische ziekte, hadden een recente kritieke gebeurtenis meegemaakt (een sterfgeval of scheiding) of waren ouder dan 65 jaar. Eveneens hadden ze een score van  $\leq 7$  op de screeningsvragen voor emotionele ondersteuning ("Ik heb mensen die om me geven over wat er met mij gebeurt" en "Er zijn mensen met wie ik kan praten") en  $\geq 7$  bij de screeningsvragen voor angst ("In de afgelopen 7 dagen voelde ik me angstig" en "In de afgelopen 7 dagen voelde ik me ongemakkelijk"). Uitsluitingscriteria die in dit onderzoek werden aangenomen, waren: (1) het hebben van ernstige psychiatrische problemen, zoals schizofrenie, middelenmisbruik, depressie met suïcidaliteit enz. ; (2) het niet vloeiend spreken van Nederlands, Frans, Engels, Spaans, Turks of Arabisch; (3) het hebben van mogelijke COVID-19 symptomen; (4) of zwanger zijn. De recruitering van deze patiënten werd uitgevoerd door huisartsen van verschillende huisartspraktijken in Gent. Eerst werden de praktijken, gelokaliseerd in achtergestelde wijken in Gent gecontacteerd met nadien uitbreiding over heel Gent

met in totaal 21 deelnemende praktijken. De huisartsen gingen zelf op zoek welke patiënten in aanmerking konden komen (obv het patiëntendossier) en namen zelf contact op met hen om te vragen deel te nemen aan de studie. Van degene die instemden, werden de contactgegevens doorgegeven aan de onderzoekers en door hun telefonisch benaderd om de in- en exclusiecriteria te controleren. [3]

De rekrutering van CHW's werd uitgevoerd in samenwerking met het Departement Welzijn en Gezondheid van stad Gent. CHW's voor deze studie werden gerekruteerd uit de pool van CHW's die al in Gent werkten. Ook werden nieuwe CHW's geworven via een open oproep op het lokale online vrijwilligersplatform en van andere gemeenschapsprojecten in de stad Gent. Alle kandidaten hebben online aan twee trainingsmodules van 2 uur deelgenomen. Deze training is ontwikkeld door de coördinatoren van het CHW-project in Gent en door de onderzoekers van het onderzoeksteam. De modules omvatten communicatieve vaardigheden, correcte informatie verstrekken, alarmerende signalen van patiënten herkennen en veiligheidsmaatregelen om COVID-19-infectie te voorkomen. Tijdens de interventie werd on-demand ondersteuning geboden als nodig voor de CHW's en intervisie en peer-to-peer coaching werden gegeven in kleine groepen één keer per maand. Er werd gevraagd 8 weken lang ondersteuning te bieden aan deze patiënten op basis van hun noden. Hun algemene doel was om aanwezigheid te bieden bij patiënten die sociaal geïsoleerd waren of die zich eenzaam of angstig voelden. Door aanwezig te zijn, probeerden de CHW's een luisterend oor te bieden en gaven ze aandacht aan de zorgen, verhalen en vragen van hun patiënten. Er werd eveneens gevraagd om te controleren of de patiënten de meest recente en correcte informatie hadden over de COVID-maatregelen en zo niet deze te geven of bij te schaven. Indien de CHW's alarmerende signalen kreeg over de mentale toestand van hun patiënten, werd gevraagd deze door te geven aan het onderzoeksteam, die deze eveneens doorgaf aan de huisarts.

De beoordeling van deze studie heeft zowel een kwantitatief als kwalitatief luik. Voor het kwantitatieve deel werden er na de interventie vragenlijsten afgenomen bij alle patiënten. Voor de resultaten van het kwantitatieve luik verwijzen we naar het artikel van *Vanden Bossche D. et al.* Hierin kon geen significant verschil in in emotional support, angst etc. worden aangetoond, ondanks dat er wel een algemeen tevredenheidsgevoel was van de interventie. [3] Deze 'knowledge gap' willen we proberen begrijpen aan de hand van diepte-interviews. Hierin werd dieper ingegaan op wat de interventie voor de patiënten en voor de CHW's heeft betekend. Wat werkt en wat niet. Hoe werkt het en welke zijn de belangrijkste contextuele factoren voor een - volgens de patiënt- succesvolle interventie.

### 3. METHODOLOGIE

Deze masterproef behandelt het kwalitatieve gedeelte dat werd uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde interviews van zowel patiënten als CHW’s.

#### 3.1. Studie-opzet

Binnen dit onderzoek wordt de ‘realist impact evaluation’(RIE)-methode gehanteerd. Deze methode gaat ervan uit dat niet alles voor iedereen werkt en wil onderzoeken ‘wat werkt onder welke omstandigheden, en voor wie’. Deze benadering beschrijft hoe deze specifieke interventie werkt en wat de contextuele factoren zijn die invloed hebben op het resultaat. Het is een methode om mechanismen, contextuele factoren en uitkomsten van de interventie te gaan evalueren en te begrijpen. In deze studie wordt, aan de hand van diepte-interviews met zowel CHW’s als patiënten, onderzocht hoe het inschakelen van CHW’s in de COVID19-pandemie het mentale welzijn van patiënten kan bevorderen.

De RIE-methode vertrekt van een programmatheorie, geformuleerd in een contextuele mechanisme-uitkomst-structuur (CMO). Hierbij worden voorafgaand de studie reeds gezocht naar de mogelijke contextfactoren en mechanismen die een invloed zouden hebben op de werking en de outcome van de studie. Deze hypothese werd opgesteld na het uitvoeren van een literatuurstudie en nadien gezamenlijk met zowel promotor als copromotor besproken. [21]

Context	Mechanisme	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfde taal</li> <li>• Opleiding chw’s</li> <li>• Drijfveer voor deelname</li> <li>• Link met zorgverlener/huisarts</li> <li>• Begeleiding</li> <li>• Onbezoldigd</li> <li>• Duidelijkheid over het takenpakket</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwaartegevoel</li> <li>• Specifieke aandacht voor de persoon</li> <li>• Veilige standby</li> <li>• Open houding/positieve aanwezigheid</li> <li>• Duidelijke info</li> <li>• Houding chw tov maatregelen</li> <li>• Erkenning geven van moeilijkheden</li> <li>• Signaalfunctie</li> <li>• Suspensie</li> <li>• Wantrouwen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhoogde eigenwaarde               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patiënt</li> <li>▪ CHW</li> </ul> </li> <li>• Verminderde angst voor corona               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Algemeen</li> <li>▪ Isolement</li> </ul> </li> <li>• Invloed op welzijn</li> <li>• Zelfvertrouwen</li> <li>• Adequater gebruik van zorg</li> <li>• Self-efficacy (ik kan het aan)</li> </ul>

Tabel 1: CMO-hypothese

## 3.2. Recrutering van deelnemers

In totaal werden 14 personen geïnterviewd, 7 patiënten en 7 CHW's. De keuze voor deze specifieke personen om te gaan interviewen werd gesuggereerd door onze promotoren. Zij kozen degene waarvan ze dachten dat deze spreekvaardig waren om hun ervaring en mening te delen, ongeacht dit een positieve of negatieve ervaring was.

## 3.3. Datacollectie

Alvorens de diepte-interviews werden afgenomen, werden enkele richtvragen opgesteld per respondentengroep. Bij het opstellen van deze vragen werd vertrokken vanuit de CMO-hypothese. Er werden zowel beschrijvende (bijvoorbeeld: 'hoe voelde je daarbij?') als explorerende vragen (bijvoorbeeld 'Hoe komt het dat gevoel er kwam?'). De vragenlijst kan geraadpleegd worden in de bijlage. Deze werd gebruikt als een soort leidraad voor de interviews waarbij ruimte was voor flexibiliteit rond de bevroegde thema's. Zo was de interviewer in staat om zelf vragen te stellen, anticiperend op de gekregen antwoorden. [22] De diepte-interviews vonden plaats bij de CHW of patiënt thuis met de nodige 1,5 meter afstand en zonder andere huisgenoten in de buurt. Zo kon er open en in alle vrijheid kon gesproken worden. De interviews werden telken binnen de vooraf afgesproken duurtijd van één uur afgerond en eveneens opgenomen met een dictafoon.

## 3.4. Data analyse

Kwalitatieve data-analyse is een proces van verschillende stadia. Eerst is het van belang om vertrouwd te worden met de data. Elk interview werd opgenomen en door de onderzoeker zelf getranscribeerd. De uitgeschreven interviews werden nadien geïmporteerd in het programma Nvivo. In kader van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werden alle interviews door beide onderzoekers geanalyseerd en gecodeerd. [22] Om een antwoord te geven aan de onderzoeksvraag, werden de data terug geanalyseerd met het vooropgestelde CMO-kader in het achterhoofd. Vooraleer deze te koppelen werd eerst een open houding genomen bij het coderen. Met open coderen wordt bedoeld om zo dicht mogelijk bij de tekst te blijven. Elke onderzoeker codeerde op deze manier 3 dezelfde interviews. De codes werd naast elkaar gelegd en er werd een voorbeeld codeboom gemaakt. Samen met de (co)-promotoren werd deze codeboom besproken om zo te beslissen waar de focus kon gelegd worden. Hierna werden alle interviews nogmaals door beide onderzoekers gecodeerd en verder uitgediept met nieuwe codes. De gemeenschappelijke codes werd gebundeld en ondergebracht in hoofdcategorieën, steeds in betrekking tot de CMO-hypothese. Sommige initiële codes vormen

meteen een centraal thema, terwijl anderen eerder een subthema vormen of zelfs helemaal wegvallen.



## 4. RESULTATEN

### 4.1. Respondenten

Patiënten (7)		
Variabele	Categorieën	Aantal
Geslacht	Man	3
	Vrouw	4
Leeftijd (in jaren)	50 t.e.m. 59 jaar	2
	60 t.e.m. 69 jaar	3
	70 t.e.m. 79 jaar	1
	80 t.e.m. 89 jaar	1
Nationaliteit	Belg	6
	Turks	1
Burgelijke staat	Alleenwonend	6
	Samenwonend (kinderen)	1
Werksituatie	Loontrekkend	0
	Gepensioneerd	6
	Werkloos	1

Tabel 2: eigenschappen patiënten

CHW's (7)		
Variabele	Categorieën	Aantal
Geslacht	Man	1
	Vrouw	6
Leeftijd (in jaren)	20 t.e.m. 29 jaar	1
	30 t.e.m. 39 jaar	3
	40 t.e.m. 49 jaar	0
	50 t.e.m. 59 jaar	1
	60 t.e.m. 69 jaar	1

<b>Nationaliteit</b>	Belg	6
	Turks	1
<b>Werksituatie</b>	Student	1
	Loontrekkend	2
	Gepensioneerd	1
	Werkloos	2
	Technisch werkloos	1

Tabel 3: eigenschappen CHW's

## 4.2. Context

In kader van de categorie 'context' is er nagegaan wat de rol als huisarts betekende in deze studie en tijdens deze pandemie.

In deze studie bleek **de huisarts een belangrijk figuur** te zijn. De meerderheid van de patiënten hebben deelgenomen aan deze studie enkel omdat de huisarts dit aanraadde. De meeste van patiënten in deze studie hadden een heel goede vertrouwensband met hun huisarts. Ze vertelden altijd bij hen terecht te kunnen en het gevoel te hebben door hen begrepen te worden. Dat de huisarts aan hen dacht om deel te nemen aan deze studie om hun mentaal welzijn te versterken, vonden ze een grote meerwaarde. Dit reflecteert de **holistische visie van de huisartsgeneeskunde** waarnaar gestreefd wordt. Als huisarts wordt niet alleen het fysieke aspect van de mens bekeken, maar mag ook het psychische welzijn niet uit het oog verloren worden, zeker tijdens een pandemie. Zo vertelde een patiënt dat hij dat net een meerwaarde vond van de huisarts, namelijk om elke patiënt ook in een breder maatschappelijk plaatje te zien. Enkele patiënten waren bijna vereerd dat de huisarts aan hun welzijn dacht, zelfs tijdens die drukke en vooral onzekere tijden van de eerste lockdown periode. Deze patiënten zaten in een slechte emotionele periode en enkelen hadden het moeilijk om niet fysiek bij hun huisarts te mogen langskomen (tijdens die eerste lockdown-periode). Toch gaf het voor de meeste patiënten een steun, dat hun mentaal welzijn werd erkend door de huisarts en er een oplossing werd gezocht.

*'Mijn huisarts had meteen gezien dat het niet zo goed ging met mij. Hij moedigde mij dan aan om mee te doen en zei dat ik dat een kans moest geven. Dat ze aan mij dacht, vond ik wel heel fijn.'* - (patiënt)

De patiënten die deelnamen aan deze studie zijn ook de personen die regelmatig de huisarts consulteren, wat een vertrouwensrelatie bevordert. Op de vraag of ze ook hadden deelgenomen als de

huisarts dit niet had voorgesteld, maar iemand anders, konden de meeste niet meteen antwoorden. Dit bleek onder andere af te hangen van of ze die persoon al kenden en welke band ze met die persoon hadden.

Dat de huisarts niet alleen een rol had in het initiëren van het onderzoek maar ook bij problemen tijdens, was een geruststelling voor enkele patiënten. Zij zagen de **CHW als een soort doorgeefluik naar de huisarts**. Als het ware een voorstapje naar de eerstelijnszorg. Ze hadden vertrouwen dat als er 'grotere' problemen waren en er meer professionele hulp nodig zou zijn, de CHW dit zou doorgeven aan de huisarts. Ze hechtten veel waarde aan deze functie. Enkele patiënten wilden de huisarts in die eerste drukke lockdown periode niet lastigvallen met psychische of mentale problemen. Voor hen was het een soort geruststelling dat de CHW een signaalfunctie en rapporterende taak had én dat er iemand was die hen een tijd 'opvolgde'.

*'Enerzijds kon de huisarts dan mee opvolgen hoe het ging tijdens de corona en langs andere kant wilde ik wel eens babbelen, en dat kon de vrijwilliger dan opnemen' - (patiënt)*

De taak om te rapporteren en te alarmeren vonden de CHW's één van de belangrijkste taken. Zo vond één CHW dat de patiënt er psychisch zo slecht aan toe was dat ze hem verwees naar zijn huisarts en psychiater. Ze schatte zelf in dat dit te zwaar was voor haar om dit (alleen) op te nemen en hier professionele en intensieve zorg nodig was.

Voor de CHW's was dit project eveneens een grote uitdaging. Bijna elke CHW had spanning voor hun eerste gesprek met af en toe toch wat onzekerheid over hun eigen capaciteiten.

*'Dat is interessant maar ik weet niet of ik daarvoor geschikt was. Het was eens proberen. Ik weet niet of ik goed doe, en hoe ik over kom' - (CHW)*

Enkele CHW's gaven aan wat overweldigd te zijn door de verhalen die ze te horen kregen en het snelle vertrouwen die ze kregen van de patiënten. Wetend dat ze steeds beroep konden doen op de coördinatoren en huisartsen gaf wel gemoedsrust en vertrouwen om verder te handelen. Ook de intervisiegesprekken met andere CHW's was voor de meeste vrijwilligers een meerwaarde.

*'Jawel, ze hebben dat goed gedaan. Ze stuurde af en toe mails en gaf het gevoel dat als er iets is, ik altijd mocht bellen' - (CHW)*

Over de **gekregen opleiding** waren de meningen divers. De opleiding ging over hoe men best een gesprek voert en welke gesprekstechnieken er konden toegepast worden, maar ook over het stellen en

bewaken van grenzen. Sommige CHW's vonden dit zeer interessant en vooral een houvast voor tijdens de interventie. Een CHW vond de opleiding te beperkt en had graag meer geweten over de psychologische kant en hoe deze aan te pakken. Enkele CHW's vonden het minder interessant omdat het door de geldende COVID-maatregelen een online cursus was en er zo minder interactie was dan bij een fysiek aanwezige les.

Sommige CHW's ervoeren, door het wisselende takenpakket en de vertrouwensband die ze opbouwden met de patiënten, soms moeilijkheden qua **begrenzing van hun taken**. Eén van de grenzen waarover gesproken wordt, is de tijdsbesteding. Enkele CHW's gaven aan dat de gesprekken wel tijdrovender konden zijn dan gedacht. Een voorbeeld hiervan is het moeizaam afronden van een telefoongesprek na langdurige gesprekken. Er deden zich ook twee situaties voor waarbij vrijwilligers vragen kregen waarvoor ze eigenlijk niet opgeleid zijn/niet tot hun takenpakket behoren. Eén situatie ging over een discussie met de afvalophaaldienst over sluikestorten. Er werd hulp gevraagd aan de CHW om te bemiddelen in deze discussie, maar na overleg met de begeleiding van het project, werd beslist dit niet te doen en de patiënt te verwijzen naar de gepaste instanties. De andere situatie betreft de vraag om boodschappen te doen voor de patiënt in kwestie, meer specifiek voor de aankoop van alcohol. De vrijwilligster wou dit doen, maar kreeg een wrang gevoel hierover omwille van de gebrekkige achtergrondkennis van de patiënt en is hierop teruggekeerd.

Aan de andere kant voelde één van de CHW's zich te begrensd in haar takenpakket. Ze had de indruk haar ervaring en vooropleiding als ervaringsdeskundige niet volledig te kunnen benutten tijdens dit project. In dit specifieke geval was er een psychiatrische problematiek bij de patiënt waar de CHW-ervaring mee had, maar door de omkadering en het doel van het project, voelde de CHW zich geremd hierop in te gaan.

### **4.3. Mechanismen**

Dat een goede klik belangrijk is voor een wederzijdse positieve ervaring is evident. De invulling van de factoren die zorgden voor die goede klik waren zeer divers. Eén van de zaken die frequent terugkwam was het belang van **wederzijdse openheid**. Dit bleek in verschillende opzichten voor vele patiënten belangrijk. Spontane openheid van de CHW over zijn privéleven zorgde voor een vertrouwensband, waardoor de patiënt zich op zijn gemak voelt en zelf ook meer wil vertellen.

Deze openheid vanuit de CHW kan gaan over zaken zoals het gezin en het werk, maar kan ook gaan over persoonlijke ervaringen. Door zelf open te zijn, voelen de patiënten zich meer op hun gemak en

gaan ze op hun beurt ook opener zijn. Eén CHW gaf aan doelgericht bepaalde zaken uit haar leven te vertellen, om zo vertrouwen en openheid te gaan creëren.

*“Patiënten hebben voelsprietten, ze voelen non-verbaal aan dat je bepaalde ervaringen hebt. Ik ben gewoon mij kwetsbaar op te stellen en bepaalde delen van mijn leven, doelgericht in te zetten. Door die wisselwerking zijn ze open en ondervinden ze dat ze niet alleen zijn, dat er wederkerigheid is.” - (CHW)*

Aan de andere kant gaf een andere CHW aan moeilijkheden te ervaren af te bakenen hoe open ze kon zijn in het gesprek. Wat vertel ik en wat niet?

Bij gebrek aan openheid vanuit de CHW kon het zijn dat dit voor de patiënt als drempel voor een vertrouwensrelatie werd ervaren. Het éénrichtingsverkeer, waarbij enkel de patiënt vertelt over persoonlijke problemen, zorgde ervoor dat de patiënt zich minder comfortabel voelt bij de vrijwilliger en de patiënt zelf ook terughoudendheid voelde om bepaalde zaken te vertellen. Een patiënt vertelde:

*“ Het probleem was dat ze zelf nooit iets over zichzelf vertelde. Ze zei ook niet waar ze werkte ofzo. Het was meer ik die moest vertellen over mijn familie, over mijn gezondheidsproblemen enzo. Het was in één richting. Dat was niet leuk. ” - (patiënt)*

Een andere belangrijke factor in deze wederzijdse openheid was de interesse die getoond werd in de patiënt. Het niet voelen van deze interesse, werd ook als drempel gezien voor de patiënt. Interesse in de patiënt als persoon, wie is die persoon en waar is hij/zij mee bezig. Patiënten gaven ook het belang van ‘goed kunnen luisteren’ aan, het gevoel hebben dat ze gehoord worden.

*“Gehoord worden, iemand die gewoon aandachtig luistert zonder vooroordelen. Dat is waar de meeste mensen nood aan hebben, zeker in deze tijd. daarom dat het ook een mooi project is.” - (patiënt)*

Ook het hebben van **gemeenschappelijke interesses** bleek een positief effect te hebben op de goede klik. Een gemakkelijk onderwerp waarover vlot kon gesproken worden en gedachten over worden uitgewisseld, hielp de drempel tijdens zo’n contact met een onbekend persoon wegvallen. Dit valt uit te breiden naar raakpunten zoals kinderen van dezelfde leeftijd of gemeenschappelijke hobby’s.

Anderzijds werd ook ervaren dat kennismaken met een **andere leefwereld** een leerrijke ervaring kon zijn. Door het project werden ‘matchen’ gemaakt tussen personen die elkaar in het dagdagelijkse misschien niet zouden tegenkomen of geen contact zouden maken.

*“ Je komt in contact met iemand waarmee je nooit in contact zou komen, je leert veel bij over andere zaken waarmee jij niet geconfronteerd wordt. Eigenlijk is dat wel speciaal, je zou normaal nooit zomaar met mensen spreken.” - (CHW)*

Over het belang van **dezelfde leeftijd** waren de meningen verdeeld. Een deel van de ondervraagden gaf aan leeftijd belangrijk te vinden voor opbouw van een vertrouwensband, opdat je dichter bij elkaar zou staan en elkaar beter zou begrijpen. Andere gaven echter aan dat leeftijd geen belangrijke factor is voor ‘een goede klik’, maar wel de luistertechnieken van de andere en het openstaan voor nieuwe dingen en personen. Of iemand goed kan luisteren is ongeacht zijn leeftijd; het gaat over openstaan voor de andere, verklaarde één van de patiënten hierover.

*“Het moet wel iemand zijn die open staat om over alles en nog wat te babbelen, ook over persoonlijke dingen. Ik praat ook graag over muziek of over films en zo. Het moet iemand zijn met een ruime interesse.” - (patiënt)*

**Taal** is een belangrijke factor in de opbouw van een vertrouwensband tussen CHW's en patiënten. Patiënten met een moedertaal verschillend van het Nederlands, ervaren vaak een taalbarrière bij o.a. professionele contacten. Door het verschil in moedertaal vallen, langs beide richtingen, belangrijke nuances in het gesprek weg. Wanneer CHW's en patiënten dezelfde moedertaal delen, valt deze barrière weg en kunnen bepaalde zaken sneller opgepikt worden.

Taal is echter ruimer te interpreteren dan moedertaal versus tweede of derde taal. Ook het gebruik van eenvoudige taal, aangepast aan het opleidingsniveau en de leefwereld van anderen, heeft een belangrijke invloed op de communicatie met de ander. Er werd aangegeven in één van de interviews dat het volkse karakter van de CHW een positief effect had op de vertrouwensband.

Non-verbale gebaren hebben in elke cultuur een andere betekenis, bv de nabijheid tijdens gesprek en oogcontact. Ook de verschillen qua normen en waarden, maken cultuur een belangrijke factor in de opbouw van een vertrouwensband. Dit kan geïllustreerd worden door bijvoorbeeld een verschillende perceptie qua stiptheid op afspraken. Eén van de CHW's gaf hierover ook aan dat ze misschien wel met bepaalde vooroordelen zat door het cultuurverschil.

Deze factoren lijken allen belangrijk voor een goede klik. Het uitblijven van deze factoren kan dan ook leiden tot ‘een slechte klik’. Negatieve gebeurtenissen uit het verleden kunnen ook bijdragen tot deze slechte klik. Een voorbeeld hiervan is een dame, een vrijwilligster, met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. Wanneer zij langskwam bij de patiënt en bij hun eerste ontmoeting geconfronteerd werd met schilderijen van naakte vrouwen gaf dit haar een onprettig gevoel. Door

haar verleden en de omgeving van de man, voelde ze een drempel om emotionele ondersteuning te bieden uit schrik foute signalen te geven.

Wat is nu juist een **meerwaarde van een CHW**? Wat maakt een CHW anders dan vb een huisarts, kinesist of psychologe? Eén van de CHW had een tijd in de sociale verpleging gewerkt en kon de beide rollen vergelijken.

*'Het verschil met mij was dat ik luisterde. En dat is wat de zorg niet meer heeft: tijd om de luisteren'.  
- (CHW)*

Zij kaartte aan dat als sociaal verpleegkundige ze veel taken kreeg, en daardoor het sociale aspect, met de mensen praten, op de achtergrond kwam te staan. Voor de patiënten voelde die tijd ook anders aan. De huisarts, kinesist, verpleegkundige... geven tijd aan hun patiënt, maar toch is dit professionele tijd. Eén patiënt wilde die tijd niet helemaal opeisen omdat ze wist dat deze nog een heleboel andere taken ook hadden. Bij de CHW was dit niet het geval. Alledaagse zaken of problemen konden besproken worden, zonder tijdslimiet. Ook zonder die druk van tijd is er meer ruimte om zaken te bespreken en te vertellen. Vele CHW's gaven ook aan geen absolute tijdslimiet op de contacten te zetten. De meeste CHW hadden door de lockdownperiode tijd over, doordat ze technisch werkloos waren of net met pensioen waren. Wat eveneens verschillend is, is dat de CHW's vrijwillig hun tijd namen. Het feit dat deze CHW vrijwillig kwam en zijn tijd wilde doorbrengen gaf toch een ander gevoel. Eén patiënt voelde zich zo belangrijk genoeg omdat er moeite en tijd in haar en haar mentale welzijn werd gestoken.

*'Maar een vrijwilliger die dat doet. Dat die persoon vrijwillig bij mij wil komen. Dat is toch een ander gevoel, - (patiënt)*

Alle patiënten vertelden dat ze het appreciëren dat iemand anders vrijwillig bij hen langs wou komen en tijd wou maken voor hen. Dit ook als de band met CHW niet idealiter verliep.

Nog een verschil tussen professionele hulpverleners en CHW's is de wederzijds interactie. Enkele patiënten vonden het een meerwaarde dat er wederzijds interesse en interactie was. Bij professionele hulpverleners is het de patiënt die volledig en alleen centraal staat, om hun probleem te bespreken of op te lossen. Bij de CHW's en patiënten, waar er een wederzijds interactie en dus tweerichtingsverkeer was, was er duidelijk ook een betere band (zie eerder).

Een andere meerwaarde van de CHW's is hun 'onbekendheid'. Het kunnen ventileren tegen iemand die je niet kent, die niet bevooroordeeld is en niet oordeelt.

*Alle frustraties moesten eruit, tegen iemand die ze niet kent. Ik denk dat dat bevrijdend is. Dat er voor sommige minder barrière is, dat het gemakkelijker is om meer open te zijn tegenover mensen die niet dicht bij u staan. - (CHW)*

Eén meerwaarde van de CHW's zijn vooral de wisselende taken die ze kunnen opnemen. De meest voor de hand liggende taak is vooral het sociale contact. Enkele patiënten zagen de CHW als uitlaatklep om te ventileren over hun gevoelens en angst tijdens de COVID-periode. Door regelmatig haar angsten te verwoorden en te ventileren tegen de CHW, vertelde één van de patiënten hierin rust te vinden. Eveneens kreeg ze ook een ander perspectief/inzicht te horen van de CHW, wat ook hielp bij het overzien van haar emoties en gedachten. Toch zijn er nog een aantal taken die aan bod zijn gekomen. De CHW werden in deze studie aangespoord om hun patiënt eens mee naar buiten te krijgen. Dit is eveneens een taak wat geen andere professional op zich neemt. Een patiënt vond dit de grootste meerwaarde van de CHW. Zij had nood aan iemand die haar meenam naar buiten om te wandelen. Er was veel angst bij haar om alleen naar buiten te gaan en misschien zelfs besmet te worden door het COVID-virus. Toen ze dit vertelde aan haar CHW legde die haar uit dat in de buitenlucht er veel minder kans is op besmetting en koppelde er bij het volgende contactmoment een wandeling bij. Door twee of drie keer samen te gaan wandelen en haar angst hiervoor te bespreken, verdween deze angst en kreeg ze terug vertrouwen om alleen op stap te gaan.

Een andere patiënt wilde graag iemand waarmee ze 's middags kon eten. Door omstandigheden door de COVID-pandemie was ze alleen 's middags, waardoor ze haar eetlust verloor. Door dit aan de CHW aan te geven, had deze besloten om tijdelijk die persoon 's middags te vervangen waardoor ze weer zin had om te eten. Dit zijn kleine zaken die voor de patiënten grote problemen vormden tijdens de COVID-periode.

Een aantal keer in de gesprekken werd gesuggereerd een match te maken tussen de CHW en de patiënten op basis van voorkennis over de eigenschappen van de betrokkenen. Een soort van **'matchmaking'**. Er werd verwacht dat dit een positief effect zou hebben op de band en tot het creëren van een goede klik. Eén van de voorstellen was om een match te maken tussen de opleiding en ervaring van de CHW's en de zwaarte van de problematiek die de cliënten ervoeren. Een andere CHW suggereerde om de verschillende patiënten profielen voor te stellen aan de CHW's om zo een geschikte match te kunnen maken en vice versa. Eventuele voordelen hierbij zijn dat mensen een minder grote drempel ervaren deel te nemen aan soortgelijke projecten en dat er minder kans zou zijn op een slechte klik. Ze gaf zelf echter ook aan dat dit ook wel wat nadelen met zich meebrengt.



Hoe zou dit praktisch aangepakt worden? Vallen er dan geen mensen uit de boot? Zou het niet kunnen dat je op papier absoluut geen match blijkt, maar in het echte leven net wel?

*Dit is de persoon en dit is het profiel. Dit verwacht hij. Wil je daaraan voldoen? Hier hebben we nog een andere man van 60 jaar. Die wil dat doen. Ik weet niet of dat positief zou zijn. Want dan ben je wat selectief en zijn er wat vooroordelen. Ik weet natuurlijk niet of dat dat het beste is. Ik vraag me af wat het beste zou werken, dat je er niets van weet of dat je een beetje mag kiezen. Wat wel een beetje raar zou zijn dat kiezen. - (CHW)*

Ook een andere CHW suggereerde deze matchmaking. Hij suggereert opmaak van een soort databank waarbij algoritmes bepaalde kenmerken kunnen koppelen om zo tot een goede match te komen.

## 4.4. Outcome

- Bij patiënten

Wat de meeste patiënten zeer belangrijk vonden in het project, was **de erkenning**. Erkenning door de huisarts dat ze het moeilijk hadden, erkenning door de organisatie om dit onderzoek te starten en erkenning door de CHW's. Die (eerste) lockdown was een periode van onzekerheid en moeilijk te begrijpen wat er afspeelde en wat nog ging komen. Dat er in die periode toch ook werd gedacht aan de patiënten die reeds geïsoleerd waren, en nu nog verder in isolement gedreven werden, gaf een goed gevoel. De onbekendheid van de CHW lijkt hierop ook een invloed te hebben. Het feit dat iemand, die je niet kent, enthousiast is over jouw projecten, over jouw persoon.

*'Ze zijn u niet vergeten. Ze hebben uw leeftijd en levenssituatie in het oog. Ge hoort bij de risicogroep' - (patiënt)*

Ook **de herkenning** lijkt een belangrijke factor in het project. Het project gaf de patiënten een spiegel voor: je bent niet alleen. Er zijn nog mensen die het lastig hebben met de lockdown en angst of eenzaamheid ervaren. Ook door persoonlijke ervaringen die de CHW met hen besprak, kwam deze herkenning naar boven.

*'Ze denken: ik ondervind die situatie en eenzaamheid en frustratie hier niet alleen. Er zijn er meerdere. Die wederkerigheid.'* - (CHW)

De meeste van de patiënten hadden nood aan een gesprek, over dagdagelijks zaken en over hun interesses. Het gezelschap op zich en kunnen rekenen op iemand die systematisch komt, was een soort houvast in de lockdown periode. 'Er zijn' was voor al voldoende. Bij enkele patiënten was er meer hulp nodig. Deze hadden nood om te kunnen ventileren, te praten over hun angsten en frustraties. Hun 'ei' kunnen delen met iemand.

Door de lockdown en door de continue berichtgevingen in de media over het gevaar van het virus, hadden sommige patiënten schrik gekregen voor de buitenwereld. Ze hadden schrik om buiten te komen en met anderen te praten. Door samen met de CHW die eerste stappen te zetten, overwonnen sommige patiënten deze **drempel naar buiten**. Een aantal keer was het buitenkomen met de vrijwilliger de eerste maal terug buiten in weken voor de patiënt. Enerzijds ervoeren de patiënten, door dit samen te doen, dat dit op een veilige manier kon. Anderzijds ervoeren ze opnieuw hoe fijn het was om buiten te komen en te bewegen, wat stimuleerde tot meer beweging.

*Ik denk dat je kunt proberen rationeel op haar in te spreken dat het veilig is om buiten te komen in de openlucht, maar ik denk dat dat beter overkomt als je gewoon samen buiten gaat. Vanaf je gaat wandelen voel je dat hoe leuk dat eigenlijk is. Dat dat wel gezond is, omdat je fysiek bezig bent. Dat was de grootste verandering. Je gaat van opgesloten naar terug buiten komen. - (CHW)*

*Voor hem was het een hand die hij aangeboden kreeg, en die hij vastgegrepen heeft om weer vooruit te geraken. - (CHW)*

Deze **stimulatie tot beweging** kwam ook meermaals terug in de interviews. Op verschillende manieren hadden de CHW's een positief effect op lichamelijke beweging van de patiënten. Dit kon, zoals hierboven gezegd, zijn door de drempel naar buiten weg te nemen en het contact CHW-patiënt bv al wandelend door te brengen. Anderzijds ook door mondelinge motivatie van de patiënt. Het spreekwoordelijke 'duwtje in de rug' om opnieuw iets te doen, om aan het bewegen te gaan. Een voorbeeld hiervan is een patiënte die graag ging zwemmen, maar hiermee sinds de lockdown gestopt was. De CHW stimuleerde haar hier opnieuw mee te starten door mondelinge motivatie en door een afspraak in het zwembad in te plannen.

Enkele patiënten (namelijk twee) waren ontgoocheld in de interventie omdat deze niet voldeed aan de verwachtingen. Dit omwille van diverse redenen. Eén van de redenen was een gebrek aan wederzijdse interesse en een gesprek in éénrichtingsverkeer. Zoals eerder besproken, bleek dit voor velen een belangrijke factor in de goede klik. Indien patiënten deze wederzijdse interesse niet ervaren en enkel

zelf maar moeten vertellen, benadeelt dit de vertrouwensband en zorgde dit voor negatieve gevoelens over het project bij de patiënt.

Een andere reden was de opvolging van gemaakte afspraken. Zo had één patiënt een zeer goed eerst contact met de CHW. Toch volgde er geen tweede contact ondanks de genomen afspraken. Dit was voor de patiënt zeer teleurstellend, resulterend in gevoelens zoals 'niet goed genoeg'-zijn en twijfel aan zichzelf. Een ander voorbeeld hiervan is de teleurstelling bij een patiënte omwille van het verwateren van het contact na het project. De vrijwilliger had haar gezegd dat ze nog konden afspreken na het project, maar had uiteindelijk niets meer van haar laten horen. Ook dit leidde tot teleurstelling en negatieve gevoelens bij de patiënt.

- Bij CHW's

Algemeen hielden de meeste CHW's een positief gevoel over aan het project. Eén van de CHW's beschrijft het als een uitdagende periode, waar ze, door de dankbaarheid van de patiënt, veel energie uit haalde. De tijd die vrijkwam door COVID-19 invullen door het project gaf **voldoening**. Door te luisteren en er te zijn, kan je al veel betekenen voor een ander en dat geeft een positieve boost, een gevoel van **zelfwaardering**. 'Ik heb een verschil gemaakt, ik heb dat goed gedaan'.

Ook viel op dat er een wisselwerking optrad door het contact met de patiënt. Niet enkel werd de patiënt **gemotiveerd tot initiatief**, maar ook de CHW. Eén van de CHW's vertelde ook zelf inspiratie en moed te krijgen door de verhalen van de patiënt. Door te reflecteren over de levensverhalen van een ander, de kracht voelen om eigen problemen te doorstaan.

*Hij heeft zijn levensverhaal verteld en hij heeft heel veel doorstaan en hij staat er wel. Ik heb dat ook verteld tegen hem. En dan dacht ik: ik heb het in het verleden gedaan en goed gedaan, dus zal ik dat in de toekomst ook wel kunnen. Als mensen met zoiets erdoor komen, dan kan ik dat ook wel. Daarmee dat ik geïnspireerd was. - (CHW)*

Het contact bleek **verrijkend** te zijn voor veel vrijwilligers. Door in contact te komen met iemand met een andere cultuur, een andere leefwereld, kom je hierover meer te weten. Een soort sneltrein naar levenservaring, door ervaring van anderen.

*Je leert echt veel bij over mensen in het algemeen, over eenzaamheid, over corona, over armoede.. Je kruipt wat uit je eigen bubbel en komt in andermans leefwereld terecht. Dat is altijd waardevol. - (CHW)*

In sommige gevallen verliep het contact zo goed, dat er verdere contactmomenten werden afgesproken.

Eén van de CHW's vertelde een dubbel gevoel over te houden aan het project. Enerzijds was er de voldoening om iets te kunnen betekenen voor de ander, anderzijds ervaarde ze dat de patiënt, figuurlijk, te dichtbij kwam. De vrijwilligster ervaarde schrik om de patiënt te kwetsen. Er werd éénmalig een smsje gestuurd waarbij de patiënt zei dat hij haar miste. De CHW kon hierop wel aangeven dat dit voor haar niet comfortabel aanvoelde, waarop de patiënt begripvol reageerde.

# 5. DISCUSSIE

## 5.1. Patiënt-gerelateerd

Dit onderzoek toont aan dat het mogelijk is om in een korte tijd een pool van vrijwilligers in het schakelen om psychosociale steun te bieden in de eerstelijnszorg. Alle geïnterviewde patiënten zagen een meerwaarde van een CHW, ook wanneer het voor hun niet succesvol was verlopen. Voor de patiënten was de CHW op verschillende manieren een steun tijdens deze periode. Ondanks dat er in de kwantitatieve studie geen significant verschil gevonden werd in het ervaren van emotionele steun, sociale isolatie en angstgevoelens voor de COVID 19-pandemie, ervoeren de deelnemers de interventie wel als positief en voelden ze een effect op hun psychosociaal welbevinden [2]

Er kwamen in deze kwalitatieve studie twee zaken naar boven die een duidelijke invloed hadden op de tevredenheid. Enerzijds dat er geluisterd werd naar de verwachtingen van de patiënt. Er werd gezien dat wanneer de patiënt aangaf waar hij of zij nood aan had en er hierin op ingespeeld werd, dit de band tussen de patiënt en de CHW versterkte. Dit zou in de toekomst zeker moeten meegedeeld worden aan de CHW om bij begin van de relatie zeker dit na te gaan en te bekijken of zij hierin tegemoet kunnen komen. Anderzijds kwam ook het belang van het maken van goede afspraken meermaals naar boven. Dit om teleurstelling bij zowel de patiënt als de CHW te vermijden.

## 5.2. CHW's

Bij de CHW's was er eveneens een algemene tevredenheid over het project. Het project had ook bij hen een therapeutisch effect, met name een vergroot gevoel van eigenwaarde. Gezien enkele van hen (technisch) werkloos of gepensioneerd waren, gaf dit hen ook een doel tijdens de (eerste) lockdown.

Tijdens de interviews kwamen enkele eigenschappen van CHW's naar boven, die andere artikels ook beschrijven. De CHW's zijn empathisch, niet-oordelend en hebben een open blik ten opzichte van de patiënten. [22] Ze zijn in staat laagdrempelig en niet-veroordelend te communiceren en actief te luisteren. Dit laatste is wat vaak zeer geapprecieerd werd bij de patiënten. Een blijvend werkpunt is de afbakening van hun taken, maar eveneens het erkennen van hun eigen grenzen. Zowel in deze als in andere studies komt dit steeds naar boven. [6] Om aan de hoge verwachtingen van patiënten te kunnen voldoen, komt er druk te staan op deze grenzen. Extra begeleiding zou hierbij kunnen helpen.

Vervolgonderzoek rond het onderwerp en de implementatie van CHW's in de eerstelijnszorg is aangewezen. Ten eerste is het van belang om de meerwaarde van CHW's als psychosociale ondersteuning verder te bekijken in een 'niet-COVID periode'. Kunnen we psychosociale ondersteuning tot het takenpakket van de CHW rekenen? En is dit, in niet-COVID tijden, een aanvulling op de gezondheidszorg? Hoe verdeel je de taken en wat is de meerwaarde voor zowel de patiënt als de huisarts?

### **5.3. Huisarts**

Tijdens de interviews werd snel duidelijk dat voor alle patiënten de huisarts een heel belangrijke persoon is en ze vooral deelnamen aan de studie omdat de huisarts dit geïnitieerd had. De meeste patiënten vonden het een geruststelling dat bij problemen de huisarts op de hoogte gesteld kon worden. Psychische zorg geven is een belangrijk deel van het takenpakket van de huisarts. Door deze begeleiding zou dit de huisarts meer ademruimte geven en bijgevolg meer tijd geven om de holistische werking en benadering na te streven. In een volgende studie kan het interessant zijn om de huisartsen te interviewen en te bekijken of het inschakelen van CHW effectief de werklast vermindert en op welke manier.

In dit onderzoek werden de patiënten door de huisarts naar voor geschoven. Het is een uitdaging om in vervolgonderzoek op zoek te gaan naar manieren om kwetsbare patiënten zonder vaste huisarts te gaan betrekken.

### **5.4. Matchmaking**

In de interviews werd door de CHW's meermaals gesuggereerd om hen als vrijwilligers meer te gaan betrekken in de uitwerking van het project. Zowel in de uitwerking van de interventie als in de matchmaking tussen CHW en patiënt.

Door deze match vooraf te maken, verminder je de kans op een mismatch. We gaan ervan uit dat deze matching de kansen op een goede klik en daaropvolgend een goede interventie zou vergroten. De implementatie hiervan lijkt dan ook zinvol, maar stoot toch op enkele moeilijkheden.

Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat, als je deze profielen opmaakt, bepaalde personen als 'een minder aantrekkelijk profiel' gezien worden en bijgevolg uit de boot vallen. Dit gaat in tegen het doel om integrale zorg te bieden aan eenieder uit de gemeenschap.

Vervolgens kan het feit dat een CHW een patiënt kan uitkiezen op basis van een kort profiel, potentieel leiden tot hiërarchische verschillen tussen de CHW en de patiënt, wat we net proberen vermijden door inzet van de CHW's. Het grote voordeel is namelijk dat zij dicht bij de gemeenschap staan en als een gelijke worden gezien. Door CHW's de keuze te geven om een patiënt te kiezen (in één richting), zet dit de CHW wat "boven" de patiënt die niet mag kiezen maar enkel "gekozen" kan worden. Dit kan potentieel leiden tot hiërarchische verschillen, terwijl wij de gelijkwaardigheid van de CHW en de patiënt net als kernkracht van de interventie zien. Dit lijkt dan ook een belangrijke factor in de toekomst bij eventuele uitwerking van deze matchmaking in de toekomst.

Aansluitend op de matchmaking, lijkt het zinvol om CHW's mee te laten nadenken over de uitwerking van het project. Kunnen zij personen uit de gemeenschap aanreiken die nood zouden kunnen hebben aan extra begeleiding? Kunnen zij noden in de gemeenschap opsporen om op in te pikken? Welke taken willen en kunnen zij opnemen en op welke manier willen ze dat doen?

Dit alles sluit aan op een gemeenschapsgeoriënteerde gezondheidszorg. Deze visie verklaart de gemeenschap als belangrijke speler in de eerstelijnszorg. Door de gemeenschap te gaan betrekken kan de eerstelijnszorg inspelen op de specifieke noden van de gemeenschap en dit zowel van de gekende gebruikers als van de niet-gebruikers van de eerstelijnszorg. Deze manier van organisatie sluit tevens ook aan op het holistische beeld van huisartsgeneeskunde, waarin de patiënt in zijn geheel (zowel lichaam als psychologisch en sociaal) bekeken wordt. [23,24]

Door de CHW's niet enkel in te zetten als tool, maar hen daadwerkelijk te betrekken in de uitwerking van de interventie en de eventuele matchmaking, wordt een meer gemeenschapsgeoriënteerde werking bekomen. Op deze manier kunnen specifieke vragen en noden van de community beter aangepakt worden.

Het is dus zeker waardevol om deze zogenaamde matchmaking verder te onderzoeken. Ook om te zien hoe vrijwilligers en patiënten hierbij betrokken kunnen worden? Hoe verloopt dit praktisch, kan de huisarts eveneens betrokken worden en op welke eventuele barrières stoot je?

## **5.5. Beperkingen van het onderzoek**

Het onderzoek bevat enkele beperkingen. Ten eerste is er sprake van een beperkte dataset, namelijk interviews bij 14 vrijwilligers. We trachtten echter, door selectie van een heterogene groep, een zo volledig mogelijk beeld te creëren.

Een tweede beperking is dat er een selectiebias is. De deelnemers werden namelijk geselecteerd op basis van hun taalvaardigheid.

Ten slotte werden, zoals hierboven aangegeven, CHW's niet betrokken in het uitwerken van de interventie. Ze konden hierin niet actief participeren, maar werden eerder ingezet als middel om de psychosociale nood op te vangen. Implementatie hiervan is, zoals in de discussie beschreven, een uitdaging voor de toekomst.



## 6. BESLUIT

In deze masterproef gingen we op zoek naar hoe 'community health workers' de impact van physical distancing kunnen milderen bij mensen met een beperkt sociaal netwerk. Wat werkt en nog belangrijker wat werkt niet? Wat zijn de mechanismen en contextuele factoren die hierin een rol spelen?

Er blijkt een positief effect, van de inzet van CHW's als psychosociale ondersteuning bij mensen met een beperkt netwerk, dit zowel voor de patiënten als voor de CHW's op verschillende domeinen. In onze studiegroep bleek dat de CHW's de patiënten zowel op mentaal (door (h)erkenning, door 'er te zijn') als op fysiek vlak (stimulans tot beweging en de drempel naar buiten overwinnen) konden bijstaan. De CHW's van hun kant ervoeren het project als bevredigend en verrijkend.

Belangrijke factoren in het al dan niet slagen van deze interventie zijn onder andere een wederzijdse interesse/openheid en het nakomen van gemaakte afspraken. Ook de betrokkenheid van de huisarts lijkt een belangrijke factor tijdens de interventie, zowel voor het vertrouwen in het project als voor het vertrouwen in de huisarts ('die toch bezorgd is om mijn mentale welzijn').

CHW's kunnen ingezet worden als aanvulling op de eerstelijnszorg. Op deze manier zorgen ze voor een verlichting van het takenpakket van de huisarts. Hun diverse takenpakket, hun vrijwillige inzet en hun unieke functie als tussenpersoon tussen de gemeenschap en de eerstelijnszorg maakt de inzet van CHW's een interessante en verder uit te werken piste.

De resultaten van deze studie geven elementen voor nieuw onderzoek rond de algemene integratie van CHW's in de eerstelijnszorg en participatie van CHW's in de planning en organisatie van zorg.

## 7. REFERENTIELIJST

- [1] Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, Johnson A, Holeman I, Foth J et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Glob Health*. 2020;5(6):e002550. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550>
- [2] Vanden Bossche D, Lagaert S, Willems S, Decat P. Community health workers as a strategy to tackle psychosocial suffering due to physical distancing : a randomized controlled trial. *International Journal of environmental research and public health*. 2021;18(6).
- [3] Barnett, M.L.; Gonzalez, A.; Miranda, J.; Chavira, D.A.; Lau, A.S. Mobilizing Community Health Workers to Address Mental Health Disparities for Underserved Populations: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health* 2018, 45, 195-211, doi:10.1007/s10488-017-0815-0.
- [4] Allied Health Professions, Community Health Worker. [Internet]. Available from: <https://explorehealthcareers.org/career/allied-health-professions/community-health-worker/http://>Accessed 14 Augustus 2020].
- [5] Andrea L.H., Leah T., Clarissa H. et al. Roles of Function of community health Workers in Primary care. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):240-245.
- [6] Slaghtmuylder, Yaël, and Sara Willems. *Evaluatie Van Het 'community Health Workers'-pilotproject: Op Weg Naar Een Toegankelijke Gezondheidszorg*: Ugent; 2020.
- [7] Najafizada, S.A.; Bourgeault, I.L.; Labonte, R.; Packer, C.; Torres, S. Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Can J Public Health* 2015, 106, e157-164, doi:10.17269/cjph.106.4747.
- [8] Gezondheidsgidsen begeleiden kwetsbare groepen. Available from: <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/gezondheid/gezondheidsgidsen-begeleiden-kwetsbare-groepen/> accessed 20 augustus 2020.
- [9] Ballard, M.; Bancroft, E.; Nesbit, J.; Johnson, A.; Holeman, I.; Foth, J.; Rogers, D.; Yang, J.; Nardella, J.; Olsen, H., et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID- 19 response. *BMJ Glob Health* 2020, 5, doi:10.1136/bmjgh-2020-002550.
- [10] Verhoeven, V.; Tsakitzidis, G.; Philips, H.; Van Royen, P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020, 10, e039674, doi:10.1136/bmjopen-2020- 039674.
- [11] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- [12] Wonca-Europe. Wonca-Europe definition of family medicine. Availabe online: [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org) (accessed on 02/10/2020).
- [13] Min L., Lixia G. et al. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020 Sep;291:113190.
- [14] COVID-19-crisis heeft grote impact op persoonlijk, professioneel en lichamelijk vlak voor zorg- en hulpverleners. Available from: <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/covid-19-crisis-heeft-grote-impact-op-persoonlijk-professioneel-en-lichamelijk-vlak-voor-zorg-en>. Accessed on 23 september 2020.

- [15] Weaver, A.; Lapidus, A. Mental Health Interventions with Community Health Workers in the United States: A Systematic Review. *J Health Care Poor Underserved* 2018, 29, 159-180, doi:10.1353/hpu.2018.0011.
- [16] Javanparast, S.; Windle, A.; Freeman, T.; Baum, F. Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries? *Int J Health Policy Manag* 2018, 7, 943-954, doi:10.15171/ijhpm.2018.53.
- [17] Perry, H.B.; Zulliger, R.; Rogers, M.M. Community health workers in low-, middle-, and high- income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health* 2014, 35, 399-421, doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182354.
- [18] Myers B, Petersen-Williams P, van der Westhuizen C, et al. Community health worker-delivered counselling for common mental disorders among chronic disease patients in South Africa: a feasibility study. *BMJ Open* 2019;9:e024277. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024277
- [19] Haines, A.; de Barros, E.F.; Berlin, A.; Heymann, D.L.; Harris, M.J. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *Lancet* 2020, 395, 1173-1175, doi:10.1016/S0140-6736(20)30735-2.
- [20] Westhorp, G. 'Realist impact evaluation: an introduction'. *Methods Lab*. London: Overseas Development Institute. 2014.
- [21] Mortelmans, D. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco; 2007.
- [22] Islam, N., Shapiro, E. Wyat, L. et al. 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>.
- [23] World Health Organization Declaration of Astana: from Alma-Ata towards universal health coverage and the sustainable development goals. In *Proceedings of Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 2018, October 25–26*.
- [24] Muldoon, L.; Dahrouge, S.; Hogg, W.; Geneau, R.; Russell, G.; Shortt, M. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Can Fam Physician*. 2010, 56, 676-683.

# Lijst van gebruikte afkortingen

CHW	Community health worker
COVID-19	Coronavirus disease 2019
RIE	Realist impact evaluation
UGent	Universiteit Gent
CMO	Context-mechanismen-outcome hypothese

# Appendix

- Bijlage 1: Informed Consent deelnemers
- Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch comité Thäisa Vande Velde
- Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch comité An-Sofie De Munck
- Bijlage 4: Studieprotocol
- Bijlage 5: Interview guide



## Informatie voor de deelnemer

### Project

Titel van de studie: Wat doet het met mensen om te kunnen ventileren in het (post-)corona tijdperk?  
Officiële titel: Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing.

**Onderzoeker: De Munck An-Sofie & Thaisa Vande Velde**  
**Promotor: Peter Decat**

### Beschrijving en doel van het project

Beste,

Dankzij uw deelname en inzet konden we in deze Covid-19 crisis heel wat mensen met een beperkt sociaal netwerk een hart onder de riem steken. Omdat jullie nu ervaringsdeskundigen zijn, willen we heel graag met jullie samen de koppen bij elkaar steken. We willen leren uit jullie ervaringen, horen wat goed ging en minder goed in jullie begeleidingen, begrijpen wat beter kan volgens jullie.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan een individueel diepte-interview. Dit zal ongeveer een uur van uw tijd in beslag nemen. Tijdens dit interview zullen we het hebben over uw ervaringen van de afgelopen weken als deelnemer of vrijwilliger en over uw evaluatie van de interventie met een focus op mechanismen en contextuele factoren. Dit interview wordt afgenomen en opgenomen door De Munck An-Sofie of Vande Velde Thaisa.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden 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 wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Decat. De gegevens uit de interviews worden gepseudonimiseerd. De opnames van de interviews worden opgeslagen aan de UGent gedurende 20 jaar.

### Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren aan het interview deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

### Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot inzicht in de inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing.

### Kosten

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

### Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

### Verzekering

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.



## Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan anderen bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat geluidsmateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker: De Munck An-Sofie  
Vande Velde Thaisa

Datum:

Handtekening

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat  
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg  
ALHIER

contact Commissie voor medische Ethiek	telefoon +32 (0)9 332 41 81	e-mail Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk BC-07744 E04	Uw kenmerk NVT	datum 22/10/2020	pagina 1/3

**Betreft :**

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Titel hoofdstudie: "Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing."

Titel thesis: Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing - Scriptie Thaisa VandeVelde

**B.U.N.:** B6702020000750

Adviesaanvraagformulier 2020-8-28

Begeleidende brief 2020-9-21

Informatie- en waarschuwingnota 2020-9-2

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 14/10/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 14/10/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

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

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 14/10/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/10/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 20/10/2020. THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/10/2020.**

\* 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 nederlandsstalige 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.

ALGEMENE DIRECTIE  
Commissie voor Medische Ethiek

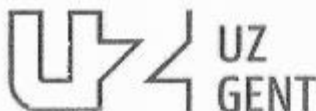
VOORZITTER:  
Prof. Dr. P. Deroo

SECRETARIS  
Prof. Dr. R. Porteman

STAFMEDEWERKER  
Muriel Fouquet  
T +32(0)9 332 33 36  
Sara De Smet  
T +32(0)9 332 66 55  
Sabine Van de Morsela  
T +32(0)9 332 68 54

SECRETARIAAT  
Sebastien Callinmont  
T +32(0)9 332 41 81  
Marieke De Meyer  
T +32(0)9 332 05 05  
Christie De Wael  
T +32(0)9 332 22 85  
Sandra De Praep  
T +32(0)9 332 26 88  
Ann Haenebalcke  
T +32(0)9 332 22 86

INGANG 75  
ROUTE 7522



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

Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité Thaisa Vande Velde



\* 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. P. Deron**  
Voorzitter / Chairman

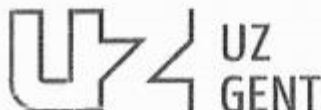
**CC:** UZ Gent – HIRUZ CTU  
FAGG - Research & Development, Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel



Universitair Ziekenhuis Gent  
C Heymanslaan 10 | B 9000 Gent  
[www.uzgent.be](http://www.uzgent.be)

**Ledenlijst 2019-2023:**

<b>Voorzitter:</b>	Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
<b>Secretaris:</b>	Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)
<b>Leden:</b>	Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
	Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
	Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
	Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
	Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
	Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
	Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
	Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
	Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
	Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
	Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
	Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
	Dr. N. PETERS (UZG – fertiïkeitsarts, ♀)
	Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
	Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
	Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
	Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
	Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
	Dr. J. VAN ELSÉN (huisarts, ♂)
	Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
	Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – gynaecoloog, ♂)



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

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat  
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg  
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-07744 E05	NVT	06/11/2020	1/2

**Betreft:** Advies voor monocentrische studie met als titel:

Titel hoofdstudie: "Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing."

Titel thesis: Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing - Scriptie An-Sofie De Munck

**B.U.N.:** B6702020000829

\* Informatie- en waarschuwingsnota dd 2020-9-25  
\* Begeleidende brief dd 2020-9-20  
\* Adviesaanvraagformulier dd 2020-9-20 Ontvangen dd 9/10/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 04/11/220 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 04/11/221, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

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

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 04/11/220 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 04/11/221, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 17/11/2020. THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/11/2020.**

- \* Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
- \* Het Ethisch Comité bevestigd 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 ervoor 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 nederlandsstalige 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

ALGEMENE DIRECTIE  
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:  
Prof. dr. P. Deron

SECRETARIS  
Prof. dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER  
Muriel Fouquet  
T +32(0)9 332 33 30  
Sara De Smet  
T +32(0)9 332 68 55  
Sabina Van de Moortele  
T +32(0)9 332 68 54

SECRETARIAAT  
Sebastian Callewaert  
T +32(0)9 332 41 81  
Marieke De Meyer  
T +32(0)9 332 05 06  
Charlotte De Wolf  
T +32(0)9 332 22 06  
Sandra De Praepe  
T +32(0)9 332 26 80  
Ann Haanbeek  
T +32(0)9 332 22 06

INGANG 75  
ROUTE 7522



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

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. P. Deron  
Voorzitter / Chairman

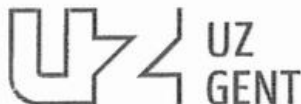
CC: UZ Gent – HIRUZ CTU  
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

#### Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)

Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden: Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)  
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)  
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)  
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)  
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)  
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)  
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)  
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)  
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)  
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)  
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)  
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)  
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)  
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)  
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)  
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)  
Dr. N. PETERS (UZG – fertiiteitsarts, ♀)  
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)  
Prof. dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)  
Prof. dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)  
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)  
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)  
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)  
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)  
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)  
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)  
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)  
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)



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



Studieprotocol

COVID-19 ONDERZOEKSPROJECT

Titel: Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing.

Promotor: Peter Decat

Betrokken onderzoekers: Dorien Vanden Bossche

Studie protocol - Versie 3, 15/05/2020

## 1. Administratieve gegevens

### Titel van het project

Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing.

### Promotor

Naam en voornaam: Decat Peter

Functie: doctor-assistent

Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Adres: C. Heymanslaan 10, ingang 42 - verdieping 6

Telefoon : 09/3323612 en 0477/478146

E-mail : peter.decat@ugent.be

### Andere onderzoekers

Naam en voornaam: Vanden Bossche Dorien

Functie: assistent

Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Adres: C. Heymanslaan 10, ingang 42 - verdieping 6

Telefoon: 0489/327907

E-mail: dorien.vandenbossche@ugent.be

## 2. Abstract van het onderzoeksvorstel

### Titel

Inzet van community health workers (CHW's) in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing.

### Inleiding

CHW's worden ingezet in de ondersteuning van patiënten met risico op psychosociaal lijden door social distancing maatregelen.

### Onderzoeksvragen

- Hoe groot is de psychosociale impact van social distancing?
- Leidt ondersteuning door CHW's tot een lagere psychosociale impact van sociale distancing maatregelen?

### Methode

Randomized controlled trial en kwalitatieve proces evaluatie.

### Relevantie

Inzicht in gemeenschapsgerichte psychosociale ondersteuning van personen met een beperkt netwerk tijdens een gezondheids crisis.

### 3. Projectvoorstel

Inzet van community health workers in de aanpak van psychosociaal lijden door social distancing: een RCT en kwalitatieve evaluatie.

#### Inleiding

De social distancing maatregelen hebben een belangrijke psychosociale impact. Er is een toename van intrafamiliaal geweld, eenzaamheid en psychische problemen. Sommige personen hebben een groter risico op psychosociaal lijden door social distancing. Deze kwetsbaarheid is er ook bij patiënten die voor de gezondheids crisis stabiel waren maar met een belastende factor zoals een psychiatrische voorgeschiedenis, een precaire sociale context, een beperkt netwerk, een onzeker verblijfstatuut, hoge leeftijd, chronische ziekte of het doormaken van een recent kritisch event zoals rouw en echtscheiding.

Voor de patiëntenpopulatie in de Gentse wijkgezondheidscentra, die een grotere kwetsbaarheid vertoont dan gemiddeld, hebben de social distancing maatregelen een belangrijke psychosociale impact. Men merkt dat veel patiënten angstig zijn. Deze angst is vooral aanwezig bij patiënten met al een beperkt sociaal netwerk. Men verwacht ook dat deze angst nog een tijdje zal aanhouden, zeker in de exit fase van de maatregelen tegen COVID-19. Vanuit de Gentse wijkgezondheidscentra komen er verschillende antwoorden op deze uitzonderlijke situatie, met aandacht voor de meest kwetsbaren in de praktijken. Op verschillende manieren probeert men aandacht te geven aan mensen die in de eerste grote oproer en de daaropvolgende stilte van sociaal isolement mogelijk kunnen afglijden. Deze inspanningen tonen een grote betrokkenheid ten opzichte van mensen die het mogelijk moeilijker hebben, doordat hun normale ondersteunende netwerk in deze omstandigheden in het gedrang komt.

Maar hoe zwaar is deze toestand in werkelijkheid voor mensen met een beperkt netwerk? Kan de inzet van community health workers het psychosociaal lijden bij mensen met een beperkt netwerk verminderen? Op deze vragen willen we met dit onderzoeksproject een antwoord bieden.

In Gent loopt sinds begin 2019 een succesvol pilootproject van community health workers (CHW's) of gezondheidsguides. De CHW's zijn vrijwilligers die vanuit hun achtergrond of ervaring meer voeling hebben met de problemen van mensen in een kwetsbare context. Zij nemen, na een opleiding en onder supervisie, volgende kernopdrachten op: informeren, adviseren, bemiddelen, vertegenwoordigen, problemen detecteren, ondersteunen, stimuleren en toeleiden naar zelfstandigheid (empowerment). Als interventie zal dit pilootproject verder uitgerold worden voor de ondersteuning van mensen met een verhoogd risico op psychosociaal lijden door de social distancing maatregelen.

De inzet van CHW's heeft potentieel om in gezondheids crisissen als deze, maar ook in rustiger tijden, de eerstelijnszorg te ondersteunen om vooral kwetsbare bevolkingsgroepen betere zorg te bieden. In Latijns-Amerika, Afrika en Azië is al meer ervaring met CHW's, maar deze strategie is innovatief in een Europese context. Het voorstel om CHW's in te schakelen in deze gezondheids crisis werd eind maart eveneens gelanceerd in de Lancet:

Studie protocol - Versie 3, 15/05/2020



*"We propose a large-scale emergency programme to train community health workers (CHWs) to support people in their homes, initially the most vulnerable but with potential to provide a long-term model of care in the UK. Experience from Brazil, Pakistan, Ethiopia, and other nations shows how a coordinated community workforce can provide effective health and social care support at scale."*

### Onderzoeksvragen

1. Hoe groot is de psychosociale impact van social distancing maatregelen voor personen met een beperkt sociaal netwerk?
2. Leidt ondersteuning door CHW's van personen met een beperkt sociaal netwerk tot een lagere psychosociale impact van social distancing maatregelen?

### Onderzoeksmethode

1. Randomized controlled trial (RCT)
  - 1.1 Selectie van personen met een beperkt sociaal netwerk, met uitsluiting van patiënten met zwaardere psychologische pathologie die professionele hulp vereist. Deze selectie gebeurt door zorgverleners van Gentse huisartspraktijken.

#### Inclusie- en exclusiecriteria:

##### Inclusiecriteria:

- We focussen ons op patiënten met een beperkt netwerk.
- Patiënten die voor de gezondheids crisis op psychosociaal gebied vrij stabiel waren maar met een belastende factor (mensen met een psychiatrische voorgeschiedenis, een precare sociale context, een onzeker verblijfstatuut, hoge leeftijd, chronische ziekte of het doormaken van een recent kritisch event zoals rouw en echtscheiding).
- Ouder dan 18 jaar.

##### Exclusiecriteria:

- Ernstige psychiatrische problematiek in de huidige ziektegeschiedenis, zoals schizofrenie, middelenmisbruik, depressie met suicidaliteit... (Bedenk dat de CHW's vrijwilligers zijn en geen ervaring hebben met dergelijke zware pathologie!)
- Patiënten die geen vlotte beheersing kennen van het Nederlands, Frans, Engels, Turks of Arabisch.
- Patiënten die symptomen vertonen van mogelijke COVID-19 besmetting.

De zorgverlener selecteert patiënten met een beperkt sociaal netwerk na een contact in de praktijk of op basis van dossierkennis. Deze patiënten worden aangesproken door hun zorgverleners, hetzij telefonisch, hetzij bij een contact in de praktijk, met de vraag of ze willen deelnemen aan een studie die de psychosociale gevolgen van de social distancing maatregelen in kaart zal brengen. Ze vragen

Studie protocol - Versie 3, 15/05/2020

aan de patiënten: "Hoe gaat het met jou? We zijn eigenlijk wel benieuwd hoe je het stelt met de corona maatregelen? Is het goed dat er eens iemand langs komt om te luisteren hoe het gaat? Het zal een student zijn die ook aan een onderzoek meewerkt over de psychische en sociale gevolgen van corona? We willen in de eerste plaats weten hoe het met jou gaat, maar dit zou ook gebruikt worden voor het onderzoek als dat voor jou goed is. Mag een onderzoeker hiervoor telefonisch contact met je opnemen? De onderzoeker zal dan afspreken met jou om op bezoek te komen bij je thuis, twee maal. Is dat goed voor jou?" Tevens wordt (telefonisch) advies gegeven aan patiënten die aangeven mentale moeilijkheden te ondervinden volgens 'care as usual'.

- 1.2 De lijst met de namen en de telefoongegevens van de patiënten die hiermee instemmen wordt doorgegeven aan de hoofdonderzoekers. De onderzoekers nemen vervolgens telefonisch contact op met deze patiënten en vragen het volgende: "Dag Mevrouw/Meneer, ik ben x, een onderzoeker van de Universiteit Gent die meewerkt aan het onderzoek rond de psychische en sociale gevolgen van corona. Mag ik eens langskomen bij jou om te horen hoe het met je gaat? Wanneer past dat voor jou?"
- 1.3 De personen die hiermee toestemmen worden at random geselecteerd in een controle- en interventiegroep.

Tweemalige afname bij alle deelnemers van de 'covidienik' vragenlijst ontwikkeld door UCLouvain en Universiteit Antwerpen. De vragenlijst is gebaseerd op gevalideerde instrumenten (GHQ12, social participation measure, dialog+ e.a.) en heeft als doel de invloed over tijd te meten van de corona maatregelen op psychosociaal welzijn.

Bij de personen uit de interventiegroep wordt de vragenlijst afgenomen op dezelfde manier als bij de personen uit de controlegroep. De onderzoekers gaan aan huis bij de deelnemer en voeren een gesprek aan de deur, met inachtnaam van de regels van social distancing en met de bescherming van een mondmasker. Ze stellen zich voor, geven uitleg over het onderzoek, laten informed consent ondertekenen en nemen de vragenlijst af als volgt: "Hallo, ik ben x, een onderzoeker van de Universiteit Gent die meewerkt aan het onderzoek rond de psychische en sociale gevolgen van corona. Hoe gaat het met jou? Lukt het om de dag door te komen? We zijn wel bezorgd om u met de huidige maatregelen. Is het goed als we samen een vragenlijst overlopen in kader van het project?"

Achteraf worden de ingevulde vragenlijsten terugbezorgd aan de zorgverleners van de patiënt en geïncludeerd in het EMD. Op deze manier zijn de behandelende zorgverleners op de hoogte van de mentale toestand van hun patiënten en kan de nodige opvolging gegarandeerd worden.

- 1.4 Longitudinale data analyse voor de vergelijking van evolutie van psychosociale parameters van deelnemers uit de controle- en interventie groep.

### 1.5 Grootte van de steekproef. 200 deelnemers

#### 2. Interventie door CHW's

CHW's nemen contact met personen met een klein sociaal netwerk en daardoor een verhoogd risico op psychosociaal lijden. Ze vragen hoe het gaat, of ze hulp kunnen gebruiken en maken afspraken voor verdere contacten: telefonisch, online, en indien mogelijk huisbezoeken of wandeling met inachtneming van de regels van social distancing. De CHW's zoeken mensen op, zodat ze kunnen ventileren en de nadruk ligt op aanwezigheid (presentie) en menselijke betrokkenheid, en niet op psychosociale hulpverlening. Als er professionele ondersteuning nodig is wordt dit direct aan het WGC gemeld. De focus van de interventie ligt op menselijke aanwezigheid en een snellere detectie van psychosociaal lijden.

De mensen uit de controle groep kunnen, indien ze dit wensen, ondersteuning door een CHW krijgen na 6 weken, na afname van tweede interview.

#### 3. Kwalitatief onderzoek: diepte-interviews met patiënten

Evaluatie van de psychosociale impact van de social distancing maatregelen bij personen met een klein sociaal netwerk en evaluatie van de interventie met een focus op mechanismen en contextuele factoren.

### Werkplan

1. Contacten met huisartsen in Gent en registratie van personen met verhoogd risico op psychosociaal lijden door sociale isolatie (vanaf 23 april)
2. Rekrutering en opleiding van CHW's (vanaf 23 april)
3. Eerste afname van de vragenlijst bij geïncludeerde personen aan huis door de onderzoekers, na (telefonisch) contact door de gekende zorgverlener. (vanaf goedkeuring EC, verwacht 18 mei tot eind mei)
4. CHW's starten psychosociale ondersteuning in de interventiegroep (na afname eerste interview mei tot begin juli)
5. Tweede afname van vragenlijst bij geïncludeerde personen (6 weken na start interventie)
6. Diepte interviews met personen uit de doelgroep (vanaf half augustus)
7. Wetenschappelijke rapporten (Vanaf september en oktober)
8. Minimum één wetenschappelijk artikel in A1 tijdschrift (na afronden van project)

### Haalbaarheid

Factoren die de uitrol van dit onderzoeksvorstel haalbaar maken in zes maanden:

- Succesvol bestaand CHW project in Gent met CHW's die direct inzetbaar zijn. De verantwoordelijken van het project zijn gecontacteerd en enthousiast over de interventie.
- Directe link van de onderzoekers huisartsen met de eerstelijnszorg in Gent, het CHW-project en de huisartsen in Gent.
- Inzetbaarheid van onderzoekers: Afstuderende studenten in de master management en organisatie van de gezondheidszorg maken hun thesis over dit CHW project onder supervisie van de promotor. Zij zullen

Studie protocol - Versie 3, 15/05/2020

aangeworven worden voor de verzameling van data. Het voorgestelde onderzoek kadert binnen het doctoraatsonderwerp van de recent aangeworven assistent in gemeenschapsgerichte huisartsgeneeskunde.

- Beschikbaarheid van een gevalideerde vragenlijst (Promis).
- Preliminair goedkeuring van het onderzoeksprotocol door de Commissie voor Medische Ethiek.

#### Voordeel voor de deelnemende praktijk

- Inschalen hoe het gesteld is met het mentale welzijn van de geselecteerde patiënten met een kwetsbaarheid. De ingevulde vragenlijsten worden aan de behandelende praktijken bezorgd en kunnen ingevoegd worden in het EMD.
- Mensen die zeer slecht scoren op de vragenlijst zullen uit de studie gefilterd worden. Uiteraard koppelen we dit terug naar de behandelende arts.
- De helft van de geselecteerde patiënten krijgt ondersteuning door een CHW. Als CHW's verontrustende signalen opmerken bij een patiënt wordt dit teruggekoppeld naar de praktijk.
- Het inzetten van CHW's als brugfiguur naar de eerstelijnszorg krijgt extra dimensie en kan daardoor meer in de kijker gezet worden. In de toekomst zal deze samenwerking enkel meer in de kijker komen.

#### Verwachte impact voor de eerstelijnszorg

- Kennis over de psychosociale impact van social distancing maatregelen op personen met een beperkt sociaal netwerk.
- Kennis over wat het met mensen met een beperkt sociaal netwerk doet om te kunnen ventileren in het (post-) corona tijdperk.
- Geteste strategie voor de inzet van CHW's ter ondersteuning van personen met een kwetsbaarheid voor psychosociaal lijden. Deze strategie is relevant voor de huidige crisis, voor toekomstige crisissen in binnen en buitenland en als aanvulling op de courante professionele zorg.

## 1. Welkomstwoordje

- De interviewer stelt zichzelf voor en laat de deelnemer zich kort voorstellen.

## 2. Overzicht van het onderzoek

- Je hebt deelgenomen aan het project ‘Ondersteuning bieden in tijden van Corona’ (als vrijwilliger of als cliënt/patiënt).
- De bedoeling van dit interview/gesprek is om meer te weten te komen over jouw ervaringen hieromtrent.

## 3. Procedurele krachtlijnen

- Informed consent
- Gesprek wordt opgenomen, om achteraf grondiger te kunnen analyseren/onderzoeken
- Anonimiteit/privacy wordt beschermd
- Info over einduur (en de duurtijd) van het gesprek

## 4. Je mag vrij en open spreken over zijn/haar ervaringen en ideeën. Er zijn geen “juiste” of “foute” antwoorden.

## 5. Interviewtechnieken tijdens het gesprek

- Stiltes laten
- Doorvragen
  - Hoe heb je dit ervaren?
  - Kan je daar iets meer over zeggen?
  - Wil je daar nog iets aan toevoegen?
  - Dat begrijp ik niet zo goed, kan je daar wat meer uitleg over geven?
- Luisteren en bijsturen indien het gesprek een niet relevante richting opgaat
- Samenvatten: om een subthema af te ronden en op het einde.

## 6. Topics

- Psychisch welzijn
- Gevoel van eigenwaarde
- Gedrag

## 7. Vragen CHW's

- Hoe is het geweest voor jou om iemand (een cliënt) te begeleiden en te ondersteunen tijdens de lockdown-maatregelen? Hoe heb je dit ervaren?
- Hoe verliepen de contacten? (Wat liep er goed? Wat liep er minder goed? Wat vond je moeilijk?)
- Vertel eens over een ervaring?
- Hoe voelde het eerste contact?
- Hoe voelde het toen de begeleiding stopte?

- Wat hebben we volgens jullie bereikt met deze begeleidingen? En wat niet?
- Wat heeft dit (het project en de begeleiding) voor jou betekend?
- Wat denk je dat deze begeleiding betekend heeft voor je cliënt?
- Stel nu dat jij de cliënt was en je werd begeleid door een vrijwilliger. Wat had je dan nodig gehad?
- We hadden verwacht dat het sociaal isolement en de angst van de cliënten zouden verminderen en dat het gevoel van emotionele steun en het deelnemen aan activiteiten zouden verbeterd zijn. Maar dat zagen we niet op basis van onze vragenlijsten. Hoe hebben jullie dat ervaren bij jullie cliënten?
- We hebben deze begeleidingen nu gedaan tijdens de lockdown-maatregelen, maar denk je dat het ook een verandering op langere termijn kan brengen?
  - Zo ja, op welke manier/in welke zin?
  - Zo nee, kan je daar wat meer over vertellen?
- Huisartsen gaven de boodschap dat er al zoveel begeleidingen bestaan. Hoe hebben jullie dit ervaren voor jullie cliënt?
- Had je het gevoel dat je zelf voldoende begeleid werd?
- Na het afsluiten van de online opleiding, hoe voelde je je toen? Of wat dacht je toen?
  - Hoe is dat gevoel geëvolueerd?
  - Wat heeft een keerpunt gemaakt in dat gevoel?
- Wat maakt het dat je in dit project bent gestapt?
- Wat heb je aan vrienden en familie verteld hierover?
  - Wat was hun reactie?
  - Wat deed dit met jou?
- Zou je het achteraf anders aanpakken?
- Heb je suggesties voor de verantwoordelijken?

## 8. Vragen patiënten

- Hoe zijn de contacten met een vrijwilliger voor jou geweest? Hoe heb je dit ervaren?
- Hoe verliepen de contacten?
- Wat heb je samen gedaan?
- Voor welke zaken kon je beroep doen op de CHW?
- Wat liep er goed?
- Wat liep er minder goed?

- Hoe voelde het voor jou toen de vrijwilliger de eerste keer contact opnam? Hoe is dat geëvolueerd?
- Wat hebben de contacten voor jou betekend? Wat heeft dit voor jou betekend tijdens corona?
- Wat maakt dat je in dit project bent gestapt?
- Wat vond je ervan dat je huisarts op de hoogte was van dit project?
- Wat vonden andere mensen ervan als je hierover vertelde?
- Zou je opnieuw meedoen? Wat zou je anders willen?
- Heb je suggesties voor de verantwoordelijken?