

Community health workers in België

Rapport
2024



Universiteit
Antwerpen

Dankbetuiging

De auteurs willen graag alle community health workers, teamverantwoordelijken en coördinatoren hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport en hun deelname aan het onderzoek. Speciale dank gaat ook uit naar Jean-Paul Hollants die de dagelijkse registratiedata geanalyseerd heeft voor dit rapport.

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

Auteurs

Hoofdstuk 1: Implementatie CHW-programma in België: update 2024

Apers Hanne & Mullié, Karen

Hoofdstuk 2: Onderzoek

Apers Hanne, Wouters Edwin & Masquillier Caroline

Hoofdstuk 3: Rapport Verslaving en middelengebruik

Nedée Marie-Lise & Deville, Céline

Gelieve naar het rapport te verwijzen als:

Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, Community health workers in België – rapport 2024, Universiteit Antwerpen: Antwerpen, 149 p., DOI: 10.63028/10067/2121340151162165141

Illustratie Cover

Elise Buntinx

Voorwoord

Beste lezer,

Met groot enthousiasme presenteren wij het activiteitenrapport van het vierde jaar van ons meerjarenprogramma voor Community Health Workers (CHWs). Dit jaar hebben we opnieuw indrukwekkende vooruitgang geboekt en prachtige resultaten behaald. Enkele hoogtepunten:

- **Missie en Visie:** We hebben samen de missie en visie van het CHW-programma geformuleerd, wat heeft geleid tot een solide basis voor verdere ontwikkeling. Dit zorgt voor meer duidelijkheid, betere samenwerking met partners en een grotere impact in het ondersteunen van kwetsbare groepen.
- **Signalenbeleid:** Dankzij hun werk op het terrein en hun direct contact met de doelgroep signaleren de CHW's dagelijks obstakels die de toegang tot gezondheidszorg belemmeren. Een van onze missies is om deze bevindingen te rapporteren aan het politieke niveau, zodat er gerichte maatregelen kunnen worden genomen. Sinds 2022 hebben we onze procedures voor het vastleggen en analyseren van signalen voortdurend verbeterd. In 2024 hebben we belangrijke stappen gezet en waardevolle contacten gelegd om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.
- **Bereik van kwetsbare groepen:** We hebben diverse initiatieven genomen om de meest kwetsbare groepen nog beter te bereiken, met succes.
- **Teambuilding:** Voor het eerst werd in 2024 een budget vrijgemaakt voor het opzetten van een waarderingbeleid. Onze inspanningen om het belang van teamcohesie, tussentijdse erkenning en teambuilding te benadrukken, hebben hun vruchten afgeworpen. Deze momenten van informele en ontspannen interactie worden door iedereen zeer gewaardeerd.
- **CHWs in de schijnwerpers:** In 2024 werden we opgemerkt via verschillende kanalen. We ontvingen opnieuw een award en waren met succes te zien in een internationale campagne, geleid door BBC Storyworks die inspirerende initiatieven die de diversiteit, impact en waarde van organisaties die wereldgezondheid bevorderen, belichtte. Daarnaast gaven we diverse presentaties op lokale, nationale en internationale bijeenkomsten.
- **Werkbezoeken:** De werkbezoeken bij lokale CHW-teams, waarbij federale en regionale parlementsleden werden uitgenodigd, waren een boeiende primeur. Kers op de taart was het bezoek van kabinet van Petra de Sutter aan CHW Gent. Deze bezoeken droegen bij aan de zichtbaarheid van het programma en versterkten het draagvlak. Politieke vertegenwoordigers gaven positieve feedback, wat de erkenning van het programma vergrootte. Bovendien boden de werkbezoeken kansen om samenwerkingen met lokale partners te verdiepen.

Tot slot belichten we in dit rapport ook enkele belangrijke uitdagingen voor de toekomst. We blijven ons richten op preventie, het welzijn van de CHW-medewerkers en de toekomst na 2025.

We nodigen u van harte uit om dit rapport verder te verkennen en zelf de inspirerende verhalen en resultaten te ontdekken. Onze oprechte dank gaat uit naar alle toegewijde medewerkers binnen het CHW-programma en de onderzoekers van de Universiteit Antwerpen, wiens inzet en expertise onmisbaar zijn voor ons succes.

Karen Mullié, Federaal coördinator CHW-programma

Inhoud

Voorwoord.....	3
Inleiding	8
HOOFDSTUK 1 Implementatie CHW-programma in België Update 2024.....	11
1 Definities en rolomschrijvingen.....	12
1.1 Definitie CHW.....	12
1.2 Rolbeschrijving CHW en teamverantwoordelijke.....	12
1.3 Rolbeschrijving coördinator	12
2 Opvolging structurele signalen inzake toegankelijkheid	13
2.1 Mobiliteit.....	14
2.2 Huisarts en tandarts.....	15
2.3 Geestelijke gezondheid	15
3 Bereiken van de meest kwetsbare groepen	16
4 CHW in de kijker	18
4.1 Awards	18
4.2 Presentaties en lezingen	19
4.3 Media	21
4.4 Onderzoek.....	24
5 Wijzigingen in de structurele omkadering.....	24
5.1 Wijzigingen in bestuursstructuur	25
6 Wijzigingen in personeelszaken.....	27
6.1 Rekrutering.....	27
6.2 Opleidingen.....	29
6.3 Samenkomstdag, intervisies en meetings.....	35
6.4 Waarderingsbeleid	37
6.5 Carrièremogelijkheden	38
7 Wijzigingen in ondersteunende zaken.....	38
7.1 Logistieke ondersteuning	38
7.2 Gebruik van registratietool	39
8 Wijzigingen in implementatie op het terrein	46
8.1 Wijzigingen werkgebied en lokale werking CHW.....	46
8.2 Samenwerkingen.....	47
8.3 Bekendmaking CHW-werking op meso-en macroniveau evalueren, versterken en verbreden	

9	Enkele belangrijke uitdagingen voor 2025	63
9.1	Verdere uitwerking preventiemaatregelen en procedures voor CHWs.....	63
9.2	Het waarborgen van het welzijn van CHWs: versterken van het aanbod psychosociale Ondersteuning.....	64
9.3	Toekomst CHW-werking na 2025	64
	HOOFDSTUK 2 Onderzoek	65
1	Situering	66
1.1	Situering in de wetenschappelijke literatuur	66
1.2	Situering van rollen en taken in het Federale CHW-programma	71
1.3	Onderzoeksvragen	72
2	Methodologie	73
2.1	Ethische goedkeuring.....	73
2.2	Geïnformeerde toestemming	73
2.3	Kwalitatief onderzoek.....	73
2.4	Selectie van de respondenten.....	74
2.5	Dataverzameling en - analyse	74
2.6	Reflectie van de onderzoeker.....	75
3	Resultaten.....	75
3.1	Rollen en taken CHW	75
3.2	Rollen en taken teamverantwoordelijken	97
4	Discussie	104
4.1	Rollen en taken CHWs	104
4.2	Belang van duidelijke rol- en taakafbakening	104
4.3	Uitdagingen bij duidelijke taak-afbakening.....	105
4.4	Rollen en taken teamverantwoordelijken	106
5	Sterktes en beperkingen onderzoek.....	108
5.1	Sterktes	108
5.2	Methodologische beperkingen	108
5.3	Contextuele beperkingen.....	109
6	Aanbevelingen	109
7	Referenties.....	111
	HOOFDSTUK 3 Rapport Verslaving en Middelengebruik.....	114
	Activiteitenrapport Verslaving & Middelengebruik Regio Vlaanderen.....	115
1	Personeelswijzigingen	115

2	Situering thema “verslavingsproblematiek” in project CHW	115
2.1	Opleidingen.....	115
2.2	Terugkoppeling.....	116
2.3	Waar plaatsen we “verslaving en middelengebruik” in de rol van een CHW?	116
2.4	Vraaggestuurd vs. Systematisch.....	117
2.5	Harm reduction (HR) vs. Abstinentie	118
2.6	Casusgestuurde opleiding	118
2.7	Expertise Harm Reduction	118
2.8	FutureLearn.....	118
3	Netwerking.....	118
3.1	Studiedag suïcidaliteit en verslaving.....	119
3.2	Rondetafelgesprekken.....	119
3.3	Sociale kaart.....	119
4	Brainstorm registratiesysteem.....	119
5	Conclusie	120
6	Bijlages bij Activiteitenrapport Verslaving en Middelengebruik – Regio Vlaanderen	122
6.1	Bijlage: kernvragen o.b.v. feedback na opleidingen	122
6.2	Bijlage: Casussen opleiding rond verslavingen najaar 2024	123
	Activiteitenverslag Verslavingen & Middelengebruik Regio Brussel, Wallonië & Duitstalige gemeenschap	126
1	Context	126
2	Projectdoelstellingen.....	126
3	Activiteitenverslag.....	127
3.1	CHW-training/interviewdagen	127
3.2	Inleefdagen in gespecialiseerde organisaties.....	131
3.3	Coördinatievergaderingen	132
3.4	Verwante activiteiten	134
4	Projectdoelstellingen en -prioriteiten bewaken.....	134
4.1	Versterken van de kennis en vaardigheden van CHWs en hun teamverantwoordelijken in het omgaan met verslavingsproblemen (assen 1 en 6).....	134
4.2	Deelnemen aan netwerken en partnerschappen aangaan (assen 2, 3 en 5).....	135
4.3	Signalen verzamelen (as 4).....	136
	Resultaten bevraging thema ‘verslaving en middelengebruik’	139
1	Inleiding	139
2	Resultaten.....	139

2.1	Respons	139
2.2	Frequentie contacten	139
2.3	Frequentie verschillende problematieken	140
2.4	Complexe problematiek	140
2.5	Aanleiding tot hulpvraag.....	141
2.6	Genderprofiel	143
2.7	Leeftijdsprofiel	143
2.8	Geobserveerde verschillen.....	144
2.9	Casusvoorbeelden.....	145
2.10	Invloed op werking.....	146
2.11	Noden CHWs	146
3	Conclusie en suggesties.....	147

Inleiding

Doel & opbouw rapport

Dit rapport geeft een overzicht van de activiteiten in het vierde jaar van het meerjarenprogramma voor Community Health Workers (CHW). Het eerste hoofdstuk biedt een samenvatting van de implementatie van het CHW-programma in 2024, inclusief de veranderingen ten opzichte van het voorgaande jaar. Het tweede hoofdstuk richt zich op de resultaten van een onderzoek naar de rollen en taken van de CHWs en teamverantwoordelijken (TV) in het CHW-programma. In het derde en laatste hoofdstuk wordt het rapport ‘Verslaving en Middelengebruik’ besproken.

Het CHW-programma in een notendop

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

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

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

Om CHWs hun opdracht optimaal te laten uitvoeren en ondersteuning op het terrein te bieden, is een goede omkadering van groot belang. De CHW-teams worden daarom bijgestaan door teamverantwoordelijken, die de dagelijkse leiding voor hun team opnemen. Binnen elke regio, is een regionale coördinator actief, die de teamverantwoordelijken aanstuurt en de werking in alle regionale steden overziet. Het programma wordt overkoepelend geleid door een projectteam, onder toezicht

van de federale coördinator, en een federale stuurgroep. Daarnaast volgt een begeleidingscomité van het RIZIV het programma op.

Doelstellingen, missie en visie CHW-programma

Sinds de start van het CHW-programma werden de doelstellingen steeds verder aangescherpt. Een grondige kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van het CHW-programma in het tweede jaar toonde immers aan dat er een duidelijke noodzaak was om de missie en visie van het programma duidelijk te formuleren en breed uit te dragen (Masquillier & Wouters, 2023). Aan de hand van een workshop, werden toen zowel sterke punten als verbeterkansen binnen het programma in kaart gebracht. Daaruit bleek dat onduidelijkheid over de rollen, missie en visie ervoor zorgde dat CHWs niet altijd serieus werden genomen. Ze werden soms uitsluitend als tolk ingezet en ondervonden moeilijkheden bij het afbakenen van hun grenzen in samenwerkingen. Teams uit verschillende regio's benadrukten dat een gedeelde en heldere missie essentieel was om het draagvlak voor CHWs te vergroten en hun rol binnen de gezondheidszorg en het welzijnslandschap beter te laten begrijpen. Het verder uitwerken van de missie, visie en doelstellingen van het CHW-project was dan ook van cruciaal belang voor een stevige basis, efficiëntere samenwerkingen en een grotere impact en effectiviteit van de CHWs.

Om deze reden werd in het najaar van 2023 een proces gestart om de missie, visie en strategie van het CHW-programma te verfijnen. Tijdens twee denkdagen met de federale stuurgroep en het projectteam werd gezamenlijk gewerkt aan een heldere omschrijving van waar het CHW-programma voor staat en welke kernwaarden het uitdraagt. In februari 2024 werd dit verder besproken met de CHWs en teamverantwoordelijken tijdens een samenkomst. De inhoud en aanpak van deze dag worden verder in het rapport toegelicht.

Het resultaat van dit proces werd in 2024 gevalideerd door de stuurgroep en het volledige CHW-team. De scherp gestelde missie, visie en strategie vormen nu een stevige basis voor de verdere ontwikkeling van het CHW-programma. Ze zorgen voor meer duidelijkheid binnen het werkveld, versterken de samenwerking met partners en vergroten de impact van CHWs in het ondersteunen van kwetsbare groepen.

Missie van het CHW-programma

De Community Health Workers, verankerd in lokale wijken, helpen de kloof overbruggen tussen mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties en het gezondheidssysteem, dat voor hen moeilijk te bereiken is. Dat doen ze door deze mensen actief op te zoeken in hun eigen leefwereld en hen te ondersteunen om hun gezondheid meer in eigen handen te nemen.

Visie van het CHW-programma

Community Health Workers zijn erkende spelers binnen het Belgische gezondheidssysteem.

Ze helpen iedereen gedurende alle stappen om toegang te krijgen tot zorg ('toegang-tot-zorg-continuüm'¹), wat bijdraagt tot het verminderen van sociale ongelijkheden in gezondheid.

¹ 'Toegang tot gezondheidszorg' is een continuüm dat start bij het hebben van een gezondheidsnood, waarna nog vijf andere fasen volgen, m.n. 1) de perceptie over de gezondheids- en zorgnood; 2) de mogelijkheid om de juiste zorg te vinden; 3) deze juiste zorg op een tijdige manier te bereiken; 4) gepast gebruik te kunnen maken

Waarden en strategie van het CHW-programma

De waarden van het CHW-programma vormen de basis voor het dagelijkse werk van de CHWs en omvatten samenwerking, luisteren, nabijheid, doeltreffendheid, aanpassingsvermogen en respect. Deze waarden zijn essentieel voor het succes van het project.

De strategie van het CHW-programma is opgebouwd rond vier belangrijke pijlers die samen de richting van het werk bepalen. (1) Ten eerste wordt er ingezet op het efficiënt uitvoeren van de toegewezen opdrachten, waarbij het behalen van concrete resultaten centraal staat. (2) Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van interne en externe partnerschappen, die bijdragen aan de kracht van het netwerk rondom de CHWs. (3) Het verbeteren van het werkkader voor de CHWs is een andere belangrijke pijler, waarbij de werkomstandigheden en ondersteuning voortdurend worden geoptimaliseerd. (4) Tot slot is er de nadruk op zichtbaarheid en strategische ontwikkeling, zodat het CHW-programma blijft groeien en zijn impact vergroot. Deze vier pijlers zorgen samen voor een sterke basis en een gerichte aanpak in het werk van de CHWs.

van deze zorg; en 5) de eigenlijke gezondheidsnood hebben vervuld door deze gezondheidszorgdiensten (Levesque, Harris, & Russell, 2013).

HOOFDSTUK 1

Implementatie CHW- programma in België

Update 2024

1 Definities en rolomschrijvingen

1.1 Definitie CHW

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

1.2 Rolbeschrijving CHW en teamverantwoordelijke

Duidelijke rollen en verantwoordelijkheden zijn om meerdere redenen cruciaal, hetgeen ook gebleken is uit het onderzoek van 2022 (Masquillier & Wouters, 2023, p. 9): rollen brengen structuur en helderheid binnen een team. Als mensen niet precies weten wat er van hen wordt verwacht, kan dit leiden tot onduidelijkheid en verwarring. Ze kunnen niet effectief prioriteiten stellen, weten niet welke taken ze moeten uitvoeren en hebben mogelijk een gebrek aan richting. Dit kan leiden tot inefficiëntie en verminderde productiviteit.

Een tweede reden is dat wanneer rollen, taken en verantwoordelijkheden niet goed zijn gedefinieerd, dit kan leiden tot gebrekkige samenwerking en communicatie binnen een team of organisatie als ook in de samenwerking met andere partners op het terrein.

En tot slot heeft dit ook een impact op de motivatie en betrokkenheid: als mensen niet duidelijk weten wat er van hen wordt verwacht en hoe hun bijdrage past binnen het grotere geheel, kan dit leiden tot een gebrek aan motivatie en betrokkenheid. Medewerkers kunnen zich gedemotiveerd voelen omdat ze het gevoel hebben dat ze niet effectief kunnen bijdragen of dat hun werk niet wordt gewaardeerd.

Binnen het CHW-programma is hier de afgelopen jaren sterk op gefocust. Het regelmatig evalueren en bijsturen van deze rollen is daarbij essentieel. Dit garandeert dat de verdeling van verantwoordelijkheden actueel blijft en aansluit bij de noden en prioriteiten van het team en de organisatie.

In 2024 werd de **rolbeschrijving CHW** onder de loep genomen door het projectteam, na input van de teamverantwoordelijken. Er werd een overzicht van taken uitgewerkt. Taken zijn de specifieke activiteiten of acties die een persoon moet uitvoeren als onderdeel van zijn of haar rol.

Daarbij was er niet enkel aandacht voor de beschrijving van de taken die een CHW moet uitvoeren, maar werd ook duidelijkheid geschapen over wat niet binnen het takenpakket van een CHW valt. De volgende stap in dit evaluatieproces was het aftoetsen van deze lijst bij de CHWs. Hiervoor werd het jaarlijks onderzoek, uitgevoerd door UAntwerpen, ingezet. Deze onderzoeksresultaten zijn terug te vinden in hoofdstuk 2 van dit rapport. In 2025 zal op basis van de resultaten van dit onderzoek de takenlijst worden gefinaliseerd.

Ook de **rolbeschrijving van de teamverantwoordelijke** (voorheen supervisor-coach) maakt onderdeel uit van het onderzoek 2024. De omschrijving die tijdens het tweede programmajaar werd opgesteld (zie Masquillier & Wouters, 2023, pagina 12) werd geëvalueerd samen met de huidige teamverantwoordelijken. De bevindingen hiervan zijn eveneens beschreven in hoofdstuk 2.

1.3 Rolbeschrijving coördinator

Vanaf de start van het project hebben de ziekenfondsen **coördinatoren** aangesteld om het project in goede banen te leiden. In 2023 werd ook voor deze rol een rolomschrijving opgemaakt.

In 2024 heeft de stuurgroep deze rolomschrijving geëvalueerd en aangepast aan de actuele behoeften van het CHW-programma.

De coördinatoren hun opdracht bestaat uit volgende grote luiken:

- **Implementatie en -monitoring van het project CHW.** Dit omvat bijvoorbeeld het uitdragen van de missie en visie van het CHW project en de vertaalslag maken naar de realiteit van het terrein. Of nog het opvolgen van de CHW-activiteiten in samenwerking met de teamverantwoordelijken en het managen van de implementatie van veranderingen aan werkprocessen.
- **Teammanagement.** Dit houdt onder meer in dat de coördinatoren de teamverantwoordelijken coachen, motiveren en aansturen. De functie van CHW brengt ook een hoge psychologische belasting met zich mee, waardoor coördinatoren ook voldoende tijd moeten hebben om in gesprek te gaan met de teams.
- **Projectontwikkeling.** Eén van de opdrachten die hieronder vallen, is de synchronisatie van de werking tussen de regio's alsook het mee opvolgen van het HR-beleid
- **Strategisch denken.** Hieronder wordt onder meer verstaan dat de coördinatoren de politieke en strategische context en ontwikkelingen met impact op de CHW-werking opvolgen en monitoren en hiermee rekening houden bij de verdere uitrol van de werking.
- **Structureel signalenbeleid.** En tot slot is het opvolgen van structurele signalen een onderdeel van de taken van een coördinator.

De herwerkte rolomschrijving werd op 4 december 2024 door de stuurgroep goedgekeurd.

De coördinatoren worden momenteel deels vergoed via het budget dat ter beschikking gesteld wordt van het CHW project op basis van de overeenkomst tussen het verzekeringscomité van het RIZIV en de ziekenfondsen, in toepassing van artikel 56 §1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen².

Het resterende deel wordt door de ziekenfondsen zelf gefinancierd. Door de verdere professionalisering van de CHW-werking en met het oog op een structurele verankering, is deze situatie niet langer houdbaar. Zowel op het gebied van budget als van FTE's is een uitbreiding noodzakelijk. De goedkeuring van een verhoging van het aantal FTE's in 2025 en het daarmee samenhangende budget voor 2025 was daarom een cruciale stap om deze uitdagingen aan te pakken en de CHW-werking verder te versterken.

2 Opvolging structurele signalen inzake toegankelijkheid

De missie van het CHW-programma bestaat erin om de kloof die bestaat tussen mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties en het gezondheidssysteem te helpen overbruggen. Dat doen ze door deze mensen actief op te zoeken in hun eigen leefwereld en hen te ondersteunen om hun gezondheid meer in eigen handen te nemen.

² Art. 56. § 1. Het Verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging. De uitgaven die hiermee gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

Doordat de CHWs in directe interactie staan met de doelgroep, kunnen zij specifieke knelpunten en barrières in kaart brengen die anders mogelijk over het hoofd gezien worden. Deze structurele signalen bieden beleidsmakers cruciale inzichten die hen in staat stellen om gerichte en efficiënte maatregelen te nemen om de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren.

Sinds 2022 wordt daarom jaarlijks verder gebouwd aan een procedure die het mogelijk maakt om deze structurele signalen zo goed mogelijk te capteren en te onderbouwen. Dit verloopt met vallen en opstaan: het goed formuleren, onderbouwen en analyseren van de problemen is zeer essentieel, maar blijkt ook complex. De procedure dient laagdrempelig en gebruiksvriendelijk voor de medewerkers te zijn, maar tegelijkertijd ook voldoende gestructureerd om de signalen nauwkeurig te documenteren. Een belangrijke les is dat het opleiden en begeleiden van medewerkers in het capteren, formuleren en onderbouwen van de signalen hierin een absolute prioriteit is.

Om deze signaalprocedure goed onderbouwd uit te werken, waren er dit jaar opnieuw zeer leerzame contacten met zowel de eerstelijnszone Gent, als ook met de collega's van de dienst ervaringsdeskundigen van de programmatorische federale overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (POD MI). Beide organisaties hebben reeds jarenlang ervaring in het opzetten van een goed signalenbeleid. Ze gaven daarbij aan dat dit een werk van lange adem is en dat ook zij continu hun procedures bijsturen en optimaliseren. Deze constructieve samenwerkingen zullen verder gezet worden in 2025.

Ook het afgelopen jaar werden verschillende signalen opgemerkt en verzameld door de CHWs. Op teamniveau werden deze gewikt, gewogen en verder uitgewerkt—aangezien het cruciaal is om na te gaan of een signaal echt structureel is. Dit is een tijdsintensieve, maar noodzakelijke fase. In 2025 zal het projectteam deze signalen verder analyseren, verduidelijken en in hun bredere context plaatsen. Daarbij kan het projectteam een beroep doen op externe experts, zoals wetenschappers, praktijkwerkers en collega-organisaties. Voor de analyse wordt waar mogelijk gebruikgemaakt van bestaand materiaal binnen organisaties, aangevuld met onderzoeksrapporten en wetenschappelijke literatuur.

Het gericht rapporteren en communiceren van de signalen naar de relevanties instanties is eveneens voorzien voor 2025. Een voorproefje van enkele belangrijke thema's die naar voren komen uit de signalen die in 2024 zijn opgevangen, is hieronder te lezen.

2.1 Mobiliteit

Het openbaar vervoer vormt een aanzienlijke hindernis in de toegang tot gezondheidszorg, vooral voor kwetsbare groepen zoals ouderen, gehandicapten en mensen met een laag inkomen. Het schrappen van haltes, gebrek aan toegankelijkheid, financiële en taalbarrières en de afbouw van sociale vervoersinitiatieven bemoeilijken het bereiken van zorgverleners en leidt soms tot gemiste zorgafspraken. Dit kan sociale uitsluiting, gezondheidsproblemen, overbelasting van spoeddiensten, toenemende financiële druk en psychische impact tot gevolg hebben.

Enkele voorbeelden uit de praktijk van de CHW:

- Een persoon die geen trappen kan doen, moet wachten op een tram zonder opstapje en mist hierdoor vaak meerdere trams, waardoor de reizen langer worden. Hierdoor mist ze dus soms haar afspraak bij de zorgverlener.
- Sommige patiënten kunnen niet zelfstandig reizen omdat ze geen toegang hebben tot digitale routeplanners of moeite hebben met overstappen en de werking van het openbaar vervoer.

2.2 Huisarts en tandarts

Het tekort aan huisartsen en tandartsen vormt in verschillende regio's van het land een groot obstakel voor de toegang tot gezondheidszorg. In verschillende steden leidt dit tekort tot extreem lange wachttijden, overvolle wijkgezondheidscentra en steeds minder huisbezoeken. Vooral kwetsbare patiënten, zoals ouderen, mensen met beperkte mobiliteit en personen met een chronische ziekte, worden hierdoor hard getroffen.

In onder andere Genk en Antwerpen zorgt het tekort aan tandartsen en de patiëntenstop ervoor dat veel patiënten essentiële mondzorg mislopen. Vooral kansarme groepen, zoals mensen zonder papieren en mensen met een laag inkomen, worden geconfronteerd met lange wachttijden, hoge kosten en administratieve rompslomp die de behandeling vertragen of zelfs onmogelijk maken. Het gebrek aan preventieve zorg leidt tot ernstige complicaties en vergroot de gezondheidsongelijkheid.

Enkele voorbeelden uit de praktijk van de CHW:

- Een gezin in Oostende moest bijna een jaar wachten om zich in te schrijven bij een huisarts, ondanks dringende medische problemen van hun baby.
- Sarah, een alleenstaande moeder uit Genk, was al anderhalf jaar op zoek naar een tandarts voor haar kinderen. Haar dochter had pijnlijke gaatjes, maar tandartsen namen geen nieuwe patiënten aan. Met hulp van een CHW vond ze een tandarts op 20 km afstand, maar de wachttijd was nog steeds zes weken. Ondertussen ontwikkelde haar dochter een abces en moest ze naar de spoeddienst.

2.3 Geestelijke gezondheid

De vraag naar geestelijke gezondheidszorg is sterk gestegen, maar het aanbod van psychiaters en psychologen schiet tekort. Dit leidt onder meer tot lange wachttijden, hogere kosten, toenemend gebruik van zelfmedicatie en onvoldoende opvolging. Vooral kwetsbare groepen zoals mensen zonder ziekteverzekering, migranten (mensen in een onregelmatige administratieve situatie, niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV), mensen in transit,) en mensen met complexe psychische problemen, die regelmatig ook nog eens botsen op extra obstakels als gevolg van taal- en administratieve barrières worden hard getroffen. Psychische klachten escaleren met soms ongewenste gevolgen zoals zorg mijndend gedrag, sociaal isolement, werkloosheid, armoede of zelfs huiselijk geweld. Huisartsen worden hierdoor ook overbelast.

Ook de nood aan cultuursensitieve en anderstalige psychologen neemt toe door de diversificatie van de samenleving.

Enkele voorbeelden uit de praktijk van de CHW:

- Een CHW moest 40 eerstelijnspsychologen bellen om binnen een redelijke tijd een afspraak te vinden. De snelste afspraak was pas na 5 maanden.
- Een Afghaanse cliënt vond na lang zoeken een Dari-sprekende psycholoog, maar die had het maximum aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming bereikt. Alternatieven waren er niet.
- Consultaties bij niet-geconventioneerde psychiaters kosten tot €110 per sessie, wat onhaalbaar is voor de meeste kwetsbare groepen.
- Door een tekort aan psychiatrische en psychologische zorg wendden sommige patiënten in Brussel zich tot hun huisarts voor nieuwe medicatievoorschriften. Dit kan leiden tot verslavingsproblemen die moeilijk te diagnosticeren zijn, vooral als patiënten verschillende huisartsen bezoeken en geen globaal medisch dossier hebben. Bovendien betekent dit een extra belasting voor huisartsen.

3 Bereiken van de meest kwetsbare groepen

In **Wallonië en de Duitstalige gemeenschap** zijn gedurende het afgelopen jaar verschillende gerichte acties ondernomen om de meest kwetsbare groepen beter te bereiken. Enkele belangrijke aandachtspunten hierbij waren de verbetering van de opvolging van de personen die geholpen worden door CHWs, de uitgevoerde taken beter monitoren en het signaleren en verminderen van de werkdruk alsook de mentale belasting van de CHWs. Daarnaast werd er ingezet op het stroomlijnen van administratieve processen, het vergroten van de zichtbaarheid van het programma en het bevorderen van samenwerkingen met relevante partners. Ook de begeleiding van nieuwe CHWs kreeg extra aandacht om een vlotte integratie en efficiënte ondersteuning te garanderen.

Een concreet voorbeeld is de organisatie van een reflectiesessie. Tijdens deze sessie brachten de verschillende teams in kaart welke groepen zij reeds bereiken, welke strategische locaties zijn om hun doelgroepen te bereiken en met wie ze in contact staan. Dit bood de gelegenheid om ervaringen uit te wisselen en gezamenlijk te reflecteren op belangrijke doelgroepen die momenteel nog niet proactief worden benaderd. Op basis van deze inzichten zal, samen met de teamverantwoordelijken, in het komende jaar een actieplan opgesteld worden om deze lacunes aan te pakken en de reikwijdte van het project te vergroten. Daarnaast werd gewerkt aan het verbeteren van de zichtbaarheid van het programma, onder andere door de Facebook-pagina's van de verschillende teams goed te beheren. Dit platform fungeert als een belangrijk middel om de betrokkenheid te vergroten en de communicatie met zowel de doelgroep als samenwerkingspartners te versterken.

Om de doelgroep nog beter te bereiken, zijn verschillende initiatieven opgezet. Zo werden in Charleroi de CHW-teams versterkt in hun outreach-activiteiten en werd daarbij gericht ingezet op specifieke buurten. CHWs en hun teamverantwoordelijke gaven aan waar de toegang tot de doelgroep een grotere uitdaging vormde. Op basis van deze input werd een samenwerking met [Mission Rue](#) gestart. Deze samenwerking heeft als doel direct contact te leggen met de doelgroep en de CHWs de juiste tools te bieden, met positief resultaat tot gevolg.

In Brussel zijn verschillende trainingen en intervisiesessies georganiseerd om kwetsbare doelgroepen beter te bereiken. Onder andere het sociaal platform [Télé-Service](#) en [het centrum over gezinsplanning](#)

[La Senne](#) boden een reeks intervisies aan over 'onzichtbare vrouwen', een groep van cliënten wiens specifieke behoeften vaak over het hoofd worden gezien. Het gaat hierbij vooral om vrouwelijke asielzoekers, vrouwelijke migranten zonder papieren, alleenstaande moeders in armoede, vrouwen die slachtoffer zijn van geweld, en oudere vrouwen in een situatie van handicap. Deze vrouwen ondervinden moeilijkheden bij het verkrijgen van toegang tot zorg en sociale diensten vanwege administratieve, culturele en structurele barrières, waardoor ze geen passende begeleiding ontvangen. Hun onzichtbaarheid weerspiegelt een gebrek aan erkenning van de genderongelijkheden en discriminaties die ze ervaren. Andere trainingen die werden aangeboden zijn onder andere "Laagdrempelig onthaal" door [La Mass](#) en een psycholoog van de [Entr'Aide des Marolles](#), "Mentale gezondheid en OCMW", waarin de mentale gezondheid van de medewerkers en hun relatie met de hulpbehoevende cliënten wordt besproken, en tenslotte "cliënten met een mentale nood", geleid door diverse actoren van het OCMW. Deze initiatieven zijn bedoeld om de zorg voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen te versterken en de sociale professionals bewust te maken van de specifieke uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden.

Daarnaast stemde het Brusselse CHW-team hun sensibiliseringsacties verder af op de specifieke behoeften van verschillende doelgroepen. Zo werden er workshops georganiseerd rond thema's zoals sociale zekerheid en de werking van mutualiteiten. Ook werd rekening gehouden met de samenstelling van het publiek tijdens activiteiten, bijvoorbeeld door vrouwelijke CHWs in te zetten bij workshops in noodopvangcentra van Samu Social of bij ondersteuning binnen organisaties zoals Vie Féminine. Waar mogelijk werden presentaties gegeven in de taal van het doelpubliek, bijvoorbeeld door CHWs zelf of met behulp van tolken, zoals gebeurde tijdens workshops in samenwerking met Fedasil, andere vzw's of Samu Social. Bovendien kregen CHWs extra training in het begeleiden van groepen, zoals de methodologie van "En toi, t'en penses quoi?" ontwikkeld door de Christelijke Mutualiteit.

Een andere prioriteit in regio Brussel was het faciliteren en aanmoedigen van feedback van de personen die binnen het programma geholpen worden. Tijdens workshops werd altijd een moment ingepland voor directe feedback, en daarnaast werd ook de mogelijkheid geboden om anoniem feedback te geven, bijvoorbeeld via individuele post-its of formulieren. Wanneer nodig werd deze feedback gedeeld met de samenwerkingspartners om de dienstverlening verder te verbeteren. Deze aanpak zorgde voor een continue dialoog en stelde de betrokken teams in staat om hun ondersteuning nog beter af te stemmen op de noden van de doelgroep.

De CHWs in Brussel zetten ook actief in op het thema van geestelijke gezondheid, vooral via verschillende samenwerkingen en individuele opvolgingen vanuit zorgstructuren. Ze streven ernaar hun begrip van de beschikbare diensten en hulpbronnen te versterken, zodat ze beter afgestemde begeleiding kunnen bieden aan deze kwetsbare cliënten. Een recente training met het OCMW stelde verschillende CHWs in staat om de geestelijke gezondheidsdiensten binnen het OCMW beter te begrijpen, zodat ze mensen beter kunnen doorverwijzen in hun traject. Bovendien worden er regelmatig individuele opvolgingen uitgevoerd met verschillende partners, zoals "[Le Coin des Cerises](#)", het [Antonin Artaud Centrum](#) en de [Maison Médicale des Riches Claires](#), die mensen doorverwijzen die specifieke psychologische steun nodig hebben. Daarnaast nemen de CHWs deel aan initiatieven zoals overlegvergaderingen met het Sint-Pieter Ziekenhuis voor complexe gevallen, wat binnenkort een diepgaandere opvolging van patiënten mogelijk zal maken. Daarnaast zijn de CHWs betrokken bij intervisies over specifieke thema's, waaronder de geestelijke gezondheid van "onzichtbare vrouwen", georganiseerd door de sociale dienst Télé-Service, die ruimte biedt voor het delen van kennis en praktijkervaring binnen het team. Deze verschillende acties tonen het belang van de CHWs in de

begeleiding van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, binnen een nauwe samenwerking met verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg.

Ook in **Vlaanderen** werd op teamniveau gewerkt aan het beter bereiken van kwetsbare doelgroepen. In 2024 heeft het CHW-team in Genk ingezet op het organiseren van wekelijkse outreachmomenten. Een analyse van de cijfers uit 2023 toonde aan dat hier weinig ruimte voor was, doordat het team veel tijd besteedde aan doorverwijzingen vanuit diensten en organisaties. Om de meest kwetsbare mensen weer effectief te kunnen bereiken en hen beter te ondersteunen in hun zorgbehoeften, zijn huis-aan-huisbezoeken opnieuw geïntroduceerd. Deze aanpak maakt het mogelijk om proactief contact te leggen met mensen die anders buiten het bereik van reguliere zorg- en ondersteuningskanalen zouden blijven.

In Antwerpen werd opnieuw gestart met actieve outreach in verschillende wijken, straten en pleinen. Het werk richtte zich op locaties waar de nood het hoogst was, zoals Park Spoor Noord, met als gevolg de opstart van een permanentie in De Revue, een plek die ondersteuning biedt aan daklozen, vaak in combinatie met verslavingsproblematiek. Daarnaast werden er ook actiever aan outreach gedaan op andere plaatsen zoals bij voedselbanken, het Sint-Jansplein, Het Laar, buurthuizen en de buurt rond het De Coninckplein (nabij het Centraal Station) om contact te leggen met moeilijk bereikbare groepen. Er werden ook drie nieuwe permanenties opgestart: het Huis van het Kind aan de Turnhoutsebaan, Saamo Dinamo en De Revue.

In Oostende wordt ook nog steeds aan actieve outreach gedaan, waarbij een CHW met de fiets naar locaties gaat waar de doelgroep vaak aanwezig is. Deze initiatieven dragen bij aan het versterken van de aanwezigheid en toegankelijkheid van hulpverlening in kwetsbare gemeenschappen.

In Gent is sinds 2023 de eerste prioriteit van een CHW bij een nieuwe cliënt om ervoor te zorgen dat de persoon aangesloten is bij een ziekenfonds (ZF), de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), of beschikt over een medische kaart (MK). Deze aansluiting is cruciaal, omdat het toegang biedt tot gezondheidszorg. Zonder aansluiting kan zorg in instellingen of ziekenhuizen worden geweigerd. Bijvoorbeeld in de hulp aan een vrouw van 25 jaar, afkomstig uit Bulgarije, die gevlucht was voor haar gewelddadige echtgenoot. Omdat ze nog op zijn ziekenfonds geregistreerd stond, kon ze geen eigen gezondheidszorg regelen. Voor haar veiligheid en autonomie was een eigen aansluiting bij een ziekenfonds essentieel. De CHW gaf ondersteuning om de aansluiting in orde te maken. Dit illustreert hoe belangrijk het is om vroegtijdig de administratieve barrières te overwinnen om gezondheidszorg toegankelijk te maken voor kwetsbare groepen.

Daarnaast kregen alle CHWs gerichte opleidingen op het gebied van assertiviteit, gespreksmethodieken en geweldloze communicatie om hun vaardigheden te versterken en een nog betere ondersteuning te bieden.

4 CHW in de kijker

Ook in 2024 stonden de CHWs op diverse manieren in de schijnwerpers. Hieronder lichten we enkele van de meest opmerkelijke momenten uit.

4.1 Awards

De Gentse CHWs werden met trots genomineerd voor een 'Emilie'. Deze nieuwe prijs, die in 2024 werd geïntroduceerd door Vooruit Gent, ABVV Oost-Vlaanderen en Solidaris Oost-Vlaanderen, is vernoemd

naar Emilie Claeys, een Gentse socialiste en feministe uit de tijd van de Industriële Revolutie. Zij streed voor vrouwenstemrecht, gelijke lonen en anticonceptie. De award wordt uitgereikt aan een persoon, vereniging of organisatie die een significante bijdrage heeft geleverd aan emancipatie en gelijke participatie in de Gentse samenleving. Van de vele inzendingen selecteerde de jury vijf genomineerden, waarvan de Gentse CHWs er één waren. Deze nominatie is een deugddoende erkenning van hun inzet en impact in het bevorderen van sociale gelijkheid op het vlak van gezondheid.



Afbeelding 1: de Gentse CHWs bij de awarduitreiking De 'Emilies'

4.2 Presentaties en lezingen

Naast de vele presentaties die de verschillende teams en coördinatoren verzorgen voor lokale samenwerkingspartners, overheden en andere belanghebbenden, geven de CHWs ook presentaties en lezingen op (inter)nationale symposia en conferenties. Zo presenteerden de Luikse teamverantwoordelijke en één van de Luikse CHWs, het CHW-programma op een info-ochtend in april. Deze ochtend werd georganiseerd door de multidisciplinaire commissie voor continuïteit van de zorg in Luik (Commission Pluridisciplinaire Liégeoise pour la Continuité des soins - CPLCS) rond het thema 'toegang tot de gezondheidszorg voor mensen van buitenlandse origine'. In juni presenteerden de Brusselse regionale coördinator en teamverantwoordelijke het CHW-programma op een symposium van de Belgian Association for Public Health. Het symposium vond plaats aan de Vrije Universiteit Brussel, en richtte zich op een divers publiek van gezondheidswerkers in België. Het thema van het symposium was 'Improving access to healthcare for socio-economic vulnerable groups', waardoor de bijdrage over het CHW-programma naadloos aansloot bij het onderwerp. Het project werd ook gepresenteerd aan koning Filip tijdens een activiteit die in mei 2024 werd georganiseerd door La Tricoterie. Tijdens deze gelegenheid was de CHW aanwezig en kreeg hij de kans om de doelstellingen en acties van het project aan de koning toe te lichten.



Afbeelding 2: Koning Filip en CHW in gesprek op activiteit La Tricoterie, Brussel

Ook op het symposium '10 jaar witboek' op 15 oktober 2024 waren de CHWs sterk vertegenwoordigd. Regionale coördinatoren, teamverantwoordelijken en CHWs hielpen mee in het organiseren van verschillende rondetafelgesprekken en bemanden een stand met flyers en posters. Aan het einde van de algemene presentaties in de voormiddag werd een indrukwekkend filmpje vertoond aan alle aanwezigen. Daarin stond de pakkende getuigenis van Elektra centraal. In haar verhaal komt duidelijk naar voren hoe CHWs mensen ondersteunen die zich bevinden op het kruispunt van verschillende kwetsbaarheden. Elektra, met haar migratieachtergrond en de vele obstakels op haar weg naar gepaste gezondheidszorg, bracht meerdere thema's ter sprake die op het symposium werden behandeld. Het filmpje liet zien hoe, door een samenwerking van de CHW met diverse partners, zowel binnen als buiten de witboek-projecten, Elektra geholpen werd en de nodige zorg kon ontvangen. Deze getuigenis benadrukte de waarde van het CHW-werk en samenwerkende zorgverleners in het verbeteren van toegang tot de gezondheidszorg.

Nog in oktober verzorgden de federale coördinator en één van de CHWs uit Gent een presentatie op de studiedag 'Van wet naar werkvloer: patiëntenrechten in de praktijk', georganiseerd door Zorgnet Icuuro. Na een korte introductie over het CHW-programma en de cruciale rol die CHWs spelen in het verbeteren van de toegang tot zorg, bracht de CHW een sterke getuigenis uit haar praktijkwerk. Ze illustreerde heel mooi hoe de toepassing en het waarborgen van de rechten van de patiënt een uitdaging is en blijft voor de doelgroep die de CHWs verder helpen. Ook daarbij is de ondersteuning van de CHWs een absolute meerwaarde, zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners.



Afbeelding 3: Federale coördinator en CHW presenteren op studiedag Icuuro

In november gaven de Brusselse CHWs een presentatie aan studenten en professoren die deelnamen aan een internationaal uitwisselingsprogramma in het kader van 'Transnationaal Maatschappelijk Werk', georganiseerd door Hogeschool VIVES, in samenwerking met partners uit Nederland, Duitsland, Polen, Tsjechië en Marokko. Tijdens deze sessie werd het CHW-programma voorgesteld als een inspirerend voorbeeld van een organisatie die maatschappelijke problemen effectief aanpakt. De presentatie belichtte de structurele aanpak van het CHW-programma en hoe het programma de uitdagingen rond armoede en toegang tot gezondheidszorg aangaat.

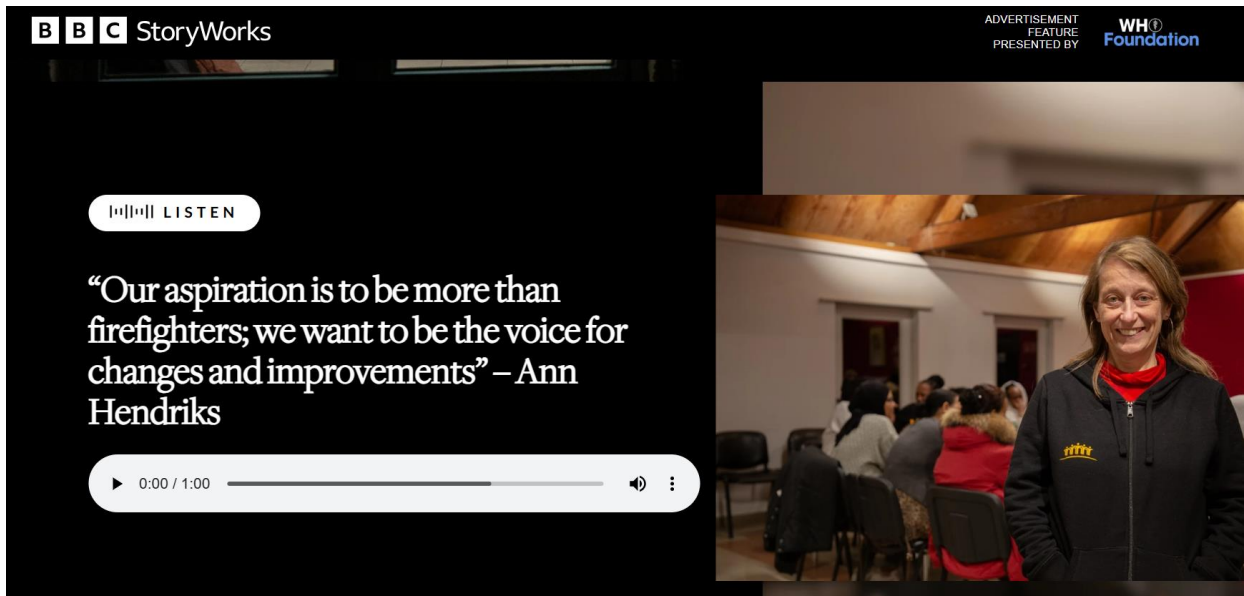
Enkele CHWs en een teamverantwoordelijke gaven ook twee workshops voor studenten uit de tweede opleidingsfase Bachelor Verpleegkunde aan de Odisee Hogeschool in Sint-Niklaas, in het kader van hun opleidingsonderdeel 'Eerstelijnsgezondheidszorg'. De teamverantwoordelijke presenteerde de werking van CHW, waaraan de CHWs concrete casusvoorbeelden uit hun begeleidingen toevoegden.

4.3 Media

In 2024 kregen de CHWs veel aandacht in de media, zowel online als in kranten, op zowel regionaal als lokaal niveau. Hun werk en invloed werden uitgelicht in interviews en artikelen, waardoor de zichtbaarheid van het CHW-programma nog verder toenam. In het vorige rapport werd al uitgelegd hoe de WHO Foundation, samen met BBC Storyworks, een internationale campagne lanceerde om inspirerende initiatieven te laten zien die de diversiteit, impact en waarde van organisaties die wereldgezondheid bevorderen, benadrukken. Het CHW-programma was één van de geselecteerde projecten, waarna een team van BBC Storyworks langskwam voor interviews en beeldmateriaal. Het resultaat is nu te bekijken op hun digitale platform, waar boeiend audio- en beeldmateriaal de impact van het CHW-programma mooi in beeld brengt. Je kunt het platform bereiken via de QR-code hieronder.



QR-code BBC Storyworks



Afbeelding 4: Printscren van webpagina BBC Storyworks

Het artikel over de CHWs werd breed gedeeld met zowel interne als externe doelgroepen via de LinkedIn-pagina van het CHW-programma, evenals via diverse sociale media en interne communicatiekanalen van de betrokken ziekenfondsen. Uit de cijfer rapporten die de BBC daarna communiceerden (zie afbeelding hieronder) bleek deze editie van BBC StoryWorks de succesvolste ooit, met na 6 maanden meer dan 2.62 miljoen bezoekers van de webpagina. De evaluatie van de bezoekcijfers van de specifieke CHW-pagina toonden aan dat vele website-bezoekers zeer geboeid waren: na 6 maanden is de webpagina 20.200 keer bekeken, 3 op de 4 personen bleven op de pagina en lazen deze door, er kwamen 194 reacties op het artikel, er waren 11.200 interacties via gelinkte berichten op sociale media, enzoverder. Een groot succes dus!



Afbeelding 5: BBC Storyworks 'Healthier Together': cijferrapport 6 maanden

Op regionaal gebied werden de Waalse CHWs in de schijnwerpers gezet in het online tijdschrift 'Santé Conjuguée', uitgegeven door de Fédération Maisons Médicales. Het artikel gaf een diepgaand inzicht in de werking van het CHW-programma en de cruciale rol die CHWs spelen bij het overwinnen van obstakels in de toegang tot gezondheidszorg.



Afbeelding 6: Printscren inline tijdschrift 'Santé conjuguée'

De Vlaamse collega's kwamen aan bod in het online magazine van Rebelle vzw. Daarin werden de Vlaamse coördinator en de teamverantwoordelijke van Antwerpen geïnterviewd. Zij vertelden over het ontstaan van het CHW-programma, de achtergrond van CHWs, wie zij ondersteunen, en hoe zij obstakels in de toegang tot gezondheidszorg helpen wegnemen. Deze media-aandacht versterkte de bekendheid van het programma en benadrukte de waarde van het werk dat de CHWs dagelijks verrichten. Het artikel is te bereiken via onderstaande QR-code.



QR-code Artikel Rebelle vzw

In Gent werd een podcast gemaakt over het Ericare-project, die onder andere via Spotify te beluisteren valt, zie onderstaande QR-code.



QR-code Ericare-project op Spotify

Ook de lokale pers bracht het werk van de CHWs onder de aandacht. Het team in Gent presenteerde hun CHW in de Wijkkrant van Nieuw Gent, terwijl de Brusselse CHWs vermeld werden in meerdere lokale publicaties, waaronder de sociale gids van vzw Buurtwinkel voor het project 'Connect Anneessens', het magazine Schaarbeek Info en de website van het OCMW van Evere.

4.4 Onderzoek

De onderzoekers van UAntwerpen publiceerden het onderzoek uitgevoerd in 2023, waarvan de resultaten beschreven staan in het CHW-rapport van vorig jaar, in het academische tijdschrift 'Healthcare'. Het wetenschappelijke artikel kan via onderstaande QR-code teruggevonden worden.



QR-code Academisch artikel in 'Healthcare'

5 Wijzigingen in de structurele omkadering

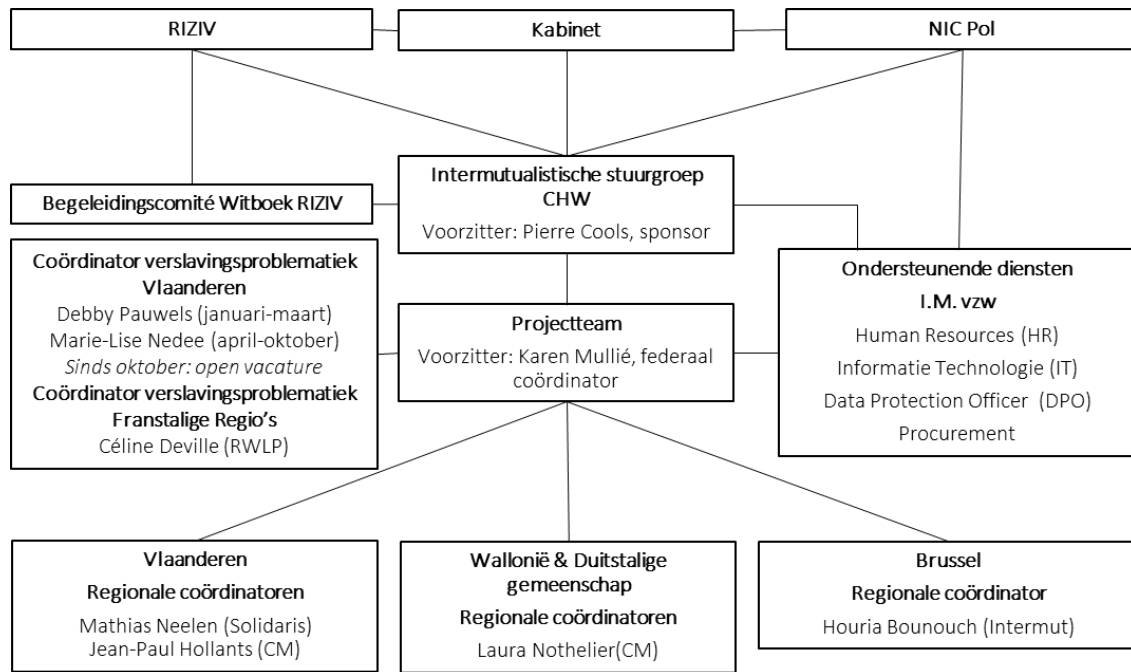
In deze sectie worden de aanpassingen in de structurele omkadering van het programma ten opzichte van 2023 toegelicht. Er wordt ingegaan op de veranderingen in de bestuursstructuur van het CHW-programma, zowel op regionaal als federaal niveau, evenals op de wijzigingen in het personeel en de ondersteunende processen. Voor een gedetailleerde beschrijving van de verschillende bestuursstructuren binnen het CHW-programma kan het CHW-rapport 2021 (Masquillier et al., 2022) geraadpleegd worden.

5.1 Wijzigingen in bestuursstructuur

5.1.1 Federaal

Een sterk overkoepelend kader ondersteunt de CHWs in hun dagelijkse, lokale werking. Deze federale bestuursstructuur bleef onveranderd sinds het vorige werkjaar, zie figuur 1.

Figuur 1. Federale bestuursstructuur



Binnen het overkoepelend kader werd in 2024 het belang van coördinatie benadrukt en verdedigd naar het RIZIV, wat resulteerde in een aanpassing van het budget voor 2025. Het aantal full-time equivalenten (FTE) voor coördinatie werd verhoogd van 2,8 naar 3,5. Deze versterking werd mogelijk gemaakt door een verschuiving binnen het budget. Zo werd er bijvoorbeeld minder uitgegeven aan opleidingen dankzij het opleidingsbudget via FEBI, zonder dat dit ten koste ging van de opleidingen zelf. Ook werd er bedachtzaam omgesprongen met materialen, wat extra ruimte creëerde voor andere noodzakelijke posten zoals coördinatie, IT en onderzoek in het budget voor 2025. Hierdoor kon het budget 2024 mits indexering worden doorgetrokken naar 2025. Het voorstel voor het budget 2025 werd op 7 november goedgekeurd door het begeleidingscomité.

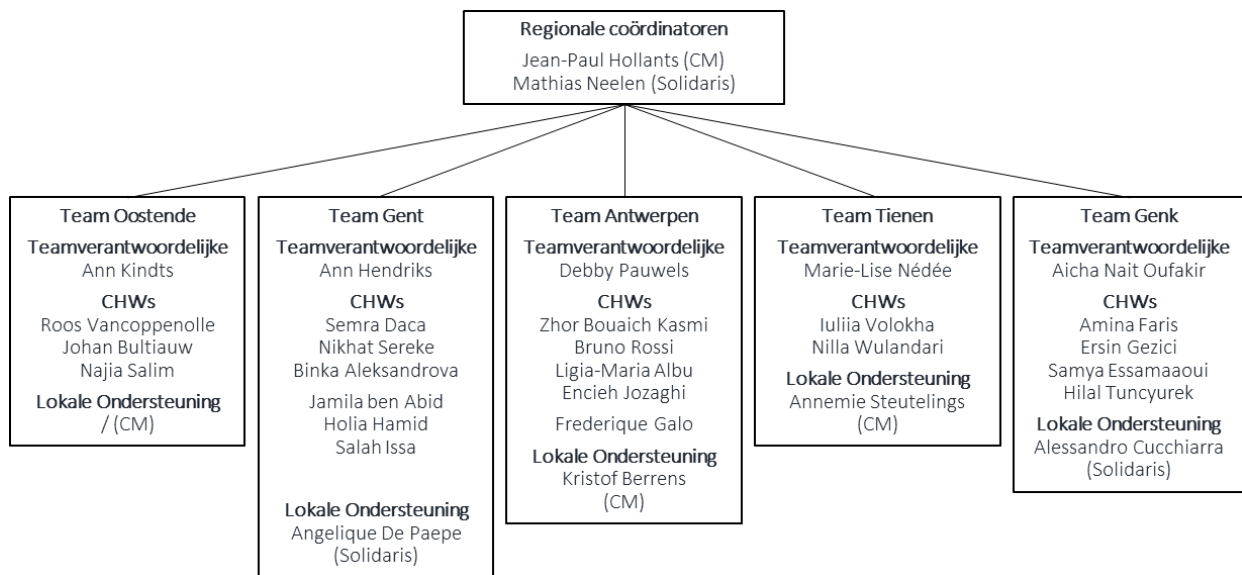
5.1.2 Regionaal

De CHW worden in elke regio ondersteund door teamverantwoordelijken (TV), die verantwoordelijk zijn voor de operationele opvolging van het programma. De teamverantwoordelijken ontvangen op hun beurt ondersteuning van de regionale coördinator, die zorgt voor de overkoepelende opvolging en aansturing van het programma.

Vlaanderen

In Vlaanderen waren er geen veranderingen aan de bestuursstructuur. Wel waren er enkele personeelsverschuivingen (zie later). Specifiek aan Vlaamse bestuursstructuur, weergegeven in figuur 2, is dat er per team ook altijd een vertegenwoordiger van een lokaal ziekenfonds aanwezig is, die de teamverantwoordelijken en coördinator op de hoogte houdt van mogelijke opportuniteiten binnen de stad.

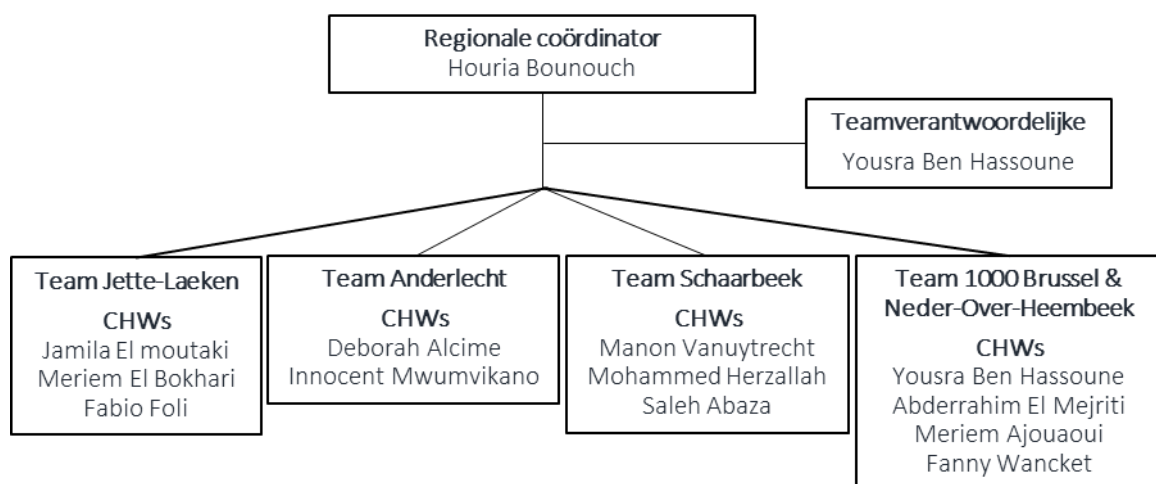
Figuur 2. Bestuursstructuur regio Vlaanderen



Brussel

Wat betreft de bestuursstructuur in Brussel, zie figuur 3, werd Houria Bounouch benoemd als voltijds regionaal coördinator.

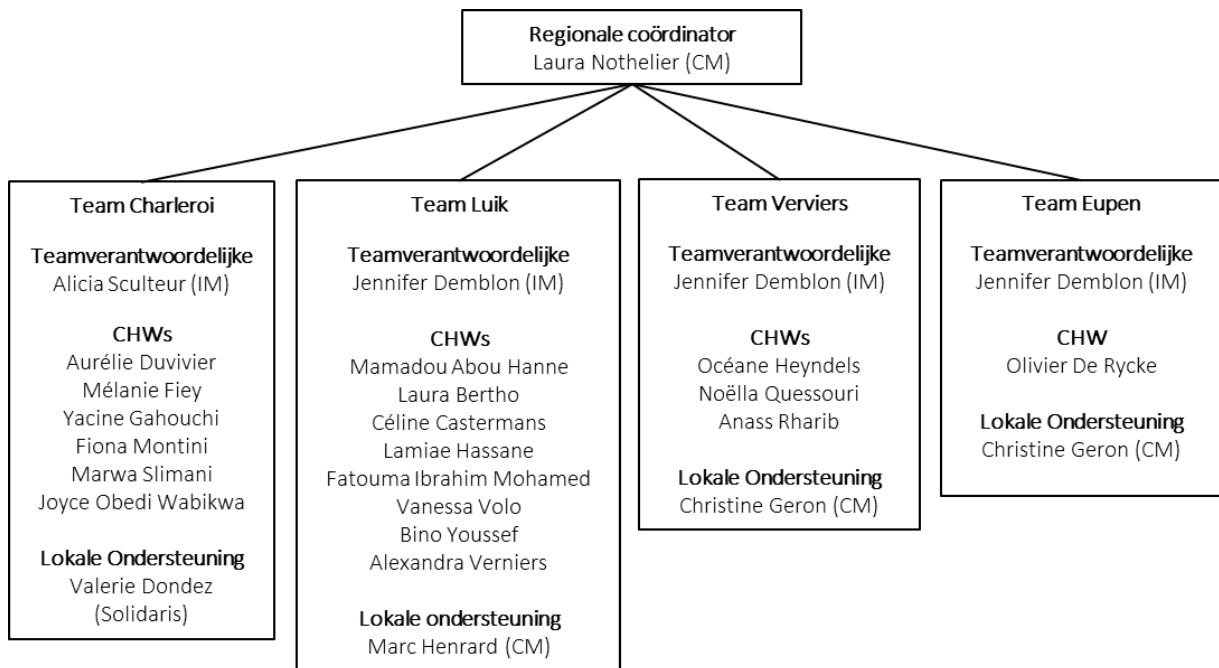
Figuur 3. Bestuursstructuur Brussel



Wallonië & de Duitstalige gemeenschap

De bestuursstructuur van Wallonië en de Duitstalige gemeenschap wordt weergegeven in onderstaande figuur. Sinds dit jaar wordt er, net als in Vlaanderen, lokale ondersteuning voorzien door een vertegenwoordiger van een lokaal ziekenfonds.

Figuur 4. Bestuursstructuur Waalse en Duitstalige gemeenschap



6 Wijzigingen in personeelszaken

Het overkoepelende IM heeft een leidende rol in het beheer en de uitvoering van diverse personeelszaken. In dit deel worden de wijzigingen uiteengezet op het gebied van rekrutering, opleidingen, meetings, intervisies en supervisies, vergoedingen, carrièremogelijkheden en accreditatie.

6.1 Rekrutering

In 2024 werd de selectieprocedure voor CHWs verder aangescherpt door de intensieve samenwerking tussen de coördinatoren en de HR-afdeling van het Intermutualistisch Agentschap (IM). Dit was nodig vanwege de specifieke eisen van het CHW-werk, dat zowel gericht is op het ondersteunen van kwetsbare groepen als sterk verbonden is met de lokale context. Om de kwaliteit van de aanwervingen te waarborgen, is gekozen voor een gerichtere aanpak met belangrijk aandachtspunt de competenties, ervaring en motivatie van de kandidaten. Het doel is om medewerkers aan te trekken die niet alleen goed aansluiten bij de doelgroep, maar ook effectief kunnen inspelen op de unieke uitdagingen van hun lokale werkgebied.

Het is belangrijk om factoren zoals ziekteverzuim, ontslag en de gemiddelde duur dat medewerkers in dienst blijven, in de gaten te houden. Ook het personeelsbudget wordt gecontroleerd om te zorgen voor een stabiel team. Zo kan snel gereageerd worden op veranderingen, zoals langdurige ziekte, zwangerschap of onverwacht ontslag. In 2024 nam één medewerker ontslag en waren er negen medewerkers langdurig ziek. Vier van deze medewerkers zijn binnen het jaar opnieuw aan de slag gegaan, waarvan drie via een geleidelijke terugkeer. Als zich dit soort situaties voordoen, wordt eerst

gekeken of medewerkers die parttime werken bereid zijn meer uren te maken. Pas daarna wordt overwogen om een nieuwe medewerker in te schakelen voor een tijdelijk contract, als het budget het toelaat. Deze aanpak zorgt ervoor dat het programma kan blijven draaien, met aandacht voor de impact op belangrijke samenwerkingen of initiatieven.

In 2024 werd er een psychosociale risicoanalyse gedaan om het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk te bevorderen. Dit gebeurde door middel van enquêtes en gesprekken in focusgroepen. Daarnaast werden er verschillende trainingen aangeboden om de CHWs te ondersteunen in hun dagelijks werk, zoals trainingen in assertiviteit, het omgaan met werkstress en specifieke opleidingen voor leidinggevendenden. Deze maatregelen zijn bedoeld om het welzijn van de CHWs te verbeteren en ervoor te zorgen dat het programma op de lange termijn goed blijft werken en stabiel blijft.

6.1.1 Personeelsveranderingen in 2024

Coördinatie

Eén van de regionale coördinatoren Vlaanderen stopte zijn opdracht op 9 december 2024. Er is vervanging voorzien vanaf 1 februari 2025.

Teams

In Genk begon een nieuwe collega op 13 mei 2024 als vervanging van een CHW die langdurig ziek is. Zij werkt voltijds. In Antwerpen is het team uitgebreid met een nieuwe collega, die op 13 mei 2024 startte. In Tienen stopte de teamverantwoordelijke en tevens Vlaamse verslavingscoördinator haar opdracht. Er is voorlopig nog geen vervanging.

In Brussel kreeg het team in mei 2024 versterking van één extra collega actief in de zones Schaarbeek, Anderlecht en Laken.

In Charleroi werd het team in mei 2024 versterkt met één collega na het vertrek van twee collega's aan het einde van het jaar voordien. Sinds mei-juni 2024 is er een CHW langdurig afwezig door ziekte. Vanaf juli werkten twee CHWs enkel administratief omwille van een zwangerschap, zij gingen in augustus en september vervolgens in zwangerschapsverlof. Om deze afwezigheden op te vangen, werd een tweede persoon aangenomen die in september 2024 opstartte. Ook in Luik werd een CHW aangeworven die op 18 november begon, met een overeenkomst voor bepaalde tijd, om het team te versterken na een werktijdverkorting bij verschillende CHWs.

In Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap zijn er enkele veranderingen doorgevoerd op het niveau van de teamverantwoordelijken. Vanaf juni 2024 zijn alle teamverantwoordelijken in dienst bij IM, terwijl voorheen drie van de vier teamverantwoordelijken gedetacheerd waren vanuit de ziekenfondsen. In Charleroi werd één van de CHWs, die al sinds november 2021 deel uitmaakt van het CHW-programma, in mei 2024 aangesteld als teamverantwoordelijke. In de regio Liège-Verviers nam de teamverantwoordelijke de volledige leiding over het Luikse team, waar ze dit tot februari 2024 in samenwerking met een andere collega deed. Tussen juni en oktober werd het team in Verviers tijdelijk versterkt met een teamverantwoordelijke, wiens contract niet werd verlengd. Momenteel is er een wervingsprocedure gaande om een nieuwe teamverantwoordelijke voor dat team aan te stellen. In de tussentijd verdeelt de teamverantwoordelijke van Luik haar tijd en stuurt ook de teams in Verviers en Eupen aan tot een nieuwe verantwoordelijke is aangesteld.

De tewerkstelling in aantallen (FTE) is terug te vinden in onderstaande tabel. Hierin zijn ook vervangingscontracten mee opgenomen.

Tabel 1. Tewerkstelling CHWs en teamverantwoordelijken per team (in aantal en FTE)

Team	Aantal CHW	Aantal FTE CHW	Aantal TV	Aantal FTE TV
Oostende	3	3	1	0,5
Gent	6	4,7	1	1
Antwerpen	6	5,5	1	1
Tienen	2	2	1	0,5
Genk	5	4,67	1	1
Brussel	11	10,06	1	0,5
Charleroi	6	6	1	1
Luik	8	6,78	2	1
Verviers	3	3		
Eupen	1	1		
Totaal	51	46,71	9	6,5

Om langdurige afwezigheden op te vangen, wordt er gewerkt met contracten van bepaalde duur. Dit biedt een zekere mate van continuïteit, maar kan ook uitdagingen met zich meebrengen, vooral wanneer een deeltijds contract niet verlengd kan worden. Een concreet voorbeeld hiervan is het project Dobre Doshli, een initiatief gericht op mentale hulpverlening voor mensen met een Bulgaarse achtergrond in Gent. De betrokken CHW met Bulgaarse achtergrond speelt een cruciale rol in het succes van dit project. Echter, door het aflopen van haar contract van bepaalde duur zal haar werkregime vanaf maart 2025 terugvallen naar 40%. Dit brengt de continuïteit van het project mogelijk in gevaar, omdat haar specifieke kennis en achtergrond essentieel zijn voor de verdere uitwerking en impact van Dobre Doshli.

6.2 Opleidingen

Ook in 2024 hebben de CHWs en teamverantwoordelijken deelgenomen aan verschillende opleidingen. Het team van CHWs en teamverantwoordelijken is erg divers, met verschillende niveaus van taalvaardigheid, uiteenlopende werkervaringen en diverse opleidingsachtergronden. Deze verschillen in opleidingsbehoeften maken het nodig om een gevarieerd en flexibel opleidingsaanbod te creëren, wat best een uitdaging is. Om hierop in te spelen, zijn er een aantal specifieke acties voorzien. Het doel is om de opleidingsaanpak binnen het CHW-programma verder te verbeteren. In de rest van deze tekst worden deze acties en bijbehorende maatregelen verder uitgelegd.

6.2.1 Opleidingen CHW

Basispakket voor starters

Om een basisopleiding voor nieuwe CHWs te ontwikkelen, werd in **Vlaanderen** samengewerkt met twee vormingsmedewerkers van de ziekenfondsen. Samen werd gekeken welk opleidingsaanbod het beste past bij de behoeften van de CHWs. Het resultaat is een pakket met twee theoretische onderdelen: (a) sociale zekerheid en ziekenfondsen, en (b) maatschappelijk werk en de sociale kaart.

Het eerste onderdeel werd dit najaar aangeboden aan de huidige CHWs in Vlaanderen. De inhoud van dit deel ging onder andere over sociale zekerheid, het systeem van ziekenfondsen, het aansluiten bij een ziekenfonds of hulpkas, gezondheidszorg en terugbetaling, arbeidsongeschiktheid en uitkeringen, en de Vlaamse sociale bescherming. Na afloop van de opleiding werd er anoniem feedback verzameld van de deelnemers, die gebruikt werd om het basispakket verder te verbeteren.

De conclusie na de driedaagse opleiding (waarvan één dag in persoon en twee halve dagen online) was dat de opleiding een goede basis biedt voor startende CHWs. De deelnemers gaven aan nieuwe kennis en inzichten te hebben opgedaan die ze nuttig vinden voor hun werk en dagelijks leven. Wel gaven ze aan dat de opleiding voornamelijk bestond uit mondelinge uitleg en dat het nuttiger zou zijn als er meer visuele informatie en praktische voorbeelden toegevoegd zouden worden. Ook de opleidingsverantwoordelijken merkten op dat er meer aandacht kan gaan naar de vele uitzonderingen waarmee CHWs te maken hebben, die vaak anders zijn dan wat de meeste mensen ervaren.

Het tweede deel van de opleiding voor nieuwe CHWs wordt gepland voor 2025, zodat ook dit onderdeel geëvalueerd kan worden. In het komende werkjaar wordt onderzocht of dit basispakket ook in de Franstalige regio aangeboden kan worden, zodat de trainingen daar ook gebruikt kunnen worden. Er is ook al nagedacht over de praktische trainingen die nodig zijn voor nieuwe CHWs, met de volgende onderwerpen: (a) outreachend werken, (b) effectief communiceren, en (c) omgaan met frustratie en agressief gedrag.

In **Wallonië** zijn er in 2024 twee belangrijke vernieuwingen toegevoegd aan de basistraining voor nieuwe CHWs. Ten eerste zijn er twee extra opleidingsmomenten toegevoegd, die zich richten op het ontwikkelen van vaardigheden rondom het zorgsysteem. De ene sessie werd gegeven door een coördinator, de andere door de voormalig teamverantwoordelijke voor de regio Luik-Verviers-Eupen die ook werkzaam is bij een ziekenfonds. Ten tweede kregen nieuwe CHWs de kans om in gesprek te gaan met de HR-dienst, waar ze meer te weten kwamen over de verschillende HR-procedures. Naast deze twee vernieuwingen loopt elke nieuwe CHW ook een aantal dagen mee met alle collega's op het terrein. Daardoor krijgt de nieuwe CHW de kans om het werkveld en het netwerk beter te leren kennen, en de verschillende benaderingen van bijvoorbeeld outreach te ervaren. Het meelopen met hun collega's helpt hen om het werk beter te begrijpen en ondersteunt hen bij de eerste begeleidingen, die samen met een andere CHW opgevolgd worden. De teamverantwoordelijke coördineert deze opstart van nieuwe CHWs, zodat zij opgeleid en voorbereid van start kunnen gaan.

Ook in **Brussel** werd de basisopleiding voor nieuwe CHWs in 2024 geoptimaliseerd en omgevormd tot een zogenaamd "onboardingproces" dat uit verschillende fasen bestaat. De eerste fase bestaat uit een introductiegesprek, kennismaking met het project en twee dagen telewerk om relevante documentatie en procedures door te nemen. Daarna volgt een programma met trainingen over onderwerpen zoals het zorgsysteem, de sociale gezondheidscontext in Brussel en het registratiesysteem. In de tweede fase observeert de nieuwe CHW het werkveld, ontmoet partners en volgt passief cliëntopvolging. In de derde fase gaat de nieuwe CHW actief aan de slag, ondersteund door een mentor. Na deze fase wordt de voortgang geëvalueerd. Het onboardingproces duurt 2 tot 4 weken en wordt momenteel door de coördinator georganiseerd, maar zal in de toekomst door de teamverantwoordelijke worden overgenomen.

Evaluatie en bijsturing opleidingsplan CHW

In 2024 werd een uitgebreid opleidingsplan opgesteld, bestaande uit zowel formele als informele trainingen. De HR-dienst van vzw IM heeft dit plan in overleg met de regionale coördinatie opgesteld,

die input gaf vanuit hun lokale teams. Ook werd aan de hand van een digitale Google Forms-enquête gepeild naar de ervaring van de medewerkers met betrekking tot de reeds ontvangen opleidingen evenals hun behoefte over vormingen in de toekomst. Dit was één van de acties naar aanleiding van de resultaten van een de psychosociale risicoanalyse die werd uitgevoerd in het voorjaar.

Alles werd samengelegd en een finaal voorstel van opleidingsplan werd opgesteld door HR. Samen met de teamverantwoordelijken werd gekeken hoe de trainingen het beste in de werkagenda van de medewerkers konden worden ingepland. Dit alles leidde tot een gemeenschappelijk opleidingsplan waar ruimte was voor bijzondere noden per team, regio en waar nodig ook per werknemer. Een voorbeeld van een opleiding die door alle CHW van de drie regio's is gevolgd, is de training "Assertiviteit van binnenuit", die zeer positief werd geëvalueerd. Ook het thema verslaving was aanwezig in het opleidingsplan. Zo werden er zowel in Vlaanderen als in Brussel en Wallonië meerdere vormingsdagen georganiseerd over verslavingsproblematiek. Ook in 2025 staan reeds trainingen gepland, per taalgroep.

Binnen de lokale teams wordt ook ruimte gecreëerd voor uitwisseling en feedback over trainingen. In de **Vlaamse** teams verschilt de aanpak van feedback over opleidingen per locatie. In Antwerpen vraagt de teamverantwoordelijke mondeling aan de CHWs hoe de opleidingen zijn verlopen. Als daaruit blijkt dat actie nodig is, wordt dit doorgegeven aan de coördinatoren. Wanneer gestructureerde feedback wordt gevraagd door de opleidingsorganisatie, wordt deze per e-mail verzameld bij alle Antwerpse CHWs die hebben deelgenomen en vervolgens gebundeld. In Oostende neemt de teamverantwoordelijke een vergelijkbaar initiatief door feedback te vragen aan de CHWs, zowel mondeling als tijdens teamvergaderingen. Bij intern georganiseerde opleidingen wordt deze feedback, zowel inhoudelijk als praktisch, per e-mail gedeeld met de projectleiding. In Genk verloopt het proces meer ad hoc, afhankelijk van de beschikbare tijd tijdens teamvergaderingen. Hier krijgen intervisies en casusbesprekingen doorgaans prioriteit boven feedback over opleidingen.

Zowel in **Brussel als in Wallonië** is een gelijkaardig regionaal plan van feedback opgesteld. Er is binnen de teams een ruimte gecreëerd voor feedback over de gevolgde trainingen, zodat CHWs hun ervaringen en kennis breder kunnen delen en suggesties kunnen doen voor toekomstige opleidingen.

Daarnaast worden er in **Brussel** ook interne trainingen binnen de teams georganiseerd. CHWs die specifieke expertise hebben, bijvoorbeeld door hun academische achtergrond of professionele ervaring, geven dan presentaties over onderwerpen die door het team als belangrijk worden beschouwd. In 2024 werden bijvoorbeeld methodologieën uit het maatschappelijk werk geïntroduceerd door twee CHWs, die op basis van hun studies een ondersteuningspakket ontwikkelden, afgestemd op het CHW-werk. Dit pakket omvatte onder andere principes van actief luisteren, communicatietechnieken. Daarnaast werden CHWs vertrouwd gemaakt met thema's zoals discriminatie in ziekenhuizen, migratietrajecten en het gebruik van de registratietool. Dit gezamenlijke leerproces versterkt niet alleen de samenwerking, maar zorgt er ook voor dat de hele groep beter voorbereid is op de uitdagingen in het veld.

[Overzicht gevolgde opleidingen](#)

De CHWs hebben in 2024 verschillende opleidingen gevolgd, verdeeld over diverse categorieën. Hierna volgt een beknopt overzicht.

De opleidingen werden over het algemeen als heel waardevol ervaren. Ze gaven niet alleen de kans om nieuwe kennis en vaardigheden te leren, maar ook om beter samen te werken en het zelfvertrouwen

van de CHWs te vergroten. Deelnemers gaven vooral aan dat ze de opleidingen met een praktische en interactieve aanpak waardeerden. Ze benadrukten ook het belang van 'levenslang leren', met speciale aandacht voor het werken met voorbeelden uit de praktijk en oefeningen.

Educatieve opleidingen

De opleidingen gaven de CHWs dit jaar een beter en breder inzicht in de context van hun werk. Zo was er bijvoorbeeld de CHW-terugkomdag op 19 februari, waar de missie, visie en praktische werking van het CHW-programma centraal stonden. Bijna alle CHWs namen deel aan deze dag, die over het algemeen positief werd beoordeeld. Het hielp de samenwerking tussen de CHWs te versterken en gaf meer duidelijkheid over de organisatiedoelen.

Ook werden er trainingen gegeven over het starterspakket voor CHWs (zie supra) in zowel Vlaanderen als Wallonië. Deze sessies omvatten zowel nieuwe kennis als vaardigheden. Opleidingen over sociale zekerheid en ziekenfondsen in Vlaanderen gaven de CHWs meer inzicht in het Belgische sociale zekerheidsstelsel en de rol van ziekenfondsen. Hoewel dit voor sommige CHWs herhaling was, vonden anderen het een nuttige opfrissing.

In 2024 werd zowel in Vlaanderen als voor Brussel en Wallonië een uitgebreide, meerdaagse opleiding rond het thema verslaving georganiseerd. In Vlaanderen werkte men hiervoor samen met het Vlaamse Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD), en in Wallonië en Brussel met het Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP). Tijdens de opleiding leerden de Vlaamse CHWs onder andere hoe ze de sociale kaart rond verslavingszorg kunnen gebruiken, hoe het VAD werkt en hoe ze verslaving bespreekbaar kunnen maken met motiverende gespreksvoering. In Wallonië en Brussel werd ingegaan op de verschillende soorten middelen en de effecten van hun gebruik. Tevens werden relevante organisaties in kaart gebracht en werd de focus gelegd op hoe CHWs effectief kunnen communiceren met mensen die middelen gebruiken. Deze trainingen werden als erg nuttig ervaren door de CHWs, die vroegen om vervolgoopleidingen met meer focus op praktijkvoorbeelden.

Naast de gemeenschappelijke opleidingen werden er ook op teamniveau een aantal gerichte opleidingen bijgewoond. In Charleroi volgden de CHW een sessie over gezondheidsdeterminanten, waar de impact van sociale factoren op gezondheid werd toegelicht.

In Brussel was er aandacht voor mentale gezondheid en kwetsbaarheid, waar 2 CHWs in juni deelnamen aan een sessie georganiseerd door Entr'aide des Marolles.

In Genk richtte SAAMO zich op mentaal welzijn bij kwetsbare groepen tijdens een netwerkdag op 19 november 2024, waar 4 CHWs waardevolle inzichten opdeden over het werken met deze doelgroepen.

In Gent namen enkele CHWs deel aan het forum 'signalenbeleid' van de Gentse EersteLijnsZones.

Navigatie in het gezondheidssysteem

CHWs hebben de belangrijke taak om mensen te begeleiden in het complexe Belgische gezondheidszorgsysteem en hen toegang te verschaffen tot de juiste diensten. Om deze rol effectief te vervullen, is het essentieel dat CHWs zelf een grondige kennis hebben van het systeem en de tools die daarbij horen. Een goed voorbeeld hiervan is de opleiding rond digitale tools die de CHWs van Tienen volgden. Deze training hielp hen niet alleen bij het ondersteunen van mensen in de digitale navigatie door het gezondheidssysteem, maar bood ook waardevolle kansen om hun eigen digitale vaardigheden

te versterken en direct toe te passen. Ook de CHWs uit Gent verbeterden hun digitale competenties door een opleiding in het gebruik van de website en app Mijngezondheid.be.

Daarnaast namen de Gentse CHWs in maart deel aan netwerkmomenten over cultuursensitief werken. Deze sessies werden als zeer inspirerend ervaren, dankzij de mogelijkheid om ervaringen en perspectieven uit te wisselen, wat leidde tot nieuwe inzichten. Nog in Gent werd ook een infosessie over betaalbare gezondheidszorg georganiseerd door ELZ Gent, waarbij praktische kennis werd vergaard over het ondersteunen van cliënten met beperkte financiële middelen.

In Antwerpen volgde één CHW op 21 juni 2024 een training van Atlas over de toeleiding van medische zorg voor niet-Belgen. Deze opleiding sloot perfect aan bij de rol van CHWs om gezondheidszorg toegankelijk te maken voor kwetsbare groepen. In Brussel stelde een vorming met het OCMW verschillende CHWs in staat om de geestelijke gezondheidsdiensten binnen het OCMW beter te begrijpen, zodat ze mensen beter kunnen doorverwijzen in hun traject. In Charleroi namen drie CHWs deel aan een training over hoe ze iemand kunnen ondersteunen in het aanvraagproces bij de FOD sociale zekerheid – personen met een handicap.

Klinische en praktijkgerichte opleidingen

CHWs volgen eveneens opleidingen die hen verder helpen om hun medische kennis uit te breiden, gezondheidsproblemen te leren herkennen en hun kennis over preventieve maatregelen te vergroten. In Vlaanderen volgden de CHWs een webinar rond mondzorg, die georganiseerd werd vanuit het project 'Ieders Mond Gezond' van het Vlaams Instituut Mondgezondheid. Het project richt zich op mondgezondheidspromotie en preventie van mondaandoeningen bij zowel de algemene bevolking als bij specifieke doelgroepen, waaronder ook het doelpubliek van het CHW-programma, zoals personen in kansarmoede of kwetsbare ouderen. De training behandelde niet alleen veel voorkomend mondgezondheidsproblemen bij kwetsbare groepen, maar gaf ook inzicht in het kostenplaatje en financiële mogelijkheden om behandelingen toegankelijker te maken. Interessante casussen uit de praktijk werden besproken, wat de deelnemers hielp om de opgedane kennis direct te koppelen aan hun dagelijkse werk.

Enkele CHWs namen in 2024 deel aan EHBO-trainingen, waar ze praktische vaardigheden opdeden die zowel in hun professionele context als in het dagelijks leven van onschatbare waarde zijn. In Tienen kregen 2 CHWs een training in vroeginterventie bij diabetes. Deze opleiding was specifiek gericht op het tijdig herkennen van symptomen en het doorverwijzen van patiënten naar de juiste zorg, wat een directe impact heeft op het voorkomen van complicaties. In Wallonië werd een training georganiseerd rond hygiëneproblematiek. Twee CHWs namen deel aan deze sessies, waarin praktische richtlijnen werden gegeven om de hygiëneproblematiek bij cliënten aan te pakken. In Brussel vinden sommige opleidingen plaats in de vorm van een intervisie of ervaringsuitwisseling met experts die op het terrein werken. Zo nam een CHW bijvoorbeeld deel aan een uitwisseling rond het beter ondersteunen van geïsoleerde ouderen, georganiseerd door Zoom Senior.

Ondersteuning en zelfmanagement

Opleidingen over ondersteuning en zelfmanagement zijn belangrijk om de vaardigheden en kennis van CHWs te verbeteren. Hierdoor kunnen ze niet alleen beter in hun werk staan, maar ook beter helpen bij het ondersteunen van mensen in de gemeenschap. Deze trainingen focussen ook op praktische vaardigheden die het dagelijkse werk van CHWs makkelijker maken.

In 2024 werd er bijzondere aandacht besteed aan het psychosociale welzijn van CHWs. De CHWs namen deel aan interactieve sessies georganiseerd door Cohezio, waarin een psychosociale risicoanalyse centraal stond. Deze focusgroepen boden een waardevol platform om werkdruk en gerelateerde uitdagingen te bespreken, frustraties te ventileren en samen oplossingen te bedenken. De sessies werden zeer positief ontvangen, met de verwachting dat de feedback daadwerkelijk zou worden opgevolgd om duurzame verbeteringen in de werkomgeving te realiseren. Daarnaast volgden alle CHWs in 2024 de assertiviteitstrainingen "Assertief van binnenuit."

Deze sessies hielpen deelnemers om meer zelfvertrouwen te krijgen, beter hun grenzen aan te geven en assertiever te reageren in verschillende situaties. De trainingen werden als heel leerzaam ervaren en zorgden niet alleen voor meer zelfvertrouwen, maar ook voor betere interactie met anderen op het werk. Dit positieve effect was ook merkbaar bij de training motiverende gespreksvoering, dat een belangrijk deel was van de meerdaagse opleiding over verslavingsproblematiek.

In maart was er een online opleidingssessie waarin alle CHWs leerden over nieuwe functies in de registratietool. Dit hielp hen bij het uitvoeren van de verplichte administratieve taken en de opvolging van hun cliënten aan de hand van de geregistreerde data in de tool. In Luik volgde de CHW een informaticatraining om hun digitale vaardigheden te verbeteren, bijvoorbeeld in programma's zoals Word en Excel.

Persoonlijke ontwikkeling

De assertiviteitsopleiding voor CHWs uit alle regio's werden als bijzonder waardevol ervaren, niet alleen voor hun professionele, maar ook voor hun persoonlijke groei.

6.2.2 Opleidingen teamverantwoordelijken (TV)

Waar in vorige jaren voornamelijk kortere opleidingen van één of een halve dag werden georganiseerd, werd dit jaar sterker ingespeeld op de opleidingsnoden van de TV door een meerdaagse training aan te bieden. Deze training bestaat uit vier intensieve opleidingsdagen en is bedoeld om de TV verder te versterken in hun rol en verantwoordelijkheden. Twee dagen werden georganiseerd in 2024 en twee dagen zullen in 2025 plaatsvinden. Voor de selectie van deze opleiding werkte HR nauw samen met de coördinatoren om een geschikte training te vinden, die uiteindelijk werd verzorgd door een externe partner, Bao Academy.

De vierdaagse opleiding is bedoeld om teamverantwoordelijken extra handvatten te geven om CHWs beter te ondersteunen in hun dagelijks werk. Tegelijk werden ze geholpen om zelf veerkrachtig om te gaan met moeilijke situaties. De opleiding bestaat uit een basisgedeelte waarin verschillende leiderschapsvaardigheden aan bod komen, zoals de verschillende rollen van een manager, het begrijpen van gedrag, empowerment binnen een team, eerlijkheid en balans in relaties, werken aan betrokkenheid en het voeren van effectieve en respectvolle communicatie. Daarnaast werd er ook aandacht besteed aan het versterken en beter afstemmen van de praktijken en tools die al binnen het CHW-programma worden gebruikt.

Naast de algemene vierdaagse opleiding rond mensgericht leidinggeven volgden verschillende teamverantwoordelijken ook individueel aanvullende opleidingen en namen ze deel aan informatieve bijeenkomsten. Zo woonde de teamverantwoordelijke in Oostende de "Dag van de Zorgverlener" bij, een initiatief van ELZ Oostende. Tijdens deze dag werden workshops gegeven over deconnectie en slaap, gevolgd door een avondlezing over veerkracht. In december volgde dezelfde teamverantwoordelijke een voordracht van kinderpsychiater Dr. Nelissen over mentaal welzijn bij

jongeren, georganiseerd in samenwerking met de Eerstelijnszone en netwerk NOWE, dat zich richt op geestelijke gezondheidszorg. In Tienen nam de teamverantwoordelijke deel aan een studiedag over de dubbele impact van suïcidaliteit en verslaving, georganiseerd door het Familieplatform. De teamverantwoordelijke in Brussel volgde een studiedag over het mentaal welbevinden van teams. Deze dag, georganiseerd door Socius, richtte zich specifiek op het bevorderen van een gezonde en ondersteunende werkcultuur binnen teams.

Naar aanleiding van de vraag welke opleidingen de teamverantwoordelijken nog wensten, gaf een teamverantwoordelijke aan behoefte te hebben aan een opleiding rond 'intervisie en supervisie geven', aangezien zij hier geen ervaring mee had. Hoewel ze enkele handvatten kreeg aangereikt om interventies te begeleiden, werd de opleiding helaas stopgezet vanwege het uitvallen van de opleidingsbegeleider.

6.3 Samenkomstdag, interventies en meetings

6.3.1 Samenkomstdag 2024

Op 19 februari 2024 was er een samenkomstdag voor alle CHWs in de CM-gebouwen in Schaarbeek. Het doel van deze dag was om de samenwerking en strategie binnen het CHW-programma te versterken. Er was simultaanvertaling aanwezig.

De dag begon met een uitwisseling en reflectie, waarbij CHWs in kleine groepjes hun werkervaringen deelden. Daarna werden deze ervaringen besproken in de grotere groep. 's Ochtends werd er gewerkt aan de missie, visie en strategie van het CHW-programma. In de namiddag gaf IM uitleg over de organisatiestructuur en de rol van het CHW-programma binnen die structuur. Er werd ook informatie gegeven over het preventieplan dat nog in ontwikkeling is, en over het nieuwe systeem voor budgetopvolging en het toewijzen van materialen.

6.3.2 Intervisies voor CHWs

In **Vlaanderen** organiseerde team Gent onder leiding van psycholoog Koen Van Praet interventies waarbij gebruik werd gemaakt van de OASE-methodiek, een herstelgerichte interventiemethodiek gericht op het zoeken naar oplossingen van de specifieke problemen of casussen waarmee individuele CHWs worstelden. Tijdens deze sessies werken de deelnemers in vier gestructureerde fasen: (1) oriëntatiefase: de CHW geeft een omschrijving van het probleem en wat er al is geprobeerd om tot een oplossing te komen, (2) een appreciatiefase waarin de reeds geleverde inspanningen van de CHW gewaardeerd worden, en het probleem verder uitgespit wordt door collega's die vragen stellen, (3) suggestiefase waarbij collega's suggesties voorstellen om het gestelde probleem op te lossen en (4) effectfase waarbij de CHW vaststelt welke concrete acties hij of zij zal ondernemen. De CHW geeft na het uitvoeren van deze acties feedback aan het team op een volgende meeting. Deze methodiek, die als veilig en laagdrempelig wordt ervaren, is inmiddels volledig ingeburgerd in het team en helpt CHWs niet alleen bij het oplossen van problemen maar ook bij het verbeteren van hun feedbackvaardigheden. Daarnaast werd met Marieke Lamaire, coördinator van buurtstewards in Gent, een interventie gedaan over het afronden van casussen, een uitdaging die vaak speelt bij langdurige begeleidingstrajecten, die ook de buurtstewards nog steeds ondervinden. Samen met Marieke werden tips gedeeld, zoals onder andere om vanaf het eerste contact te communiceren dat een traject eindig is en het bespreken van casussen in teamverband om dubbelwerk te voorkomen.

In Antwerpen werden drie halve dagen teamcoaching georganiseerd, begeleid door de externe partner Bao Academy, met als doel de interne samenwerking binnen het team te versterken.

In Oostende, Genk en Tienen vonden geen intervisies plaats, mede vanwege het ontbreken van een (betaalbare) externe intervisiepartner. Tijdens de teamvergaderingen worden in alle Vlaamse teams casussen besproken en ervaringen uitgewisseld met als doel gezamenlijke reflectie, het leren van elkaar en het versterken van de professionele aanpak binnen het team.

In **Wallonië & Duitstalige regio** werd door de regionale coördinatie een thematische halve dag georganiseerd over het werken met kwetsbare doelgroepen. Geïnspireerd op de methode van 'Six chapeaux de Bono' wordt een situatie vanuit verschillende perspectieven bekeken. Deze aanpak helpt om nieuwe, soms onverwachte of ongewone invalshoeken te nemen, die kunnen leiden tot innovatieve en praktische oplossingen die anders misschien niet naar boven zouden komen. Door te leren hoe andere teams werken, kregen de CHWs de kans om ook na te denken over hun eigen werkwijze en te reflecteren of ze de juiste aanpak gebruiken om de problemen van hun doelgroep aan te pakken en of die problemen echt bestaan. Er werd ook begeleiding voorzien door [Fusion Liège](#) (meerdere bijeenkomsten van telkens 2,5 uur) voor de teams in de regio Luik, met als doel verschillende problemen te bespreken in verband met het werk van de CHWs. Voor de CHWs in Charleroi werd contact opgenomen met het equivalent van Fusion Liège, "[Mosaïques](#)", om in 2025 een samenwerking op te starten.

In **Brussel** werd een regionale intervisie georganiseerd met het thema 'outsiders', waarbij de uitwisseling van ervaringen centraal stond. CHWs bespraken casussen die hen deden twifelen over de grenzen van hun professionele rol. Het doel was om de werkwijze van de CHWs beter te begrijpen en af te bakenen. De sessies volgden een gestructureerde aanpak waarbij deelnemers in groepen van maximaal tien personen concrete casussen analyseerden. Elke casus werd eerst in één minuut kort gepresenteerd door verschillende deelnemers, waarna samen gekozen werd welke casus in meer detail besproken zou worden. Vervolgens werd de casus in drie stappen besproken: vóór, tijdens en na de situatie. In elke stap werden mogelijke methoden, tips, voorbereiding en informatie besproken. Daarna werd de volgende casus behandeld. Door samen te praten over methoden en oplossingen voelden de deelnemers zich beter ondersteund en zekerder in hun werk. Deze aanpak zal in de toekomst vaker worden gebruikt in intervisies.

Daarnaast zijn er binnen het Brusselse team CHWs die zich focussen op bepaalde thema's, zoals geestelijke gezondheid, verslaving, gendergerelateerd geweld, dakloosheid en mensen zonder papieren. Deze CHWs werken samen in kleine teams om specifieke vragen van de doelgroep beter te begrijpen en te beantwoorden. Ze verdiepen zich in hun thema door contacten te leggen met relevante organisaties, zoals hulpdiensten of wijkgezondheidscentra, en verzamelen alle belangrijke informatie, zoals wie er toegang heeft tot welke diensten en onder welke voorwaarden. Om hun werk nog effectiever te maken, organiseren de thematische specialisten regelmatig overleg met partnerorganisaties. Ze wisselen ervaringen uit, bekijken welke obstakels mensen ervaren bij het zoeken van hulp en zoeken samen naar oplossingen. Daarnaast houden ze de ontwikkelingen in hun thema goed in de gaten, zoals wetswijzigingen of nieuwe behoeften bij de doelgroep.

Intervisies worden door de CHWs als waardevol en relevant ervaren. Ze dragen bij aan een beter begrip van complexe casussen, het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden en het versterken van de samenwerking binnen en tussen teams. Door de gestructureerde aanpak en methodieken blijven deze sessies een belangrijk instrument voor de professionele ontwikkeling van CHWs en teamverantwoordelijken.

6.3.3 Intervisie en meetings voor teamverantwoordelijken

In **Vlaanderen** werden er elke week vergaderingen via Teams gehouden voor alle teamverantwoordelijken, en vier keer per jaar was er een fysieke groepsbijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomsten werd er tijd genomen om goede werkwijzen te bespreken, zodat teamleden van elkaar konden leren. Er werd onder andere gepraat over HR-zaken, praktische afspraken, netwerkmogelijkheden en belangrijke signalen, maar er was ook ruimte om zaken zoals de aanpak van het opvolgen van registraties te bespreken.

In **Wallonië** werden tweewekelijkse teammeetings met de teamverantwoordelijken georganiseerd. Er werd daarbij afgewisseld tussen online bijeenkomsten via Teams en fysieke vergaderingen. Tijdens deze vergaderingen werden onderwerpen besproken zoals de voortgang van het actieplan, wijzigingen in procedures, het registreren van signalen en de uitvoering van communicatiestrategieën. Er was ook ruimte om situaties of procedures die vragen oproepen te bespreken, en teamverantwoordelijken konden zelf onderwerpen inbrengen. Het doel is om in 2025 meer intervisiemomenten te organiseren, waarbij teamverantwoordelijken elkaar verder ondersteunen en feedback geven over specifieke casussen of uitdagingen binnen hun teams.

6.4 Waarderingsbeleid

In 2024 werd voor het eerst een budget vrijgemaakt voor het opzetten van een waarderingsbeleid. Het herhaaldelijk pleiten tijdens vergaderingen met het RIZIV en het kabinet voor het belang van teamcohesie, tussentijdse erkenning en teambuilding heeft zijn vruchten afgeworpen, wat het hele CHW-team zeer waardeert. Deze momenten bieden de kans om in een meer informele en ontspannen sfeer met elkaar in contact te komen, wat door iedereen erg geapprecieerd wordt.

In 2024 werden twee teambuildingactiviteiten georganiseerd:

- Eén voor de teamverantwoordelijken en coördinatoren van alle regio's.
- Eén voor de volledige groep, inclusief alle CHWs, teamverantwoordelijken, coördinatoren en IM-collega's die het CHW-programma ondersteunen.





Beide momenten werden als zeer positief ervaren. De teambuilding voor teamverantwoordelijken werd geleid door de regionale coördinatoren van Vlaanderen, terwijl de teambuilding voor het volledige team georganiseerd werd door de Waalse en Brusselse coördinatoren. In 2025 worden de rollen omgedraaid.

6.5 Carrière mogelijkheden

In 2024 werd het aanwervingsbeleid aangepast, zodat alle nieuwe vacatures die doorgroeimogelijkheden bieden, eerst 14 dagen intern worden gepost voordat ze extern beschikbaar zijn. Dit jaar waren er verschillende doorgroeimogelijkheden voor CHWs, waaronder drie openstaande vacatures. Eén van deze vacatures werd ingevuld door een CHW die doorgroeide naar de functie van teamverantwoordelijke in Charleroi. Ook voor teamverantwoordelijken werden er kansen geboden, zoals de vacature van verslavingscoördinator Vlaanderen, die werd ingevuld door een teamverantwoordelijke die ondertussen de organisatie heeft verlaten.

7 Wijzigingen in ondersteunende zaken

7.1 Logistieke ondersteuning

De werkgroep visibiliteit die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de CHW en TV en geleid wordt door één van de coördinatoren, stelde een lijst op van het materiaal dat nodig is op het terrein. Aan de teamverantwoordelijken werd gevraagd om de meest dringende logistieke behoeften op korte termijn op te geven.

In de psychosociale analyse van Cohezio werd het belang van zichtbaarheid voor de CHWs benadrukt, met name door het dragen van herkenbare. CHWs werken vaak buiten, in verschillende weersomstandigheden, en hebben goede werkkleding nodig. Dit is in lijn met de aanpak van andere internationale CHW-programma's, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Daarom werd in 2024 werkkleding, besteld voor de medewerkers. De werkgroep visibiliteit ontwikkelde nieuwe visitekaartjes en badges voor alle CHWs, zodat er binnen het programma één uniforme uitstraling is. Daarnaast werd de poster opnieuw vormgegeven en geüpdatet. Deze investeringen in materialen worden gezien als een manier om de veerkracht van de medewerkers te versterken.

Ook op lokaal niveau zijn er verschillende verbeteringen doorgevoerd op het gebied van logistieke ondersteuning. In Genk werd er een vergaderlokaal beschikbaar gesteld in de gebouwen van Solidaris, inclusief wifi, zodat het team daar efficiënt en prettig kan werken en vergaderen. De CHWs in Brussel kunnen nu gebruik maken van een vergaderlokaal bij Intermut. Het team in Schaarbeek kreeg twee kleine lokalen toegewezen in het hoofdgebouw van CM. In Brussel is er ook een ruimte voor alle CHWs waar ze materiaal kunnen opslaan en bijhouden. In Charleroi kregen de CHWs toegang tot een printer bij Solidaris en werden er sluitbare kasten geplaatst om hun materiaal veilig op te bergen. Ook in Eupen en Verviers kregen de CHWs toegang tot een printer en een gedeeld bureau.

7.2 Gebruik van registratietool

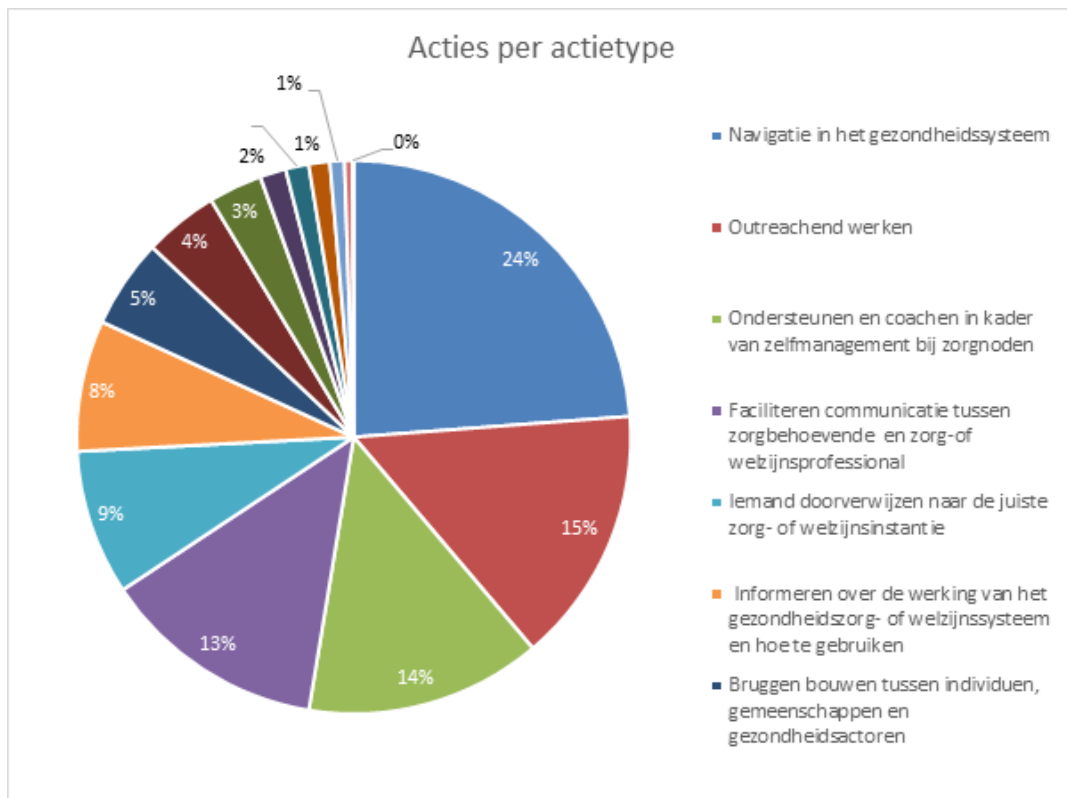
7.2.1 Analyse van geregistreerde data in 2024

Elke CHW registreert de contacten, acties en interventies die hij of zij onderneemt in de registratietool. Personen kunnen zowel individueel opgevolgd worden, of via een groepsinterventie (bijvoorbeeld tijdens een informatiesessie of een outreachmoment) bereikt worden. Door het registreren van deze informatie kan er een analyse worden gemaakt van de personen die bereikt worden in het CHW-programma, op welke manier deze bereikt worden, welke acties er ondernomen worden voor deze personen enzovoort. Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen van de gegevensanalyse voor 2024.

Eind 2024 staat de teller van totaal aantal personen die geregistreerd zijn sinds het begin van het bestaan van de registratietool in 2022, op **13 987**. In 2024 werden er 5 121 nieuwe personen geregistreerd (in 2023 waren er dat 3 693).

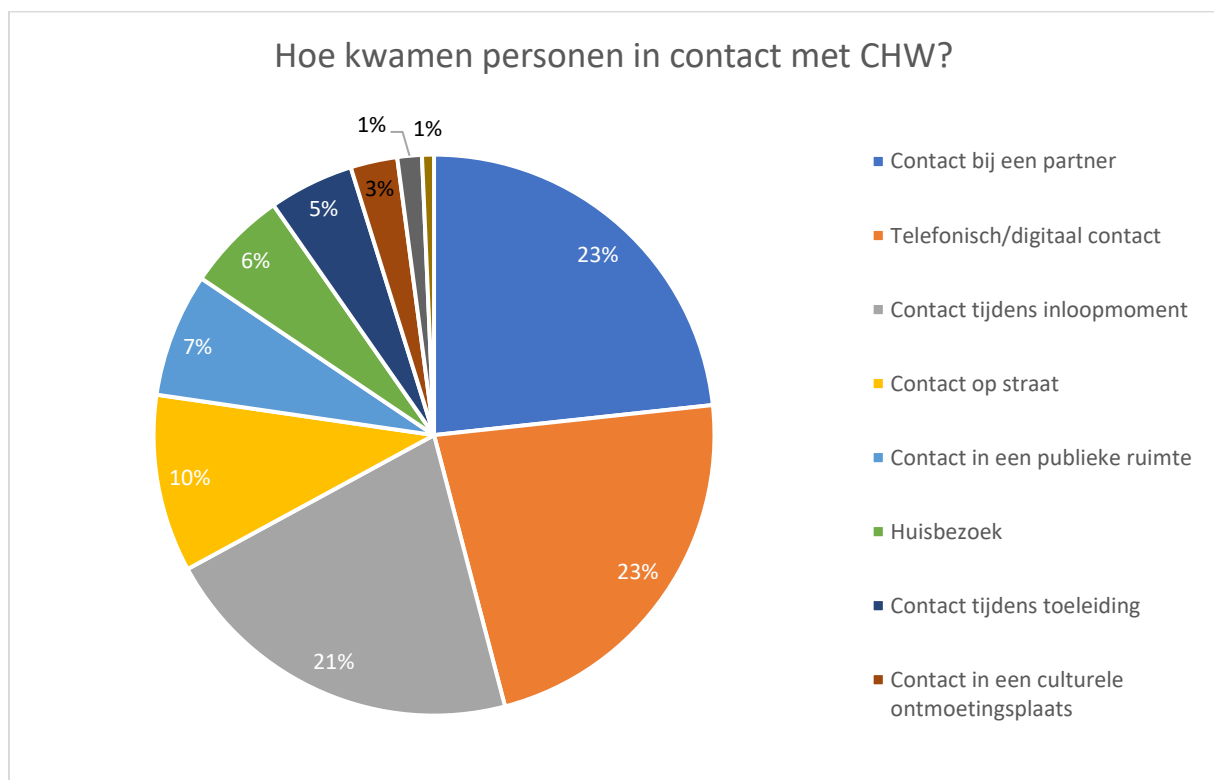
In 2024 werden in totaal 27 282 interventies uitgevoerd waarvan 24 791 individuele interventies en 2 491 groepsinterventies. Met de groepsinterventies werden er in totaal 27 868 personen bereikt. Wat de individuele interventies betreft, zien we een gemiddelde van 4,01 interventies per persoon. In 2024 voerden de CHW in totaal 675 meer groepsinterventies uit dan in 2023.

Er werden in totaal 36 275 acties geregistreerd waarvan 24 % gericht was op navigatie in het gezondheidssysteem, 15 % bestond uit outreachend werken, 14 % was gericht op ondersteunen en coachen in het kader van zelfmanagement bij zorgnoden en 13 % was gericht op het faciliteren van de communicatie tussen zorgbehoevende en zorg-of welzijnsprofessional.



Figuur 5: aantal acties per actietype

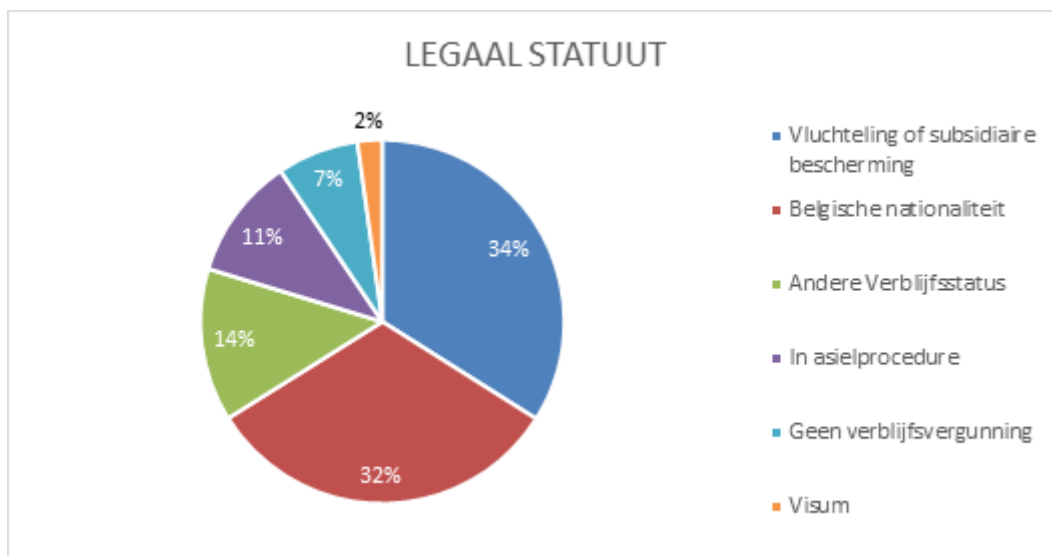
De meeste personen (23 %) komen met CHW in contact via een partner of via een telefonisch- of digitaal contact, 21 % leerde de CHW via een inloophmoment kennen, 10 % kwam in contact met CHW op straat of op een plein en 7 % via een contact in een publieke ruimte.



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

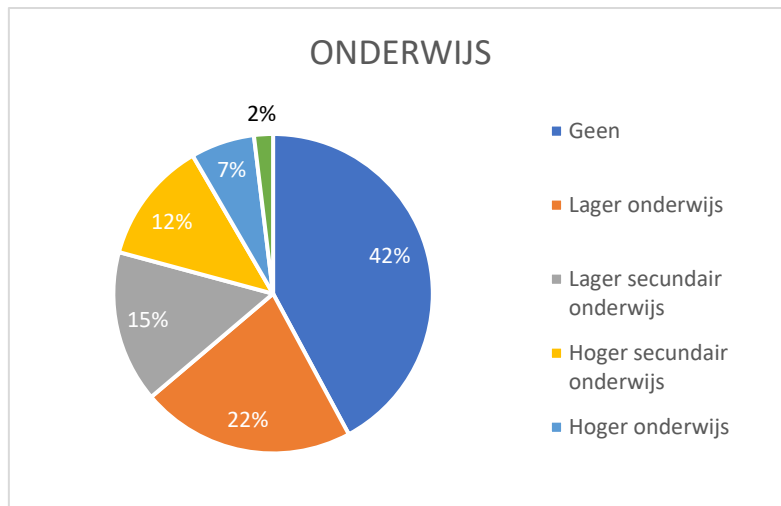
De gemiddelde leeftijd van het totaal aantal ondersteunde personen is 43 jaar, met een minimum van 0 jaar en maximum van 107 jaar. Bij de leeftijd van 0 jaar, is dit wellicht te wijten aan het feit dat het over een ondersteuning van de administratie bij de geboorte gaat. In 2024 werden iets meer vrouwen (50%) dan mannen (44%) geholpen, 44 personen gaven aan zich niet als vrouw noch als man te identificeren, en van 749 personen (6%) werd het gender niet geregistreerd. De personen die werden ondersteund, hadden meer dan 100 verschillende nationaliteiten. Van de 13 457 personen van wie we de nationaliteit registreerden, heeft 30,5 % de Belgische nationaliteit. Andere veel voorkomende nationaliteiten onder de geregisteerde personen zijn de Marokkaanse nationaliteit (12,2%), de Afghaanse nationaliteit (5,3%), de Syrische nationaliteit (3,8%), de Turkse nationaliteit (3,8%) Oekraïense nationaliteit (3,3%). Van 12,4 % is de nationaliteit onbekend.

7 589 personen van het totaal van 13 457 geregisteerde personen in 2024 gaven ook informatie over hun legaal statuut. 34 % heeft het statuut vluchteling of heeft subsidiaire bescherming, 32 % zei over de Belgische nationaliteit te beschikken, 14 % zie te behoren tot de categorie "andere"; dit cijfer gaat over personen die later een visum krijgen voor gezinshereniging, visa voor studenten, personen uit de EU zonder verblijfsvergunning (eerste 3 maanden = wettelijk, daarna onwettig) of personen met een arbeidskaart, 11 % zat in een asielprocedure, 7 % gaf aan over geen verblijfsvergunning te beschikken en nog eens 2 % had een visum.



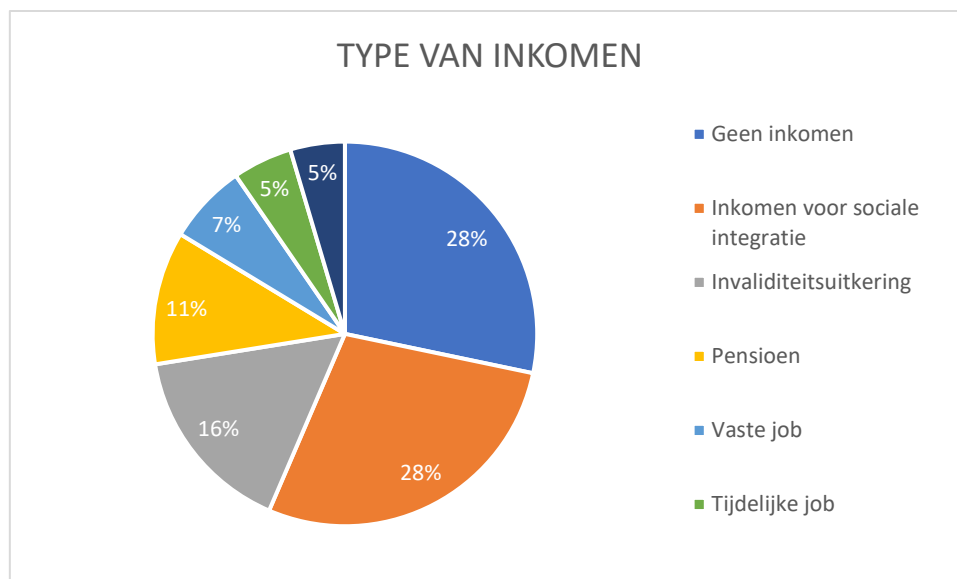
Figuur 7: legaal statuut

Van slechts 4,3 % van het totaal aantal geregisteerde personen in 2024 (572 van 13 457) werd ook het opleidingsniveau geregistreerd. 42 % van hen heeft geen diploma en 22 % heeft enkel lager onderwijs genoten. 6,5 % heeft hoger onderwijs genoten.



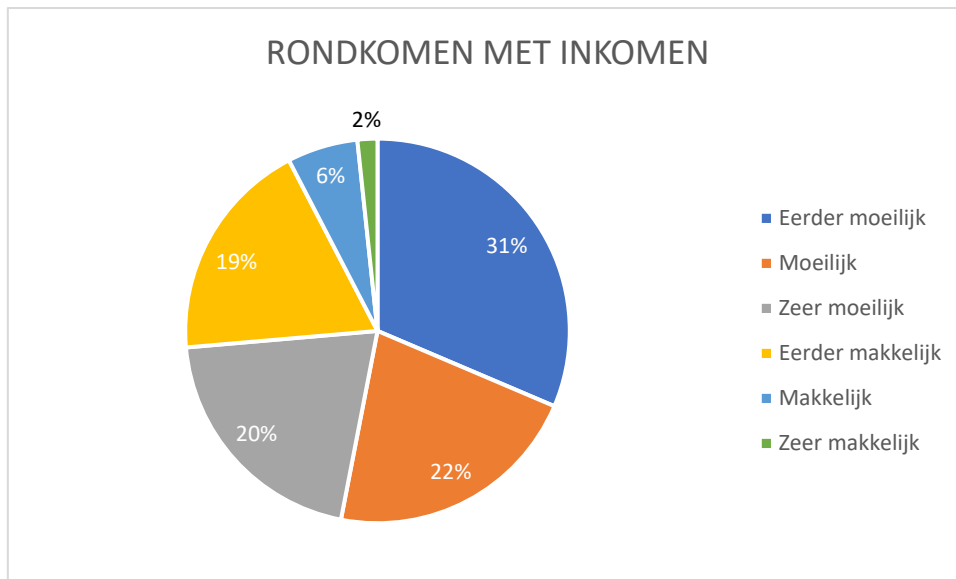
Figuur 8: Onderwijs

Zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur 9 betreffende het type van inkomen, blijkt dat van de 8 515 personen die hierover informatie vrijgaven, bijna een derde van de personen geen inkomen - of een inkomen voor sociale integratie (28%) heeft. De derde grootste groep verwierf een inkomen via een invaliditeitsuitkering. Daarnaast ontving 11 % een pensioen. Slechts 7 % geeft aan een vaste job te hebben.



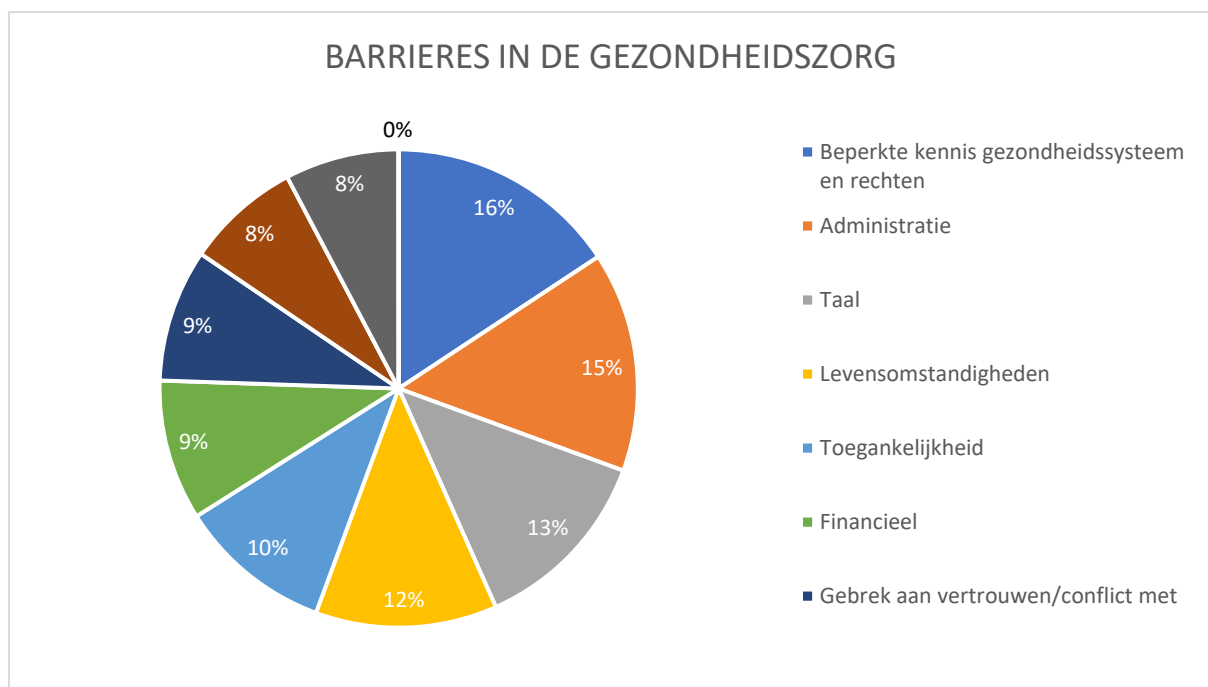
Figuur 9: Type inkomen

Wanneer de CHW dan doorvraagt of men rondkomt met zijn inkomen, blijkt dat drie vierde van de personen die hierop hebben geantwoord, aangeven zeer tot moeilijk rond te komen met hun inkomen. 31 % geeft aan 'eerder moeilijk' rond te komen, 22 % 'moeilijk' en 20 % 'zeer moeilijk'. Eén op vier van de personen geeft aan dat hun inkomen voldoende is: Bijna 19 % geeft aan 'eerder makkelijk' rond te komen, 6 % zegt 'makkelijk' rond te komen en slechts 2 % geeft aan 'zeer makkelijk' rond te komen. Deze cijfers lopen gelijk met wat het voorgaande jaar geregistreerd werd en geeft aan dat de CHW wel degelijk personen in een moeilijke socio-economische situatie bereiken.



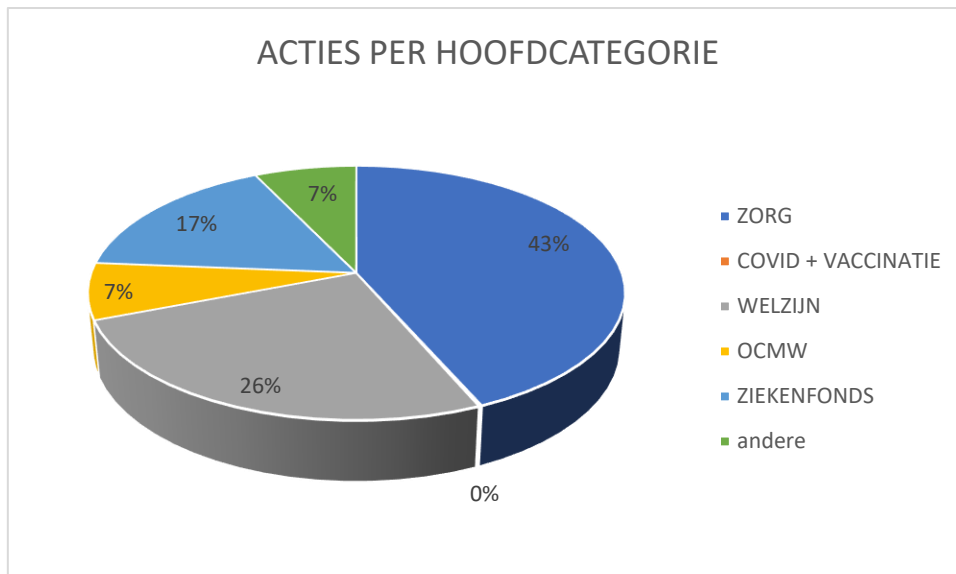
Figuur 10: Rondkomen met inkomen

Mensen konden ook aangeven welke barrières zij ervoeren in de gezondheidszorg. De meest voorkomende barrières in 2024 zijn een beperkte kennis van het gezondheidssysteem, ook een beperkte kennis van de administratie, de taal en levensomstandigheden vormen een ernstig probleem.



Figuur 11: Barrières

We zien dat 43 % van de uitgevoerde acties betrekking had op Zorg, 26 % op Welzijn, 17 % op het ziekenfonds, 7 % op het OCMW en 7 % andere die niet werd gespecificeerd. De categorie zorg omvat alles wat te maken heeft met huisartsen, geneesheer-specialisten, straathoekverpleegkundigen,... Welzijn betreft organisaties als Saamo, straathoekwerk, CLB,...Voor de ziekenfondsen betreft dit zowel de administratieve diensten als de dienst Maatschappelijk Werk. Het percentage "andere" heeft betrekking op toeleidingen naar oa. een advocaat, een huisvestingsdienst, Fedasil, ...

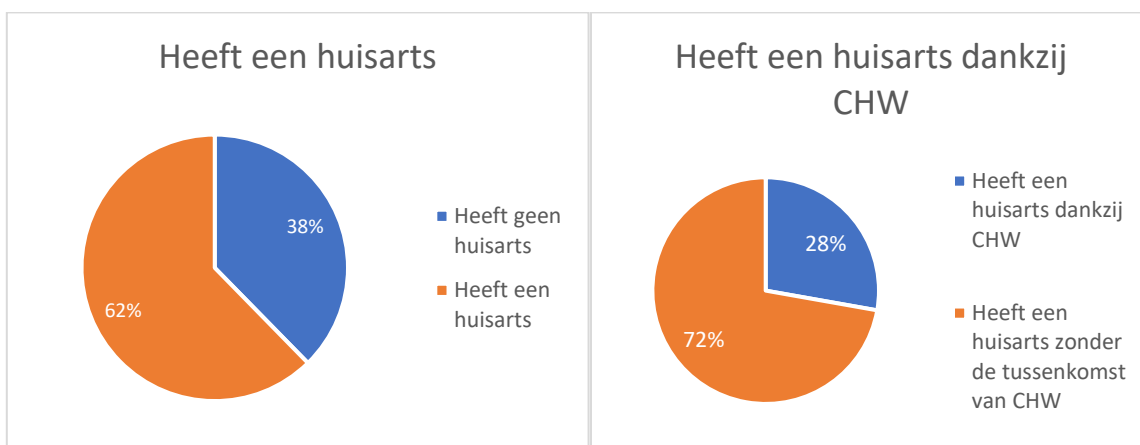


Figuur 12: Acties per hoofdcategorie

Medische situatie

Huisarts

Van de 5 121 geregistreerde personen zien we dat er 3 192 een vaste huisarts hebben. Minstens 887 personen (28 %) hebben een huisarts dankzij de bemiddeling van een CHW. Aangezien we pas later in 2024 de optie om aan te geven of mensen hun huisarts dankzij de CHW (Community Health Worker) hebben gevonden, hebben geoptimaliseerd, is het waarschijnlijk dat er veel meer huisartsen zijn gevonden met behulp van de CHW. In het begin van deze wijziging werd dit echter niet altijd correct geregistreerd.

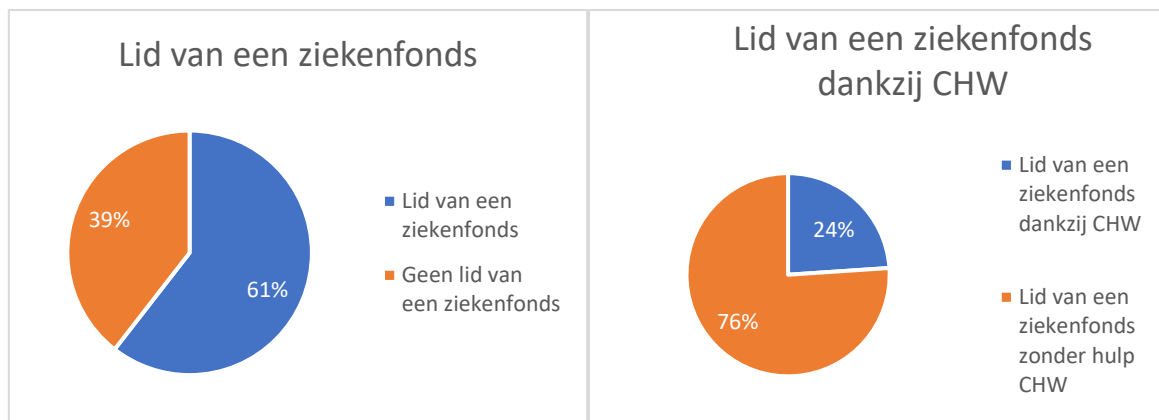


Figuur 13: Huisarts (dankzij CHW)

Lid van een Ziekenfonds

Van de 5121 geregistreerde personen in 2024 hebben 3099 personen een ziekenfonds. Hiervan heeft 24 % een ziekenfonds gevonden dankzij de CHW. Aangezien we pas later in 2024 de optie hebben

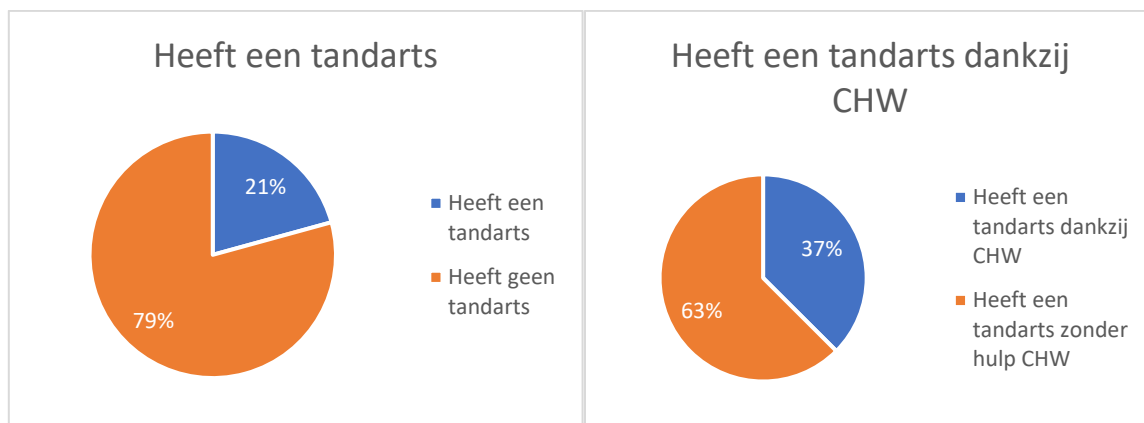
geoptimaliseerd om aan te geven of mensen hun ziekenfonds dankzij de CHW (Community Health Worker) hebben gevonden, is het waarschijnlijk dat er veel meer ziekenfondsen zijn gevonden met behulp van de CHW. In het begin van deze wijziging werd dit echter niet altijd correct geregistreerd.



Figuur 14: Lid van een ziekenfonds (dankzij CHW)

Tandarts

Van de 5 121 geregistreerde personen in 2024 hebben 1 062 personen een tandarts. Hiervan heeft 37,5 % een tandarts gevonden dankzij de CHW. Aangezien we pas later in 2024 de optie hebben geoptimaliseerd om aan te geven of mensen hun tandarts dankzij de CHW (Community Health Worker) hebben gevonden, is het waarschijnlijk dat er veel meer tandartsen zijn gevonden met behulp van de CHW. In het begin van deze wijziging werd dit echter niet altijd correct geregistreerd.



Figuur 15: Heeft een tandarts (dankzij CHW)

7.2.2 Verbeteren registratie en dataverzameling

Er werd in de verschillende regio's een opleiding georganiseerd rond de vernieuwingen binnen de registratietool, om te garanderen dat alle CHW de tool op eenzelfde manier begrijpen en interpreteren, zodat er een uniforme dataverzameling plaatsvindt.

Om de werking van het CHW-programma verder te optimaliseren, wordt er binnen elk team een gerichte monitoring van het aantal interventies uitgevoerd. De focus ligt daarbij op het analyseren van enkele parameters, zodat tendensen en mogelijke knelpunten beter zichtbaar worden. Concreet worden verschillende aspecten opgevolgd. Tweewekelijks wordt er door de TV een opvolging gedaan

van het aantal bereikte personen en het aantal individuele interventies op weekbasis. Zowel de individuele als groepsinterventies worden op maandbasis geëvalueerd. De uiteindelijke doelstelling van deze monitoring is om, op basis van de cijfers, de werking bij te sturen waar nodig. Dit kan gaan om bijvoorbeeld het verbeteren van de ondersteuning bij registraties, maar het biedt ook de mogelijkheid om in dialoog te gaan met de CHWs. Uitdagingen kunnen snel gedetecteerd worden, waarop een gesprek kan aangegaan worden om de ervaringen van de CHW te bespreken en samen te zoeken naar constructieve oplossingen. Daarnaast biedt deze aanpak een beter inzicht in het takenpakket van de CHWs.

8 Wijzigingen in implementatie op het terrein

8.1 Wijzigingen werkgebied en lokale werking CHW

In 2024 zijn er enkele kleinschalige wijzigingen doorgevoerd in het actieterrein van de CHWs. In Antwerpen is er een uitbreiding gerealiseerd naar postcodes 2100 Deurne en 2000 Antwerpen. Deze wijken grenzen aan gebieden waar de CHWs al actief zijn, en er wonen veel mensen die baat hebben bij de ondersteuning van CHWs. In de nieuwe wijken worden momenteel aanvragen via bestaande netwerken of samenwerkingen opgepakt. Indien nodig worden huisbezoeken uitgevoerd, maar er wordt geen actieve outreach gedaan op pleinen, markten of straten. In Oostende werden na evaluatie enkele inloophmomenten aangepast. Zo werd het inloophmoment in Stene geschrapt en vervangen door een tweewekelijks inloophmoment tijdens het ruilhoekje van het inloopteam in het Huis van het Kind.

In Brussel is het actieterrein van de CHWs uitgebreid: waar vroeger de werking per wijk afgebakend was, wordt nu binnen de grenzen van de gemeente gewerkt, waardoor er meer flexibiliteit is om over de wijkgrenzen heen te werken. Daarnaast wordt er in Brussel nu gewerkt met zogenaamde bassins: geografische zones waarin verschillende organisaties en gezondheidszorg- en welzijnsdiensten samenwerken om beter in te spelen op de noden van de lokale bevolking. Om deze samenwerking te verbeteren, is er voor het CHW-team binnen elk bassin een SPOC (Single Point of Contact) aangesteld. Dit is een centrale contactpersoon die informatie verzamelt en doorgeeft aan het team. De SPOC's volgen de ontwikkelingen in hun zone op de voet, houden het team op de hoogte en nemen deel aan bijeenkomsten en werkgroepen om de samenwerking te versterken. De bassins vormen onderdeel van het geïntegreerd sociaal-gezondheidsplan (PSSI) dat gericht is op het beter afstemmen van sociale en gezondheidsdiensten op lokale behoeften. Het Brusselse CHW-team neemt actief deel aan workshops en coördinatiesessies om de veranderingen op te volgen en te anticiperen op de impact voor de organisatie. Dit proces is momenteel nog in uitvoering en kan toekomstige aanpassingen vereisen.

In Gent lopen twee projecten die zich richten op cultuursensitieve geestelijke gezondheidszorg, maar hun voortbestaan is onzeker door financieringsproblemen. Het eerste project, EriCare, biedt cultuursensitieve psychische zorg voor Tigrinya-sprekenden uit Eritrea. Het project is ontstaan uit de behoefte van de Eritrese gemeenschap, die geen passende ondersteuning vond in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. De sessies richten zich op traumaverwerking en gemeenschapsversterking en worden begeleid door een psycholoog met ervaring in cultuursensitief werken. De CHW, Nikhat, speelt een belangrijke rol, omdat ze dezelfde achtergrond heeft als de deelnemers, wat helpt om vertrouwen op te bouwen. De deelnemers ervaren meer zelfredzaamheid en een beter begrip van hun gezondheid. Helaas kunnen de onderhoudssessies in 2025 niet doorgaan door striktere financieringsvoorwaarden. Het tweede project, Dobre Doshli, richt zich op Bulgaarse vrouwen die in de schoonmaaksector werken en vaak last hebben van werkgerelateerde gezondheidsklachten. In samenwerking met een psycholoog

en intercultureel bemiddelaars worden groepssessies georganiseerd om in te spelen op hun specifieke behoeften. De CHW, Binka, speelt een cruciale rol doordat ze de deelnemers begeleidt en als bruggenbouwer fungeert. Het project heeft succes, onder andere door empowerment en het doorbreken van stresspatronen. Echter, Binka zal in 2025 mogelijk terugvallen op een 40% aanstelling, wat de voortgang van het project onzeker maakt.

Ook de huidige onzekere situatie van het CHW-programma, waarvan de looptijd eindigt op 31 december 2025, bedreigt het voortbestaan van de lokale CHW-werkingen, de vele constructieve projecten en onmisbare samenwerkingen. Het projectteam bepleit dan ook een structurele verankering vanaf 2026.

8.2 Samenwerkingen

Om de implementatie van het CHW-programma in de praktijk te versterken, wordt op alle niveaus binnen het programma en in alle CHW-teams intensief ingezet op samenwerking. In 2023 voerde de Universiteit Antwerpen een onderzoek uit naar de samenwerkingen binnen het CHW-programma om dieper inzicht te krijgen in dit proces, de resultaten hiervan zijn te vinden in het jaarrapport 2023 (Apers, Mullié, Wouters, & Masquillier, 2024).

In wat volgt wordt uitgelegd welke stappen in 2024 zijn gezet om nieuwe samenwerkingen te starten, bestaande samenwerkingen te evalueren en waar nodig aan te passen, zowel op lokaal, regionaal als nationaal niveau.

8.2.1 Samenwerkingen op lokaal niveau

De lokale context in de steden waar het CHW-programma actief is, leidt tot samenwerkingen met unieke dynamieken en verschillende accenten. Het onderzoek van 2023 bracht in kaart hoe deze samenwerkingen ontstaan, wat ze bevordert, wat eventuele belemmeringen zijn, en hoe ze geoptimaliseerd kunnen worden (Apers et al., 2024). Uit de resultaten bleek dat samenwerkingspartners het CHW-programma sterk waarderen, omdat zij duidelijk merken dat het programma leidt tot betere zorg en opvolging van mensen. Samenwerkingen vormen daarmee een essentiële bouwsteen om inclusieve en toegankelijke gezondheidszorg te realiseren.

Nieuwe samenwerkingen

De lokale CHW-teams blijven actief nieuwe samenwerkingen genereren en stellen het CHW-programma regelmatig voor bij lokale organisaties, zoals buurtwerkingen, vzw's met een sociale insteek, lokale afdelingen van gezondheids- en welzijnsinstellingen, enzovoort. Deze inspanningen werpen hun vruchten af, want vele teams zijn in 2024 nieuwe samenwerkingen aangegaan.

In regio **Vlaanderen** werden zo bij team Gent contacten gelegd met organisaties zoals OCMW Integrale Gezinsbegeleiding en De Driesprong, een ontmoetingsplaats voor mensen met psychische kwetsbaarheden. Voor het Dobre Doshli-project werd er samengewerkt met het AZ Jan Palfijn. Ook na een misgelopen abortus werd er contact gelegd met het Luna abortuscentrum, waar duidelijke afspraken werden gemaakt over de rol van CHWs. In 2023 werd er een voorstelronde gehouden met gezondheidsgidsen van Stad Gent bij de WGC (Wijkgezondheidscentra), wat in 2024 leidde tot vaste zitmomenten voor CHWs bij de WGC's die geïnteresseerd waren. Dit heeft gezorgd voor een sterkere relatie en duidelijkere meerwaarde van de CHWs, zowel voor patiënten als zorgverleners. In WGC's zonder vaste zitmomenten blijft de samenwerking ad-hoc, maar nog steeds waardevol. Het belang van samenwerkingen tussen CHWs en WGC's wordt duidelijk geïllustreerd door het verhaal van Y, een

vrouw uit een Afrikaans land met een lichte mentale beperking en ernstige gezondheidsproblemen. Bij het WGC vroeg ze herhaaldelijk hulp bij het verkrijgen van de Belgische nationaliteit, maar de medewerkers van het WGC zagen haar gezondheid als prioriteit en boden geen ondersteuning. Doordat een Gentse CHW met dezelfde culturele achtergrond als Y, met haar in gesprek ging, begreep de CHW dat voor Y het verkrijgen van de Belgische nationaliteit meer inhield dan een administratieve kwestie. Y zou dan namelijk haar familie na jaren gemis kunnen terugzien. Het gemis van haar familie was een van de oorzaken voor haar stress en mentale klachten, die op hun beurt haar fysieke klachten versterkten. De CHW verduidelijkte dit aan de arts en pleitte voor een multidisciplinair overleg (MDO), waarbij hulpverleners en familie samenwerkten. Door de samenwerking van alle betrokkenen verbeterde Y's situatie binnen drie maanden op verschillende fronten: ze verkreeg huisvesting, werd aangesloten bij het ziekenfonds en administratieve procedures werden geregeld. Dankzij de inzet van de CHW en gezamenlijke inspanningen verbeterde daardoor Y's gezondheid aanzienlijk. Daarnaast werd er in Gent een samenwerking gestart met een straatverpleegkundige, die vanaf augustus 2024 werkt met maatschappelijk kwetsbare mensen die geen zorg vinden. Er zijn afspraken gemaakt over de samenwerking, zoals het evalueren per casus wie welke taken op zich neemt en hoe overdrachten plaatsvinden met instemming van de cliënt.

In Antwerpen werden nieuwe samenwerkingen aangegaan met Huis van het Kind en De Revue, een vzw die laagdrempelige hulpverlening en zorg voorziet voor personen met een afhankelijkheidsproblematiek. De samenwerking met nieuwe partner Saamo leidde tot officiële permanenties op drie locaties, namelijk Borgerbaan, Dynamo en De Wijk. Ook zijn in Antwerpen voorbereidingen lopende om een samenwerking met Praktijk aan de Stroom (PAS) op te starten. De praktijk is een initiatief van de Eerstelijnszones in Antwerpen dat begin 2025 zal starten om een duurzame oplossing te proberen bieden aan het nijpende huisartsentekort en de nood aan een multidisciplinaire aanpak door steeds complexer wordende zorgvragen. Twee ervaren Antwerpse CHWs zullen in totaal 8 uur per week aanwezig zijn in het PAS om als brugfiguur tussen het CHW-doelpubliek en het PAS te functioneren, en ondersteuning te bieden die ze binnen de verschillende rollen en taken van de CHW kunnen opnemen.

Ook in Genk zijn verschillende nieuwe samenwerkingen opgezet. Er is een samenwerking met de Eerstelijnszone om psychologische ondersteuning te bieden aan bewoners van de wijken Kolderbos en Sledderlo. Wekelijks worden er zitdagen georganiseerd waar wijkpartners cliënten kunnen doorverwijzen naar een psycholoog. Dit project is nu in een testfase en kan worden uitgebreid afhankelijk van de evaluatie. De teamverantwoordelijke van Genk heeft een actieve rol gespeeld in het opzetten van dit project. Verder hebben de CHWs in Genk een samenwerking met de taalhulp van de stad, waardoor ze makkelijker online tolken kunnen boeken voor consultaties. Sinds oktober werkt het team ook samen met de lokale huisartsenkring, zodat mensen zonder huisarts snel kunnen worden doorverwezen naar het OCMW, dat hen via een solidariteitslijst aan een huisarts koppelt, waardoor ze sneller zorg krijgen.

In regio **Wallonië en de Duitstalige gemeenschap** zijn er verschillende nieuwe samenwerkingen opgezet. In Charleroi werd een hernieuwde samenwerking met het Espace Citoyen Porte Ouest opgezet. Hier kunnen bewoners van Marchienne-au-Pont en omliggende gemeenten terecht voor gezondheidsinformatie, doorverwijzingen en begeleiding. De permanentie van CHWs biedt aanvulling op andere diensten, zoals sociale begeleiding, schuldbemiddeling en ondersteuning bij arbeidsongevallen, en richt zich op vraagstukken als toegang tot AVIQ, ouderenondersteuning,

geestelijke gezondheidszorg en medische apparatuur. Daarnaast is er de samenwerking met [AMO le Signe](#), waarbij CHWs maandelijks families ondersteunen die hulp nodig hebben bij het vinden van specialisten zoals artsen, psychiaters en psychologen. De families worden geïnformeerd via sociaal werkers en lokale communicatiekanalen. Deze samenwerking maakt het mogelijk om in te spelen op de zorgbehoeften van gezinnen die anders misschien niet gemakkelijk toegang zouden hebben tot deze zorg. In Luik vormt [Fleur Service Social asbl](#) een waardevolle nieuwe samenwerkingspartner waar CHWs mensen naar kunnen doorverwijzen. De vzw biedt vele sociale diensten om mensen in precare situaties te helpen in het opbouwen van hun leven, waaronder huisvestingdiensten, verhuisservices en een tweedehandswinkel. Omdat huisvesting niet onder de opdracht van CHWs valt, heeft deze samenwerking een grote meerwaarde. Ook [Réso asbl](#) is een belangrijke partner geworden. Deze organisatie richt zich op de sociale en professionele integratie van individuen en werkt voornamelijk met personen die onder het Fédasil-statuuat vallen. De CHWs ontmoeten hier groepen mensen in opleiding, lichten hun werking toe en bieden ondersteuning aan de deelnemers. Hierdoor wordt een bredere groep kwetsbare personen bereikt en geïnformeerd. Daarnaast werd in Luik ook een samenwerking opgezet met de gemeente Saint-Nicolas. De gemeente stelt een lokaal ter beschikking binnen hun kantoren, waar de CHWs wekelijks een ochtendpermanentie houden. Dit biedt niet alleen een vaste plek om mensen uit de buurt te ontvangen, maar ook de medewerkers van de gemeente schakelen de CHWs in voor ondersteuning bij gezondheidsgerelateerde problemen van inwoners. In Verviers werd dan weer een samenwerking opgestart met [Espace Convergences Verviers](#), een organisatie gespecialiseerd in hulp en zorg bij verslavingsproblematieken. Dit sluit aan bij de trainingen die de CHWs eerder in 2024 rond dit topic volgden. Tijdens een maandelijkse permanentie ontvangen de CHWs hier mensen met problemen rond middelengebruik, begeleiden hen naar een psycholoog en bieden hen ondersteuning bij gezondheidsproblemen.

In 2024 werden in Brussel 18 nieuwe samenwerkingen opgezet met diverse partners uit de sociale en gezondheidssector. Hierdoor werd het bestaande netwerk versterkt en de beschikbare middelen voor de cliënten verder uitgebreid. Tot deze nieuwe partners behoren onder andere Vie Féminine, wijkgezondheidscentra zoals Wijkgezondheidscentrum Noordwijk – Quartier Nord, SAAMO en het Centre Social Santé Intégré – Goujonissimo. Deze samenwerkingen nemen verschillende vormen aan, van gezamenlijke opvolging van cliënten tot de organisatie van gezondheidswerkshops en het opzetten van permanenties, waarbij zowel de cliënten als de professionals betrokken zijn. Dankzij deze dynamiek kon de impact van de acties worden vergroot en de interventies beter worden afgestemd op de specifieke behoeften van de doelgroepen. Daarnaast heeft het Brusselse team zijn banden versterkt met organisaties die zich inzetten voor “harm reduction” en de begeleiding van mensen in kwetsbare situaties en met verslavingsproblematiek, zoals het Project Lama. Dit initiatief biedt niet alleen transitwoningen aan, maar ook laagdrempelige ondersteuning. Verschillende cliënten werden doorverwezen naar deze structuren om hen een gepaste begeleiding te garanderen. Sommige partners, zoals het Project Lama, zijn bovendien betrokken bij initiatieven als Ribau-Care en SubLink, die zich richten op de ondersteuning van kwetsbare doelgroepen, onder andere in het openbaar vervoer. De samenwerking werd verder verdiept door deelname aan nachtelijke zorgacties en deelname aan hun werking, waardoor de verankering in het veld werd versterkt. Een ander concreet voorbeeld van deze samenwerking is de training "Armoede en verslaving", die in mei 2024 werd georganiseerd door een trainer van het Project Lama. Deze opleiding bood het Brusselse team de kans om hun kennis en praktijk verder te ontwikkelen, zodat ze de begeleiding van mensen in kwetsbare situaties kunnen verbeteren. Al deze acties zijn erop gericht om de meest kwetsbare doelgroepen beter te bereiken, door de

samenwerking tussen verschillende actoren in de sector te versterken en interventies te ontwikkelen die aansluiten bij de realiteit op het terrein.

Evaluatie en versterking van bestaande samenwerkingen op lokaal niveau

In 2024 werden bestaande lokale samenwerkingen geëvalueerd en, waar nodig, verder versterkt. In **Vlaanderen** wordt de evaluatie van samenwerkingen per team op maat aangepakt. In Oostende gebeurt dit tijdens teamvergaderingen, waarbij soms structurele signalen naar voren komen. Indien nodig neemt de teamverantwoordelijke contact op met de betrokken partner om de samenwerking te bespreken, bij te sturen of, indien relevant, stop te zetten. Zo werd bijvoorbeeld de behoefte aan een vaste aanwezigheid van de CHW bij het Inloopteam van Het Huis van het Kind besproken, wat heeft geleid tot de invoering van een tweewekelijkse permanentie. De deelname van CHW aan de stuurgroep straatverpleegkundigen van Covias C&O positief geëvalueerd en voortgezet, terwijl de bijdrage aan de werkgroep rond scabiës werd verminderd. De samenwerking met AZ Oostende verloopt constructief: knelpunten, zoals de communicatie met patiënten en het onthaal door vrijwilligers, werden besproken en opgelost. Dit heeft geleid tot concrete verbeteringen in zowel de samenwerking als de dienstverlening.

In Gent vindt jaarlijks een evaluatie plaats van de inzet van CHWs in diverse samenwerkingen. Zo werd de samenwerking met de Gezondheidsgidsen van Stad Gent verder geoptimaliseerd. De jaarlijkse evaluatie, waarin cijfers zoals het aantal cliënten en doorverwijzingen worden besproken, heeft de afstemming verbeterd. Waar voorheen zeswekelijks werd overlegd, bleek vier keer per jaar voldoende om de goede samenwerking te behouden. De relatie, die in het begin wat moeizaam was door een gevoel van concurrentie, is nu sterk verbeterd. Ook de samenwerking tussen de Gentse CHWs en wijkgezondheidscentra (WGC) werd verder verdiept. Bij WGC's waar CHWs één dag per week aanwezig zijn, wordt de samenwerking twee keer per jaar geëvalueerd en waar nodig aangepast.

In Genk gebeuren de evaluatie van samenwerkingen op een informele manier, bijvoorbeeld telefonisch of tijdens fysieke ontmoetingen. Tijdens een overleg van de teamverantwoordelijke en de wijkmanagers wordt er ook stilgestaan bij de samenwerking. Ook vindt er een jaarlijks overleg plaats met het OCMW om de samenwerking te evalueren. Daarin worden onder meer de opvolging van gezamenlijke dossiers en plannen voor verdere samenwerking besproken. Ook zijn in 2024 de samenwerkingen met zorgcentra zoals BuurtGezondheidsCentrum Althea, en met huisartsen en tandartsen in Genk verder versterkt. Er is wederzijdse doorverwijzing en casussen worden regelmatig besproken.

In **Brussel** herbekijkt het team elk jaar de relevantie van alle samenwerkingen. Op het niveau van de verschillende zones wordt onderzocht of de ondernomen acties erin slagen om de diverse profielen binnen de doelgroep te bereiken. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve evaluaties worden uitgevoerd om de impact van samenwerkingen met partners te meten. Dit geldt voor activiteiten zoals permanenties, straatacties, evenementen en andere initiatieven. Enerzijds wordt gekeken naar het aantal personen dat via deze samenwerkingen wordt bereikt, anderzijds wordt geanalyseerd in hoeverre deze personen effectief een hulpvraag hebben waarbij CHWs ondersteuning kunnen bieden. Zo kan bijvoorbeeld blijken dat een permanentie in een sociaal restaurant minder relevant is als de meeste bezoekers daar vooral vragen hebben rond huisvesting, een domein waarin CHWs minder directe ondersteuning kunnen bieden. Deze evaluaties helpen om de aanpak te verfijnen en samenwerkingen strategisch bij te sturen. Zo zijn sommige permanenties stopgezet, terwijl andere zijn aangepast. In bepaalde gevallen werden permanenties vervangen door workshops, of omgekeerd. De

analyses brachten ook obstakels aan het licht met betrekking tot de toegankelijkheid van de diensten. In één geval bleek bijvoorbeeld dat het kantoor van de CHWs in een huisartsenpraktijk zich achteraan het onthaal bevond, wat hun zichtbaarheid voor de doelgroep beperkte. Dit probleem werd opgelost door de locatie van de permanentie te verplaatsen naar de wachtzaal van de huisartsenpraktijk, waardoor het contact met het publiek aanzienlijk werd vergemakkelijkt.

De feedback van de Brusselse partners op de samenwerkingen was bij een bevraging overwegend positief. Bij Maison Médicale des Riches Claires ondersteunen CHWs patiënten met sociale en gezondheidsvragen en helpen ze bij sensibiliserings- en andere campagnes. Sinds juli 2024 organiseren ze maandelijks een permanentie in de wachtruimte om met patiënten in gesprek te gaan over hun noden en feedback te verzamelen op de dienstverlening, met als doel de zorg en ondersteuning beter af te stemmen op de behoeften van de wijkbewoners. Bij Het Anker vzw wordt de aanwezigheid van de CHWs als zeer waardevol ervaren, vooral voor het beantwoorden van gezondheidsvragen van bezoekers, die hun gesprekken met de CHWs positief beoordelen, zoals een quote uit de evaluatie illustreert: *“Ik vind dat jullie hulp heel belangrijk voor ons is. Veel van onze bezoekers stellen vragen over gezondheidszorg, en we voelen ons vaak machteloos, omdat we hen niet altijd de juiste antwoorden kunnen geven. Maar met de aanwezigheid van een van jullie medewerkers verandert dat. Ik heb telkens zeer positieve feedback ontvangen van onze bezoekers wanneer ze met een CHW hebben gesproken.”* Ook bij Forum vzw werken de CHWs al jaren samen met het team, bieden individuele gezondheidszorg en dragen bij aan workshops en lokale evenementen. Ook daar kwamen zeer positieve reacties: *“De CHWs bieden waardevolle ondersteuning bij de individuele gezondheidsopvolging, zeker omdat we met een breed publiek werken. Wanneer we vragen hebben met betrekking tot gezondheidszorg, kunnen we altijd rekenen op de CHWs, die een vaste waarde zijn en zich inzetten binnen onze organisatie.”*

In **Wallonië** worden de samenwerkingen geëvalueerd in de loop van het jaar en wanneer er zich bepaalde situaties voordoen. In Luik leidde dit tot de oprichting van een nieuwe permanentie in de gemeente Saint-Nicolas. In Charleroi resulteerde de evaluatie van de permanentie in het Espace Citoyen Porte Ouest in een aanpassing van de openingsuren. Dit zorgde voor een aanzienlijke toename van het aantal afspraken. De permanentie trok eerder weinig bezoekers, maar door deze nu te laten samenvallen met de aanwezigheid van een succesvolle organisatie voor schuldhulpverlening, kunnen cliënten rechtstreeks worden doorverwezen naar de CHWs.

[Op regelmatige basis cijfers, signalen en bevindingen bespreken met lokale partners](#)

In de verschillende regio's worden naast een evaluatie, ook cijfers, signalen of ervaringen uitgewisseld met samenwerkingspartners om de samenwerkingen of hulpverlening te versterken. In **Vlaanderen** worden jaarlijks de cijfers van de werking van de CHWs gepresenteerd aan het Inter Mutualistisch Overleg (IMO). Dit jaar werden de cijfers van Oostende voorgesteld door de teamverantwoordelijke Oostende aan de afgevaardigden van de mutualiteiten, die vaak afkomstig zijn uit directieteams van afdelingen Welzijn of verantwoordelijk zijn voor sociale diensten. In juli volgde hierop een uitnodiging voor de teamverantwoordelijke Oostende om het directieteam Gezondheid, Welzijn en Participatie van CM bij te praten over het CHW-werk in Oostende. Tijdens deze bijeenkomst toonde het directieteam veel interesse in het team en de dagelijkse werking. Daarnaast vond er een uitwisseling plaats tussen de teamverantwoordelijke Oostende en de directeur Gezondheid, Welzijn en Participatie van CM Limburg. Hierbij werd dieper ingegaan op de afbakening van de rol van maatschappelijk werkers, die sterke gelijkenissen vertoont met het werk van CHWs: binnen deze functies is het immers vaak zoeken

naar een evenwicht tussen het opvolgen van cliënten en het bevorderen van hun autonomie. In Gent vindt jaarlijks een overleg over cijfers plaats met de gezondheidsgidsen van stad Gent. Hieraan namen in 2024 ook de regionale en federale coördinator van het CHW-programma deel, net zoals vertegenwoordigers van de gezondheidsdienst van Stad Gent, als ook de directeur Regie Gezondheid en Zorg van Stad Gent en de regiomanager van Solidaris. Dit overleg biedt de mogelijkheid om de voortgang en resultaten van de samenwerking te evalueren en waar nodig bij te sturen. In Genk werden de cijfers besproken tijdens het jaarlijkse overleg met de wijkmanagers en het overleg met het OCMW, waar ook de lokale samenwerkingen met de CHWs werden geëvalueerd. Tijdens het overleg met de CHWs kwam het signaal naar voren over een tekort aan huisartsen. Er werd onderzocht welke mensen hierdoor getroffen werden, en het bleek dat een groot deel van hen al in begeleiding was bij het OCMW. Dit leidde tot de oprichting van een solidariteitslijst, waardoor deze mensen nu sneller toegang hebben tot een huisarts.

In **Brussel** werden cijfers aangekaart tijdens het evenement "Une matinée avec les CHW Bruxelles", waar 15 partners aanwezig waren. Het proces van herbeoordeling van samenwerkingen hierboven vermeld, bood bovendien de gelegenheid om cijfers en signalen samen met partners te bespreken en gezamenlijke beslissingen te nemen. Dat kan gaan om structurele signalen, maar evengoed over kwantitatieve indicatoren binnen de samenwerkingen, zoals het aantal cliënten dat bereikt wordt tijdens een permanentie. Indien bijvoorbeeld vastgesteld wordt dat dat aantal te laag ligt, worden er verschillende aanpassingen overwogen: het aanpassen van het tijdstip of de duur van permanentie, het veranderen van de locatie van de permanentie, enzovoort. Het doel is om de samenwerking op die manier aan te passen zodat die zo optimaal en effectief mogelijk verloopt.

In **Wallonië** werden signalen en bevindingen besproken tijdens de werkbezoeken met beleidsmakers (zie samenwerkingen op regionaal en federaal niveau), wat een waardevolle gelegenheid bood om inzichten met hen te delen. Céline Biettlot, werkzaam bij de vzw Comme Chez Nous – Le Rebond in Charleroi, een dagcentrum voor opvang en begeleiding van dak- en thuisloze personen, deelt haar ervaring:

"Toen ik hoorde over de oprichting van de functie van CHW, had ik mijn bedenkingen bij de haalbaarheid van dit project. Maar vanaf onze eerste ontmoeting voelde ik een zeer positieve motivatie. Ons publiek in het dagcentrum vraagt een specifieke aanpak, en die hebben we gevonden bij de CHWs. Hun beschikbaarheid, hun aanwezigheid op de plek van afspraak en hun begeleiding naar de arts, het ziekenhuis of bij problemen met de aansluiting bij een mutualiteit, hebben een enorme impact gehad. Deze aanpak heeft dak- en thuisloze personen geholpen vooruitgang te boeken in hun vaak complexe situaties."

Deze getuigenis onderstreept hoe de praktische ondersteuning door CHWs bijdraagt aan het toegankelijk maken van gezondheidszorg en het verbeteren van de situatie van kwetsbare groepen. Het laat zien hoe belangrijk hun rol is in het overbruggen van barrières voor mensen in preciaire leefomstandigheden.

[Ondersteunen van partners die kwetsbare groepen willen bereiken voor vaccinatie](#)

De aanleiding voor de opstart van het CHW project was de COVID 19-pandemie. De aandacht voor het belang van vaccinatie is dan ook nog steeds aanwezig binnen de CHW-werking, zij het minder prominent. Zo geven sommige CHW-teams aan dat er geen vraag meer is vanuit partners om ondersteuning te bieden bij vaccinaties.

In Tienen dragen de CHWs jaarlijks wel nog bij aan het vaste COVID-vaccinatiemoment in oktober, georganiseerd door samenwerkingspartner BOM. Zij stellen een lijst op van geïnteresseerde deelnemers, nemen contact op om hen aan de afspraak te herinneren en bieden op de dag zelf ter plaatse ondersteuning. In **Brussel** wordt ook de samenwerking met organisaties als FARES, het Fonds des Affections Respiratoires asbl, en Cover verdergezet. Deze samenwerkingen ontstonden bij de start van het programma, gericht op het verspreiden van informatie en bewustwording rond vaccins, het verkrijgen van een vaccinatiebewijs, het organiseren van gezamenlijke outreach-activiteiten om mensen in dak- en thuisloosheid te bereiken. Hoewel de pandemie voorbij is, blijven deze samenwerkingen lopen en worden de meest kwetsbare personen beter opgevolgd. De Brusselse CHWs ondersteunen ook vaccinatiecampagnes tegen de griep en COVID, door proactief informatie toegankelijk te maken, en door contact te onderhouden met de samenwerkingspartners om deze informatie te verspreiden onder het doelpubliek.

8.2.2 Samenwerkingen op regionaal en federaal niveau

Uit het onderzoek van 2023 bleek dat de bestuursstructuur van het programma een essentiële rol speelt in het opzetten en versterken van samenwerkingen (Apers et al., 2024). Overleg op federaal of regionaal niveau met andere organisaties, projecten en initiatieven vergemakkelijkt de implementatie op lokaal niveau. Daarnaast zorgen deze bovenlokale samenwerkingen voor een bredere verspreiding van de boodschap, expertise en kennis van het programma.

Zo werd er federaal een overleg georganiseerd met het project interculturele bemiddeling. Dit overleg resulteerde onder andere in het opstellen en verspreiden van een lijst met contactpersonen voor interculturele bemiddeling, per gewest. De lijst bevat een overzicht van ziekenhuizen en wijkgezondheidscentra waar interculturele bemiddelaars aan de slag zijn, met de gegevens van relevante contactpersonen.

Samenwerkingen op regionaal niveau

In **Vlaanderen** vonden er verschillende overlegmomenten plaats met diverse actoren om elkaars werking beter te leren en kennen en eventuele samenwerkingen te exploreren. Zo werd een overleg georganiseerd met de vertegenwoordigers van de netwerkcoördinatoren of publiekswerkers van de verschillende ziekenfondsen om een mogelijke kruisbestuiving tussen elkaars werking te bespreken. Hun opdracht leunt immers dicht aan bij de opdracht van de CHWs, met name het verbeteren van de toegankelijkheid tot de eerstelijnsgezondheidszorg voor mensen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven. Tijdens deze bijeenkomst kreeg ieder ziekenfonds de gelegenheid om haar specifieke werking toe te lichten en werden samenwerkingsmogelijkheden afgetoetst. In mei vond ook een presentatie plaats van het activiteitenrapport CHW 2023 door de Vlaamse coördinator met het Vlaams Intermutualistisch College (VICO) Dienst Maatschappelijk Werk, om af te stemmen hoe beide partijen ondersteuning kunnen bieden aan elkaar. Tijdens de bijeenkomst werd een opfrissing gegeven over het opdracht en werking van het CHW-programma, waarbij de tijdslijn sinds de opstart tot op heden werd toegelicht. Daarnaast werden de cijfers van 2023 gepresenteerd om inzicht te geven in de bereikte resultaten. De doelstelling was om de werking van de CHWs opnieuw onder de aandacht te brengen en hun rol binnen de eerstelijnszorg te verduidelijken. De Vlaamse coördinator gaf dezelfde presentatie in december 2024 voor het VICO Preventie. Aangezien CHW een federaal programma is, valt preventie strikt genomen niet binnen de kernopdracht. Toch is er een grijze zone waarin CHWs een belangrijke schakel kunnen vormen. Dit blijkt uit concrete voorbeelden zoals de samenwerking met mondzorgcoaches, gesprekken over gezondheidsvaardigheden zoals de nadelen van roken, en het

doorverwijzen van personen met mentale problemen naar eerstelijnspsychologen. Daarnaast nemen CHWs deel aan werkgroepen rond baarmoederhals- en borstkanker om de noden van kwetsbare groepen aan te kaarten, bijvoorbeeld door het verbeteren van de leesbaarheid van informatiefolders. Tijdens dit overleg werd er gekeken of een samenwerking met netwerkcoördinatoren binnen mutualiteiten het aanbod van initiatieven rond gezondheidspromotie bekender kan maken, zodat CHWs gericht kunnen doorverwijzen. Dit onderstreept de unieke positie van CHWs in het zorglandschap, waar ze een brug vormen tussen preventie en eerstelijnszorg, met aandacht voor de specifieke behoeften van kwetsbare groepen. Er werd ook een overleg gehouden met Kom op tegen Kanker over het project 'Sociaal tolken in de zorg', waarbij de Vlaamse coördinator deel uitmaakte van de werkgroep die de verdere opvolging van dit project verzorgt.

In 2024 is ook in **Brussel** de samenwerking tussen het CHW-programma en de verschillende mutualiteiten verder uitgebouwd. CHWs werken intensief samen met de gezondheidsadviseurs van de mutualiteiten en co-organiseren workshops die gericht zijn op het informeren van kwetsbare groepen over onderwerpen zoals het zorgsysteem, mutualiteiten en gezondheidsproblemen zoals diabetes. Daarnaast worden er initiatieven ontwikkeld om digitale inclusie te bevorderen. Elke mutualiteit heeft een specifieke contactpersoon aangesteld om CHWs te ondersteunen bij complexe dossiers. Vragen worden gefilterd via een centrale coördinator, waarna ze worden doorverwezen naar de juiste afdeling of expert. Ook wordt nauw samengewerkt met de sociale diensten van de mutualiteiten, die CHWs ondersteunen bij onder andere het aanvragen van handicaperkenningen. De samenwerking met sociale coördinatoren en het delen van lokale initiatieven, zoals evenementen en acties rond gezondheidsrechten, versterken de synergie verder. Bovendien stellen sommige mutualiteiten ruimtes beschikbaar voor CHW-activiteiten, en ondersteunen ze hen bij het detecteren van kwetsbare personen, bijvoorbeeld tijdens vaccinatiecampaagnes. Sommige mutualiteiten hebben extra initiatieven genomen om de samenwerking met CHWs te verbeteren. Zo kregen CHWs bij Helan directe toegang tot de persoonlijke werkmailadressen van maatschappelijk werkers, waardoor ze sneller hulp kunnen inschakelen zonder eerst langs een algemene permanentie te moeten gaan. Bij Partenamut werd de samenwerking verdiept door kennis te delen, bijvoorbeeld door het uitwisselen van trainingstools en projectmanagementvaardigheden. Ook werden CHWs betrokken bij interne sessies over belangrijke thema's zoals Alzheimer. De CM en Solidaris hebben hun samenwerking uitgebreid met projecten rond de preventie van diabetes en kanker, en bieden meer ondersteuning bij individuele dossiers. Hoewel de samenwerking met Symbio en de Mutualité Neutre minder vaak voorkomt, hebben zij wel deelgenomen aan workshops en andere uitwisselingsmomenten.

Daarnaast namen de CHWs in Brussel in 2024 actief deel aan verschillende netwerken en overleggen om hun werk beter te integreren in de bredere zorg en samenwerkingen te versterken. Ze waren bijvoorbeeld betrokken het "VeranderAtelier / Atelier du Changement". Dit platform brengt professionals uit de sociale en gezondheidszorg samen met patiënten en mantelzorgers om elkaar te informeren, te organiseren en gezamenlijke acties te ontwikkelen. Daarnaast nemen de Brusselse CHWs deel aan de vergaderingen met [Vivalis](#), die voortvloeiden uit het vroegere begeleidingscomité van het ALCOV-project (Act Locally to Counter the Virus) van het kabinet Maron. Mede gecoördineerd door Brusano worden daarbij lokale initiatieven uitgewisseld, en versterkt het de samenwerking tussen verschillende Brusselse spelers in de gezondheids- en welzijnszorg, waaronder dus ook de CHWs. Er wordt in Brussel ook regionaal samengewerkt met interculturele bemiddelaars, Dokters van de wereld en organisaties die sekswerkers ondersteunen. Er werd ook deelgenomen aan de "Veille Sanitaire Sans Abrisme", een bijeenkomst van organisaties die werken met daklozen. Daarnaast worden er ook

vergaderingen tussen projecten georganiseerd om gezamenlijke initiatieven uit te werken. Een voorbeeld hiervan is [kio'SK Anderlecht](#), waar een CHW heeft bijgedragen aan de ontwikkeling en regelmatig permanenties houdt samen met andere OCMW-diensten. Een ander concreet voorbeeld van regionale samenwerking in Brussel is de deelname van een CHW aan de vergaderingen van de spoeddiensten van het Universitair Ziekenhuis Sint-Pieter, die om de twee maanden plaatsvinden. Deze vergaderingen zijn geïnitieerd door het Comité 0.5, dat elke maand bijeenkomt. Tijdens deze vergaderingen werken verschillende partijen, zoals het OCMW, diverse verenigingen en Brusano, samen aan praktische oplossingen om de laagdrempelige toegang tot sociale en gezondheidsdiensten te vergemakkelijken. In het kader van de spoeddiensten is het doel om het zorgpad voor en na de spoedeisende hulp te verbeteren, op verzoek van de zorgverleners van de spoeddiensten. Dit overleg leidde bijvoorbeeld tot de invoering van huisartsen van wacht in de spoeddiensten, die eerste consultaties uitvoeren en zo de werkdruk voor de spoeddiensten verlichten.

In **Wallonië** en **Brussel** werd contact gelegd met FARES, het Fonds des Affections Respiratoires asbl. Het doel was om elkaars werk beter te begrijpen en mogelijke samenwerkingen te verkennen. Daarna werden er in verschillende regio's en steden ontmoetingen georganiseerd tussen de CHWs en de FARES-dienst, wat leidde tot directere contacten en een beter begrip van elkaars werkzaamheden. Er werd ook met beide regio's een ontmoeting georganiseerd met de organisatie 'Droits Quotidiens' om de diensten van beide partijen voor te stellen. Droits Quotidiens biedt gratis informatie op hun website, die zowel voor de CHWs als voor de personen die zij verder helpen interessant kan zijn, met toegankelijke juridische informatie. Ze kunnen ook op maat gemaakte trainingen aanbieden. Er zijn nog geen concrete samenwerkingsperspectieven, dit wordt verder opgevolgd.

De coördinator van de **Wallonië en de Duitstalige gemeenschap** had op donderdag 19 december een verkennend overleg met LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé), organisaties die samenwerken met instanties die zorggebruikers vertegenwoordigen. Dit bood een waardevolle gelegenheid om elkaars werk beter te begrijpen en te onderzoeken of er mogelijkheden voor concrete samenwerkingen zijn binnen de verschillende Waalse teams. Zo bieden deze organisaties onder andere nuttige informatie ter ondersteuning van het werk van CHWs, en organiseren ze 'Paroluss'-momenten waarop verschillende organisaties elkaars werk kunnen leren kennen. CHWs en teamverantwoordelijken kunnen tijdens deze momenten dus het CHW-werk voorstellen en kennismaken met andere relevante organisaties voor hun dagelijkse werk. Op 16 september 2024 werd ook een dag georganiseerd voor de CHW van Wallonië en de Agents de Prévention Wallonie (APW). Deze dag stond in het teken van het evalueren van de samenwerkingen sinds de vorige bijeenkomst in 2023. Dit jaar werd besloten om 4 maal per jaar vergaderingen te organiseren tussen de CHWs en APW in Charleroi enerzijds, en de CHWs en APW in Luik en Verviers anderzijds, met als doel de samenwerkingen per regio te bevorderen. De evaluatie van deze vergaderingen zal volgend jaar plaatsvinden; als er samenwerkingen tot stand zijn gekomen, worden deze voortgezet, anders blijven ze een moment van informatie-uitwisseling over de projectontwikkelingen. Verder werkte het team samen met het RWLP en nam het deel aan hun activiteiten, zoals de Wereld Armoededag op 17 oktober en het politieke debat op 25 april. Andere samenwerkingen worden verder toegelicht in de tabellen van de teamverantwoordelijken.

In Charleroi vond een vergadering plaats tussen AVIQ (l'Agence pour une Vie de Qualité) en de regionale coördinator, samen met de teamverantwoordelijke. AVIQ had contact opgenomen omdat ze niet aanwezig konden zijn bij het voorgestelde werkbezoek, maar wel veel interesse hadden in het beter leren kennen van de CHW-werking en het bespreken van een mogelijke samenwerking. CHWs verwijzen vaak mensen door naar AVIQ, en de vertegenwoordigers van AVIQ wilden onderzoeken of dit ook in de

omgekeerde richting mogelijk is, bijvoorbeeld wanneer zij een verzoek ontvangen waarop zij zelf geen antwoord kunnen bieden. Momenteel wordt er gewerkt aan een uitwisseling waarbij de CHWs meer inzicht krijgen in de procedures van AVIQ, zodat ze hun doelgroepen beter kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door hen meer duidelijkheid te geven over de procedures en communicatiekanalen van AVIQ. Om deze samenwerking ook lokaal te verankeren, zullen ontmoetingen tussen de lokale teams georganiseerd worden. In Luik is er alvast een intensieve samenwerking met de maatschappelijk werkster van AVIQ Luik en de CHWs tot stand gekomen. De maatschappelijk werkster ondersteunt personen in moeilijkheden, vaak met een beperking, en doet regelmatig een beroep op de CHWs voor begeleiding bij gezondheidsgerelateerde kwesties. Omdat zij zelf niet in de mogelijkheid is om deze mensen te vergezellen, biedt de samenwerking met de CHWs een praktische en toegankelijke oplossing.

8.2.3 Samenwerkingen in het kader van wetenschappelijk onderzoek

Binnen het CHW-programma wordt er op verschillende niveaus meegewerkt aan wetenschappelijk onderzoek. In 2024 gaven de federale en Vlaamse coördinator input voor het onderzoek van de Hogeschool Gent, dat zich richt op de 'wildgroei aan outreachpraktijken'. Dit onderzoek is een samenwerking tussen het RIZIV en het Equality Research Collective van Hogeschool Gent. Het onderzoekt hoe er op lokaal en/of Vlaams niveau een kwaliteitsvol outreachbeleid kan worden opgezet, zodat mensen in kwetsbare leefsituaties beter ondersteund worden. Het doel is om verschillende vormen van outreach te verduidelijken en vervolgens tools te ontwikkelen om deze vormen van outreach op een kwalitatieve manier in te zetten.

De federale coördinator verleende ook medewerking aan de begeleidingscommissie van PEER-B, een onderzoeksproject van de Hogeschool Gent en het RIZIV. Dit project, dat in oktober 2024 van start ging, richt zich op het ontwikkelen van een beleidskader voor het structureel inzetten van ervaringswerkers in geestelijke gezondheidszorg. De kennis en ervaring binnen het CHW-programma zijn belangrijk voor dit project. De federale coördinator heeft ook al verschillende relevante projecten en samenwerkingen van het CHW-programma gedeeld die waardevolle inzichten kunnen bieden. De onderzoekers zullen verder contact opnemen met de collega's van de betrokken CHW teams om dit verder te bespreken.

Ook met het FWO SBO onderzoeksproject "Community Health Workers for Primary Healthcare Access (COMPASS)" bestaat er reeds vanaf het begin een wederzijdse uitwisseling. Zo werden de noden die werden aangegeven door de CHWs en coördinatoren meegenomen in de projectaanvraag. Sinds de start van het project zijn verschillende coördinatoren en CHWs ook actief in de maatschappelijke adviesraad. Daarnaast hebben enkele CHWs ook actief bijgedragen aan de co-creatie van de interventie, werden geanonimiseerde casussen ter beschikking gesteld binnen de training van COMPASS en werd ook een informeel overlegmoment georganiseerd waarbij de zorgcompassers konden leren van de rijke ervaring van de CHWs.

De teamverantwoordelijke van Gent vertegenwoordigt het CHW-programma in het 'Access Up'-initiatief van de Academie van de Eerste Lijn. De Academie bestaat uit vier universiteiten (VUB, UGent, KU Leuven en UA), zes hogescholen en verschillende werkveldpartners, en wordt gefinancierd door het Fonds Daniël De Coninck van de Koning Boudewijnstichting. Dit vierjarige onderzoeksproject onderzoekt hoe formele en informele actoren samenwerken om de toegang tot eerstelijnszorg voor mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie te verbeteren, met behulp van bemiddeling en

pleitbezorging, onder het concept 'welfare bricolage'. Het doel van het project is om effectieve praktijken te identificeren die de toegang voor onderbediende groepen verbeteren, en tegelijkertijd een meer sociale benadering van gezondheid te stimuleren door de samenwerking tussen de nulde lijn (zoals outreach) en de eerste lijn (zoals huisartsen) te verbeteren. Er wordt ook extra aandacht besteed aan burgerinitiatieven, die een belangrijke rol spelen in het bereiken van kwetsbare groepen. Om het onderzoek praktijkgericht te maken, is er een klankbordgroep opgericht, waaraan het CHW-programma een belangrijke bijdrage levert. De klankbordgroep kwam in 2024 voor het eerst bijeen en zal in 2025 ongeveer drie keer samenkomen om inzichten te delen en bij te dragen aan de praktijkontwikkeling in dit veld. De bijeenkomsten worden geleid door Prof. dr. Koen Hermans en zijn bedoeld om het onderzoek toepasbaar te maken voor de eerste lijn.

Een ander onderzoek, uitgevoerd door de Koning Boudewijnstichting in samenwerking met de KU Leuven en UC Louvain, richt zich op mentale gezondheidsproblemen bij dak- of thuisloze personen. In het kader van dit onderzoek werd een rondetafelgesprek georganiseerd over dak- en thuisloosheid, geestelijke gezondheid en verslaving. De teamverantwoordelijke van Tienen, die tot eind september tevens Vlaams coördinator verslaving was binnen het CHW-programma, was aanwezig bij dit gesprek en droeg bij aan de discussie rondom de complexe vraagstukken die deze kwetsbare groepen aangaan.

De Brusselse CHWs hebben een waardevolle bijdrage geleverd aan verschillende onderzoeksprojecten die werden uitgevoerd door studenten in de volksgezondheid en geneeskunde, gericht op het verbeteren van de toegang tot zorg voor mensen in kwetsbare situaties. Tegelijkertijd werd een educatief hulpmiddel ontwikkeld in samenwerking met de CHWs en de vzw Cultures & Santé, een belangrijke speler in dit domein in Brussel, in het kader van een project dat voor 2024 werd geïnitieerd en dat vorig jaar zichtbaar werd. Dit hulpmiddel, getiteld "Animer sur les mutualités: Het functioneren van mutualiteiten in België", heeft als doel het systeem van mutualiteiten in België op een toegankelijke manier uit te leggen. Het biedt een duidelijk overzicht van de werking van de mutualiteiten en helpt de mensen hun vaardigheden op het gebied van informatiezoektocht en -gebruik te versterken, zodat ze hun rechten beter kunnen doen gelden. De Gentse CHWs namen dan weer deel aan een studie van de HoGent naar verschillende vormen van outreachend werken en de ontwikkeling van een typologie. De resultaten worden momenteel verder uitgewerkt.

8.3 Bekendmaking CHW-werking op meso-en macroniveau evalueren, versterken en verbreden

De federale stuurgroep en het projectteam namen in 2024 het initiatief om werkbezoeken bij lokale CHW-teams te organiseren, waarbij verschillende beleidsmakers werden uitgenodigd. Federale en regionale parlementsleden van diverse partijen die zich met gerelateerde onderwerpen bezighouden, namen deel aan de bezoeken. Het doel van deze werkbezoeken was om de beleidsmakers hun kennis over het CHW-programma te vergroten en een breed draagvlak te creëren voor de structurele verankering ervan. Door hen concrete resultaten op het terrein te tonen, werd de meerwaarde en complementariteit van CHW binnen het bestaande zorglandschap geïllustreerd. Dit diende niet alleen om de effectiviteit van het programma te onderstrepen, maar ook om nieuwe ambassadeurs op politiek niveau te engageren.



Community Health Workers in de praktijk: maak kennis met bruggenbouwers

Community Health Workers, dat zijn bruggenbouwers naar een betere gezondheid voor iedereen. Ze begeleiden en ondersteunen mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties en helpen hen op weg in de Belgische eerstelijnsgezondheidszorg. Zo maken ze niet alleen dagelijks het verschil voor heel wat mensen, maar leggen ze ook structurele problemen bloot – opdat die kunnen worden aangepakt en de drempel tot gezondheidszorg verder verlaagd kan worden. Kortom, een onmisbare schakel in de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem.

Sinds de start in 2021 worden door de verschillende ziekenfondsen 50 Community Health Workers tewerkgesteld in verschillende steden in België: van Oostende tot Eupen, van Schaarbeek tot Antwerpen.

We nodigen jullie van harte uit om kennis te komen maken met deze bruggenbouwers, met hun werking op het terrein, met het verschil dat zij dagelijks maken. Op verschillende tijdstippen en locaties zetten we de deuren van onze werking open.

Een overzicht van deze open momenten vinden jullie hier in het document als bijlage. Deze momenten bestaan uit drie onderdelen: een korte voorstelling van het CHW-programma, deelname aan een activiteit in de praktijk samen met de Community Health Workers en tijd voor vragen en antwoorden. Inschrijven voor één van deze momenten kan via dit formulier <https://forms.office.com/e/Ez9wenDBEb>.

Omwille van de kleinschaligheid van bepaalde activiteiten, is voor sommige deelnamemomenten het aantal plaatsen beperkt.

Meer informatie over het project Community Health Workers is terug te vinden via onze website.

We hopen jullie binnenkort te mogen ontmoeten.
Het CHW-team

Afbeelding 7: uitnodiging tot werkbezoeken

Tijdens de werkbezoeken, die ongeveer een tweetal uur duurden, stelden de teams en coördinator het CHW-programma en de lokale werking voor. Daarna konden de genodigden ervaren hoe het CHW-werk in de praktijk verloopt, door bijvoorbeeld een bezoek bij één of meerdere samenwerkende partners, een gesprek met personen die door de CHWs werden geholpen, of een voorstelling van een project waar de CHWs een belangrijke rol in spelen. Tijdens de uitwisseling kregen de teams ook de gelegenheid om belangrijke signalen en bevindingen rechtstreeks met de aanwezige vertegenwoordigers te delen.





Afbeelding 8 en 9: Werkbezoek in Antwerpen

De werkbezoeken van het CHW-programma werden na afloop geëvalueerd en als bijzonder waardevol ervaren door de teams. Ze droegen bij aan de zichtbaarheid van het programma en benadrukten de relevantie ervan voor zowel het doelpubliek als de betrokken partners. De politieke vertegenwoordigers die aanwezig waren, gaven vaak positieve feedback, wat de erkenning en het draagvlak voor het programma verder versterkte. Bovendien boden de werkbezoeken een unieke kans om samenwerkingen te verdiepen, aangezien ze regelmatig in samenwerking met lokale partners werden georganiseerd om de werking van het programma te illustreren. Het format van de werkbezoeken, met rechtstreeks contact tussen de CHWs, teamverantwoordelijken en bezoekers, werd goed ontvangen. Het betrekken van de doelgroep en de complementariteit van de bijdragen van federale, regionale coördinatoren en teamverantwoordelijken zorgden voor een sterke dynamiek. Ook de informele momenten, zoals gezamenlijk lunchen, werden als waardevol beschouwd voor de uitwisseling van ideeën. Waar mogelijk hadden teams de werkbezoeken afgestemd op bestaande activiteiten, waardoor zelfs bij een lagere opkomst het bezoek kon doorgaan. Enkele deelnemers deelden bovendien hun ervaringen via sociale media, wat de zichtbaarheid van het programma verder vergrootte.



Afbeelding 10: LinkedIn bericht van Sarah Schlitz, op werkbezoek bij de CHW in Luik



Afbeelding 11: Facebook-bericht van Latifa Gahouchi, op werkbezoek bij de CHW in Charleroi

Als eerste editie waren er echter ook aandachtspunten rond de praktische uitvoering.

De twee belangrijkste werkpunten die uit deze tekst naar voren komen, zijn:

1. **Meer voorbereidingstijd en betere coördinatie met partners:** Teams gaven aan dat de tijd vaak te kort was om een goede balans te vinden tussen presentaties, activiteiten met de CHWs en het beantwoorden van vragen. Dit wijst op de noodzaak voor meer tijd om alles goed voor te bereiden en beter samen te werken met partners.
2. **Betere communicatie met deelnemers en partners vooraf:** De communicatie vooraf was soms onvoldoende, wat leidde tot onduidelijkheid over wie er aanwezig zou zijn. Het is belangrijk om uitnodigingen eerder te versturen en deelnemers persoonlijker te benaderen om een vlottere organisatie te waarborgen.

Ondanks deze werkpunten was de algemene indruk dat de werkbezoeken een succesvolle eerste stap vormden in het verder vergroten van de zichtbaarheid, samenwerking en impact van het CHW-programma. Met gerichte verbeteringen kan deze aanpak in de toekomst nog effectiever worden ingezet.

Het kabinet van Petra De Sutter contacteerde de Vlaamse regionale coördinator van het CHW-programma met de vraag om voor hen een apart bezoek aan het project te organiseren. Dit werkbezoek ging door op 22 april te Gent waar ook de collega's van het project 'gezondheidsgidsen' op aanwezig waren. Minister De Sutter was heel positief en onder de indruk van het mooie werk dat de CHWs realiseren op vlak van toegankelijkheid van zorg voor mensen die leven in kwetsbare situaties. Ze nam de tijd om in gesprek te gaan met de CHWs en met enkele personen uit de doelgroep die aanwezig waren in het Stedelijk Opvanginitiatief Asielzoekers - SOI waar de ontmoeting plaats vond.

**Salah (63) zorgt ervoor dat
Gentenaars hun weg naar de zorg
vinden: "Mensen zijn soms bang om
naar de dokter te bellen"**



Salah Issa is aan de slag als 'community health worker' in Gent. © swg



Vicepremier Petra De Sutter in gesprek met CHW Salah Issa © swg

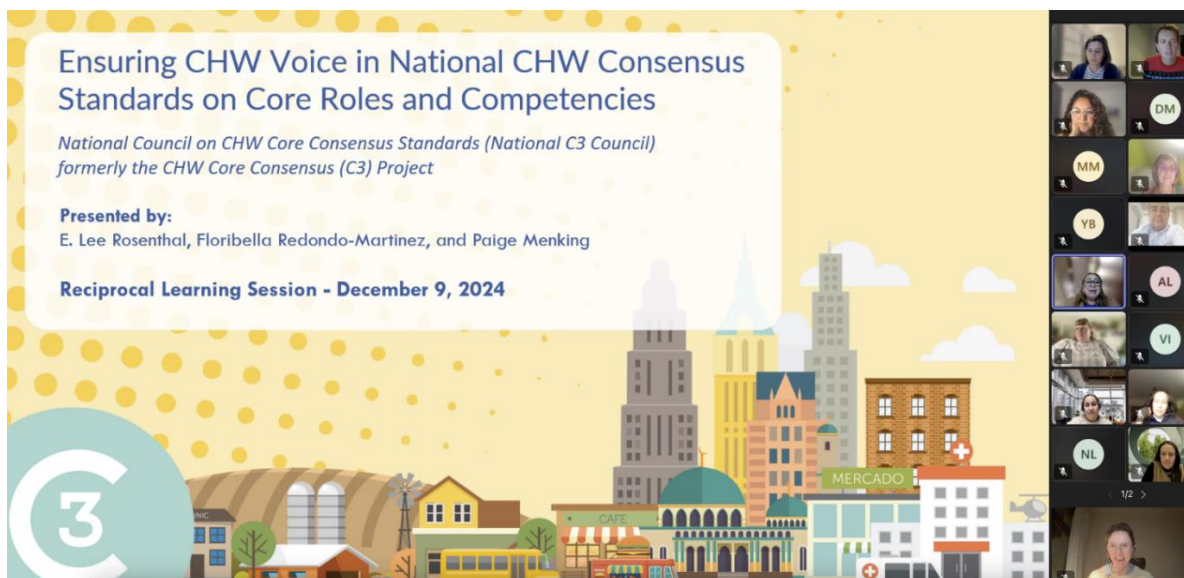
Afbeelding 12 & 13: pprintscreens nieuwsartikel Petra De Sutter op werkbezoek bij CHWs Gent

In Brussel werd een inspirerende voormiddag georganiseerd met een presentatie van het CHW-programma voor de staf van de dienst- en hulpverlening van CM. Na een voorstelling van het programma met een vraag-en-antwoordsessie, werden de deelnemers in kleinere groepen ingedeeld om te luisteren naar getuigenissen van CHWs over de structurele barrières waarmee zij in hun werk geconfronteerd worden. Deze sessie werd begeleid met een interactieve animatie, waarin iedereen actief kon participeren. De voormiddag werd afgesloten met een uitwisseling van ideeën en gedachten en een korte quiz om de opgedane kennis te testen.



Afbeelding 14: Presentatie CHW-programma stad dienst- en hulpverlening CM

Ook op internationaal vlak werden waardevolle contacten gelegd en verder uitgebouwd. Enkele CHWs, teamverantwoordelijken en coördinatoren namen deel aan twee online *'reciprocal learning sessions'*, georganiseerd door onderzoekers van de Universiteit Antwerpen. Tijdens deze sessies komt een diverse groep CHWs, coördinatoren en experts van over de hele wereld samen om kennis en innovatieve praktijken binnen community health te delen en van elkaar te leren. In beide sessies gaven programmaverantwoordelijken uit Argentinië, Brazilië, het Verenigd Koninkrijk, Zuid-Afrika en België een presentatie over hoe zij specifieke uitdagingen binnen hun programma's aanpakken. De eerste sessie in juli stond in het teken van training en soft skills, terwijl de tweede sessie in december focuste op rollen en competenties van CHWs. Daarnaast werd telkens een boeiende lezing verzorgd door een expert. In de eerste sessie deelde een experte uit het Verenigd Koninkrijk tweede sessie haar rijke ervaring met Populair Education in het trainen van CHWs, in de tweede sessie deelden experts van de National C3 Council uit de Verenigde Staten hun inzichten over de ontwikkeling van gestandaardiseerde rollen en competenties voor CHWs in de VS. Het laatste deel van elke sessie was gewijd aan een dynamische uitwisseling van ideeën en ervaringen tussen de deelnemers, wat leidde tot een rijke en inspirerende dialoog. Deze dialoog zal in de toekomst verder worden voortgezet.



Afbeelding 15: Deelname CHWs aan internationale reciprocal Learning session in December 2025

9 Enkele belangrijke uitdagingen voor 2025

In dit hoofdstuk kwamen verschillende verwezenlijkingen van de CHWs aan bod. Het werk van CHWs blijft echter ook komend jaar van cruciaal belang, en er dienen zich nieuwe uitdagingen aan.

9.1 Verdere uitwerking preventiemaatregelen en procedures voor CHWs

CHWs spelen een cruciale rol in de eerstelijnszorg, maar de toenemende complexiteit van gezondheidsuitdagingen maakt hun werk steeds uitdagender. Deze complexe omstandigheden kunnen soms ook risico's vormen voor de gezondheid van de CHWs zelf. Er wordt al gewerkt aan preventieve maatregelen om hen te beschermen en te ondersteunen, maar er is nog verdere inzet en uitwerking nodig om deze strategie volledig effectief te maken. Zo vormt de opkomende verspreiding van besmettelijke infectieziekten een groeiend risico. In 2024 werden CHWs bijvoorbeeld steeds vaker geconfronteerd met gevallen van bedwantsen en schurft. Hoewel beide problemen vergelijkbaar zijn in die zin dat ze huidirritatie veroorzaken door het bijten van de huid, verschillen ze wel in de behandeling. Schurft wordt veroorzaakt door schurftmijten die de menselijke huid besmetten, wat betekent dat lichamelijk contact vermeden moet worden bij besmetting. Bedwantsen besmetten matrassen en meubels en kunnen via kleding of bagage meereizen. De aanpak van beide vereisen een intensieve benadering. Gezien de oplopende frequentie van deze problemen en de besmettelijkheid ervan, is er een dringende behoefte om een duidelijke procedure uit te werken voor CHWs over hoe zij met deze situaties moeten omgaan. Dit is essentieel in het kader van preventie en veiligheid, om zowel de gezondheid van de betrokkenen als de veiligheid van de CHWs te waarborgen. Er is alvast ondersteuning gevraagd aan de medische dienst van Cohezio hoe best met zulke zaken kan worden omgegaan.



9.2 Het waarborgen van het welzijn van CHWs: versterken van het aanbod psychosociale Ondersteuning

Een tweede uitdaging betreft het welzijn van de CHWs zelf. Uit een bevraging van Cohezio bleek dat, door het intensieve en uitdagende werk van de CHWs, velen onder hen de nood voelen aan psychosociale ondersteuning. De constante blootstelling aan de kwetsbaarheden van de doelgroepen, gecombineerd met de emotionele belasting van hun rol, maakt het essentieel om adequate ondersteuning te bieden. Het is belangrijk om de mentale gezondheid van CHWs te waarborgen, zodat zij hun werk effectief kunnen blijven uitvoeren en niet zelf uitgeput raken.

Er is reeds een mogelijkheid vandaag om beroep te doen op Cohezio ingeval van nood aan psychosociale ondersteuning en hier werd ook al door verschillende CHWs beroep op gedaan. Het blijft echter een belangrijk aandachtspunt. Het aanbod en de samenwerking met Cohezio moet blijvend geëvalueerd en verbeterd worden.

9.3 Toekomst CHW-werking na 2025

De grootste uitdaging voor 2025 is om beleidsmakers te overtuigen het CHW-programma blijvend te financieren. De resultaten van de afgelopen jaren laten zien hoe waardevol en onmisbaar het programma is geworden. CHWs spelen een cruciale rol in de toegang tot gezondheidszorg, zowel lokaal als regionaal. Dankzij de inzet van CHWs, teamverantwoordelijken en coördinatoren zijn er in verschillende steden en regio's duurzame samenwerkingen opgezet, waardoor mensen uit kwetsbare groepen beter geholpen worden. CHWs zorgen niet alleen voor toegang tot zorg, maar helpen mensen ook om zelfzorg te organiseren en een volwaardige plek in de maatschappij te krijgen. De positieve reacties van samenwerkingspartners laten zien dat CHWs niet alleen het welzijn van individuen verbeteren, maar ook de werking van andere zorgpartners versterken. Als het programma stopt door het ontbreken van financiering, zou dat een grote stap terug betekenen. Daarom is het belangrijk om het CHW-programma structureel te verankeren, zodat de behaalde resultaten behouden blijven en verder kunnen worden uitgebouwd.

HOOFDSTUK 2

Onderzoek

Elk jaar wordt er in het CHW-programma ook een onderzoeksluik uitgevoerd, door onafhankelijke onderzoekers van Universiteit Antwerpen. In dit vierde programmajaar werd een onderzoek uitgevoerd naar de rollen en taken van CHW en hun teamverantwoordelijken. Dit hoofdstuk biedt inzicht in de onderzoeksresultaten. We starten het hoofdstuk met een situering van het onderzoeksthema in de bestaande wetenschappelijke literatuur, beschrijven daarna onze onderzoeksmethodologie en delen vervolgens de onderzoeksresultaten. We ronden het hoofdstuk af met een discussie, de beperkingen van het onderzoek en enkele aanbevelingen naar het beleid.

1 Situering

1.1 Situering in de wetenschappelijke literatuur

Community Health Workers (CHWs) vervullen een essentiële rol in de gezondheidszorg door een brug te vormen tussen gemeenschappen en het formele gezondheidssysteem. In deze positie kunnen CHWs een breed scala aan rollen en taken opnemen, gericht op het verbeteren van gezondheidsresultaten en het verminderen van ongelijkheden in onderbediende gemeenschappen (Glenton, Javadi, & Perry, 2021). De invulling van deze rollen wordt door verschillende factoren beïnvloed. Zo is de perceptie van de rol van CHWs historisch geëvolueerd als gevolg van veranderingen in het gezondheidslandschap, en varieert de invulling van hun taken afhankelijk van de specifieke contexten waarin CHW werkzaam zijn. In wat volgt, onderzoeken we vanuit de wetenschappelijke literatuur hoe de rol van de CHW wordt gezien, en waarom een duidelijke rolomschrijving belangrijk is.

1.1.1 Alomvattende vs selectieve rol van CHW

Eerst besteden we aandacht aan de historische verschuivingen in de benadering van de rol van CHWs. De veranderingen in de manier waarop de positie van CHWs wordt bekeken, brengen immers verschillende invullingen van hun rollen met zich mee (Malcarney, Pittman, Quigley, Horton, & Seiler, 2017).

Niang (2020) beschrijft de ontwikkeling van de rol van CHWs binnen de eerstelijnsgezondheidszorg aan de hand van een verschuiving tussen twee benaderingen, namelijk tussen de alomvattende (*comprehensive*) eerstelijnszorg en de meer selectieve (*selective*) eerstelijnszorg. In de Alma-Ata Verklaring in 1978 werd de alomvattende eerstelijnszorg geïntroduceerd, waarbij CHWs werden beschouwd als belangrijke spelers in het bereiken van “Health for all” (Glenton et al., 2021). Hun functie reikte verder dan het louter leveren van gezondheidsdiensten: ze richtten zich ook op het bewerkstelligen van sociale verandering, het versterken van gemeenschappen en het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg. In deze benadering werden CHWs beschouwd als vertegenwoordigers van de gemeenschappen die ze dienden, met een sterke focus op empowerment en gemeenschapsgericht werken (Niang, 2020). Echter bleken economische, politieke en ideologische barrières de duurzaamheid van deze benadering te ondermijnen. Vooral in lage- en middeninkomenslanden, bleek de implementatie van deze brede benadering financieel moeilijk realiseerbaar. Dit leidde tot een vernauwde focus van de rol van CHWs, eerder gericht op de bestrijding of preventie van specifieke ziektes zoals bijvoorbeeld HIV. Internationale organisaties zoals de WHO en UNICEF versterkten deze rolverschuiving door gerichte, kosteneffectieve en snel uitvoerbare gezondheidsinterventies te promoten. Hierdoor verschoof in de jaren 80 de focus van bredere gemeenschapsontwikkeling naar gerichte programma's, waarbij CHWs een centrale rol kregen als actieve actoren in het aanpakken van specifieke gezondheidsuitdagingen (Glenton et al., 2021). Dit benoemt Niang (2020) ‘de selectieve eerstelijnszorg-benadering’, waarbij de rol van CHW verschoof naar een meer taakgerichte uitvoering binnen het gezondheidssysteem.

Doordat de uitdagingen in de gezondheidszorg evolueerden, kwam er in de jaren 2000 hernieuwde aandacht voor CHWs en hun rol in 'global health' initiatieven (Glenton et al., 2021). Deze initiatieven zijn gericht op het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van mensen wereldwijd, met een bijzondere focus op kwetsbare bevolkingsgroepen en landen met beperkte middelen. Door de specifieke gezondheidsnoden binnen deze bevolkingsgroepen, werd de focus op het CHW-werk weer breder, waarbij CHWs een groter scala aan diensten aanboden en een cruciale rol speelden in deze initiatieven dankzij hun vermogen om gezondheidszorg te bieden in omgevingen met beperkte middelen en hun sterke band met kwetsbare gemeenschappen (Glenton et al., 2021). Aangezien onderzoek aantoonde dat CHWs bijdroegen aan betere gezondheidsresultaten door gezondheidsongelijkheden te verminderen en de toegang tot gezondheidszorg te vergemakkelijken (Glenton et al., 2021; Vandenbroeck & Braes, 2020), werden wereldwijd verschillende CHW-programma's opgezet.

In de laatste decennia, worden CHWs in toenemende mate gezien als essentiële werknemers binnen ziekenhuizen en nationale gezondheidssystemen, waarin ze bijdragen aan een heleboel verschillende diensten (Glenton et al., 2021). CHWs worden meer en meer erkend om hun cruciale rol in het bereiken van gezondheidsgelijkheid, en het verbeteren van gezondheidsresultaten in gemeenschappen. Veel landen ontwikkelen dan ook beleidskaders die de rol van CHWs officieel erkennen en integreren in het zorgpersoneel. Deze integratie bevordert een efficiëntere dienstverlening en betere communicatie, en stimuleert ook samenwerking tussen CHWs en andere zorgprofessionals, wat essentieel is voor de continuïteit van zorg. Door deze professionalisering, verschuift de focus ook meer naar capaciteitsopbouw, de formele scholing en training van CHWs als volwaardige gezondheidsmedewerkers (Glenton et al., 2021; Niang, 2020).

De rol van CHWs verschuift en evolueert dus voortdurend mee met veranderingen die plaatsvinden binnen het zorglandschap, en de veranderende gezondheidsuitdagingen, zowel in lokale context als wereldwijd (Glenton et al., 2021).

1.1.2 De diversiteit aan rollen van een CHW

De context waarin CHWs werken, beïnvloedt welke rol zij opnemen. Omdat er wereldwijd andere gezondheidsnoden aanwezig zijn, verschillende zorglandschappen en -modellen bestaan, en gezondheidssystemen op verschillende manieren opereren, wordt er in internationale studies dan ook een grote diversiteit beschreven aan rollen die CHW wereldwijd opnemen (Hartzler, Tuzzio, Hsu, & Wagner, 2018; Mhlongo, Lutge, & Adepeju, 2020; Schaaf, Warthin, Freedman, & Topp, 2020). Er bestaan verschillende categorisering van CHW-rollen, waarbij de ene al uitgebreider is dan de andere (Schaaf et al., 2020; Scott et al., 2018; World Health Organization, 2020). Om een beeld van deze diverse rollen te geven, beschrijven we de meest voorkomende categorieën en welke rollen hieronder vallen:

- **Gezondheidsdiensten:** CHWs bieden essentiële gezondheidsdiensten aan, zowel voor de gezondheidszorg als voor de gemeenschappen die zij bedienen. Dit gaat onder meer over het voorzien van preventieve en curatieve zorg, maar ook over gezondheidseducatie, -promotie en ondersteuning bij de toegang tot gezondheidszorg (Hartzler et al., 2018; Mhlongo et al., 2020; Schaaf et al., 2020). Hieronder kunnen vele verschillende (deel)rollen en taken vallen: zo helpen CHWs bijvoorbeeld de reikwijdte van gezondheidsdiensten uit te breiden door inlichtingsessies, gericht naar gemeenschappen in kwetsbare situaties, te organiseren. Ze helpen ook patiënten uit die gemeenschappen om hun zorgtraject te organiseren, de juiste gezondheidsdoelen te stellen en verzekeren dat deze personen bij de juiste diensten terechtkomen (Hartzler et al., 2018). Om deze mensen te bereiken, hanteren CHWs vaak een laagdrempelige aanpak en organiseren ze outreach-

activiteiten om vertrouwen op te bouwen en mensen aan te moedigen gezondheidszorg te zoeken. (Capotescu et al., 2022).

- **Culturele bemiddeling:** CHWs werken als culturele bemiddelaars, waarbij ze de behoeften van een gemeenschap naar de gezondheidszorg communiceren en pleiten voor zorg die cultureel passend is (Hartzler et al., 2018; Schaaf et al., 2020). Zeker wanneer de CHW dezelfde achtergrond delen als de gemeenschappen die ze bedienen (bijvoorbeeld dezelfde taal, etnische of socio-economische achtergrond), kunnen zij communicatie vergemakkelijken en culturele of sociale verschillen overbruggen (Capotescu et al., 2022). Deze rol is van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat gezondheidsdiensten aansluiten bij de context van de bevolking die zij bedienen, waardoor het vertrouwen in het gezondheidssysteem wordt vergroot (Capotescu et al., 2022; Hartzler et al., 2018).

- **Maatschappelijke en sociale belangenbehartiging:** CHWs worden eveneens gezien als pleitbezorgers voor sociale verandering (Capotescu et al., 2022; Hartzler et al., 2018; Schaaf et al., 2020). Ze richten zich op bredere, sociale determinanten van gezondheid, zoals armoede en ongelijkheid, en bevorderen gezondheidsgelijkheid binnen gemeenschappen, om onder meer toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen mogelijk te maken (Hartzler et al., 2018). Hierbij gaan ze in beide richtingen te werk: enerzijds identificeren CHWs de obstakels die mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie ondervinden in hun gezondheidszorgtraject en zetten zich in om deze te weg te werken. Ze creëren daardoor een meer holistische aanpak binnen de gezondheidszorg, waarbij de ruimere context van de patiënt in acht wordt genomen en de stem van de gemeenschappen gehoord wordt (Capotescu et al., 2022). Anderzijds mobiliseren ze ook gemeenschappen en empoweren hen, door hen gezondheidsvaardigheden aan te leren, een netwerk te creëren en hun te stimuleren in zelfmanagement (Capotescu et al., 2022). CHWs spelen dus een cruciale rol in het bevorderen van maatschappelijke betrokkenheid en het beïnvloeden van de prioriteiten van gezondheidsdiensten (Schaaf et al., 2020).

- **Onderzoek en evaluatie:** Hoewel de literatuur doorgaans benadrukt dat de voorgaande rollen de belangrijkste verantwoordelijkheden van CHWs zijn, wordt er ook gewezen op hun cruciale rol bij onderzoek en evaluatie (Capotescu et al., 2022; Glenton et al., 2021; Mhlongo et al., 2020). Door hun vertrouwde positie in de gemeenschappen die ze ondersteunen, zijn CHWs onmisbaar voor het verzamelen van gegevens (Glenton et al., 2021; Hartzler et al., 2018; Mhlongo et al., 2020). Hun betrokkenheid zorgt ervoor dat het onderzoek aansluit bij de realiteit van de gemeenschap en resulteert in hogere responspercentages (Capotescu et al., 2022; Glenton et al., 2021). CHW kunnen door hun positie ook gesprekken en groepsdiscussies faciliteren en zo een brug vormen tussen onderzoekers en gemeenschappen (Capotescu et al., 2022; Schaaf et al., 2020). CHWs kunnen ook een waardevolle rol spelen in het implementeren van gezondheidsinterventies en -programma's, evenals bij het evalueren van hun effectiviteit (Hartzler et al., 2018; Mhlongo et al., 2020). Op deze manier dragen CHWs niet alleen bij aan betrouwbaardere onderzoeksresultaten, maar ook aan een grotere relevantie, vlottere implementatie en verhoogde effectiviteit van (gezondheidszorg)interventies (Capotescu et al., 2022; Glenton et al., 2021). Het is echter essentieel dat CHW worden geïnformeerd en opgeleid met betrekking tot de ethische aspecten van onderzoek, zoals geïnformeerde toestemming en het vertegenwoordigen van gemeenschappen, zodat onderzoek op een verantwoorde en ethische manier kan worden uitgevoerd (Schaaf et al., 2020).

De bovenstaande rollen komen wereldwijd vaak voor in CHW-programma's, maar hun invulling wordt sterk beïnvloed door de lokale context. Het definiëren van deze rol(len) blijkt een complexe taak, omdat elk land zijn eigen model heeft ontwikkeld, afhankelijk van de lokale gezondheidsbehoeften en -

systemen (Niang, 2020). Afhankelijk van de specifieke omstandigheden worden bepaalde rollen meer of minder benadrukt, en zal de rolomschrijving verschillen.

1.1.3 De rol van een teamverantwoordelijke

Teamverantwoordelijken spelen een cruciale rol in het succes van CHW-programma's (Crigler, Gergen, & Perry, 2013; LeBan, Kok, & Perry, 2021). Hun taken reiken verder dan enkel supervisie van hun teams; ze vormen een essentiële schakel tussen CHWs en het bredere gezondheidssysteem (LeBan et al., 2021). Zowel in hun eigen werk als in hun begeleiding van CHWs dragen teamverantwoordelijken finaal bij aan de effectiviteit en duurzaamheid van het programma (Crigler, Gergen, et al., 2013). In de wetenschappelijke literatuur staan verschillende mogelijke rollen van de teamverantwoordelijken beschreven, waarvan de uitvoering of de invulling verschillen naargelang de context waarin het CHW-programma opereert.

Een van de kerntaken van teamverantwoordelijken is het bieden van begeleiding aan CHWs (Crigler, Gergen, et al., 2013; Glenton et al., 2021; LeBan et al., 2021). Ze zijn verantwoordelijk voor toezicht en begeleiding, waarbij ze ervoor zorgen dat CHWs de middelen en hulp krijgen die nodig zijn om hun taken effectief uit te voeren. Coördinatie en supervisie, het geven van feedback en het aanpakken van uitdagingen in het veld behoren tot hun dagelijkse taken (LeBan et al., 2021). Tegelijkertijd informeren zij CHWs over nieuwe richtlijnen, gezondheidsprogramma's en de behoeften van de gemeenschap (Crigler, Gergen, et al., 2013). Ze bieden ook ondersteuning bij het oplossen van problemen, om CHWs te helpen omgaan met de vaak veeleisende omstandigheden van hun werk (LeBan et al., 2021). Dit omvat zowel praktische ondersteuning als psychosociale ondersteuning (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Praktische begeleiding richt zich op training, capaciteitsopbouw en het bieden van duidelijke instructies over taken en verantwoordelijkheden (LeBan et al., 2021). Regelmatige feedback en coaching helpen CHWs hun vaardigheden te verbeteren en hun zelfvertrouwen te vergroten. Psychosociale ondersteuning is minstens zo belangrijk (Crigler, Gergen, et al., 2013). CHWs werken immers vaak in uitdagende omstandigheden en staan dicht bij de gemeenschappen die zij bedienen. Teamverantwoordelijken spelen daarom een sleutelrol in het motiveren van CHWs, het aanpakken van eventuele zorgen of frustraties en het bevorderen van een gevoel van waardering en verbondenheid.

Naast het ondersteunen van hun team, zijn teamverantwoordelijken vaak ook verantwoordelijk voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg binnen het programma (Crigler, Gergen, et al., 2013; Glenton et al., 2021; LeBan et al., 2021). Ze coördineren activiteiten, zorgen voor een efficiënte taakverdeling en bewaken de naleving van protocollen en richtlijnen. Daarnaast spelen ze een sleutelrol in het opbouwen van relaties binnen de gemeenschap en het zorglandschap door het werk van CHWs te ondersteunen en het vertrouwen in hun rol te versterken (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Teamverantwoordelijken fungeren als aanspreekpunt voor andere gezondheidsprofessionals en beleidsmakers, waardoor ze de verbinding tussen het CHW-programma en het formele gezondheidssysteem versterken.

Een andere belangrijke rol van teamverantwoordelijken is het monitoren en rapporteren van de voortgang van het programma (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Door gegevens te verzamelen en te analyseren, kunnen teamverantwoordelijken knelpunten identificeren en verbeteringen doorvoeren. Zo monitoren en evalueren ze niet enkel de prestaties van CHWs, maar ook de effectiviteit van gezondheidsprogramma's of methodes die geïmplementeerd worden door CHWs (Crigler, Gergen, et al., 2013). Hierbij kunnen ze gebruik te maken van supervisietools en checklists, die hen in staat stellen om verbeterpunten te identificeren en de kwaliteit van de dienstverlening te waarborgen. Deze monitoring draagt bij aan de optimalisatie van het programma en aan de integratie

ervan in het bredere gezondheidsbeleid. Tot slot zorgen teamverantwoordelijken ook voor het beheer van middelen en coördineren zij de logistiek om ervoor te zorgen dat CHWs beschikken over alles wat ze nodig hebben om hun werk goed te doen (Crigler, Gergen, et al., 2013).

Teamverantwoordelijken versterken dus niet alleen de effectiviteit van CHWs, maar dragen ook bij aan de integratie van deze programma's in het gezondheidssysteem, wat uiteindelijk leidt tot betere zorg en gezondheidsresultaten in de gemeenschappen die ze bedienen.

1.1.4 Belang van een goede rolomschrijving

Een heldere rolomschrijving is noodzakelijk voor alle actoren binnen een CHW-programma. Om als CHWs succesvol te zijn in het uitvoeren van hun rollen, moeten deze aanvaardbaar zijn voor zowel de CHWs zelf, het doelpubliek, de mensen waarmee ze samenwerken, alsook hun verantwoordelijken (Glenton et al., 2021). Ook voor teamverantwoordelijken is een duidelijke rolomschrijving essentieel om hun taken effectief te kunnen uitvoeren. Dit helpt niet alleen om verwachtingen te managen, maar bevordert ook hun eigen efficiëntie en de samenwerking met CHWs.

CHWs worden immers geconfronteerd met verschillende uitdagingen bij het opnemen van hun diverse rollen (Mhlongo et al., 2020; Niang, 2020). Zo brengt hun positie als bruggenbouwer tussen gemeenschap en gezondheidssysteem bijvoorbeeld vaak een vorm van rolambigüiteit met zich mee (Schaaf et al., 2020). Aan de ene kant is er de gemeenschap die verscheidene verwachtingen en noden heeft, en aan de andere kant is er het gezondheidssysteem dat mogelijk andere prioriteiten heeft, of bepaalde regels stelt. Deze ambigue positie van de CHW kan soms leiden tot lastige situaties op ethisch, praktisch en politiek vlak (Niang, 2020), en er kan onduidelijkheid ontstaan over hun taken en verantwoordelijkheden, wat de effectiviteit van hun werk kan beïnvloeden (Schaaf et al., 2020). Bovendien kan dit leiden tot onvoldoende erkenning en steun, waardoor CHWs moeilijker hun rollen en taken kunnen uitvoeren (Capotescu et al., 2022). Om deze situaties het hoofd te kunnen bieden, is er dus nood aan een goed begrip van de positie van de CHW binnen zowel het gezondheidssysteem als de gemeenschap (Mhlongo et al., 2020; Niang, 2020). Een heldere en goed gedefinieerde rolomschrijving is cruciaal om ervoor te zorgen dat de rol van CHWs wordt erkend, vertrouwd en gewaardeerd door alle betrokken partijen (Colvin, Hodgins, & Perry, 2021; Perry et al., 2021). Bovendien bevordert een duidelijke rolomschrijving de integratie en verankering van CHWs binnen het gezondheidssysteem. Wanneer hun rol helder is en zorgverleners de waarde van hun werk erkennen, zullen zij eerder geneigd zijn om het werk van CHWs te ondersteunen (Glenton et al., 2021). Rolduidelijkheid maakt het ook mogelijk om goede afspraken te maken met partnerorganisaties, wat een effectieve samenwerking faciliteert (Colvin et al., 2021; Kok, Kane, et al., 2015; LeBan et al., 2021). Een duidelijke rolomschrijving van CHWs is niet alleen essentieel voor hun inbedding in de gemeenschap en aansluiting bij de gezondheidszorg, maar ook voor een heldere afbakening van hun werk (Hodgins et al., 2021; LeBan et al., 2021). Het stelt CHWs in staat om duidelijk te communiceren naar hun doelgroep over waar zij wel of geen ondersteuning kunnen bieden, wat bijdraagt aan realistische verwachtingen (Crigler, Hill, & Furth, 2013). Daarnaast ondersteunt een duidelijke rolomschrijving het registreren van dagelijkse activiteiten en het afstemmen van trainingen (Glenton et al., 2021).

Ook voor teamverantwoordelijken is een duidelijke en goed omschreven rol essentieel om hun begeleiding effectief en doelgericht te kunnen vormgeven (LeBan et al., 2021). Heldere rollen en verantwoordelijkheden verbeteren de prestaties van teamverantwoordelijken door hen in staat te stellen hun taken gericht uit te voeren en CHWs beter te ondersteunen (Crigler, Gergen, et al., 2013). Daarnaast bevorderen duidelijke rolomschrijvingen het opnemen van verantwoordelijkheid over hun

rollen en taken. Ook zorgen duidelijke rolomschrijvingen voor een verbeterde communicatie binnen een team, want alle actoren weten wat onder hun rol valt, wat de kans op verwarring en mogelijke conflicten binnen het team vermindert. Daarenboven garandeert een duidelijke rolomschrijving ook een efficiënter gebruik van middelen. Een duidelijke rolomschrijving zorgt voor een gerichte training die afgestemd is op de rollen van zowel CHWs als teamverantwoordelijken, en leidt tot een grotere haalbaarheid van de bredere doelen van het CHW-programma (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021).

Wanneer rolduidelijkheid ontbreekt, kan dit aanzienlijke problemen veroorzaken. Het ondermijnt niet alleen de geloofwaardigheid van CHWs, maar wordt ook vaak genoemd als een van de belangrijkste oorzaken van suboptimale programma-uitkomsten en demotivatie onder de verschillende actoren (Colvin et al., 2021; Crigler, Gergen, et al., 2013; Kok, Dieleman, et al., 2015; LeBan et al., 2021). Rolonduidelijkheid van een teamverantwoordelijke, kan leiden tot spanningen, inefficiëntie en een gebrek aan vertrouwen, wat uiteindelijk de resultaten van het programma kan ondermijnen (Crigler, Gergen, et al., 2013). Slecht gedefinieerde rollen en onduidelijke verwachtingen hebben bovendien een negatieve impact op de effectiviteit en duurzaamheid van CHW-programma's (Crigler, Hill, et al., 2013). Het is daarom noodzakelijk dat programma- en beleidsmakers zorgvuldig nadenken over de belangrijkste factoren bij het vastleggen van de rollen en taken van CHWs binnen een specifieke context (Glenton et al., 2021). Daarbij is het belangrijk om te kijken of zowel de doelgroep als de CHW de voorgestelde rollen en taken passend vinden. Verder dient ook rekening gehouden te worden met de praktische en organisatorische implicaties van elke taak, zoals de benodigde training, ondersteuning door zorgsystemen, werkplek, werklast en programmakosten in hun specifieke omgeving.

1.2 Situering van rollen en taken in het Federale CHW-programma

In de loop van het Federale CHW-programma werden de rollen en taken van zowel de CHWs, teamverantwoordelijken en coördinatoren uitgewerkt en bijgestuurd. Uit het jaarrapport van het eerste werkjaar, 2021, bleek dat er te veel onduidelijkheid was voor de CHWs over wat hun rollen juist inhielden (Masquillier, Cosaert, & Wouters, 2022). Zo heersten er bijvoorbeeld verschillende visies over de mate waarin men mensen diende door te verwijzen of zelf te begeleiden. Daarnaast waren er ook uiteenlopende visies op de inhoudelijke afbakening van het werk, bijvoorbeeld, of het aanpakken van welzijnsvragen al dan niet tot het takenpakket behoorde. Het kwalitatief onderzoek van dit eerste jaar toonde aan dat er nood was aan een concrete omkadering die voor de CHWs duidelijk maakte bij welke problemen ze ondersteuning kunnen bieden en hoever ze daarin mogen gaan.

Daarom werd in het tweede projectjaar sterk ingezet op het verduidelijken van de rollen van de CHW en supervisor-coach (later werd de benaming teamverantwoordelijke in gebruik genomen) (Masquillier & Wouters, 2023). Om deze rollen scherp te stellen werd een werkgroep opgericht, samengesteld uit CHWs, coaches, coördinatoren en een onderzoeker. Als basis werd vertrokken van het werk van "The Community Health Worker Core Consensus (C3) project" in de Verenigde Staten (Rosenthal, Menking, & St. John, 2018). Het C3-project liep van 2014 tot 2018, en had als doel om de zichtbaarheid en het begrip van het CHW-beroep te vergroten en meer samenhang te creëren tussen CHWs en andere betrokkenen (Rosenthal et al., 2018). CHWs werden bij elke stap van het proces betrokken, waardoor zij de richting en uitkomsten van het project mede bepaalden. Om de rollen van de CHW duidelijk te krijgen, werden in het project de rollen van Amerikaanse CHWs, zoals 20 jaar eerder vastgelegd in de 'National Community Health Advisor Study', geüpdatet aan de hand van de actuele richtlijnen. Met rollen verwijst het C3-project naar 'functies die CHW invullen in gemeenschappen en het gezondheidszorgsysteem'. Na feedback van diverse CHW-netwerken resulteerde dit in een lijst van 10

rollen (Rosenthal et al., 2018). In het C3-rapport wordt benadrukt dat de specifieke invulling van deze rollen en taken voor de CHW zal verschillen, afhankelijk van de behoeften van de gemeenschappen en individuen die ze ondersteunen, evenals de organisatie waar ze werkzaam zijn. De werkgroep binnen het Belgische CHW-programma, paste deze tien rollen aan naar de lokale, Belgische context. Dit resulteerde in 8 kernrollen voor de Belgische CHW, waarvan de beschrijving terug te vinden op de website www.chw-intermut.be, en in het Jaarrapport 2022 (Masquillier & Wouters, 2023). Naast het formuleren van de CHW-rollen, werd er dat werkjaar ook ingezet op het formuleren van de rollen van de supervisor-coach (= teamverantwoordelijke). Hierbij vertrok men van een reflectie op basis van de rollen van de CHWs, in combinatie met de praktijkervaring. Op basis daarvan werd een eerste rolbeschrijving voor de supervisor-coach ontwikkeld.

Alle teams gaven aan dat de rolbeschrijving, geformuleerd in het rapport van het tweede jaar, erg waardevol is om het werk van de CHW te kunnen afbakenen. Echter bleek tijdens de dagelijkse werking en bij de activiteitenregistratie, dat deze rolomschrijvingen soms nog te vaag of voor interpretatie vatbaar bleken. Ook uit resultaten van het onderzoek van projectjaar 3, waarin werd gepeild hoe samenwerkingen tussen CHWs en eerstelijns- en welzijnszorgverleners verlopen, bleek er nood aan een meer concrete rol- en taakomschrijving (Apers, Mullié, Wouters, & Masquillier, 2024). Samenwerkingspartners gaven in het onderzoek aan dat het voor hen vaak onduidelijk was welke taken een CHW wel of niet kon uitvoeren. Dit beïnvloedde hun samenwerking of bereidheid tot samenwerking, bv. omdat ze de professionaliteit van een samenwerking niet konden inschatten. Deze onduidelijkheid werd ook door de CHWs ervaren: zij hadden soms de indruk dat partners hen raadpleegden voor een beperkte of verkeerde rolinvulling, bv. om te tolken.

Daarom werd in de opvolgende projectjaren binnen het CHW-programma gewerkt aan het opstellen van een gedetailleerde beschrijving van de taken van CHWs die wel en niet onder elke specifieke rol vallen. Het doel was een concreet en praktisch toepasbare taakomschrijving te creëren die voor alle CHWs duidelijk en begrijpelijk is. In de eerste fase werd er per regio, door de teamverantwoordelijken en regionale coördinatoren, een lijst opgesteld van de taken die CHWs in het veld uitvoeren en onder welke rol deze vallen. In een volgende stap heeft de federale coördinator de verschillende regionale bijdragen samengevoegd in één levend document, dat vervolgens stapsgewijs met het projectteam verder werd afgetoetst om tot een éénduidige formulering te komen die voor alle regio's toepasbaar is. Omdat het essentieel is om de rolomschrijving samen met de CHWs af te stemmen, werd vervolgens dit document ook afgetoetst bij de CHWs zelf. Dit gebeurde onafhankelijk, door onderzoekers van de Universiteit Antwerpen. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in dit hoofdstuk. Op basis van deze bevindingen zal de programmaleiding de definitieve rol- en taakomschrijving verder uitwerken en vastleggen.

1.3 Onderzoeksvragen

Het onderzoek van 2024 richtte zich op het verfijnen van de rolomschrijving van de CHWs en het verzamelen van de eerste feedback van de teamverantwoordelijken op hun rolomschrijving zoals beschreven in Jaarrapport 2022 (Masquillier & Wouters, 2023).

Wat betreft de rolomschrijving van de CHWs, waren de onderzoeksvragen:

- Welke ervaring hebben CHWs met de vooropgestelde rollen en taken in de praktijk?
 - Welke situaties zorgen voor onzekerheid bij het uitvoeren van taken/rollen?
 - In welke rollen en/of taken ervaren CHWs rolonduidelijkheid of spanningen?

- Welke factoren dragen bij aan deze rolonduidelijkheid of spanning?
- Welke mogelijke oplossingsstrategieën zien CHWs?
- Welke uitdagingen en kansen zien CHWs ivm de vooropgestelde rollen en taken?
- Hoe beïnvloedt de lokale context de uitvoering van rollen en taken?
- Welke rol spelen de teamverantwoordelijken in de uitvoering van deze rollen en taken?

Wat betreft de rolomschrijving van de teamverantwoordelijken, waren de onderzoeksvragen:

- In hoeverre komen de vooropgestelde rollen overeen met de praktijk?
- Hoe evalueren de teamverantwoordelijken deze rollen?
- Welke aanvullingen of aanpassingen stellen de teamverantwoordelijken voor in deze rolomschrijving?

2 Methodologie

2.1 Ethische goedkeuring

De studie werd ingediend bij het Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen, waar Ethische toestemming werd ontvangen (SHW_2024_168_1_W1).

2.2 Geïnformeerde toestemming

Bij aanvang van elk focusgroeps gesprek werd een procedure van geïnformeerde toestemming doorlopen. Eerst werden de deelnemers geïnformeerd over het doel en verloop van het onderzoek aan de hand van een informatie- en toestemmingsformulier. De deelnemers konden vervolgens vragen stellen over het onderzoek, en indien alles duidelijk was en men instemde met deelname aan het onderzoek, werd gevraagd om het informatie- en toestemmingsformulier te ondertekenen. De deelnemers ontvingen ook een digitale of papieren versie van het formulier. Op deze formulieren stonden de contactgegevens van de onderzoekers vermeld, zodat de deelnemers na het focusgroeps gesprek de mogelijkheid hadden om contact op te nemen voor verdere vragen of om de deelname aan het onderzoek stop te zetten. Deze formulieren waren beschikbaar in het Nederlands en Frans, afhankelijk van de taal gesproken door de deelnemers.

2.3 Kwalitatief onderzoek

Voor het verzamelen van de data werden 9 focusgroeps gesprekken gehouden: 7 met CHWs en 2 met teamverantwoordelijken. De focusgroeps gesprekken met CHWs werden geografisch georganiseerd, met een maximum van 8 deelnemers per gesprek. In sommige gevallen, zoals in Brussel, werd het team opgesplitst, terwijl in andere regio's meerdere teams werden samengevoegd, bijvoorbeeld in Tienen en Genk. De focusgroeps gesprekken met de teamverantwoordelijken werden per regio georganiseerd. De gesprekken vonden plaats op locaties die door de teamverantwoordelijken werden geregeld, meestal in vergaderzalen van lokale afdelingen van mutualiteiten. Eén focusgroeps gesprek werd online via Teams gehouden om logistieke redenen.

De focusgroeps gesprekken, zowel voor de CHWs als voor de teamverantwoordelijken, bestonden uit een combinatie van vignettes, een post-it oefening, en open vragen om een diepgaande dataverzameling te verkrijgen. Met behulp van vignettes werd onderzocht hoe de deelnemers zouden

reageren in hypothetische scenario's. Deze scenario's waren specifiek ontworpen om rollen en taken te toetsen die eerder in de dagelijkse werking van het CHW-programma voor onduidelijkheid, rolconflicten of uiteenlopende interpretaties hadden gezorgd. Bij de focusgroeps gesprekken met de teamverantwoordelijken peilden de vignettes naar hoe zij ondersteuning bieden aan CHWs in dergelijke situaties. Er werd gevraagd aan een deelnemer om een vignette luidop voor te lezen, vervolgens te antwoorden welke rollen en taken de CHW/teamverantwoordelijke in dit scenario moest opnemen volgens hem of haar. Daarna volgde een bespreking in groep, waarbij ook gesproken werd of en hoe deze scenario's in praktijk voorkomen. Elke CHW-vignette werd in ten minste één focusgroeps gesprek in elke regio besproken, dus minstens in 3 focusgroeps gesprekken. De vignettes voor de teamverantwoordelijken werden in elk focusgroeps gesprek (Nederlandstalige en Franstalig) met de teamverantwoordelijken besproken.

Bij de post-it oefening werd aan de deelnemers gevraagd om op uitgeprinte A3-documenten met de rolomschrijvingen aan te geven welke rollen en taken zij het belangrijkste en minst belangrijk vonden, en welke toevoegingen of aanpassingen zij zouden voorstellen. Deze keuzes werden vervolgens in groep besproken.

De vignettestudie en post-it oefening werden aangevuld met open vragen om de dataverzameling verder te verdiepen en toe te spitsen op de praktijkervaring van de deelnemers.

2.4 Selectie van de respondenten

Alle CHWs en teamverantwoordelijken binnen het CHW-programma werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Behalve één teamverantwoordelijke en één CHW die op de dag van het voorziene focusgroeps gesprek ziek waren, nam iedereen deel aan het onderzoek.

2.5 Dataverzameling en- analyse

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

De transcripts werden geïmporteerd in het kwalitatieve analyseprogramma NVivo 14. Volgens de principes van de reflexieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2006; Campbell et al., 2021) werden de resultaten geanalyseerd. Deze methodologie bestaat uit zes stappen, die flexibel werden toegepast (Byrne, 2022): (1) het familiariseren met de data door het lezen en herlezen van de interview-transcripts, (2) het genereren van initiële codes die uit de data voortkomen en de inhoud van de interviews in kaart brengen, (3, 4 en 5) het zoeken, analyseren en definiëren van thema's die verbanden en verklaringen uit de initiële codes weergeven, en (6) het verwerken van de analyseresultaten in een onderzoeksrapport.

2.6 Reflectie van de onderzoeker

Onderzoek is nooit volledig vrij van de invloed van de achtergrond en persoonlijkheid van die onderzoeker (Lazard & McAvoy, 2020). De reflexieve thematische analyse die werd toegepast, houdt in dat de onderzoeker actief het analyseproces uitvoert, zich daarbij bewust van haar of zijn rol, mogelijke biases en percepties die de interpretatie van de resultaten kunnen beïnvloeden. Ondanks de inspanning om neutraliteit te waarborgen, kunnen onbewuste invloeden immers een rol spelen. Daarom is het belangrijk even dieper in te gaan op mijn positie als onderzoekster.

Ik ben een 36-jarige, witte vrouw zonder migratieachtergrond en afkomstig uit de middenklasse. Mijn positie kan niet los worden gezien van de invloed die deze heeft op zowel de interpretatie van de resultaten als de interacties met deelnemers. Deelnemers kunnen (on)bewust reageren op mijn achtergrondkenmerken, bijvoorbeeld door mij te beschouwen als een outsider ('iemand anders dan wij'). Hoewel dit kan maken dat deelnemers het daarom moeilijker vinden om vertrouwelijke of sensitieve informatie of meningen te delen, kan ook het tegengestelde waar zijn. Door mijn outsiderpositie ('etic view') kan net een meer onafhankelijke en objectieve blik op het onderzoek gewaarborgd worden (Manohar, Liamputtong, Bhole, & Arora, 2017). Mijn externe positie als onderzoeker, die onderzoek doet 'over' CHWs, kan veronderstelde hiërarchische dynamieken oproepen waardoor mogelijks sociale wenselijkheid bij de deelnemers voorkomt.

Daarom is het essentieel dat ik mij gedurende het hele onderzoekstraject bewust was van mijn positie en aanpak binnen het onderzoek (Lazard & McAvoy, 2020; Wray & Bartholomew, 2014). Mijn ervaring met kwalitatief onderzoek binnen kwetsbare doelgroepen bood alvast een stevige basis om het onderzoek zorgvuldig en ethisch uit te voeren. Door een open en flexibele houding aan te nemen, en de toepassing van participatieve methodieken waarbij alle deelnemers een gelijkwaardige stem kregen, werd een respectvolle en zo inclusief mogelijke dataverzameling gewaarborgd. Reflecties en bedenkingen over het onderzoek werden vastgelegd in notities, die meegenomen werden tijdens de analyse en de resultaten werden afgetoetst bij een collega-onderzoeker die niet betrokken was bij de dataverzameling. Hoewel mijn persoonlijke achtergrond de onderzoeksresultaten onvermijdelijk beïnvloedt, werd deze invloed zo goed mogelijk onderkend en werd er kritisch over gereflecteerd.

3 Resultaten

3.1 Rollen en taken CHW

In totaal namen 41 CHWs deel aan 7 verschillende focusgroepsgesprekken: drie Nederlandstalige, en vier Franstalige gesprekken. De resultaten worden gepresenteerd in verschillende subsecties. In de eerste sectie bespreken we de antwoorden op de vignettes. Dit geeft inzicht in hoe CHWs hun rollen en taken zien in hypothetische situaties en hoe deze scenario's overeenkomen met hun praktijkervaring. De tweede subsectie richt zich op de taken: via een post-it-oefening gaven de deelnemers aan welke taken zij als belangrijk of minder belangrijk beschouwen, welke aanpassingen nodig zijn in het takenoverzicht, en andere relevante bevindingen. Tot slot gaan we dieper in op de bredere context bij het uitvoeren van de rollen en taken: welke taken zorgen voor debat, welke factoren beïnvloeden de uitvoering, welke uitdagingen ervaren CHWs, en wat kan hun ondersteuning bieden bij het vervullen van hun rollen en taken.

3.1.1 Resultaten vignette-studie CHW

Omdat het bespreken van alle vignettes te veel tijd in beslag zou nemen en de deelnemers mogelijk vermoeid zouden raken, werden de vignettes verdeeld over de verschillende focusgroepen. De reacties

die hier worden weergegeven, zijn daarom niet afkomstig van alle deelnemers, maar van deelnemers uit minimaal drie verschillende focusgroepen, waarbij minstens één focusgroep uit elke regio vertegenwoordigd is.

Vignette 1

“Khalid, een CHW, ontmoet tijdens het werk een vrouw genaamd Amina, van in de dertig, die recentelijk naar België is verhuisd. Amina komt naar Khalid toe omdat ze zich niet goed in haar vel voelt. Ze heeft last van vermoeidheid en vage klachten, maar ze heeft moeite om precies uit te leggen wat er scheelt. Terwijl Khalid met haar praat, merkt deze dat Amina niet veel weet over het Belgische gezondheidssysteem en zich zorgen maakt over hoe ze voor zichzelf en haar familie moet zorgen in dit nieuwe land. Amina heeft duidelijk vragen en zorgen, maar ze uit deze niet direct. Ze praat vooral over hoe belangrijk het is om voor haar kinderen te zorgen, en ze lijkt haar eigen gezondheid als minder belangrijk te zien.”

Deze vignette leidde tot weinig discussie: CHWs waren het eens over de taken die Khalid zou moeten opnemen. Deze waren in eerste instantie om een luisterend oor te bieden, en daarbij ook de vragen en noden van Amina te identificeren en eventuele barrières te achterhalen. Hierbij zouden de CHWs vooral focussen op gezondheid. Wanneer andere vragen en noden zouden geïdentificeerd worden, zagen de CHWs doorverwijzing als een geschikte aanpak. Het was volgens hen belangrijk om een vertrouwensband te installeren met Amina. Daarnaast gaven enkele CHWs aan dat Khalid ook een rol kan spelen om een zorgnetwerk rond Amina te creëren. Ze benadrukten echter dat de CHW niet sturend mag zijn, maar op maat van Amina dient te werken.

De situatie beschreven in de vignette was herkenbaar voor de CHWs, aangezien ze vaak werken met mensen die recent in België zijn toegekomen. Een veel voorkomende uitdaging die ze hierbij herkennen is dat deze mensen vaak andere prioriteiten (bv. een verblijfsvergunning aanvragen, huisvesting zoeken) hebben, waardoor hun gezondheid naar de achtergrond verschuift. Het is volgens hen aan de CHW om hierop aandacht te vestigen en ondersteuning te bieden.

Vignette 2

“Véronique is als CHW werkzaam in een wijk waar veel vragen zijn over gezonde voeding en leefstijl. Een lokale organisatie vraagt of Véronique een sessie kan organiseren voor bewoners over dit onderwerp, omdat ze weten dat zij vaak met de gemeenschap werkt en een vertrouwd gezicht is. Hoewel Véronique weet dat er een grote behoefte is aan informatie over gezonde voeding bij de doelgroep van de sessie, behoort dit onderwerp niet tot haar kernopdracht, en heeft ze er ook geen specifieke opleiding voor gevolgd. Toch voelt de CHW druk vanuit de gemeenschap en de organisatie om de sessie te geven, omdat de CHW een vertrouwde figuur voor de bewoners is.”

De reacties op deze vignette waren divers. Sommige CHWs vonden dat het niet de taak van Véronique was om deze sessie te geven en zouden in plaats daarvan doorverwijzen naar een organisatie met expertise in het onderwerp. Enkele van hen suggereerden dat Véronique wel aanwezig kan zijn tijdens de sessie, in haar rol als vertrouwenspersoon en als onderdeel van haar outreachende aanpak, maar niet als degene die de sessie begeleidt.

Andere CHWs waren van mening dat Véronique de sessie wel kan geven, mits zij duidelijk communiceert dat ze geen medische achtergrond of specifieke expertise heeft. Deze aanpak sluit ook aan bij hun eigen ervaringen. De laatste CHWs gaven aan dat zij zelf ook dergelijke vormingen zouden geven, omdat dit in een eerdere fase van het CHW-programma wel tot hun takenpakket behoorde en zij sindsdien zelf een expertise opbouwden. De eerste groep CHWs doen dit echter niet en communiceren dit ook zo naar hun samenwerkingspartners.

Vignette 3

“Tijdens haar outreachwerk op het wijkpleintje ontmoet Nadia, een CHW, Kevin, een jongeman die recentelijk naar de wijk is verhuisd. Kevin voelt zich ongemakkelijk en verloren en vertelt dat hij soms last heeft van vreetbuien om zijn neerslachtige gevoelens te verzachten. Hij voelt zich daar slecht over en heeft moeite om het zelf onder controle te krijgen. Gedurende het gesprek wordt duidelijk dat Kevin veel hoop op Nadia vestigt. Hij vraagt haar om tips en suggesties om zich beter te voelen en zijn vreetbuien aan te pakken.”

De reacties op deze vignette zijn gelijkaardig aan vignette 1. De CHWs vonden het de taak van Nadia om vertrouwen op te bouwen door een luisterend oor aan te bieden en de noden van Kevin te achterhalen. Ze waren het er unaniem over eens dat Nadia geen advies of suggesties kan geven over hoe Kevin zijn gezondheidsprobleem moet aanpakken, maar wel waardevolle informatie kan bieden over wie hem verder kan helpen. De meeste CHWs zouden Kevin in eerste instantie doorverwijzen naar een huisarts en sommigen vermeldden ook een psycholoog. Aangezien Kevin nieuw is in de wijk, zouden de CHWs ook proberen een ondersteunend netwerk voor hem op te bouwen. Opnieuw is het voor hen heel belangrijk dat dit op tempo en maat van Kevin zelf gebeurt.

De problematiek van eetstoornissen komt niet veel voor in hun ervaringen, maar de CHWs gaven wel aan dat het regelmatig gebeurt dat mensen raad vragen of hun hoop op de CHW vestigen.

Vignette 4

“Cedric, een CHW, komt via een sociaal werker in het CAW in contact met Jean, een oudere man die slecht te been is, en moeilijkheden ondervindt met zijn huisvesting. Hij heeft dringend hulp nodig om een afspraak te maken bij de lokale sociale huisvestingsdienst, maar lijkt overweldigd door het idee om zelf de stappen te ondernemen. Jean geeft aan dat hij het ingewikkeld vindt om contact op te nemen en voelt zich onzeker over het hele proces. De sociaal werker van het CAW voorzag Jean al met enkele documenten die hij moet invullen om zich te kunnen inschrijven, maar geeft aan dit zelf niet verder te kunnen opvolgen. Daarvoor contacteerde ze Cedric, want hij helpt toch mensen met gezondheidsproblemen?”

In de reacties op deze vignette kwam de invloed van de lokale context waarin de CHWs werken duidelijk naar voor. Zo gaven enkele CHWs aan dat Cedric Jean diende door te verwijzen omdat er genoeg andere diensten bestaan die de nodige ondersteuning bieden, en administratieve hulp bieden inzake sociale huisvesting geen taak is van de CHW. Sommige CHWs gaven aan dat ze het CAW erop zouden wijzen dat het hun taak is Jean hierbij verder te helpen, maar dat ze Jean eventueel wel konden vergezellen naar het CAW. Er waren ook verschillende CHWs die aangaven dat Cedric Jean wel administratief kon ondersteunen omdat ze herkennen hoe vaak dit een barrière is om verdere stappen te kunnen

ondernemen. Mensen worden volgens hen vaak van het kastje naar de muur gestuurd en een inschrijving helpen voltooien is een kleine moeite om Jean verder te helpen. Bovendien verantwoordden de CHWs dit omdat Jean slecht te been is en er een oplossing moet komen om zijn gezondheidssituatie te verbeteren, wat wel onder de opdracht van de CHW valt.

Vaak genereerde deze vignette een gesprek over hoe en wanneer de CHWs wel of niet administratieve ondersteuning konden bieden aan mensen. Dit wordt uitgebreider besproken in 3.1.3.2.

Vignette 5

“Tijdens een huisbezoek ontmoet Kofi, een CHW, mevrouw Diallo, een oudere vrouw die moeite heeft om rond te komen. Ze vertelt hem dat ze afhankelijk is van voedselpakketten, maar door haar gezondheid kan ze zelf niet naar de uitdeelpplaats gaan. Ze vraagt Kofi of hij haar zou kunnen helpen door het voedselpakket voor haar op te halen en bij haar thuis te bezorgen. Mevrouw Diallo vertelt hem dat ze niemand anders heeft om op te vertrouwen en dat ze het echt moeilijk zou krijgen zonder de pakketten. Ze lijkt geen andere opties te hebben en Kofi merkt hoe kwetsbaar ze is.”

De CHWs waren allen van mening dat het een taak was van Kofi om een oplossing te vinden door een organisatie, buur of familielid in te schakelen die het ophalen van de voedselpakketten op zich kan nemen. Totdat zulke oplossing gevonden was, liepen de meningen uiteen. Enkele CHWs benadrukten dat Kofi de voedselpakketten in geen geval zelf kon ophalen, omdat dit niet tot de taken van een CHW behoort. Anderen vonden echter dat Kofi deze taak tijdelijk wel op zich kon nemen, zolang er geen definitieve oplossing was. Daarbij benadrukten zij wel het belang van duidelijke communicatie naar mevrouw Diallo: dit zou een uitzonderlijke maatregel zijn en valt eigenlijk niet binnen het takenpakket van een CHW.

De CHWs gaven aan dat dergelijke verzoeken zelden voorkomen in hun dagelijkse werk, omdat mensen doorgaans weten dat dit niet tot de verantwoordelijkheden van een CHW behoort en dat er andere diensten beschikbaar zijn voor dit soort hulp.

Vignette 6

“Loubna, een CHW, begeleidt Fatima, een jonge alleenstaande moeder die nieuw is in België. Fatima heeft diabetes en is extra kwetsbaar door het zware migratietraject dat ze heeft doorlopen, wat het risico op complicaties vergroot. Goede medische opvolging is essentieel voor haar, maar Fatima mist herhaaldelijk haar afspraken en geeft weinig uitleg waarom. Daarnaast reageert ze steeds minder op de contactpogingen van Loubna. Fatima heeft weinig vertrouwen in zorgverleners, en Loubna beseft dat zij het enige contact is in wie Fatima enigszins vertrouwen heeft. Bovendien maakt Loubna zich zorgen over Fatima's jonge kind, aangezien Fatima geen ondersteunend netwerk om zich heen heeft.”

Bijna alle CHWs gaven aan dat Loubna in dit scenario een luisterend oor kan bieden en het belangrijk is de vertrouwensband met Fatima te behouden. Volgens hen kan Loubna ondersteuning bieden bij het maken en nakomen van afspraken, bijvoorbeeld door Fatima te vergezellen. Daarnaast zien zij het ook als haar taak om Fatima duidelijk te maken wat er nodig is voor haar gezondheid en welke gevolgen het kan hebben als zij haar afspraken niet nakomt. Dit betreft niet alleen de medische consequenties, maar

ook de financiële implicaties, aangezien veel ziekenhuizen en specialisten financiële sancties hanteren bij gemiste afspraken.

Over Loubna's rol wanneer Fatima herhaaldelijk haar afspraken niet nakomt, waren de meningen verdeeld. Sommige CHWs vinden dat het belangrijk is om aanklampend te blijven werken en aanwezig te blijven, omdat Fatima tot een kwetsbare doelgroep behoort die vaak moeite heeft met het organiseren van hun leven. Andere CHWs pleiten daarentegen voor het stellen van grenzen. Zij zijn van mening dat aanklampend werken op een gegeven moment contraproductief kan worden en dat de begeleiding dan moet worden losgelaten, mits dit gepaard gaat met duidelijke communicatie. Hierbij zou Fatima moeten weten dat de deur altijd open blijft en dat zij opnieuw om hulp kan vragen.

Toch gaven veel CHWs aan dat de aanwezigheid van een jong kind in dit scenario een belangrijke reden is om Fatima nauwgezet te blijven opvolgen.

Vignette 7

“Tijdens een teamoverleg wordt er gesproken over een aankomend evenement dat in samenwerking met Fedasil en enkele buurtorganisaties wordt georganiseerd. De CHWs zullen daar aanwezig zijn om informatie te geven aan alle bezoekers, waaronder ook mensen die in het Fedasil-centrum verblijven. Fedasil ligt buiten hun gebruikelijke werkgebied, en de CHWs zullen mogelijks in contact komen met cliënten die hen om hulp vragen maar geen zorg kunnen krijgen in de wijken waar de CHWs werken. Sommige CHWs waaronder Amir, voelen daardoor een mengeling van enthousiasme en bezorgdheid. Amir ziet de waarde in het delen van informatie en het aangaan van contacten met nieuwe mensen, maar hij is ook bezorgd over de verwachtingen die kunnen ontstaan bij de mensen die ze niet kunnen verder begeleiden. De teamverantwoordelijke benadrukt immers dat tijdens het evenement het belangrijk is dat ze enkel begeleiding aanbieden aan mensen die in de wijken wonen of zorg krijgen, waar ze normaal werken.”

In dit scenario speelt de invloed van de lokale context waarin de CHWs werken een belangrijke rol. Voor de Brusselse CHWs werd dit scenario als minder realistisch ervaren, aangezien hun werkgebied vrij uitgebreid is en zij ook mensen kunnen ondersteunen die in een nabijgelegen Fedasil-centrum verblijven. De CHWs die het scenario beter herkenden omdat hun werkgebied meer beperkt is, zagen mogelijke oplossingen waarbij Amir de mensen kan vragen om zelf naar hem toe te komen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen tijdens een outreachmoment of een permanentie bij een samenwerkingspartner, zodat hij hen alsnog kan ondersteunen. Daarnaast suggereerden enkele CHWs dat Amir hulp kan bieden op afstand, bijvoorbeeld via telefoon, of dat hij de mensen kan doorverwijzen naar samenwerkingspartners.

Verder benadrukten sommige CHWs dat mensen die in een Fedasil-centrum verblijven, in een latere fase van hun leven – bijvoorbeeld na het verkrijgen van een verblijfsvergunning – wel tot de doelgroep van het CHW-programma kunnen behoren. Daarom vonden zij het belangrijk dat deze mensen al kennismaken met het programma.

Sommige CHWs vonden het scenario herkenbaar, omdat zij tijdens outreachmomenten, bijvoorbeeld op een markt of op andere locaties, ook vaak mensen tegenkomen die buiten hun werkgebied vallen, maar toch geïnteresseerd zijn of baat zouden kunnen hebben bij hun hulp. In dergelijke situaties

proberen zij deze mensen verder te helpen door dezelfde oplossingen aan te reiken als in dit scenario: hen uitnodigen om langs te komen tijdens een permanentiemoment.

Vignette 8

“Fatou, een CHW, gaat mee met haar cliënt, Leila, naar de huisarts. Leila beheerst het Nederlands niet volledig, en Fatou is er om de communicatie tussen hen te ondersteunen. Zodra het gesprek begint, merkt Fatou dat de huisarts ervan uitgaat dat haar rol zich beperkt tot tolken. Terwijl de huisarts medische vragen stelt, merkt Fatou dat hij belangrijke culturele context mist die cruciaal is voor Leila's situatie. Wanneer de huisarts bijvoorbeeld vraagt naar Leila's leefstijl, kan Fatou de woorden vertalen, maar zonder uitleg over Leila's culturele achtergrond en gewoonten kan de huisarts niet goed inschatten wat relevant is voor haar gezondheid. De huisarts vindt echter dat Fatou zich niet inhoudelijk mag mengen in het gesprek, omdat dit de arts-patiënt relatie zou kunnen schenden en hij Fatou als een neutrale tolk ziet.”

De CHWs waren duidelijk over de rol van Fatou in dit scenario: haar taak is niet louter tolken, maar het ondersteunen van de communicatie door haar kennis van de bredere context van Leila. Zij zien het daarom als Fatou's verantwoordelijkheid om aan het begin van het gesprek duidelijk te maken dat zij Leila als CHW begeleidt en welke rollen een CHW kan opnemen.

Toch vonden de CHWs deze situatie weinig realistisch. In de praktijk zijn huisartsen meestal juist blij met hun aanwezigheid en ondersteuning, omdat dit de communicatie met de persoon in kwestie aanzienlijk vergemakkelijkt. Artsen zouden daarom zelden vragen om zich te beperken tot enkel het tolken.

Voor sommige CHWs, vooral voor diegenen met een migratieachtergrond die personen met een vergelijkbare migratieachtergrond begeleiden, doet dit scenario hen denken aan de vele situaties waarin hulpverleners vaak onterecht aannemen dat zij familieleden, vrienden of tolken zijn. Zij ervaren dat het vaak noodzakelijk is om vanaf het begin expliciet te maken dat zij als CHW aanwezig zijn en hun rol duidelijk te maken.

Samenvatting vignette-resultaten

De reacties op de vignetten toonden aan dat de CHWs in de verschillende scenario's duidelijke opvattingen hadden over de taken van een CHW en wat daar niet toe behoort. Voorbeelden hiervan zijn het vermijden van advies geven in vignette 3 en het beperken tot louter tolken in vignette 8. In sommige vignetten waren de meningen echter verdeeld. Hoewel CHWs erkenden dat bepaalde handelingen niet officieel tot hun takenpakket behoren, gaven sommigen aan dat zij deze toch zouden uitvoeren als zij zelf met een vergelijkbare situatie in het werkveld te maken zouden krijgen. Voorbeelden hiervan zijn het ophalen van een voedselpakket in vignette 5 of het bieden van administratieve hulp in vignette 4. De CHWs motiveerden dit door te stellen dat dergelijke acties in het belang van de gezondheidssituatie van de persoon waren, of om de vertrouwensband met de persoon niet te schaden. Ze argumenteerden dat het uitvoeren van bepaalde taken ook steeds per casus bekeken moet worden, hun keuze is immers afhankelijk van de persoon die zij helpen en de specifieke context van de situatie. Deze 'grijze zone' kwam in alle focusgroepsgesprekken naar voren en gaf aanleiding tot een rijke discussie over hoe CHWs naar hun rollen en taken kijken. Dit wordt verder belicht in deel 3.1.3.

3.1.2 Bespreking CHW-rollen en taken

Tijdens de post-it oefening werden de CHWs gevraagd om in het document met de rol- en taakomschrijving aan te duiden welke drie taken voor hen het belangrijkste waren, en welke drie taken het minst belangrijk. Na deze oefening, werden de keuzes in groep besproken en werden er verdere gesprekken gevoerd over hoe CHWs het document evalueerden, wat ze zouden toevoegen, aanpassen of weglaten.

Belangrijke taken volgens de CHWs

In onderstaande tabel 2 wordt weergegeven welke taken door welk aantal CHWs werden aangeduid als één van de drie belangrijkste taken binnen hun rol als CHW.

Hoewel CHWs aangaven dat het prioriteren van taken een uitdaging is—waarbij vaak de opmerking viel: "maar al onze taken zijn belangrijk!"—valt op dat de hulp aan cliënten centraal staat in de door hen meest gekozen taken. Dit blijkt uit de drie meest aangeduide taken: actief luisteren om de verwachtingen, vragen en behoeften van de doelgroep te begrijpen; het helpen bij het vinden van een zorgverlener; en het ondersteunen bij contacten met zorg- en welzijnsorganisaties. Vooral het 'er zijn' voor de cliënten, zoals bij de taak 'een luisterend oor bieden', is voor de CHWs één van hun prioriteiten.

"Voor mij is dit een van de belangrijkste dingen en we kunnen dit garanderen tijdens een permanentie, tijdens outreach-activiteiten. Ik denk dat dit enigszins overeenkomt met wat mijn collega's hebben gezegd. Het is in feite dit eerste luisteren, deze eerste keer dat we de persoon de tijd geven om zijn/haar verzoeken te verduidelijken." (CHW, focusgroep 9, FR)

Dit wordt bevestigd wanneer gekeken wordt naar onder welke rollen deze taken vallen. Dan komen in de aangeduide taken vooral vier rollen naar voren: (1) 'bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals'; (2) 'navigatie in het zorgsysteem'; (3) 'bieden van coaching en sociale steun'; en (4) 'outreaching optreden'. Veel CHWs beschouwen deze laatste rol ('outreaching werken') als een essentiële rol, omdat het hen in staat stelt nieuwe mensen te bereiken die in een kwetsbare situatie leven. Over de meest geschikte manier van outreaching werken lopen de meningen uiteen, wat deels samenhangt met het karakter en de voorkeur van de CHW. Sommigen voelen zich comfortabel bij het aanspreken van mensen op markten en pleinen, terwijl anderen de voorkeur geven aan het organiseren van permanenties met samenwerkingspartners. Ze waarderen de complementariteit van deze verschillende benaderingen. Daarnaast geven sommige CHWs aan dat flexibelere werkuren hen zouden helpen om nog beter mensen te bereiken.

"Heel veel vrouwen zijn alleen thuis met de kinderen en spreken de taal niet en de mannen zijn gaan werken en die mogen niet open doen, die kunnen niet met u praten. Dus terwijl als we onze uren een beetje anders zouden kunnen organiseren en we s' avonds op z'n minst een keer zouden kunnen outreachen, zouden we veel meer mensen bereiken. Ook de kerken, bijvoorbeeld de Afrikaanse gemeenschappen, die zitten allemaal in kerken. Het is allemaal de zondag. Dus dan zou je veel meer kunnen..." (CHW, focusgroep 1, NL)

Het bereiken en ondersteunen van hun cliënten is voor CHWs prioritair. Daarna volgen bredere of meer algemene taken gericht op het verbeteren van de toegang tot de gezondheidszorg, zoals het 'verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie' en 'het opkomen voor individuen en gemeenschappen'.

De taken die CHWs minder vaak aanduiden als prioritair, zijn die uit de rollen ‘versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau’ en ‘deelnemen aan evaluatie en onderzoek’. Zo worden administratieve taken, zoals het registreren van data of het deelnemen aan onderzoek, zelden als kernprioriteit beschouwd. Opvallend is dat één CHW een taak las belangrijk aanduidde die vanuit het projectteam werd gecategoriseerd als een taak ‘die CHWs niet doen’, namelijk het opnemen van zaken die niet rechtstreeks onder zorg vallen, zoals contacten met politie en rechtbank, of hulp bij huisvesting en onbetaalde rekeningen. Tijdens de focusgroepgesprekken ontstond hierover een bredere discussie: mogen en kunnen CHWs ook administratieve ondersteuning bieden? Dit thema wordt verder besproken (cfr. 3.1.3.2).

Tabel 2. Belangrijke taken aangeduid in post-it oefening CHWs.

In kolom 1 staan de taken gerangschikt volgens het aantal CHWs (zie kolom 3) dat deze taak aanduidde als één van de 3 belangrijkste taken van een CHW. In de tweede kolom staat de rol waaronder deze taak valt aangegeven. Het nummer van de taak verwijst naar de rol en de letter naar de bijbehorende taak. Als een taak gevolgd wordt door (N), valt deze onder de categorie 'wat doen we niet'.

Taak	Rol	Aantal CHWs dat deze taak aanduidde als 'belangrijk'.
4B. De CHW luistert actief om de verwachtingen, vragen en behoeften van de persoon in kwestie te kunnen begrijpen en te verduidelijken in kader van onze opdrachten, in een sfeer van welwillendheid, empathie en verdraagzaamheid.	4. Bieden van coaching en sociale steun	16
3A. Helpen bij het vinden van een zorgverlener of welzijnsprofessional voor de persoon	3. Navigatie in het zorgsysteem	10
3C. Met de persoon meegaan naar en ondersteunen in het contact met de zorg-of welzijnsorganisatie.	3. Navigatie in het zorgsysteem	9
1D. De persoon bijstaan tijdens de consultatie bij de zorgverlener of welzijnsprofessional om de communicatie (niet zuiver tolken) tussen beiden te ondersteunen	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	8
1F. Informeren van een persoon over de werking van het gezondheidszorg- en welzijnssysteem, alsook over de rechten waarop de persoon met een hulpvraag aanspraak kan maken	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	8
7A. Inloopmomenten	7. Outreachend optreden	8
2B. Toeleiden naar organisaties die mensen kunnen helpen om hun gezondheidssituatie beter te begrijpen en zelf in handen te nemen. Bijvoorbeeld: CAW bij vragen rond	2. Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	6

gezinsplanning, mantelzorgverenigingen, beweging op verwijzing,...)		
1A. Toeleden naar lokale organisaties die werken rond bepaalde aandoeningen en/of activiteiten hierrond organiseren (patiëntenverenigingen, palliatieve netwerken,...)	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	5
5B. Actief deelnemen aan netwerkmomenten met (welzijns / gezondheidspartners) partners om ervaringen uit het veld mee te geven na akkoord van de teamverantwoordelijke	5. Opkomen voor individuen en gemeenschappen	5
3E. Toeleiding naar en/of ondersteuning bij inschrijving in een gezondheids- of sociale instelling (medisch centrum, ziekenfonds, OCMW, huisarts, vaccinatie etc.)	3. Navigatie in het zorgsysteem	4
4C. Gesprek van de persoon met een zorgverlener, of welzijnswerker voorbereiden (de benodigde documenten verzamelen, de vragen voorbereiden, de formulieren uitleggen, enz.)	4. Bieden van coaching en sociale steun	4
4F. De persoon ondersteunen bij het invullen van een medisch of administratief document dat binnen het kader van onze opdracht valt (bijvoorbeeld hulp bij de formaliteiten voor aansluiting bij een ziekenfonds of het bekomen van een medische kaart).	4. Bieden van coaching en sociale steun	4
5A. Signalen doorgeven van individu/gemeenschap naar teamverantwoordelijke en coördinatoren, zowel structureel als occasioneel	5. Opkomen voor individuen en gemeenschappen	4
7H. Op patrouille gaan in de wijken waar we actief zijn en mensen aanspreken	7. Outreachend optreden	4
4A. Herinneren aan afspraken	4. Bieden van coaching en sociale steun	3
7B. Huisbezoeken	7. Outreachend optreden	3
7D. Informatie verstrekken over het project van Community Health Work, de rol van CHW kenbaar maken op verschillende locaties markten, moskeeën, buurthuizen, scholen, sociale resto's of cafés	7. Outreachend optreden	3
3D. Op vraag van een professional de persoon mee begeleiden tijdens zijn /haar opvolging in het kader van gezondheidszorg of welzijn. Dit	3. Navigatie in het zorgsysteem	2

geldt enkel als de taak niet in het werkgebied van de professional zelf valt die de vraag stelt.		
3F. Planning, organisatie/begeleiding van verplaatsingen die nodig zijn in het kader van de opvolging van de persoon	3. Navigatie in het zorgsysteem	2
1B. Het ondersteunen van organisaties die sessie geven rond gezondheid en welzijn door aanwezig te zijn tijdens deze sessies om de brug te maken tussen de spreker en de deelnemers,...	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	1
1J (N). Zaken opnemen die niet rechtstreeks onder 'zorg' vallen: contacten met politie, rechtbank, problemen in appartement, huisvesting, elektriciteitsrekeningen, ...	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	1
3G. Doorverwijzing naar structuren (sociaal en gezondheid) of professionals die verbonden zijn met het gezondheidszorgsysteem maar zich situeren buiten het veld van gezondheidszorg of GBO (geïntegreerd breed onthaal). (bv. huisvestingsdienst, WZC, revalidatiecentra,...)	3. Navigatie in het zorgsysteem	1
4D. Vertaalslag maken of de persoon helpen om een document met betrekking tot de uitgevoerde opvolging te begrijpen	4. Bieden van coaching en sociale steun	1
4H. Het ondersteuningskader van de CHW herbekijken en zo mogelijk bijsturen wanneer een persoon niet komt opdagen voor afspraken, tegenwerkt of gemaakte afspraken niet nakomt, enz.	4. Bieden van coaching en sociale steun	1
5C. Deel uitmaken van lokaal clientoverleg als partner mits de persoon zelf ook aanwezig is of zijn uitdrukkelijk akkoord heeft gegeven dat de CHW deelneemt aan dit overleg. Dit NA akkoord van de teamverantwoordelijke	5. Opkomen voor individuen en gemeenschappen	1
6B. Gezondheidsspel spelen met doelgroep ism partners	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	1
6C. Mee organiseren of faciliteren van groepssessies en infomomenten over thema's op maat van de doelgroep zoals diabetes of vaccinatie).	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	1
6E. Een administratief of medisch document lezen met de persoon in kwestie met als doel om de vertaalslag maken of de persoon helpen	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	1

om een document met betrekking tot de uitgevoerde opvolging te begrijpen		
7C. Deur aan deur aanbellen en eerste contact leggen	7. Outreachend optreden	1
8A. Interventies nauwkeurig registreren	8. Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	1
8C. Deelnemen aan en reageren op externe evaluaties/onderzoeken (Brico (bxl), thesis/onderzoekspaper etc.)	8. Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	1

Minder belangrijke taken volgens de CHWs

CHWs werden ook gevraagd om de drie taken die volgens hen het ‘minst belangrijk’ waren aan te duiden. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel 3.

Allereerst is het belangrijk te benadrukken dat de meeste CHWs geen drie taken konden of wilden aanduiden als ‘minder belangrijk’. Ze gaven aan dat er weinig taken waren die zij als minder relevant beschouwden. Dit illustreert hoe toegewijd de CHWs hun werk uitvoeren en hoe zij al hun rollen en taken als essentieel beschouwen. Opvallend is ook dat 12 taken, die sowieso gecategoriseerd zijn onder ‘dit doen we niet’, ook door de CHWs als ‘minder belangrijk’ aangeduid werden. Bijvoorbeeld ‘zelf instaan voor vervoer’, ‘beslissingen nemen in de plaats van de persoon’, ‘de rol van mantelzorger opnemen’ ‘advies geven over gezonde voeding en ziektes’. Dit duidt aan dat deze CHWs ermee instemmen dat deze taken niet tot hun verantwoordelijkheden behoren.

Wanneer deze tabel wordt vergeleken met de tabel van ‘belangrijke taken’, komt een gelijkaardige tendens naar voren. Taken die als ‘minder belangrijk’ worden aangeduid, hebben vaak betrekking op bredere of meer algemene interacties met organisaties of externe partijen. Dit wordt ook weerspiegeld in de verdeling van rollen binnen deze tabel. In vergelijking met de tabel met ‘belangrijke taken’, komen de rollen ‘deelnemen aan evaluatie en onderzoek’ en ‘versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau’ hier vaker voor. Dit sluit aan bij de bevindingen uit het vorige deel: CHWs richten zich in de eerste plaats op de begeleiding en ondersteuning van hun cliënten. Sommige CHWs gaven daarbij aan dat ze bepaalde taken, zoals het geven van infosessies, eerder als taak van de teamverantwoordelijke zien of zich daar (nog) niet bekwaam voor voelen.

“Ik denk dat onze coach daar beter bevoegd voor is. Dan kunnen wij ons meer focussen op onze taken” (CHW, focusgroep 2, NL)

“Misschien voel ik me niet op mijn gemak bij het presenteren. Ik ben er niet voor opgeleid. Wij hebben ook niet de middelen om dat te doen.” (CHW, focusgroep 6, FR)

De taak die het vaakst als ‘minder belangrijk’ werd aangeduid, namelijk door 11 CHWs, is ‘deur aan deur aanbellen’ om een eerste contact te leggen. Uit de gesprekken bleek dat hierover uiteenlopende meningen bestonden, sommige CHWs vinden het net een erg nuttige taak. Een andere taak die veel discussie opriep, was ‘interventies nauwkeurig registreren’. Hoewel CHWs erkenden dat registratie en

cijfermatig inzicht belangrijk zijn, benadrukten velen hoe tijdrovend en complex deze taak is waardoor deze minder aandacht krijgt. In het volgende deel wordt hier dieper op ingegaan.

Tabel 3. Minder belangrijke taken aangeduid in post-it oefening CHWs.

In kolom 1 staan de taken gerangschikt volgens het aantal CHWs (zie kolom 3) dat deze taak aanduidde als één van de 3 minder belangrijke taken van een CHW. In de tweede kolom staat de rol waaronder deze taak valt aangegeven. Het nummer van de taak verwijst naar de rol en de letter naar de bijbehorende taak. Als een taak gevolgd wordt door (N), valt deze onder de categorie 'wat doen we niet'.

Taak.	Rol	Aantal CHWs dat deze taak aanduidde als 'minder belangrijk'.
7C. Deur aan deur aanbellen en eerste contact leggen	7. Outreachend optreden	11
2F. Organisaties die activiteiten mbt gezondheidspreventie organiseren, adviseren bij de uitwerking van de activiteit zodat deze zo goed mogelijk afgestemd is op de doelgroep	2. Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	7
4G. Verstrekken van administratieve documenten (bv. inschrijvingsformulieren ziekenfonds). Mensen uit de doelgroep kunnen documenten niet altijd afdrucken	4. Bieden van coaching en sociale steun	6
3J (N). Zelf instaan voor het vervoer van personen ikv de ondersteuning door de CHW	3. Navigatie in het zorgsysteem	5
2E. Organisaties die inzetten op vaccinatie (die wetenschappelijk bewezen is), op hun vraag ondersteunen om ook de meest kwetsbare groepen naar hen toe te leiden.	2. Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	4
2G (N). Beslissingen nemen in de plaats van de persoon zelf of sturend communiceren, een CHW moet objectief blijven	2. Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	4
8A. Interventies nauwkeurig registreren	8. Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	3
8C. Deelnemen aan en reageren op externe evaluaties/onderzoeken (Brico (bxl), thesis/onderzoekspaper etc.)	8. Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	3
3L (N). De rol van mantelzorger opnemen: je bent mantelzorger als u extra zorg geeft aan familieleden of vrienden die tijdelijk of permanent hulpbehoevend zijn, bijvoorbeeld door een fysieke of verstandelijke beperking of door een psychische aandoening.	3. Navigatie in het zorgsysteem	3

6H (N). Advies geven rond gezonde voeding, bepaalde ziektes, ...	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	3
7E. Flyeren op allerlei locaties die relevant zijn om ons doelpubliek te bereiken	7. Outreachend optreden	3
8B. Deelnemen aan de dataverzameling door de UA	8. Deelnemen aan evaluatie en onderzoek	3
1F. Informeren van een persoon over de werking van het gezondheidszorg- en welzijnssysteem, alsook over de rechten waarop de persoon met een hulpvraag aanspraak kan maken	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	2
5C. Deel uitmaken van lokaal clientoverleg als partner mits de persoon zelf ook aanwezig is of zijn uitdrukkelijk akkoord heeft gegeven dat de CHW deelneemt aan dit overleg. Dit NA akkoord van de teamverantwoordelijke	5. Opkomen voor individuen en gemeenschappen	2
6B. Gezondheidsspel spelen met doelgroep ism partners	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	2
6C. Mee organiseren of faciliteren van groepsessies en infomomenten over thema's op maat van de doelgroep zoals diabetes of vaccinatie).	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	2
1C. Infosessies geven in groep over het gezondheidssysteem op vraag van een organisatie, i.k.v een inlooptmoment of op eigen initiatief (bv aan een groep nieuwkomers)	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	2
1K (N). Tijdens een interventie enkel de rol van tolk uitvoeren	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	2
3K (N). Mensen afhankelijk maken van CHW door onbeperkt te blijven meegaan en begeleiden voor eenzelfde barrière	3. Navigatie in het zorgsysteem	2
6A. Infomomenten organiseren rond het gezondheidssysteem en rechten (de inhoud moet steeds vooraf gevalideerd zijn door een expert inzake het betreffende thema bv ziekenfonds))	6. Versterken van gezondheidsvaardigheden op individueel en groepsniveau	2

7H. Op patrouille gaan in de wijken waar we actief zijn en mensen aanspreken	7. Outreachend optreden	1
3F. Planning, organisatie/begeleiding van verplaatsingen die nodig zijn in het kader van de opvolging van de persoon	3. Navigatie in het zorgsysteem	1
4D. Vertaalslag maken of de persoon helpen om een document met betrekking tot de uitgevoerde opvolging te begrijpen	4. Bieden van coaching en sociale steun	1
4H. Het ondersteuningskader van de CHW herbekijken en zo mogelijk bijsturen wanneer een persoon niet komt opdagen voor afspraken, tegenwerkt of gemaakte afspraken niet nakomt, enz.	4. Bieden van coaching en sociale steun	1
1G (N). Sessies geven over thema's die niet tot onze kernopdracht als CHW behoren en/of waarvoor de CHW geen specifieke opleiding heeft genoten (vb. rond gezonde voeding, gezonde leefstijl, specifieke aandoeningen en hun aanpak, ...), we kunnen wel ondersteunen en toeleiden naar sessies waar een expert over deze thema's zal werken.	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	1
1H (N). Zelf (para)medische informatie geven, onafhankelijk van een zorgprofessional; een flyer geven aan de persoon met als doel om hem/haar door te verwijzen naar de juiste zorgprofessional kan wel.	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	1
1I (N). Taken overnemen die wettelijk tot de opdracht van andere professionals behoren (vb. papieren in orde brengen die niet-medisch zijn vanuit DMW, OCMW, ...)	1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals	1
2A. Zelf geven van Infosessies of animaties in groep over het zorgsysteem in cultuur sensitieve context of andere organisaties hierin bijstaan. Indien de CHW deze sessies of animaties geeft, moet de inhoud ervan vooraf gevalideerd zijn door een expert	2. Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie	1
3H (N). Acties zoals: Helpen bij het vinden van een sportclub <ul style="list-style-type: none"> • Helpen om lid te worden van een vereniging i.k.v. vrijetijdsbesteding • Meegaan naar de winkel • Het voedselpakket bij de ontvanger thuis brengen, zelfs als de persoon niet in staat is om rond te komen 	3. Navigatie in het zorgsysteem	1

4I (N). Mensen helpen bij het invullen van aanvragen voor erkenning van handicap.	4. Bieden van coaching en sociale steun	1
4K (N). Als CHW alleen een document invullen, in plaats van een andere persoon	4. Bieden van coaching en sociale steun	1
7F. Deelnemen aan evenementen georganiseerd door de wijk of door andere organisaties in rechtstreekse link met onze opdracht na afstemming met de teamverantwoordelijke waarbij doel, rol,... goed wordt afgebakend vooraf.	7. Outreachend optreden	1

Nodige aanpassingen takenlijst volgens de CHWs

Over het algemeen vonden de CHWs het document met de rol- en taakomschrijvingen allesomvattend en een accurate weergave van hun taken. Enkele CHWs deden suggesties voor aanvullingen of verduidelijkingen. Zo stelde een CHW voor om taak 1F – ‘Informereren van een persoon over de werking van het gezondheidszorg- en welzijnssysteem, evenals over de rechten waarop iemand met een hulpvraag aanspraak kan maken’ – onder rol 3 (‘Navigatie in het zorgsysteem’) te plaatsen in plaats van onder rol 1 (‘Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorg- en welzijnsprofessionals’).

Daarnaast werd opgemerkt dat de taken onder rol 2 (‘Verstrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie’) niet altijd direct verband houden met culturele sensitiviteit. Daarom werd voorgesteld om het woord ‘cultureel’ uit de titel te schrappen. In verband hiermee merkte een CHW op dat wederzijdse informatie-uitwisseling essentieel is: cliënten moeten niet alleen cultureel sensitieve informatie ontvangen, maar ook inzicht krijgen in de culturele aspecten van het Belgische gezondheidssysteem.

“Ik vind het heel belangrijk dat mensen die in ons systeem hier leven, ook een beetje begrijpen hoe het systeem werkt. Dat mensen weten dat het OCMW een solidariteitssysteem is. [...] Ik vind het heel belangrijk om uit te leggen dat de artsen een diploma hebben en dat ze er allemaal door zijn [in hun studies] en ze hen moeten vertrouwen. Ze hebben dat [diploma] niet gestolen. [...] Er zijn geen charlatans. De artsen die in het ziekenhuis werken, zijn allemaal [gediplomeerde] artsen. [...] Of bijvoorbeeld naar de spoed gaan. We denken dat voor iedereen het evident is om dat te weten waar, wanneer en hoe we naar de spoed moeten. Maar dat is niet waar. Dus zelfs naar de spoed gaan moet je volledig uitleggen [...] Als je kindje in gevaar is, moet je naar de ambulance bellen. Maar je moet niet voor dit, dit of dit naar de ambulance bellen. Omdat je het moet terugbetalen. Dus deze nuance moet heel specifiek goed uitgelegd worden. En als het in het Nederlands is, kunnen mijn cliënten het nooit begrijpen. Dus dat is iets heel... dat is meer dan alleen informatie, dat we moeten duidelijk maken van hoe is het en hoe werkt dat.” (CHW, focusgroep 1, NL)

Daarnaast merkten enkele CHWs op dat taken rond samenwerking ontbraken in het document. Ze gaven voorbeelden zoals het zoeken naar samenwerkingspartners voor uiteenlopende doelen, zoals het organiseren van permanenties of het voorbereiden van gezamenlijke activiteiten. Ook het signaleren en bespreken van maatschappelijke problemen in samenwerking met partners werd als een belangrijke taak genoemd. Zo kunnen CHWs bijvoorbeeld opmerken dat eenzaamheid veel voorkomt in de buurt en dit aankaarten bij relevante samenwerkingspartners, zodat hier gericht op ingezet kan

worden. Het opzetten en onderhouden van samenwerkingen vergt veel tijd en inspanning van de CHWs, maar dit lijkt onvoldoende weerspiegeld in het takendocument.

3.1.3 Breder context bij de uitvoering van rollen en taken

In dit laatste deel wordt de bredere context belicht die van invloed is op de manier waarop CHWs hun rollen en taken uitvoeren. Er wordt een overzicht gegeven van de taken die tot discussie leiden, de factoren die hun werk beïnvloeden, de uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd en de ondersteuning die ze nodig hebben om hun taken effectief te vervullen.

Belang van een duidelijke rol- en taakomschrijving

CHWs hechten om verschillende redenen veel waarde aan een heldere afbakening van hun rollen en taken. Het zorgt voor duidelijkheid richting samenwerkingspartners en cliënten, waardoor het ook bijdraagt aan de empowerment van de cliënten zelf. Omdat de CHWs duidelijk kunnen afbakenen tot waar hun hulp kan gaan, zal de cliënt soms zelf initiatief moeten nemen om bepaalde zaken aan te pakken.

“Het gaat ook over plaats laten voor de autonomie van de persoon. Niet heel de tijd die zijn hand vast te houden.” (CHW, focusgroep 8, FR)

Daarnaast biedt een duidelijke taakomschrijving ook richting en houvast: het helpt CHWs om beter te begrijpen welke taken binnen hun werk vallen. Het schept een helder kader en kan hun perspectief verbreden over de volle omvang van hun verschillende rollen. Voor sommige CHWs komt deze verduidelijking echter te laat. Enkele CHWs die al sinds de start van het programma actief zijn, geven aan dat ze door het gebrek aan duidelijke richtlijnen in het begin, zelf invulling hebben gegeven aan hun taken en verantwoordelijkheden.

“Persoonlijk denk ik niet dat dit mij zal helpen, omdat ik denk dat het in het begin van het project interessanter zou zijn geweest om een duidelijk kader te schetsen, precies daar waar we begonnen zijn met het opbouwen van dit project. We hebben echt bijgedragen aan de opbouw ervan op basis van onze realiteit. [...] Nu heeft het voor mij geen betekenis meer, omdat mijn taken al vastliggen, ik mijn netwerk al heb opgebouwd, enzovoort. Ik ken mijn grenzen en weet precies wat er van mij wordt verwacht. Voor nieuwkomers is het misschien wel nuttig, ja, maar... voor degenen die er vanaf het begin bij waren, niet.” (CHW, focusgroep 5, FR)

Bovendien ontstaat er soms een spanningsveld doordat bepaalde taken in de huidige omschrijving niet langer tot hun takenpakket behoren. Zo waren cliënten en samenwerkingspartners de afgelopen jaren bijvoorbeeld gewend dat CHWs cliënten vervoerden, infosessies gaven of hielpen bij administratieve taken. Nu het meer helder is dat deze taken niet zijn toegestaan, vinden CHWs het moeilijk om de verwachtingen van hun cliënten en samenwerkingspartners bij te stellen—zeker wanneer ze zelf niet achter deze wijzigingen staan.

Taken die voor debat zorgen

Tijdens het bespreken van de vignettes en het takendocument leidden sommige taken tot discussie, omdat CHWs verschillende prioriteiten hebben of een andere visie op het programma hanteren. Tegelijkertijd was er soms ook eensgezindheid, waarbij CHWs aangaven dat het voor hen onrealistisch is om bepaalde taken niet uit te mogen voeren. In wat volgt, bespreken we de taken die tot debat hebben geleid, zowel taken die wel of taken die net niet onder het takenpakket van de CHWs vallen.

Niet-gezondheidsgerelateerde (administratieve) ondersteuning bieden

De meest besproken taken waren deze die in de categorie vallen van de “taken die niet tot het takenpakket van de CHWs behoren”, en die vaak verband houden met niet-gezondheidsgerelateerde ondersteuning. Er zijn verschillende taken, onder verschillende rollen die daarbij ter sprake kwamen. Bijvoorbeeld onder rol 1 de taak ‘zaken opnemen die wettelijk tot de opdracht van andere professionals behoren’, onder rol 2 de taak ‘acties zoals het helpen bij het vinden van een sportclub of meegaan naar de winkel’, onder rol 4 de taak ‘het invullen van niet-medische documenten zonder link met gezondheid of welzijn’, enzovoort. De CHWs gaven aan dat wanneer ze zulke vragen krijgen, ze in eerste instantie steeds proberen om de cliënten door te verwijzen naar andere instanties of hen te empoweren, en hun te stimuleren om zelf de barrières te overwinnen.

“We proberen ze natuurlijk wel meer macht te geven, ze verantwoordelijkheid te geven. Soms moeten ze zelf kijken of er andere organisaties zijn die hen kunnen helpen bij het proces. Maar we kunnen mensen niet zomaar in de steek kunnen laten.” (CHW, focusgroep 8, FR)

Anderzijds merkten de CHWs op dat doorverwijzen niet altijd een goede oplossing biedt, omdat hun cliënten vaak te maken krijgen met gebrekkige dienstverlening van andere instanties, waardoor zij aan het kortste eind trekken en niet goed geholpen worden.

“Maar dat kan door de organisaties ook zijn, dat hij slachtoffer is van die doorverwijzingen. Iedereen trekt de paraplu open, maar de cliënt wordt niet geholpen.” (CHW, focusgroep 7, NL)

In zo’n gevallen nemen CHWs dan toch de taken die ‘tot de opdracht van andere professionals behoren’ op zodat er (sneller) vooruitgang wordt geboekt en de cliënt geholpen wordt.

Er blijkt ook een grote ‘grijze zone’ over welke taken wel of niet onder het toeleiden naar betere gezondheidszorg vallen. Zo argumenteerden CHWs dat sommige taken toch ook nodig kunnen zijn voor het verbeteren van de gezondheidssituatie van de cliënt, bijvoorbeeld door hulp te bieden bij het inschrijven van een sportclub of vrijetijdsbesteding. Of omdat de persoon anders op dezelfde barrières blijft botsen, en niet verder geraakt in de toegang naar de gezondheidszorg.

“Onze taak is bijvoorbeeld toeleiden naar mutualiteit en zorgen dat daar alles in orde is. Maar dan moet je ook een geregistreerd adres hebben. Dus je moet de cliënt eerst doorverwijzen naar het gemeentehuis. Je adres registreren, daar moet je een afspraak voor maken. Ga jij mee, ga jij niet mee? En dan kom je aan dat deel van de mutualiteit. Ja, dat is een domino-effect. En soms wordt er gezegd, jij mag dat doen en soms wordt er gezegd, jij mag dat niet doen. Eerst en vooral proberen wij wel de cliënt in zijn krachten te zetten. Waar kunnen wij de cliënt in onderwijzen om te zeggen, oké, jij kunt dit alleen. Dus met die Google Translate en eventueel de weg ernaartoe uitstippelen, een herinneringstelefoontje en dergelijke. Maar dat is niet altijd mogelijk. Er zijn sommige barrières, die barrières blijven. Die krijg je niet weggewerkt. En dan moet je wel even mee.” (CHW, focusgroep 1, NL)

Vele CHWs gaven ook aan dat het opnemen van deze taken soms onvermijdelijk was doordat de omstandigheden hen geen andere keuze lieten.

“Ik zeg niet dat het taak van de CHW is, maar in praktijk doen wij het wel soms. Bijvoorbeeld ‘niet naar de politie bellen’. Ik heb al naar de politie gebeld. Er was geen andere oplossing. De persoon moest de politie bellen, maar kon het niet uitleggen. Ik heb gezegd: “je moet dat zelf doen”, en dan komt die twee dagen later zeggen: “mijn dochter heeft gebeld”. Een meisje van 12, 13 jaar, gebeld naar de politie. De politie heeft zoveel dingen gevraagd aan haar, die ze niet kon begrijpen. Ze begon te huilen. “Mama, ik begrijp het niet, ik weet het niet”, en dan komt ze terug bij mij. En dan moet ik, naar de politie, bellen en vragen “wat is de procedure, wat is er?”. [...] Wie gaat dat anders dan doen?” (CHW, focusgroep 1, NL)

Ook met betrekking tot vertalen en tolken komen meertalige CHWs soms in situaties terecht waarbij hun talenkennis cruciaal is en louter tolken, ondanks dat dit niet onder hun taken valt, toch noodzakelijk is.

“Ik zit één keer per week in het wijkcentrum en er komt een arts en hij zei, ja, je spreekt [andere taal]. Wel, ik zeg, ja. Zou jij willen tolken? En ik heb gezegd, nee, ik tolk niet. “Ja, ja, ja, maar het is dringend. Mevrouw wacht in de wachtzaal en ze is flauwgevallen, en we hebben geprobeerd haar te reanimeren” [...]. Ik zeg ja, oké, ik kom. Dus op die moment, dat is echt de keuze, ja. En ik heb dat gedaan, wel, letterlijk tolken wat de arts zegt en wat de patiënt zegt.” (CHW, focusgroep 1, NL)

Vaak zagen CHWs het opnemen van taken die buiten hun takenpakket vallen ook als een cruciaal onderdeel van de vertrouwensrelatie die ze hebben met hun cliënten.

“Er zijn mensen, ik denk aan een vrouwtje dat blind wordt. Ik lees bijvoorbeeld al haar post. Omdat ik eigenlijk haar vertrouwenspersoon ben. Maar ik zal dat niet met iedereen doen. En omdat de ontvangst bij de Brailleliga slecht was [...] daar is niets aan te doen, wij blijven mensen.” (CHW, focusgroep 8, FR)

Bovendien vinden sommige CHWs het niet mogen uitvoeren van deze taken geen menselijke begeleiding. Dit komt bijvoorbeeld terug bij het niet mogen vervoeren van cliënten.

“Voor mij gaat het vooral om het vervoeren van cliënten. In feite is het zo dat, toen ik begon te werken, mijn werkgebied enorm groot bleek te zijn. De meeste van mijn cliënten hebben niet de financiële middelen om het openbaar vervoer te nemen. Het maakt me ziek om te weten dat ik zelf met de auto rijd, terwijl de cliënt [met een slechte gezondheid en kinderen] de bus moet nemen —terwijl ik nota bene vlak langs hun huis rijd.” (CHW, focusgroep 6, FR)

Zoals deze quote ook illustreert, ervaren sommige CHWs de beperkingen op bepaalde taken als mentaal belastend, omdat deze niet stroken met hun eigen visie en hen het gevoel geven dat ze mensen in de steek laten. Daarnaast vinden enkele CHWs dat dit niet overeenkomt met de opzet van het programma. Er wordt immers ingezet op outreach, aandacht besteed aan sociale determinanten van gezondheid en erkend dat gezondheidszorg deel uitmaakt van een bredere context, en het is hun rol om structurele barrières te signaleren. Voor velen voelt het daarom onlogisch en beperkend dat zij in de praktijk bepaalde taken, die juist de toegang tot gezondheidszorg kunnen vergemakkelijken, niet mogen uitvoeren.

“Als CHW zijn we bekend en [worden we] herkend in onze buurten, en zijn we een soort referentie voor ons publiek, omdat we de kans krijgen om naar dit publiek toe te gaan en dus op straat, thuis en bij hun non-profitorganisaties aanwezig te zijn, op hun plek van leven [...] Ik begrijp de rollen, ze zijn er en we moeten daar niet te veel van afwijken. Daar ben ik het helemaal mee eens. Dankzij deze rollen kunnen we bepaalde situaties ook opnieuw inschatten. Maar we moeten dit toch nuanceren, want wij zijn maatschappelijk werkers, wij staan in het veld, naast de mensen, dicht bij de mensen, zo wordt het project opgezet. Het is dus normaal dat er vaak vragen zijn die niet [direct] met gezondheid te maken hebben” (CHW, focusgroep 8, FR).

Sommige CHWs stellen dan ook dat hun ervaring hen in staat stelt om hun grenzen duidelijk af te bakenen en per situatie te beoordelen of het opnemen van een bepaalde taak gepast is. Zij gaven aan dat er vertrouwen zou gesteld moeten worden in hun vermogen om hier op een verantwoorde manier mee om te gaan.

Infosessies geven

Het geven van infosessies over het gezondheids- en zorgsysteem behoort tot de taken van de CHW en is opgenomen onder taken 1C³ en 2A⁴. Daarbij wordt duidelijk gesteld dat de inhoud en het gebruikte materiaal vooraf gevalideerd moeten worden door een expert. Daarnaast wordt aangegeven dat het geven van sessies over thema's die niet tot de kernopdracht van de CHW behoren of waarvoor de CHW geen specifieke opleiding heeft gevolgd, niet onder hun taken valt. In dergelijke gevallen kunnen CHWs echter wel ondersteuning bieden of deelnemers doorverwijzen naar een expert.

Over dit laatste bestond geen eensgezindheid onder de CHWs, en de meningen leken mede beïnvloed door de locatie en/of anciënniteit van de CHWs. In sommige steden werden vanaf de start van het programma al diverse infosessies georganiseerd in samenwerking met partners, waardoor CHWs het onlogisch vonden dat zij dit plots niet meer zouden mogen doen. Enkele CHWs gaven aan dat ze door hun jarenlange ervaring veel expertise hadden opgebouwd over bepaalde thema's en zich daardoor bekwaam voelden om hierover een sessie te organiseren. De CHWs benadrukten daarom dat er vertrouwen moet zijn in hun inschattingvermogen welke expertise ze voldoende beheersen om al dan niet een infosessie te geven. Bovendien geven ze ook aan duidelijk te communiceren naar de deelnemers wat hun positie is.

“[Wij geven infosessies] ... over meerdere thema's, ja. Animeren, met verschillende doelgroepen. We passen ons dus aan het publiek en de vraag aan. We geven er altijd bij aan dat we geen artsen zijn en niet tot het medisch corps behoren. Vaak, als we bijvoorbeeld een sessie organiseren in samenwerking met een medisch centrum, benadrukken we steeds dat mensen hun vragen aan hun arts moeten stellen. Dat is echt de basis. We geven informatie, maar die blijft algemeen. Het is vooral bedoeld om bepaalde vragen en reflecties bij mensen op gang te brengen.” (CHW, focusgroep 8, FR)

Registreren

³ 'infosessies geven in groep over het gezondheidssysteem op vraag van een organisatie, in het kader van een inloophetmoment of op eigen initiatief'

⁴ 'zelf geven van Infosessies of animaties in groep over het zorgsysteem in cultuur sensitieve context of andere organisaties hierin bijstaan.'

Een veelbesproken taak was ‘interventies nauwkeurig registreren’, wat onder rol 8 valt. CHWs gaven aan dat ze begrijpen dat registratie nodig is voor beleidsmakers en andere betrokkenen. Ze erkenden dat het takendocument hierbij een nuttig hulpmiddel kan zijn, maar benadrukten het belang van consistente omschrijvingen tussen het takendocument en de registratietool, wat momenteel niet het geval is. In 2024 werd de registratietool namelijk aangepast om de rolomschrijving beter af te stemmen op de dagelijkse praktijk van CHWs. Echter, deze vernieuwde omschrijving komt niet overeen met die in het takendocument of de rolomschrijvingen op de officiële website. Daarnaast ervaren bijna alle CHWs de registratietool als weinig gebruiksvriendelijk. Een andere bron van frustratie is dat enkel de ‘uitkomsten’ worden geregistreerd, terwijl het volledige proces van ondersteuning buiten beeld blijft. Hierdoor weerspiegelen de uiteindelijke cijfers niet volledig het werk dat zij in de praktijk uitvoeren.

“In de interventie voeren we de titel [van de rol] in. Als je dat zo leest, kan het lijken dat [de interventie] misschien vijf minuten geduurd heeft, terwijl het werk zelf bijvoorbeeld drie uur duurde, of een dag, of meerdere dagen duurde [...] Volgens mij reflecteert het niet hoeveel werk de CHWs op de werkvloer verrichten.” (CHW, focusgroep 5, FR)

Wat beïnvloedt de uitvoering van taken?

De manier waarop taken worden uitgevoerd varieert per CHW en per team, aangezien verschillende factoren hierop van invloed zijn. Zo beïnvloeden de specifieke behoeften van de gemeenschappen die CHWs verderhelpen welke taken zij vaker of minder vaak zullen opnemen. Het ondersteunen van bijvoorbeeld nieuwkomers in België vereist het uitvoeren van andere taken dan het ondersteunen van oudere mensen die niet goed te been zijn.

Daarnaast beïnvloeden ook de persoonlijkheid en achtergrond van de CHW de manier waarop taken worden uitgevoerd. Dit wordt bijvoorbeeld duidelijk bij het geven van infosessies: sommige CHWs voelen zich comfortabel bij het spreken voor een groep, terwijl anderen hier meer moeite mee hebben. Ook bij outreachend werken speelt dit een rol—terwijl sommige CHWs het prettig vinden om onbekenden op straat aan te spreken of deur-aan-deurbezoeken te doen, ervaren anderen dit als minder vanzelfsprekend. De CHWs benadrukten dat deze diversiteit in achtergronden juist een grote meerwaarde vormt. Hun uiteenlopende ervaringen en vaardigheden maken het mogelijk om verschillende doelgroepen op een passende manier te benaderen en ondersteuning te bieden op een manier die aansluit bij zowel hun eigen sterktes als de behoeften van de gemeenschap.

“Het leuke aan ons werk is dat we allemaal verschillende vaardigheden en opleidingen hebben. Ik vind het belangrijk om uit te gaan van de sterke punten van iedereen en als team te kunnen werken aan wat we kunnen verbeteren. En dat is wat wij persoonlijk in onze regio doen.” (CHW, focusgroep 5, FR)

De relevantie van bepaalde taken verschilt ook afhankelijk van de locatie waar CHWs actief zijn en de specifieke kenmerken van hun lokale werking. Zo ervaren CHWs in grootsteden met een goed openbaar vervoersnetwerk het vervoeren van cliënten niet als hun taak. Voor CHWs die werken in gebieden met beperkte toegang tot zorgverleners of diensten, ligt dit echter ingewikkelder, omdat mobiliteit daar een grotere drempel vormt. Ook de effectiviteit van outreach-taken, zoals deur-aan-deurbezoeken bijvoorbeeld, varieert per context. Sommige teams beschouwen deze aanpak als een waardevolle manier om moeilijk bereikbare doelgroepen te identificeren en in contact te brengen met hulpverlening. Andere CHWs ervaren het echter als inefficiënt en tijdrovend, bijvoorbeeld wanneer meerdere uren aanbellen nauwelijks concrete resultaten opleveren. Bovendien gaven enkele CHWs aan dat zij zich bij deze vorm van outreachend werken soms onveilig voelden, vooral wanneer ze alleen

werkten in slecht verlichte appartementsgebouwen of in wijken met een verhoogd risico op confrontaties.

Uitdagingen bij uitvoering taken

Het vervullen van hun rollen en taken is voor CHWs niet altijd vanzelfsprekend en gaat gepaard met uitdagingen. Eén belangrijke uitdaging ligt in de afbakening van hun rollen en taken. Hoewel er met de huidige rolomschrijving en het uitgewerkte takendocument al veel meer duidelijkheid is, komt dit voor sommige CHWs te laat. Zoals ook in bovenstaand deel beschreven, installeerden zij immers reeds een eigen manier van werken doordat er nog geen heldere richtlijnen waren aan het begin van het project, en vinden ze het moeilijk om daar nu op terug te komen. Daarenboven blijkt de praktijk vaak complex waardoor CHWs regelmatig in situaties terechtkomen waarin een strikte taakafbakening niet werkbaar is. Bijvoorbeeld, terwijl hun rol niet het invullen van niet-medische administratieve documenten voor cliënten omvat, ervaren ze in de praktijk dat bepaalde mensen zonder hun hulp niet verder kunnen. Dit leidt tot een spanningsveld in wat CHWs volgens de taakomschrijving mogen doen en wat ze in de realiteit als noodzakelijk beschouwen.

Een andere uitdaging is de dubbele rol die CHWs soms hebben: enerzijds zijn ze vertrouwenspersonen en aanspreekpunten voor hun cliënten, anderzijds werken ze als professionele hulpverleners. Dit kan spanningen met zich meebrengen. Cliënten zien CHWs vaak als laagdrempelig en toegankelijk, wat kan leiden tot verwachtingen die buiten hun CHW-rollen vallen. Maar ook samenwerkingspartners en gezondheidszorgverleners hebben bepaalde verwachtingen van de CHWs. CHWs moeten voortdurend balanceren tussen deze twee rollen, wat niet altijd eenvoudig is.

“Ik heb bijvoorbeeld een cliënt gehad en ik ben meegegaan naar het OCMW. Ik ken mijn taak. Mijn taak is om zo eerlijk mogelijk te antwoorden wat de cliënt zegt. En ik probeer wat ik heb vertaald, om dat terug te vertalen naar de cliënt: “ik heb dit en dit en dit gezegd”. En op een gegeven ogenblik zegt de cliënt: “nee, waarom heb je dat gezegd? Ik heb dat aan jou gezegd, maar niet om dat te vertalen.” En dan moest ik echt duidelijk maken van: “ik kan niet liegen. Dat gaat niet. Wat je van mij vraagt, dat kan ik niet doen.” En dan is er inderdaad voor haar ergens een vertrouwensbreuk. Maar ik denk dat dat heel erg belangrijk is dat zij dat niet van ons gaat verwachten. Ja, ik heb medelijden met haar situatie, ik vind dat heel erg. Maar ik ga niet over mijn grenzen om jou te helpen. Ik ga zo eerlijk mogelijk zijn. Dit is mijn werk. Dit is mijn job. En wanneer je dat dan... Niet in die woorden, maar wanneer je dat dan uitlegt, dan is het van, “ah, ik ben gewoon jouw werk. In hoeverre probeer je mij eigenlijk te helpen?” Dat is de grootste uitdaging voor mij” (CHW, focusgroep 1, NL)

Een andere uitdaging die CHWs ervaren, is de emotionele en mentale belasting. Door de aard van hun werk worden CHWs vaak geconfronteerd met schrijnende situaties, zoals ernstige gezondheidsproblemen bij hun cliënten, maar ook armoede, huiselijk geweld, dakloosheid en dergelijke meer. Dit kan emotioneel zwaar wegen, zeker wanneer de CHWs voelen dat ze onvoldoende middelen of mogelijkheden hebben om cliënten echt verder te helpen. Het kan bovendien moeilijk zijn om professionele afstand te bewaren, vooral wanneer een cliënt een sterke vertrouwensband met de CHW opbouwt en veel persoonlijke problemen deelt. Het gevoel van machteloosheid, gecombineerd met de hoge mate van betrokkenheid, kan mentaal zeer belastend zijn.

“We hebben geen basis, we hebben geen hulpmiddelen om te leren en onszelf te beschermen. Soms verplaatsen we ons in de situatie van de cliënt en dat is ook wat ons een beetje... verdrietig maakt. We zijn als sponzen, mensen komen je dingen zeggen. Ik kan ook zeggen dat

in een situatie waarin ik zat, er een baby stierf. Ik had dus al veel zaken met dat gezin gedaan. Toen ik contact opnam met het ziekenhuis, vertelden ze me dat het niet goed ging met het kindje, hij had het niet overleefd. Ja. En het was... Ik kon dat niet vertellen aan de moeder die daar was met dat kleintje in coma. Maar het was... ik voelde me slecht.” (CHW, focusgroep 6, FR)

Ook de specifieke kenmerken van de mensen die CHW ondersteunen kunnen mentaal belastend zijn. CHWs werken met een diverse doelgroep, waaronder mensen met complexe problematieken, zoals verslaving of psychische aandoeningen. Zo kan een moeizame opvolging, waarbij een cliënt herhaaldelijk afspraken mist en moeilijk bereikbaar is, voor frustratie zorgen. Daarnaast kunnen cliënten veeleisend, wispelturig of zelfs (verbaal) agressief zijn, wat veel energie en veerkracht van de CHWs vergt. Sommige cliënten verwachten bijvoorbeeld dat een CHW altijd beschikbaar is en accepteren moeilijk grenzen. Anderen kunnen door middelengebruik of mentale problemen verward, agressief of onvoorspelbaar reageren. Sommige CHWs komen tijdens hun werk in onveilige situaties terecht. Dit speelt bijvoorbeeld ook bij outreach-activiteiten, zoals huisbezoeken of het aanspreken van mensen op straat. In bepaalde buurten of gebouwen voelen CHWs zich soms onveilig, vooral wanneer ze alleen werken of in omgevingen met verhoogd risico op criminaliteit of agressie. Daarnaast kunnen ze geconfronteerd worden met dreigende situaties, zoals spanningen binnen gezinnen, psychische crisissen of gewelddadige confrontaties. Niet alle CHWs voelen zich voldoende ondersteund of voorbereid om met dergelijke risico's om te gaan.

[Wat hebben CHWs nodig ter ondersteuning voor een goede uitvoering van hun taken?](#)

Om hun taken goed uit te voeren, hanteren CHWs reeds verschillende strategieën. Eén van de belangrijkste manieren waarop CHWs hun werk effectief uitvoeren, is door duidelijke grenzen te stellen. Dit doen ze door helder te communiceren over hun taken en rollen naar cliënten en samenwerkingspartners, en foutieve verwachtingen te voorkomen.

“Zoals gezegd kunnen wij haar [= de cliënt] geen advies geven. Wij zijn er om naar haar te luisteren en haar te ondersteunen, maar wij kunnen een zorgverlener niet vervangen. Wat zij van ons verwacht, kunnen wij haar niet bieden. Wij zullen er echter wel zijn om haar te ondersteunen, te begeleiden en te begeleiden, zo goed als we kunnen, naar de zorgverlener die haar echt kan ondersteunen en helpen. En misschien kunnen we bij de eerste ontmoeting [met de zorgverlener] ondersteunen door aanwezig te zijn. Als we het niet mogen, dan mogen we het niet. Ook al heeft de persoon in kwestie nodig dat wij bepaalde vragen beantwoorden, dan kunnen wij die rol niet op ons nemen, want dan zou dat namelijk op onze verantwoordelijkheid zijn, en de situatie zou kunnen escaleren of iets anders.” (CHW, focusgroep 5, FR)

Zoals bovenstaande quote illustreert, zullen de CHWs cliënten zo goed mogelijk doorverwijzen en een warme overdracht naar de juiste organisaties of hulpverlening garanderen, wanneer een hulpvraag buiten hun takenpakket valt.

Desondanks ervaren CHWs vele uitdagingen die de uitvoering van hun taken bemoeilijken en hebben CHWs bijkomende ondersteuning nodig om hun werk optimaal te kunnen blijven doen. Een sterk netwerk waarin CHWs kunnen terugvallen op collega's, teamverantwoordelijken en het projectteam is daarbij van groot belang. Regelmatige teammeetings en een open en duidelijke communicatiestructuur dragen bij aan het gevoel van verbondenheid en ondersteuning voor de CHWs. Erkenning en vertrouwen zijn daarbij essentieel. CHWs geven aan dat ze vaak over de nodige kennis en ervaring beschikken en zich bewust van hun opdracht en grenzen zijn. Zoals eerder beschreven, vinden ze het

soms noodzakelijk om taken op zich te nemen die eigenlijk niet onder hun takenpakket vallen. Bijvoorbeeld administratieve ondersteuning bieden, zoals het faciliteren van een inschrijving bij de gemeente, als een tussenstap in de toegang tot gezondheidszorg. Het is voor hen dan ook belangrijk dat hun werk erkend wordt en dat er vertrouwen is in hun beslissingen en professionele oordelen, zowel door samenwerkingspartners, maar ook door hun collega's, teamverantwoordelijken en coördinatoren. Dit helpt hen om hun taken met meer zekerheid en effectiviteit uit te voeren.

Daarnaast is voor CHWs extra psychologische ondersteuning bij de mentale belasting van hun werk meer dan welkom. CHWs werken met kwetsbare mensen en worden geconfronteerd met complexe en emotioneel beladen situaties. Sommige CHWs geven aan dat ze na moeilijke situaties behoefte hebben aan directe ondersteuning en de mogelijkheid om hun ervaringen te ventileren. Voor sommigen biedt een gesprek met collega's of de teamverantwoordelijke voldoende steun, terwijl anderen meer nood hebben aan externe, gespecialiseerde begeleiding om deze uitdagingen te verwerken. Daarenboven kan systematische ondersteuning, bijvoorbeeld via vaste supervisie of intervisiemomenten, hen helpen om deze uitdagingen beter te verwerken.

CHWs geven ook aan dat praktische hulpmiddelen een grote ondersteuning kunnen bieden in hun werk. Zo zou een gebruiksvriendelijkere registratietool hen kunnen helpen om de registratie van hun interventies efficiënter uit te voeren. Daarnaast kunnen kleine aankopen, zoals koffie of koekjes om tijdens permanentiemomenten of outreach-activiteiten aan cliënten aan te bieden, bijdragen aan het leggen van contacten en het soepel laten verlopen van (kennismakings)gesprekken. Dergelijke praktische ondersteuning stelt CHWs in staat om hun werk effectiever uit te voeren en hun tijd en energie optimaal te benutten.

3.2 Rollen en taken teamverantwoordelijken

Zes teamverantwoordelijken namen deel aan 2 focusgroepsgesprekken: één Nederlandstalig en één Franstalig gesprek. Dit deel van het onderzoeksrapport bespreekt de resultaten van deze gesprekken. Eerst worden de reacties op vignettes besproken. Deze vignettes waren niet gericht op het aftoetsen van hun eigen rollen en taken, maar op hun visie op de rollen en taken van CHWs en hoe zij als verantwoordelijken zouden omgaan met situaties waarin rolonduidelijkheid of -onzekerheid ontstaat voor de CHW.

Daarna wordt dieper ingegaan op de resultaten van een post-it-oefening waarbij de deelnemende teamverantwoordelijken aangaven welke van hun eigen taken zij als belangrijk of minder belangrijk beschouwen en welke aanpassingen er nodig zijn. Tenslotte bespreken we waar de teamverantwoordelijken uitdagingen en kansen zien in hun taakuitvoering.

3.2.1 Resultaten vignette-studie teamverantwoordelijken

Net zoals bij de focusgroepsgesprekken met de CHWs, werden ook bij de teamverantwoordelijken vignettes gebruikt. Er werd bij elke vignette gevraagd aan een teamverantwoordelijke om deze luidop voor te lezen en vanuit haar eigen perspectief te beantwoorden. Daarna werd met de andere teamverantwoordelijken de vignette verder besproken. Er werden drie hypothetische situaties, geïnspireerd op reële situaties, besproken, gebaseerd op vignettes die ook aan de CHWs werden voorgelegd. Hieronder worden de reacties van de teamverantwoordelijken geanalyseerd en indien mogelijk, vergeleken met de manier waarop de CHWs op een gelijkaardige vignette reageerden.

Vignette 1

Als teamverantwoordelijke word je benaderd door een lokale school met een dringend verzoek. Ze willen dat jij en je team van CHWs een informatiesessie geven aan een groep ouders over gezonde voeding en een gezonde levensstijl voor hun kinderen. De school benadrukt dat er een groot tekort is aan gezondheidsvoorlichting in de wijk en dat veel ouders met vragen zitten. Ze vertrouwen erop dat jouw team, vanwege jullie goede relatie met de gemeenschap, de sessie kan leiden. Hoewel het onderwerp buiten de kernopdracht van de CHWs valt en je weet dat je team hier geen specifieke opleiding voor heeft, voel je druk om in te stemmen. De school stelt dat jullie nauwe band met de ouders juist cruciaal is voor het succes van de sessie, en dat een externe expert niet dezelfde vertrouwensband zou hebben. De ouders verwachten dat jouw team hen helpt, maar je bent je er tegelijkertijd van bewust dat je team mogelijk niet volledig klaar is om vragen over gezonde voeding en specifieke gezondheidskwesties te beantwoorden.

De teamverantwoordelijken waren hierover unaniem: het geven van vormingen over thema's zoals gezonde voeding of een gezonde levensstijl behoort niet tot de taken van CHWs. Wel kunnen zij cliënten doorverwijzen naar externe partners, zoals een diëtist of voedingsdeskundige, die dergelijke sessies kunnen verzorgen. In dat geval kan een CHW aanwezig zijn ter ondersteuning of om het CHW-programma toe te lichten tijdens de sessie.

Deze visie sluit aan bij de reacties van een deel van de CHWs op een vergelijkbare casus (zie vignette 2 bij resultaten CHWs, pagina X). Tegelijkertijd was er onder de CHWs ook een groep die aangaf wél over voldoende kennis en expertise te beschikken om bepaalde thema's zelf toe te lichten, mits zij daarbij duidelijk maken dat ze geen medische achtergrond hebben.

Vignette 2

Eén van je CHW benadert je over een cliënt, Jean, een oudere man met mobiliteitsproblemen. Jean is door een behandelend specialist doorverwezen naar een revalidatiecentrum voor meerdere sessies. Tijdens hun contact merkte de CHW dat Jean extra hulp nodig heeft: hij is erg onzeker over het maken van een afspraak en zal het waarschijnlijk nalaten om zelf contact op te nemen. De CHW zou daarom de afspraak voor Jean willen regelen en hem vergezellen naar de eerste afspraak. Je weet echter uit ervaring dat Jean allicht ook voor de overige sessies ondersteuning nodig zal hebben, en dat revalidatiecentra eigenlijk buiten het veld van de gezondheidszorg vallen.

De teamverantwoordelijken zagen in deze vignette verschillende taken voor de CHW. In eerste instantie vinden ze het acceptabel dat de CHW Jean vergezelt naar een eerste afspraak. Het is echter van belang dat er ook nadruk wordt gelegd op het empoweren van Jean, zodat hij begrijpt dat deze ondersteuning eenmalig is. Het is immers niet de rol van de CHW om hem structureel te blijven ondersteunen bij dergelijke afspraken.

De teamverantwoordelijken benadrukten ook dat de CHW zou moeten onderzoeken welk netwerk er rondom Jean bestaat. Is hij al bekend met organisaties die vervoer en ondersteuning kunnen bieden? Is er in zijn persoonlijke netwerk iemand – zoals een buur, vriend of familielid – die hem verder kan helpen? Als dat het geval is, kan de CHW eventueel een keer meegaan, maar daarna zou een warme overdracht naar het bestaande netwerk moeten plaatsvinden. Uit ervaring weten de teamverantwoordelijken echter dat er in veel van zulke gevallen vaak weinig tot geen netwerk beschikbaar is. Daarom vinden zij het ook belangrijk om dit probleem actief te signaleren, zodat er gerichte acties kunnen worden ondernomen om Jean te ondersteunen.

Vignette 3

Een van je CHWs begeleidt Fatima, een jonge alleenstaande mama die nieuw is in België, en ondersteuning nodig heeft om haar weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem. Fatima heeft diabetes, waarbij een goede opvolging noodzakelijk is want gedurende haar moeilijke migratietraject verzwakte haar weerstand, en daardoor ze loopt risico op ernstige complicaties. Fatima heeft echter herhaaldelijk afspraken gemist, geeft niet altijd duidelijkheid over waarom ze niet komt opdagen, en reageert steeds minder op contactpogingen van de CHW. Fatima heeft weinig vertrouwen in hulpverleners, en de CHW is onzeker over hoe verder te gaan: moet hij blijven proberen haar te betrekken en de zorg veiligstellen, of moet hij haar autonomie respecteren, ook als dat betekent dat ze mogelijk geen zorg krijgt? Bovendien maakt de CHW zich zorgen over Fatima haar jonge kindje, want Fatima heeft geen netwerk om haar heen.

Wat deze vignette betreft, sluit de visie van de teamverantwoordelijken goed aan bij die van de CHWs in de vergelijkbare casus (zie vignette 6, p. 78). De teamverantwoordelijken hebben veel vertrouwen in het vermogen van de CHWs om de situatie correct in te schatten, voeling te houden met de context en passende beslissingen te nemen. De teamverantwoordelijken benadrukken dat ze in eerste instantie dus zullen luisteren naar hoe de CHW de situatie ervaart en welke stappen al zijn ondernomen. Daarbij ligt de focus op het goed in kaart brengen van de noden en vragen van Fatima en op het opbouwen van een vertrouwensband, met extra aandacht voor het jonge kind. De teamverantwoordelijken vinden het essentieel om geen onnodige druk op Fatima te leggen, maar geleidelijk aan vertrouwen op te bouwen en te behouden.

Daarnaast wordt het belang van Fatima's eigen wensen benadrukt. Ondanks goede intenties van CHWs, is het mogelijk dat zij geen ondersteuning wil. In dat geval is het voor de teamverantwoordelijken cruciaal dat de CHW duidelijk de grenzen van zijn of haar rol aangeeft en, indien nodig, de casus loslaat. Dit betekent dat de CHW niet langer actief opvolgt, maar wel aangeeft dat de deur op een kier blijft staan. Mocht Fatima later alsnog hulp nodig hebben, dan weet ze dat ze altijd opnieuw bij de CHW terecht kan.

3.2.2 Bespreking takendocument teamverantwoordelijken

Na de vignettes waarin de kijk van de teamverantwoordelijke op de rollen en taken van CHWs werd afgetoetst, werden de rollen en taken van de teamverantwoordelijken zelf besproken. De teamverantwoordelijken werd gevraagd om drie taken aan te duiden die zij het belangrijkste vonden en drie taken die zij minder belangrijk achtten binnen de huidige taakomschrijving van de teamverantwoordelijke. Vervolgens werden deze keuzes besproken, evenals mogelijke aanpassingen aan het takendocument en de manier waarop de teamverantwoordelijken hun rollen en taken ervaren.

Belangrijke taken

Het aangeven van de drie belangrijkste taken was geen eenvoudige opdracht voor de teamverantwoordelijken, aangezien zij veel van hun taken als essentieel beschouwen. Toch bieden de antwoorden, weergegeven in onderstaande tabel, een interessante inkijk. Zes van de negen gekozen taken vallen onder de rollen 'leiding geven' en 'coaching', wat duidelijk maakt waar de prioriteiten van de teamverantwoordelijken liggen. De meest gekozen taken hebben betrekking op 'het ondersteunen van de CHWs', 'het creëren van een veilige werkomgeving', en 'het inbedden van het CHW-programma in de lokale context door samen te werken met het lokale gezondheids- en zorgnetwerk'. Heel vaak

gaven de teamverantwoordelijken elkaar gelijk in hun keuze voor bepaalde taken en bevestigden ze elkaars standpunten.

‘Ondersteuning bieden aan CHWs’ wordt als cruciaal ervaren, omdat zij meestal alleen op het terrein werken en geconfronteerd worden met complexe en zware problematieken. Ook de taken rond ‘opvolging van de CHW in het terrein’ en ‘kennisversterking van CHWs’, die twee keer werden gekozen, sluiten hierbij aan. De teamverantwoordelijken gaven aan deze taken steeds af te stemmen op de noden en behoeften van hun teams.

“En dat is hetgeen dat we allemaal doen, is echt dat gericht leiding geven waar onze teams ons nodig hebben. Want niet elk team of niet elk individu is hetzelfde. En er zijn mensen die heel sterk zijn zelf in netwerken of heel sterk zijn in outreach of heel sterk zijn in het mentale gedeelte, of juist helemaal niet. [...] Dus ook dat verschilt heel hard, van team tot team. Of van persoon tot persoon, ja. Voilà. Dus dat is hetgeen dat wij moeten doen. En daar liggen ook wel al heel veel verschillende accenten. Het is echt op maat, eigenlijk, dat je coacht.”
(Teamverantwoordelijke)

Daarnaast benadrukken de teamverantwoordelijken dat een goed netwerk essentieel is voor een effectieve opvolging en begeleiding van cliënten. Eén van hun belangrijkste taken is dus ‘de contacten leggen voor dat netwerk te creëren’, en het CHW-programma in hun lokale context in te bedden. Ook de taak rond het ‘creëren van een kader en het uitzetten van richting binnen de gemeente of stad’, die twee keer werd aangeduid, sluit hierop aan.

Verder geven de teamverantwoordelijken aan dat hun persoonlijke kwaliteiten mede bepalen waar de nadruk binnen hun verschillende rollen ligt. Zo zal een teamverantwoordelijke die sterk is in coaching hier meer focus op leggen, terwijl iemand met een talent voor netwerken juist daar extra op inzet.

Tabel 4: Belangrijke taken aangeduid door teamverantwoordelijken bij post-it oefening

Taak <i>Het nummer verwijst naar de rol en de letter naar de bijbehorende taak.</i>	Rol	Aantal Teamverantwoordelijken dat deze taak aanduidde als ‘belangrijk’.
1A. Legt contacten met het gezondheids- en zorgnetwerk in de gemeente/stad om samenwerkingsverbanden op te starten en meer bekendheid te geven aan de CHW-werking	1. Netwerk uitbouwen en onderhouden	3
2B. Zorgt voor een veilige werkomgeving die de CHW in staat stelt zijn/haar ondersteunde rol ten volle op te nemen	2. Leiding geven	3
3C. Motiveert en ondersteunt de CHW bij de uiteamverantwoordelijkeoering van zijn/haar rol	3. Coaching	3
2A. Creëert het kader en zet de richting uit in de gemeente/stad in overeenstemming met de doelstelling van de CHW	2. Leiding geven	2
2C. Volgt de werking van elke CHW op het terrein en stuurt bij waar nodig	2. Leiding geven	2
3A. Versterkt de kennis van de CHW bij de toepassing van de juiste doorverwijzingen op het terrein	3. Coaching	2

3B. Bevordert de uitwisseling van ervaringen binnen het team door o.m. de organisatie van intervisies op regelmatige basis	3. Coaching	1
4A. Neemt deel aan de verbetering/ontwikkeling van instrumenten/procedures om het werk van de CHW te optimaliseren (registratie, communicatie, hulpmiddelen, ...)	4. Projectontwikkeling	1
4D. Koppelt informatie vanop het veld terug richting de projectleiding en collega-supervisor/coaches	4. Projectontwikkeling	1

Minder belangrijke taken

Het kiezen van drie minder belangrijke taken was, net zoals voor de CHWs, geen gemakkelijke opgave voor de teamverantwoordelijken, gezien ze alle taken als relevant beschouwen. Niet elke teamverantwoordelijke heeft dan ook drie taken aangeduid. De taken die het vaakst werden genoemd (zie onderstaande tabel), waren deze waarvan de teamverantwoordelijken vonden dat ze eigenlijk tot de verantwoordelijkheid van anderen behoorden, wat in de praktijk vaak ook al reeds het geval is. Bijvoorbeeld administratieve *Human Resources* (HR)-ondersteuning en het plannen van opleidingen, taken die door de HR-verantwoordelijke worden opgenomen. Ze gaven echter aan dat het wel belangrijk is dat ze op de hoogte blijven of inspraak hebben bij bepaalde HR-gerelateerde zaken, zoals door in kopie te worden gezet bij e-mails over ziektemeldingen van CHWs of de mogelijkheid te blijven hebben om input te geven over relevante opleidingen. Ook ‘het ontwikkelen van instrumenten en procedures om het werk van de CHWs te optimaliseren’, beschouwen de teamverantwoordelijken eerder als een taak van de coördinatoren dan van henzelf.

*“Die ‘zet proactief op de implementatie van instrumenten en procedures die ontwikkeld worden’. Wij kunnen onze mening geven en onze werking duidelijk vertalen van wat de CHWs doen en wat daar dan goed voor is, maar dat proactief en dat opstarten, dat is niet voor ons.”
(Teamverantwoordelijke)*

Eén teamverantwoordelijke gaf aan dat ook de ‘selectie van nieuwe werknemers voor haar niet tot haar takenpakket behoorde’, aangezien dit door de regionale coördinator werd gedaan en zij deze volledig vertrouwde in deze taak. Het ‘deelnemen aan verschillende werkgroepen’ werd door de meeste teamverantwoordelijken als minder relevant beschouwd, omdat deelname aan verschillende werkgroepen tegelijkertijd op bepaalde momenten in het programma veel tijd vergde en niet altijd duidelijke of productieve resultaten opleverde.

Een taak die zowel bij de belangrijke als minder belangrijke taken werd genoemd, was ‘het opvolgen van de CHWs op het terrein en het bijsturen waar nodig’. Hoewel dit door iedereen als belangrijk werd gezien, vonden sommige teamverantwoordelijken het ook moeilijk haalbaar. Het is, vooral in grotere teams, tijdsintensief om elke CHW op het terrein te volgen. Bijkomend werd er opgemerkt dat het ethisch niet altijd mogelijk is om dit te doen, bijvoorbeeld om de vertrouwensrelatie met een cliënt niet te verstoren. Daarnaast gaven de teamverantwoordelijken aan dat het ook een kwestie van vertrouwen in hun CHWs is, die de nodige ervaring hebben en autonoom kunnen werken. De teamverantwoordelijken stelden daarom dan ook in vraag of dit als een ‘verplichte’ taak in de omschrijving diende opgenomen te worden.

Tabel 5: Minder belangrijke taken aangeduid door teamverantwoordelijken bij post-it oefening

Taak <i>Het nummer verwijst naar de rol en de letter naar de bijbehorende taak.</i>	Rol	Aantal Teamverantwoordelijken dat deze taak aanduidde als 'minder belangrijk'.
5B. Is verantwoordelijk voor de input bij HR-ondersteuning (prestatiestaten, verlof, ziekte, onkosten, ...)	5. Personeelsbeheer	5
4C. Neemt deel aan diverse werkgroepen	4. Projectontwikkeling	3
3D. Helpt mee bij de organisatie en planning van opleidingen voor de CHW	3. Coaching	2
2C. Volgt de werking van elke CHW op het terrein en stuurt bij waar nodig	2. Leiding geven	1
1C. Onderhoudt goede professionele betrekkingen met de andere actoren op het terrein	1. Netwerk uitbouwen en onderhouden	1
4B. Zet proactief in op de implementatie van instrumenten/procedures die ontwikkeld worden	4. Projectontwikkeling	1
4F. Werkt actief mee aan onderzoek	4. Projectontwikkeling	1
5D. Neemt deel aan selectie van nieuwe teamleden	5. Personeelsbeheer	1

Aanpassingen taakomschrijving

De teamverantwoordelijken vonden het takendocument over het algemeen accuraat. Wel waren er, zoals hierboven beschreven, taken die zij eerder als de verantwoordelijkheid van anderen beschouwden, waarbij de teamverantwoordelijke wel een ondersteunende rol kan spelen. Zij stelden voor om dit duidelijker te formuleren in de taakomschrijving, zodat deze beter aansluit bij de realiteit van hun functie.

Daarnaast brachten de gesprekken enkele punten naar voren die volgens de teamverantwoordelijken hun taken nog beter zouden omschrijven. Zo benadrukten ze dat het netwerken verder gaat dan enkel de gezondheids- en zorgsector en dat er ook regelmatig samenwerkingen en overlegmomenten zijn met sociale partners. Verder gaven ze aan, zoals ook door de CHWs werd opgemerkt, dat de taken die samenhangen met het opzetten en onderhouden van samenwerkingen explicieter in hun takenpakket opgenomen zou mogen worden, omdat hier veel tijd en energie aan besteed wordt.

Uitdagingen en kansen in taakuitvoering teamverantwoordelijken

Net zoals de CHWs ervaren ook de teamverantwoordelijken verschillende uitdagingen in hun werk. Zo gaven zij aan dat hun sterke punten op bepaalde vlakken verschillen, wat ze tegelijk als een kans zien om van elkaar te leren. Ze zouden sterker willen inzetten op de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen en expertise te delen, zodat ze van elkaar kunnen bijleren en zo hun vaardigheden kunnen versterken.

Een bijkomende uitdaging is dat elke teamverantwoordelijke zelfstandig werkt binnen een specifiek gebied, wat betekent dat zij vaak zelf hun weg moeten vinden binnen een lokaal unieke context. Dit

leidt ertoe dat teamverantwoordelijken bepaalde accenten in hun werk leggen naargelang de noden van hun werkgebied, en hierdoor hun visie op taken en prioriteiten verschillen. In sommige teams ligt bijvoorbeeld meer nadruk op outreachend werken, terwijl dat in andere regio's minder prioritair is.

Daarnaast brachten de teamverantwoordelijken naar voren dat de snelle opstart van het programma te weinig structuur en procedures met zich meebracht in het eerste projectjaar. Net als de CHWs moesten zij hierdoor soms zelf een manier van werken ontwikkelen, of het overnemen van teamverantwoordelijken die dit naar eigen kunnen hadden uitgewerkt. In deze eigen invulling zien de teamverantwoordelijken zowel voor- als nadelen: het gebrek aan duidelijke richtlijnen is soms een tekortkoming voor een uniforme benadering binnen het programma, anderzijds kan hierdoor de werkwijze afgestemd worden op de specifieke context waarin ze werken. De uitdaging ligt dan ook in het vinden van een evenwicht tussen structuur en autonomie. Soms komt het ook voor dat het projectteam instructies of richtlijnen meegeeft die de teamverantwoordelijke moet doorgeven aan het team, zelfs wanneer zij hier zelf niet volledig achter staat.

“Wij zijn uiteindelijk de ogen en oren van het programma en moeten kunnen uitleggen wat er gebeurt en hoe het gebeurt. En in beide richtingen, en ook in staat zijn om de informatie die door het projectteam is bepaald, naar de teams door te geven. Ja, dat is soms lastig, omdat ik als TV het niet altijd eens ben met een beslissing van het projectteam. En toch moet het zo gebeuren.”

In dat kader vinden de teamverantwoordelijken het essentieel dat hun signalen en feedback naar de coördinatoren en projectleiding serieus worden genomen en opgevolgd worden. Via bevestigingen of rechtstreekse signalen hebben zij al enkele malen duidelijke richtlijnen gevraagd over bepaalde aspecten van hun werk. Het is echter frustrerend wanneer opvolging uitblijft of onduidelijk is, omdat dit hen in een lastige positie plaatst tegenover hun teams. Een concreet voorbeeld hiervan is de registratie van interventies: de CHWs hebben hier verschillende vragen en noden over, die door de teamverantwoordelijken worden doorgegeven, maar de aanpassing van de tool of verduidelijking van de richtlijnen laat soms op zich wachten. Een goede samenwerking met de regionale coördinator is in zulke gevallen cruciaal, omdat deze duidelijkheid kan scheppen en de teamverantwoordelijken kan ondersteunen.

Tot slot zetten de teamverantwoordelijken zich sterk in voor hun teams en CHWs, en vinden het heel belangrijk dat ze voor de CHWs een veilige en ondersteunende werkomgeving kunnen garanderen. Dit is niet altijd even evident, zo merken de teamverantwoordelijken bijvoorbeeld op dat de CHWs mentaal onder druk kunnen staan door de zware en complexe problematieken waarmee ze geconfronteerd worden. Het is voor de teamverantwoordelijken soms moeilijk om hierin de juiste ondersteuning te bieden, omdat zij zelf daar niet voor opgeleid zijn of niet over de middelen beschikken om iemand hiervoor in te schakelen. Daarom pleiten zij voor meer externe, psychologische ondersteuning die door het projectteam gefaciliteerd wordt.

“Die intervisie is heel mooi, maar dat gebeurt nog niet of veel te weinig. En dat vind ik echt, [...], dat zou veel beter kunnen, die psychologische ondersteuning.”

Dit is een nood die zowel door de teamverantwoordelijken als door de CHWs zelf wordt aangegeven.

4 Discussie

In wat volgt, worden de onderzoeksresultaten besproken in het licht van de internationale wetenschappelijke literatuur.

4.1 Rollen en taken CHWs

De afgelopen jaren is binnen het Belgische CHW-programma sterk ingezet op het ontwikkelen van een duidelijk kader voor de rollen en taken van CHWs. Dit proces was aanvankelijk gebaseerd op 'The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project' uit de Verenigde Staten (Rosenthal et al., 2018). Hierdoor sluit de rolomschrijving van de Belgische CHWs grotendeels aan bij internationale CHW-programma's. Tegelijkertijd beïnvloedt een lokale context de definiëring van rollen (Niang, 2020). In het CHW-programma leidt bijvoorbeeld de Belgische beleidscontext tot enkele specifieke afbakeningen. Zo richten CHWs zich bijvoorbeeld niet op preventie en verlenen zij geen medische zorg. Om deze rollen en taken verder te verfijnen en goed af te stemmen op de dagelijkse praktijk van CHWs, werd dit onderzoek uitgevoerd. Het meenemen van de stem en ervaringen van CHWs is een cruciale stap in het vastleggen van een accurate rol- en taakomschrijving (Glenton et al., 2021). Het zorgt ervoor dat deze beter aansluit bij de praktijk en de noden van de gemeenschappen. Dit verhoogt niet alleen de effectiviteit van de CHWs hun werk, het draagt ook bij aan hun betrokkenheid in het programma en versterkt het hun motivatie, omdat ze zich gehoord en gewaardeerd voelen.

4.2 Belang van duidelijke rol- en taakafbakening

Uit de resultaten blijkt dat een duidelijke afbakening van rollen en taken voor CHWs om meerdere redenen van groot belang is. Het biedt niet alleen richting en houvast voor henzelf, maar zorgt ook voor helderheid naar samenwerkingspartners en cliënten toe. Bovendien kan het ook bijdragen aan de empowerment van cliënten, doordat ze zelf verder actie moeten ondernemen waar de ondersteuning van CHWs eindigt. Dit sluit aan bij bestaande literatuur, waarin wordt benadrukt dat een goed gedefinieerde rol essentieel is voor de erkenning en waardering van CHWs binnen zowel de gemeenschap als het gezondheidssysteem (Colvin et al., 2021; Perry et al., 2021). Een heldere afbakening draagt niet alleen bij aan de integratie van CHWs binnen het gezondheidssysteem, maar ook aan een realistische communicatie naar de doelgroep toe (Crigler, Hill, et al., 2013). Voor nieuw startende CHWs, binnen de huidige teams of indien het programma geografisch zou uitbreiden, is de taakomschrijving zeer zinvol. Voor sommige, reeds langer werkende CHWs komt de invoering van een duidelijke taakomschrijving echter te laat. CHWs die vanaf het begin van het programma actief waren, hebben hun taken en rollen grotendeels zelf vormgegeven vanwege het ontbreken van richtlijnen. Deze invulling komt niet altijd helemaal overeen met de huidige uitgewerkte taakomschrijving, waardoor dit tot spanningen kan leiden. In sommige gevallen kunnen taken die CHWs voorheen uitvoerden, zoals helpen bij administratieve taken die niet gezondheidsgerelateerd zijn, niet langer binnen de huidige context. Dit zorgt voor verwarring bij cliënten en samenwerkingspartners en maakt het voor CHWs lastig om de verwachtingen bij te stellen, vooral wanneer zij zelf niet volledig achter de veranderingen staan. Daarom is het essentieel dat CHWs de mogelijkheid hebben om feedback te geven tijdens het proces van rol- en taakafbakening. Een open dialoog tussen het projectteam, coördinatoren, teamverantwoordelijken en CHWs bevordert een inclusieve besluitvorming (Glenton et al., 2021). Dit zorgt ervoor dat alle betrokkenen zich gehoord voelen en dat de communicatie over rollen en taken duidelijk en eenduidig wordt.

4.3 Uitdagingen bij duidelijke taak-afbakening

Hoewel een duidelijke taakomschrijving voor helderheid zorgt, blijkt de afbakening soms ook belemmerend voor het werk van de CHWs, vooral wanneer vragen van cliënten of de context CHWs in een lastige positie brengen waarin het niet opnemen van een taak voor hen als problematisch aanvoelt. CHWs geven aan dat zij bij vragen die buiten hun rol vallen, in eerste instantie proberen om cliënten door te verwijzen of hen te stimuleren om zelf barrières te overwinnen. Echter, in de praktijk blijkt dat doorverwijzing niet altijd een oplossing biedt, omdat cliënten vaak te maken krijgen met gebrekkige dienstverlening, waardoor ze alsnog niet de nodige ondersteuning ontvangen. In zulke gevallen nemen CHWs deze taken soms toch op zich om vooruitgang te boeken en de cliënt te helpen. Deze bevindingen sluiten aan bij internationale wetenschappelijke literatuur die stelt dat CHWs vaak te maken krijgen met rolambigüiteit en spanning tussen de verwachtingen van de gemeenschap en de regelgeving van het gezondheidssysteem (Mhlongo et al., 2020; Schaaf et al., 2020). Dit kan leiden tot 'morele stress' (*'moral stress'*), omdat CHWs hun werk niet kunnen uitvoeren op de manier die zij als juist en passend beschouwen (Glenton et al., 2021).

Daarnaast ervaren CHWs ook morele spanningen wanneer zij bepaalde taken niet mogen opnemen die volgens hen essentieel zijn in de ondersteuning van de cliënt, zoals een inschrijving bij de gemeente, helpen bij financiële administratie of zelf vervoer aanbieden. Voor velen is het lastig om deze taken te weigeren, omdat dit hun vertrouwensrelatie met cliënten zou kunnen schaden of omdat ze het moreel niet correct vinden. Dit spanningsveld wordt ook in de literatuur beschreven: CHWs ervaren vaak emotionele stress doordat ze geconfronteerd worden met morele dilemma's en tegenstrijdige verwachtingen (Glenton et al., 2021). Los van deze spanningen, brengt het werk van CHWs reeds een aanzienlijke emotionele en mentale belasting met zich mee. Ze worden regelmatig geconfronteerd met schrijnende situaties zoals armoede, huiselijk geweld, dakloosheid en ernstige gezondheidsproblemen. De CHWs geven aan dat dit zwaar kan wegen, vooral wanneer ze voelen dat ze onvoldoende middelen of mogelijkheden hebben om hun cliënten echt verder te helpen. Dit wordt bevestigd door onderzoek waarin wordt gewezen op de emotionele tol die dit werk met zich meebrengt (Glenton et al., 2021; Hartzler et al., 2018). CHWs worden voortdurend geconfronteerd met complexe gezondheids- en sociale uitdagingen binnen de gemeenschappen die ze ondersteunen. Bovendien hebben CHWs niet altijd voldoende ondersteuning of handvatten om met deze mentale belasting om te gaan. Onderzoek wijst erop dat een ondersteunende werkomgeving, met toegang tot supervisie, peer support en psychologische hulp, cruciaal is om de mentale veerkracht van CHWs te versterken (Mhlongo et al., 2020). Dit wordt in het onderzoek ook aangegeven door de CHWs: ze ervaren een sterk netwerk van collega's, teamverantwoordelijken en coördinatoren als ondersteunend om hun werk met meer zekerheid uit te voeren. Daarnaast voelen sommigen onder hen een nood aan psychologische ondersteuning, vooral na emotioneel belastende situaties. Regelmatige supervisie en intervisiemomenten kunnen hierbij helpen.

4.3.1 Beïnvloedende factoren op uitvoering CHW-taken

Uit de resultaten blijkt dat de manier waarop CHWs hun taken uitvoeren beïnvloed wordt door zowel de specifieke behoeften van de gemeenschap, als de achtergrond en persoonlijkheid van de CHW zelf. Ook internationale literatuur beschrijft deze dynamiek. De gezondheidsuitdagingen binnen een gemeenschap en de culturele achtergrond ervan bepalen mede welke rollen en taken essentieel zijn (Glenton et al., 2021). Daarnaast spelen de persoonlijkheid, vaardigheden en motivatie van CHWs een rol bij de taken die zij op zich nemen (Hartzler et al., 2018). Zo hebben CHWs met een extravert karakter vaak een andere communicatiestijl en blinken ze uit in outreach-taken, terwijl introverte CHWs beter tot hun recht komen in één-op-één interacties (Glenton et al., 2021). Deze diversiteit stelt CHWs in

staat hun sterke punten te benutten en af te stemmen op de noden van de gemeenschap (Glenton et al., 2021; Hartzler et al., 2018). Belgische CHWs ervaren dit als een grote meerwaarde, omdat het hen in staat stelt om ondersteuning op maat te bieden. Tegelijkertijd brengt deze variatie ook uitdagingen met zich mee, zoals onzekerheid over taakafbakening en de emotionele belasting van het werk. De weerbaarheid van CHWs kan onder druk komen te staan, en degenen die gevoeliger zijn voor stress ervaren vaker rolonzekerheid (Glenton et al.). Ook moeilijke reacties van cliënten of samenwerkingspartners kunnen hieraan bijdragen, waardoor CHWs zich onzeker of minder competent voelen. Een ondersteunende werkomgeving is daarom cruciaal (Mhlongo et al., 2020).

4.3.2 Sociale determinanten van gezondheid en CHW-rollen

De beperkingen van een té strikte rolafbakening worden vooral zichtbaar wanneer CHWs onvoldoende kunnen inspelen op de sociale determinanten van gezondheid (Lewin, Lehmann, & Perry, 2021). Sommige CHWs ervaren het niet mogen uitvoeren van bepaalde taken als strijdig met de outreach-aanpak van het programma en de erkenning van sociale determinanten van gezondheid, waarop het programma gestoeld is. De onderzoeksresultaten illustreren dat er een grijze zone bestaat tussen taken die strikt binnen de gezondheidszorg vallen en bredere sociaal-maatschappelijke ondersteuning. Sommige CHWs argumenteren dat bepaalde taken, zoals het helpen bij het inschrijven in een sportclub of het begeleiden naar administratieve instanties, indirect bijdragen aan een betere gezondheidssituatie en dus niet zomaar kunnen worden uitgesloten.

De nood die CHWs ervaren om ook bredere, sociaal-maatschappelijke ondersteuning te kunnen en mogen bieden, wordt ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. Studies tonen aan dat CHWs een essentiële brugfunctie vervullen in het aanpakken van sociale determinanten, wat cruciaal is voor het verkleinen van gezondheidsongelijkheden en voor het realiseren van een geïntegreerde eerstelijnszorg (Vandenbroeck & Braes, 2020). Dankzij hun unieke positie binnen gemeenschappen kunnen CHWs een belangrijke rol spelen in het aanpakken van deze determinanten, bijvoorbeeld door financiële en administratieve ondersteuning te bieden of hulp bij huisvesting (Damio, Ferraro, London, Pérez-Escamilla, & Wiggins, 2017). De COVID-19-pandemie heeft dit belang verder onderstreept en vormde mee de aanleiding voor de oprichting van het Belgische CHW-programma. Omdat het signaleren van structurele ongelijkheden een kernaspect is van het Belgische CHW-programma, is aandacht voor sociale determinanten des te belangrijker. Juist door zich te richten op deze bredere determinanten van gezondheid, kunnen CHWs ook pleitbezorgers zijn voor sociale verandering (Capotescu et al., 2022; Hartzler et al., 2018; Schaaf et al., 2020). CHW identificeren de obstakels die mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie ondervinden in hun gezondheidszorgtraject en zetten zich in om deze te weg te werken. Door hun holistische aanpak binnen de gezondheidszorg, wordt de ruimere context van de patiënt in acht genomen en de stem van de gemeenschappen gehoord (Capotescu et al., 2022).

4.4 Rollen en taken teamverantwoordelijken

De onderzoeksresultaten laten zien dat de teamverantwoordelijken het begeleiden van hun teams en het creëren van een veilige en ondersteunende werkomgeving als prioritaire taken beschouwen. Dit sluit aan bij de literatuur, waarin beschreven wordt hoe teamverantwoordelijken een actieve rol nemen in het ondersteunen van CHWs door het bieden van begeleiding en feedback en ervoor te zorgen dat CHWs over de nodige middelen en ondersteuning beschikken om hun werk effectief uit te voeren (LeBan et al., 2021). Daarnaast vonden de teamverantwoordelijken netwerkopbouw ook één van hun essentiële taken, ze benadrukken dat een goed netwerk belangrijk is voor de inbedding van het CHW-programma in de lokale context. Teamverantwoordelijken fungeren inderdaad vaak niet alleen als

supervisor, maar ook als brug tussen CHWs en het bredere gezondheidssysteem (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Ze kunnen het externe vertrouwen in CHWs versterken door relaties met andere zorgverleners en beleidsmakers op te bouwen (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Door hun verbindende rol dragen ze bij aan een betere integratie van CHWs in het gezondheidssysteem en verbeteren ze de samenwerking tussen verschillende actoren in de gezondheidszorg.

De teamverantwoordelijken zagen de waarde van het leren van elkaar, aangezien hun sterke punten op verschillende vlakken liggen, en ze zelfstandig werken in een context waarin soms moeilijke beslissingen genomen moeten worden. Ze willen daarom sterker inzetten op het uitwisselen van ervaringen en het delen van expertise, zodat ze elkaar kunnen versterken en hun vaardigheden verder kunnen ontwikkelen. Dit sluit aan bij de literatuur over 'peer learning' en intervisie als effectieve methodes voor professionele ontwikkeling binnen CHW-programma's (Crigler, Gergen, et al., 2013). 'Peer learning' is een innovatieve aanpak waarbij teamverantwoordelijken samenwerken om 'best practices', uitdagingen en oplossingen met elkaar te delen. Dit proces helpt niet alleen om individuele vaardigheden en leiderschapskwaliteiten te verbeteren, maar draagt er ook toe bij dat CHWs beter ondersteund worden. Bovendien versterkt het de onderlinge band tussen teamverantwoordelijken, wat extra ondersteuning biedt in hun functie die sterk contextafhankelijk is en afstemming vereist met de lokale gezondheids- en zorginfrastructuur (LeBan et al., 2021). Hierdoor leggen teamverantwoordelijken verschillende accenten in hun werk, afhankelijk van de specifieke noden van hun regio. Door onderling ervaringen te delen, kunnen teamverantwoordelijken hun expertise uitbreiden en zich bekwamen in taken waarin ze minder ervaring hebben, wat bijdraagt aan een meer effectieve en consistente ondersteuning van CHWs (Crigler, Gergen, et al., 2013).

De teamverantwoordelijken ervaren ook uitdagingen bij de uitvoering van bepaalde taken. Het 'opvolgen van CHWs op het terrein' wordt door velen als belangrijk gezien, maar is niet altijd haalbaar, vooral in grotere teams. Dit roept vragen op over de praktische uitvoerbaarheid van bepaalde rollen en taken. Teamverantwoordelijken moeten een balans vinden tussen supervisie en het vertrouwen geven aan CHWs om autonoom te werken (LeBan et al., 2021). Een andere belangrijke uitdaging is de psychosociale ondersteuning van CHWs. De teamverantwoordelijken erkennen dat CHWs mentaal onder druk kunnen staan door de complexe problematieken waarmee ze geconfronteerd worden, maar geven aan dat zij zelf niet altijd over de juiste vaardigheden of middelen beschikken om hier adequaat op in te spelen. Dit onderstreept de noodzaak van externe, gespecialiseerde ondersteuning, zoals systematische supervisie en intervisiemomenten, zoals ook in de literatuur wordt aanbevolen (Crigler, Gergen, et al., 2013). Psychosociale ondersteuning wordt gezien als een essentieel onderdeel van het behoud en de motivatie van CHWs en draagt bij aan de effectiviteit van het programma op lange termijn (Mhlongo et al., 2020).

Sommige taken, zoals 'administratieve HR-ondersteuning' en 'het ontwikkelen van instrumenten en procedures', werden door teamverantwoordelijken als minder relevant beschouwd, omdat deze doorgaans bij andere verantwoordelijken binnen de organisatie liggen. Een duidelijke taakafbakening tussen de verschillende verantwoordelijken binnen het CHW-programma is daarom belangrijk. Daarnaast brachten de teamverantwoordelijken naar voren dat de snelle opstart van het programma in het eerste projectjaar te weinig structuur en procedures met zich meebracht. Net als de CHWs moesten zij hierdoor soms zelf een manier van werken ontwikkelen, of het overnemen van teamverantwoordelijken die dit naar eigen inzicht hadden uitgewerkt. De teamverantwoordelijken uiten daarom de noodzaak aan een goed gestructureerd (ondersteunings)systeem, wat helpt om hun focus te behouden op hun kerntaken (Crigler, Gergen, et al., 2013). Hierbij is het belangrijk een goed evenwicht te vinden: enerzijds is een zekere mate van uniformiteit nodig om de kwaliteit en coherentie

van het programma te waarborgen, anderzijds laat flexibiliteit toe om beter in te spelen op de lokale context en noden (LeBan et al., 2021).

Tot slot ervaren de teamverantwoordelijken ook uitdagingen in de interne communicatie en besluitvorming. Ze geven aan dat het soms frustrerend is wanneer signalen en feedback niet tijdig of adequaat worden opgevolgd door de coördinatoren of projectleiding. Dit kan leiden tot een dubbele positie tussen de CHWs en het projectteam, en kan de effectiviteit van hun rol ondermijnen. De literatuur bevestigt dat een goede communicatie en responsiviteit van het management cruciaal is om teamverantwoordelijken in staat te stellen hun taken optimaal uit te voeren en CHWs effectief te ondersteunen (LeBan et al., 2021).

5 Sterktes en beperkingen onderzoek

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten is het belangrijk rekening te houden met de sterktes en beperkingen van het onderzoek.

5.1 Sterktes

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de brede inclusie van deelnemers. Doordat er geen exclusiecriteria waren, namen vrijwel alle CHWs en teamverantwoordelijken deel, wat de representativiteit van de resultaten binnen het CHW-programma aanzienlijk versterkt.

Daarnaast droeg de consistente dataverzameling bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Alle focusgroepgesprekken werden afgenomen door dezelfde onderzoeker, wat zorgde voor uniformiteit in de manier waarop vragen gesteld en antwoorden geanalyseerd werden.

De reflexieve thematische analyse die werd toegepast, hield rekening met de rol van de onderzoeker, waardoor mogelijke biases bewust werden meegenomen in de interpretatie van de resultaten. Dit zorgde voor een evenwichtige en transparante analyse, waarbij de invloed van de onderzoeker actief werd gereflecteerd.

Bovendien werd er gebruik gemaakt van de methode van 'negatieve bewijzen', een techniek binnen kwalitatief onderzoek waarbij actief gezocht wordt naar casussen en uitspraken die de dominante patronen mogelijk tegenspreken. Dit versterkte de diepgang en validiteit van de conclusies door een bredere en kritische blik op de data te hanteren.

Verder werd methodologische triangulatie toegepast door verschillende technieken te combineren, zoals vignettes, post-it-oefeningen en open vragen tijdens de focusgroepen. Deze aanpak bood deelnemers meerdere manieren om hun ervaringen en meningen te uiten, wat de betrouwbaarheid en volledigheid van de verzamelde gegevens vergrootte.

5.2 Methodologische beperkingen

Ten eerste zijn er methodologische beperkingen. Zo vonden de focusgroepgesprekken slechts éénmalig plaats en waren ze beperkt in tijd, met een maximale duur van twee uur per sessie. Dit beperkte tijdsbestek zorgde ervoor dat niet alle beoogde onderwerpen in gelijke mate aan bod konden komen. Zo kon het uitgebreide takendocument niet volledig worden overlopen, en was het niet mogelijk om in alle focusgroepen dezelfde vignettes te bespreken. Hierdoor ontstonden nuanceverschillen tussen de verschillende gesprekken, waarbij de nadruk per focusgroep kon variëren.

Dit heeft tot gevolg dat niet alle thema's op een uniforme manier in alle groepen zijn besproken, wat de vergelijkbaarheid van de resultaten tussen de groepen enigszins beperkt. Hoewel de bevindingen waardevolle inzichten bieden in de ervaringen en percepties van de deelnemers, zou een uitgebreidere en meer gespreide dataverzameling noodzakelijk zijn voor een meer omvattend en representatief beeld.

Ook moet er rekening worden gehouden met de mogelijke invloed van groepsdynamieken binnen de focusgesprekken. Afhankelijk van de samenstelling van de groep en de onderlinge relaties tussen de deelnemers, kan de mate waarin zij vrijuit hun mening durfden geven, verschillen. Hoewel dit zoveel als mogelijk gemodereerd werd, kunnen sommige deelnemers zich geremd hebben gevoeld om hun standpunten te delen, terwijl anderen juist dominanter aanwezig waren in de discussie. Dit kan geleid hebben tot een selectieve representatie van bepaalde perspectieven binnen de focusgroepen.

Daarnaast is het onderzoek gebaseerd op zelfrapportage door CHWs en teamverantwoordelijken. Deelnemers kunnen hun antwoorden bewust of onbewust aanpassen aan wat zij als sociaal wenselijk beschouwen of hun ervaringen en meningen kleuren door persoonlijke percepties. Hoewel deze kwalitatieve benadering diepgaande inzichten biedt in de beleving van CHWs, is het belangrijk om deze mogelijke vertekeningen in overweging te nemen bij de interpretatie van de resultaten.

5.3 Contextuele beperkingen

Ten tweede zijn er ook contextuele beperkingen die in acht genomen moeten worden. Elk CHW-team werkt in een lokale context, wat – zoals in de resultaten weergegeven – hun ervaring beïnvloedt. Factoren zoals lokale of regionale verschillen, beschikbare middelen en de lokale gezondheidsstructuren kunnen invloed hebben op hoe CHWs hun werk ervaren, en beïnvloeden opnieuw de generaliseerbaarheid en interpretatie van de resultaten. Het is ook belangrijk te erkennen dat de ervaringen van de deelnemers ook beïnvloed worden door veranderende uitdagingen en beleidsmaatregelen. Omdat de focusgroeps gesprekken in het najaar en éénmalig plaatsvonden, geven de resultaten een momentopname weer. De resultaten dienen dus ook geplaatst te worden binnen de specifieke beleidsmatige context van dat moment. Zo zal de onduidelijkheid over het voortbestaan van het programma bijvoorbeeld mogelijks de ervaring van de deelnemers beïnvloed hebben.

6 Aanbevelingen

Om de rol- en taakomschrijving van de CHWs en teamverantwoordelijke verder te versterken en te verfijnen naar de toekomst, formuleren we enkele aanbevelingen op basis van de onderzoeksresultaten:

1. Participatie van CHWs in besluitvorming rond rol- en taakafbakening

We raden aan om CHWs actief te blijven betrekken bij de besluitvorming over hun rollen en taken. Een systematische afstemming met hun dagelijkse realiteit zorgt voor een nauwkeurige rol- en taakomschrijving. Dit wordt ook bevestigd in de wetenschappelijke literatuur: het verhoogt de betrokkenheid van CHWs, zorgt voor betere aansluiting bij de praktijk en de noden van de gemeenschap, versterkt de effectiviteit van hun werk en motiveert hen, omdat ze zich gehoord en gewaardeerd voelen (Glenton et al., 2021).

2. Verbreden naar preventie en sociale determinanten van gezondheid

Hoewel het CHW-programma zich momenteel beperkt tot de eerstelijnszorg, tonen dit onderzoek en de wetenschappelijke literatuur aan dat een bredere focus op preventie en het integreren van sociale

determinanten van gezondheid essentieel is. Net zoals geadviseerd in het eerste onderzoeksrapport (Masquillier et al., 2022), adviseren wij dat de federale overheid zou kunnen overwegen de opdracht van CHWs structureel uit te breiden, zodat zij naast toegang tot de gezondheidszorg ook onder andere kunnen inzetten op armoedebestrijding, huisvesting en sociale ondersteuning, en meewerken aan initiatieven rond preventie. Dit zou een multiplicator effect op de gezondheid kunnen hebben, omdat (1) sociale problemen momenteel barrières vormen voor de toegang tot de gezondheidsdiensten van CHWs en (2) deze problemen tegelijkertijd aan de basis liggen van gezondheidskwesties. Door deze sociale problemen aan te pakken, kan de gezondheid van de mensen die door CHWs worden ondersteund structureel verbeterd worden. Dit sluit aan bij het KCE-rapport over billijke gezondheidszorg, dat een intersectorale aanpak aanbeveelt (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020), en bij studies die CHWs als cruciale brugfiguren beschrijven voor het verkleinen van gezondheidsongelijkheden (Vandenbroeck & Braes, 2020). Dankzij hun sterke gemeenschapsband kunnen zij structurele ongelijkheden signaleren en aanpakken, bijvoorbeeld via financiële en administratieve ondersteuning of hulp bij huisvesting (Damio et al., 2017). Aandacht voor sociale determinanten versterkt niet alleen de impact van CHWs, maar positioneert hen ook als pleitbezorgers voor sociale verandering (Capotescu et al., 2022; Schaaf et al., 2020). Dit vraagt om een duidelijke beleidsmatige afbakening en voldoende ondersteuning (Lewin et al., 2021).

3. Ondersteuning van de mentale gezondheid van CHWs

Het psychosociale welzijn van CHWs verdient expliciete aandacht, zoals zowel CHWs als teamverantwoordelijken benadrukken. Hun rollen en taken zijn veeleisend, en een goed mentaal welzijn is essentieel voor een effectieve uitvoering ervan. Omdat zij werken met kwetsbare groepen in moeilijke omstandigheden, is het cruciaal om hun mentale gezondheid te ondersteunen. Dit kan via regelmatige intervisies en snelle toegang tot psychologische ondersteuning. Het verder uitbouwen van een samenwerking met een externe partner met expertise lijkt hiervoor aangewezen.

4. Verbeteren van registratieprocessen

Een terugkerend knelpunt, ook vermeld in eerdere rapporten, is de beperkte gebruiksvriendelijkheid van de registratietool. Dit belemmert de CHWs bij het uitvoeren van een efficiënte registratie van interventies, wat een administratieve opvolging bemoeilijkt, en vervolgens ook de nauwkeurigheid van beleidsrapportage beïnvloedt. Een praktisch haalbare registratiemethode, die samen met de CHWs wordt vormgegeven, is daarom essentieel. Daarnaast is een eenduidige rol- en taakomschrijving, consistent geformuleerd over alle kanalen heen, cruciaal voor een gestroomlijnde registratie van dagelijkse activiteiten (Glenton et al., 2021).

5. Structurele *peer learning* voor teamverantwoordelijken

Om de effectiviteit van het programma te versterken, is het opzetten van een structurele ‘peer learning’ tussen teamverantwoordelijken, en eventueel ook tussen CHWs, een waardevolle strategie. Dit wordt niet alleen door de deelnemers van het onderzoek geopperd, maar ook in de literatuur omschreven als een innovatieve methode die netwerkvorming en capaciteitsopbouw bevordert (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Door regelmatige kennis- en ervaringuitwisseling kunnen teamverantwoordelijken beter inspelen op uitdagingen en hun ondersteunende rol verbeteren. Ook CHWs kunnen op die manier van elkaar leren, wat hen uitdaagt om nieuwe taken op te pakken, en hun werk efficiënter uit te voeren. Zo een uitwisseling gebeurt al binnen sommige teams en interregionaal tijdens en het wordt aangeraden om hier verder op in te zetten, zowel voor CHWs als teamverantwoordelijken.

7 Referenties

Apers, H., Mullié, K., Wouters, E., & Masquillier, C. (2024). *Community health workers in België - Rapport 2023*. Antwerpen.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem: evaluatie van de Billijkheid*. Brussel.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res.Psych.*, 3(77–101). <https://doi.org/https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity*, 56(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>

Campbell, K. A., Orr, E., Durepos, P., Nguyen, L., Li, L., Whitmore, C., ... Jack, S. M. (2021). Reflexive thematic analysis for applied qualitative health research. *Qualitative Report*, 26(6), 2011–2028. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.5010>

Capotescu, C., Chodon, T., Chu, J., Cohn, E., Eyal, G., Goyal, R., ... Tomson, D. L. (2022). Community Health Workers' Critical Role in Trust Building Between the Medical System and Communities of Color. *American Journal of Managed Care*, 28(10), 497–499. <https://doi.org/10.37765/AJMC.2022.89247>

Colvin, C. J., Hodgins, S., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–26. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>

Crigler, L., Gergen, J., & Perry, H. (2013). *Supervision of Community Health Workers. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policy Makers*. Retrieved from http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/09_CHW_Supervision.pdf

Crigler, L., Hill, K., & Furth, R. (2013). *Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix*. Bethesda, MD.

Damio, G., Ferraro, M., London, K., Pérez-Escamilla, R., & Wiggins, N. (2017). *Addressing Social Determinants of Health through Community Health Workers: A Call to Action*. Hartford CT.

Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., ... Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>

Glenton, C., Javadi, D., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4>

Hartzler, A. L., Tuzzio, L., Hsu, C., & Wagner, E. H. (2018). Roles and functions of community health workers in primary care. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 240–245. <https://doi.org/10.1370/afm.2208>

Henderson Riley, A., Critchlow, E., Birkenstock, L., Itzoe, M. L., Senter, K., Holmes, N. M., & Buffer, S. W. (2021). Vignettes as research tools in global health communication: a systematic review of the literature from 2000 to 2020. *Journal of Communication in Healthcare*, 14(4), 283–292. <https://doi.org/10.1080/17538068.2021.1945766>

- Hodgins, S., Kok, M., Musoke, D., Lewin, S., Crigler, L., LeBan, K., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 1. Introduction: tensions confronting large-scale CHW programmes. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–24. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00752-8>
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(4), 382–386. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x>
- Hughes, R., & Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, *11*(1), 36–51. <https://doi.org/10.1921/swsr.v11i1.428>
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., Kane, S. S., Ormel, H., ... De Koning, K. A. M. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, *30*(9), 1207–1227. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Kok, M. C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., ... de Koning, K. A. M. (2015). How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Research Policy and Systems*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0001-3>
- Lazard, L., & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research: What's the point? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, *17*(2), 159–177. <https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1400144>
- LeBan, K., Kok, M., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00756-4>
- Lewin, S., Lehmann, U., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 3. Programme governance. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00749-3>
- Manohar, N. D., Liamputtong, P., Bhole, S., & Arora, A. (2017). Researcher Positionality in Cross-Cultural and Sensitive Research. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 1–15). Springer Nature Singapore.
- Masquillier, C., Cosaert, T., & Wouters, E. (2022). *Community Health Workers in België. Rapport 2021*. Antwerpen.
- Masquillier, C., & Wouters, E. (2023). *Community Health Workers in België. Rapport 2022*. Antwerpen.
- Mhlongo, E. M., Lutge, E., & Adepeju, L. (2020). The roles, responsibilities and perceptions of community health workers and ward-based primary health care outreach teams: a scoping review. *Global Health Action*, *13*(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1806526>
- Murphy, J., Hughes, J., Read, S., & Ashby, S. (2021). Evidence and practice: a review of vignettes in qualitative research. *Nurse Researcher*, *29*(3), 8–14. <https://doi.org/10.7748/nr.2021.e1787>
- Niang, M. (2020). What are the roles of community health workers? Looking back at the philosophies of primary health care. *Global Health Promotion*, *27*(2), 117–120. <https://doi.org/10.1177/1757975918811087>

Perry, H. B., Chowdhury, M., Were, M., LeBan, K., Crigler, L., Lewin, S., ... Hodgins, S. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 11. CHWs leading the way to “Health for All.” *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00755-5>

Rosenthal, E. L., Menking, P., & St. John, J. (2018). *The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project: A Report of the C3 Prohect Phase 1 and 2, Together Leaning Toward the Sky. A National Project to Inform CHW Policy and Practice*. Retrieved from <https://www.c3project.org>

Schaaf, M., Warthin, C., Freedman, L., & Topp, S. M. (2020). The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: A critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Global Health*, 5(6), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002296>

Scott, K., Beckham, S., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K., Cometto, G., & Perry, H. (2018). What do we know about community-based health programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. *Human Resources for Health*, 16(1), 16–39.

Vandenbroeck, P., & Braes, T. (2020). Integrated community care for all: seven principles for care. Strategy paper to move ICC forward. Brussels: Transnational Forum on Integrated Community Care.

World Health Organization. (2020). *What Do We Know About Community Health Workers? A Systematic Review of Existing Reviews. Human Resources for Health Observer Series no 19* (Vol. 17).

Wray, S., & Bartholomew, M. (2014). Some reflections on outsider and insider identities in ethnic and migrant qualitative research. *Migration Letters*, 7(1), 7–16. <https://doi.org/10.33182/ml.v7i1.176>

HOOFDSTUK 3

Rapport Verslaving en Middelengebruik

Activiteitenrapport Verslaving & Middelengebruik Regio Vlaanderen

1 Personeelwijzigingen

Begin maart 2024 stapte de voormalige Vlaams coördinatrice Verslavingsproblematiek over naar een fulltime functie als teamverantwoordelijke binnen het CHW-project. Midden april werd haar functie overgenomen door een nieuwe coördinatrice Verslavingsproblematiek.

In oktober 2024 verliet de nieuwe coördinatrice het CHW project en ging een andere uitdaging aan. De training die in oktober voor de CHWs reeds was gepland, werd verder voorbereid en begeleid door twee collega-teamverantwoordelijken. De vacature voor de verslavingscoördinator Vlaanderen werd opnieuw opengesteld, eerst twee weken intern voor de eigen medewerkers, vervolgens extern, zonder succes in 2024.

2 Situering thema “verslavingsproblematiek” in project CHW

2.1 Opleidingen

2.1.1 Algemene opleiding maart 2024

Net voor haar vertrek, organiseerde de voormalig Vlaams coördinatrice een eerste oriënterende opleiding. De dag werd opgedeeld in drie blokken. In een het eerste deel schetste de coördinatrice kort (1) het doel van het luik “verslavingsproblematiek” binnen het project, i.e. de vaardigheden van de CHWs ondersteunen en versterken in hun aanpak wat betreft verslaving en middelengebruik; (2) de resultaten van het activiteitenrapport 2023; en (3) het werkplan voor 2024.

In het tweede dagdeel namen Jasper Janssen en Femke Wijgaerts, medewerkers bij het Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en Drugs (VAD), het woord. Zij gingen in op de werking van het VAD en verhelderden de positie van verschillende hulpverlening-instanties binnen het interventiecontinuüm.

Tessa Windelinckx (Vlaams Coördinator Gezondheids promotie bij injecterend gebruik) wijdde het laatste blok voornamelijk aan “Harm Reduction” (HR), een pragmatische niet-veroordeelde aanpak, waarbij empowerment centraal staat; de hulpverlener biedt ondersteuning afhankelijk van de vraag van de persoon met een verslaving. Naast deze introductie tot HR werd er ook een moment voorzien voor het uitwisselen van ervaringen, het stellen van vragen etc.

2.1.2 Online opleidingen VAD

Tijdens haar opstart, screende de nieuwe coördinatrice enkele van de online opleidingen voorzien door VAD⁵. Twee basisopleidingen werden uitgekozen als “basispakket leermateriaal verslavingen” voor de CHW-medewerkers, teamverantwoordelijken: namelijk ‘Motiverende Gespreksvoering’ en ‘Mens, Middel en Milieu’.

⁵ [Online aanbod | Vormingen VAD](#)

- **Motiverende gespreksvoering (MG):** Deze opleiding geeft tips over MG, een gespreksstijl die stilstaat bij de basishouding of geest en de verschillende processen die een kompas kunnen zijn in de begeleiding en de belangrijkste gespreksvaardigheden.
- **Mens, Middel Milieu (MMM):** Deze opleiding verheldert het drugswiel, het MMM-model en reflecteert met verwerkingsvragen.

De twee opleidingen zijn beknopt (+/- 2 uur), duidelijk, gratis en kunnen ten alle tijden geraadpleegd worden. Nieuw-aangeworven CHWs en TVs zullen deze vormingen meekrijgen in het opleidingspakket.

2.2 Terugkoppeling

Na de fysieke algemene opleiding en de twee online opleidingen van VAD, werden alle Vlaamse CHW-teams gevraagd gestructureerd feedback te geven; dit om noden en vragen van de medewerkers scherp te stellen. Deze feedback werd gebundeld met de informatie die de voormalige coördinatrice reeds verzamelde (februari – maart 2024).

Uit deze bundeling bleek dat er nog onduidelijkheid leefde rond drie thema's.

1. Kennis

De CHWs verlangen naar “handvaten”, informatie over types, kenmerken, mogelijke reacties etc. bij verslavingen.

Hoewel er reeds wat nieuwe informatie werd meegegeven in de algemene en online VAD-opleidingen, blijkt dat men de kennis nog wil vergroten.

2. Leidraad voor CHWs - Aflijning takenpakket

Zowel de TVs als de CHWs lieten weten dat er nog te veel onduidelijkheid bestaat rond het takenpakket van de CHWs m.b.t. verslavingsproblematiek. Ook wordt er gevraagd naar heldere procedures bij agressie, gebruik van middelen door cliënt tijdens interventie etc.

Momenteel bestaat er geen “beleid” rond de problematiek van verslaving en middelengebruik. De vraag luidt of dit in de toekomst noodzakelijk is; er zijn ten slotte geen eenduidige antwoorden voor casussen.

3. Sociale kaart – netwerk

De CHWs kunnen via de online tool van VAD een sociale kaart raadplegen, echter, deze wordt momenteel nog onvoldoende gehanteerd om het nodige netwerk te bereiken.

Naast algemene feedback werd er ook een bundeling gemaakt van specifieke bezorgdheden/vragen. Deze zijn terug te brengen tot 6 kernvragen (bijlage 6.1). Het gaat om specifieke praktische vragen. In feite zijn de vragen moeilijk te beantwoorden, gezien de complexiteit en eigenheid van elke situatie; kant-en-klare antwoorden bestaan eenvoudigweg niet.

De coördinatrice besloot daarom de vragen in casussen te gieten, en deze te gebruiken als basis voor een volgende “CHW-gerichte” opleiding/intervisie (zie 1.4 casus-gestuurde opleiding CHWs).

2.3 Waar plaatsen we “verslaving en middelengebruik” in de rol van een CHW?

Zoals aangegeven in 1.2 (Terugkoppeling) was er nog veel onduidelijkheid over de plaats van “verslaving en middelengebruik” binnen het CHW-project. Daarom hebben de coördinatrice Verslavingsproblematiek Vlaanderen en de coördinatrice Assuétudes Wallonië samen de oefening “Verslavingsproblematiek binnen de missie en visie van het CHW-project” uitgevoerd.

2.3.1 Visie

Onze visie

Wij vinden dat Community Health Workers erkende spelers moeten zijn binnen het Belgische gezondheidssysteem. Zodat ze iedereen kunnen helpen gedurende alle stappen om toegang te krijgen tot zorg ('toegang-tot-zorg-continuüm'), wat bijdraagt tot het verminderen van sociale ongelijkheden in gezondheid.

De visie bevestigt dat CHWs *iedereen* helpen, gedurende alle stappen tot zorg. Dit wil zeggen dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen mensen met of zonder verslaving.

Side-note: Uiteraard is het niet even vanzelfsprekend voor elke CHW om met verslaving-gerelateerde vragen aan de slag te gaan. Het aantal en soort casussen varieert per CHW, per regio, per periode etc.

2.3.2 Missie

Onze missie

Verankerd in lokale wijken, helpen Community Health Workers de kloof overbruggen tussen mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties en het gezondheidssysteem, dat voor hen moeilijk te bereiken is. Dat doen ze door deze mensen actief op te zoeken in hun eigen leefwereld en hen te ondersteunen om hun gezondheid meer in eigen handen te nemen.

Uit de missie blijkt duidelijk dat de CHWs op zoek gaan naar mensen in hun eigen leefwereld, zonder of met verslaving, en hen (een of meermalig) ondersteunen bij hun gezondheidsvragen. Ze oriënteren hen daarbij naar gevraagde gezondheidsinstanties (zelfhulpgroepen, gespecialiseerde centra, etc.) en empoweren hen in gezondheidskeuzes via motiverende gespreksvoering.

Side-note: Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de CHWs geen experts zijn op vlak van verslaving en middelengebruik. Hun rol bestaat er niet in om mensen de informeren en/of advies te geven over middelengebruik.

2.4 Vraaggestuurd vs. Systematisch

Zoals de missie het aangeeft, werken CHWs op vraag van de persoon. Dit wil zeggen dat men niet systematisch gaat bevragen of iemand al dan niet middelen gebruikt.

Uiteraard is dit geen zwart-wit verhaal; zo kan de vraag bijvoorbeeld toch komen van de CHW, indien er voldoende vertrouwen en veiligheid bestaat.

2.5 Harm reduction (HR) vs. Abstinentie

Binnen het project ligt de focus voor het thema “middelengebruik” op Harm Reduction, eerder dan op abstinentie. Dit omdat we geloven dat HR duurzamer is in die zin dat de hulpvraag niet wordt opgelegd door de hulpverlener; de vraag komt van de persoon in kwestie– wat in lijn ligt met de filosofie van het project CHW. De CHW gaat vraaggestuurd te werk, en doet dit zonder vooroordelen of verwachtingen.

2.6 Casusgestuurde opleiding

Op basis van de gebundelde feedback (6 kernvragen) en de denkoefening (middelengebruik binnen missie en visie) werd een CHW-specifieke opleiding georganiseerd. Tijdens deze intervisie gaan de CHWs in gesprek met 3 ervaren lesgevers over 6 casussen (zie bijlage 6.2) die kenmerkend zijn voor het werkveld van de CHWs en door een aantal CHW zelf uit de eigen praktijk werden aangereikt.

Deze casussen werden op voorhand getoetst aan de visie-missie oefening van het project. Dit om meer eenduidigheid te creëren onder de leden van het projectteam – en discussie tijdens de opleiding te voorkomen.

2.7 Expertise Harm Reduction

Zoals reeds vermeld in het activiteitenrapport Verslavingsproblematiek 2023, bouwen we binnen het project Community Health Workers verder op de filosofie van Harm Reduction (HR). Hierbij stellen we tijdens de hulpverlening de mens centraal, eerder dan het middelengebruik; deze aanpak “matcht” het beste met de visie van het project.

2.8 FutureLearn

Om het concept van HR nog beter te begrijpen, volgde de coördinatrice een 9-uren online lessenreeks over het onderwerp. De opleiding wordt gratis aangeboden door FutureLearn en is een samenwerking van The London School of Hygiene & Tropical Medicine, Médecins du Monde en the International Network of People Who Use Drugs⁶.

Tijdens de lessenreeks wordt er aandacht gegeven aan kernbegrippen, best-practices en reflecties. De opleiding was van onmisbaar belang om de realiteit van middelengebruik te verstaan, de impact van verschillende benaderingen en werkwijzes te kennen, en aldus conclusies te trekken voor de werking van de CHW; in het project werken we op basis van de *vraag* naar gezondheid van de medemens – dit wil zeggen dat we de keuze steeds laten bij die medemens (met oog op gezondheid), ongeacht de uitkomst van de verslaving.

3 Netwerking

Naast het organiseren van opleidingen en opbouwen van kennis, zette de coördinatrice ook in op het onderhouden en versterken van het netwerk in het kader van verslaving en middelengebruik. Naast de tweemaandelijks meetings met de coördinatrices Verslaving van Dokters van de Wereld en Violet en de tweewekelijkse meetings binnen het project Verslavingsproblematiek, nam ze haar tijd voor netwerking op een studiedag en twee rondetafelgesprekken.

⁶ [Using Harm Reduction to Deal with Drug Use - Online Course - FutureLearn](#)

3.1 Studiedag suïcidaliteit en verslaving

De studiedag rond de dubbele impact van suïcidaliteit en verslaving, georganiseerd door Familieplatform, vond plaats op 21/06 in De kleiput, UPC Duffel. Doorheen de dag namen verschillende stakeholders het woord. Zo sprak Kirsten Catthoor (psychiater) over het bestrijden van stigma bij verslaving en getuigde de vader van een slachtoffer over gebruik. Verder kwamen organisaties zoals het familieplatform, VAD en VLESP zicht voorstellen. Ten slotte werd er ruimte gemaakt voor enkele workshops.

Tijdens de studiedag werden er heel wat studies en cijfers naar voren gebracht. De studieresultaten waren zeer relevant om voor te stellen bij de collega-CHWs en teamverantwoordelijken. Verder bood de bijeenkomst de mogelijkheid om te netwerken. Zo wisselde de coördinatrice informatie uit met o.a. medewerkers van de CGGs in Antwerpen.

3.2 Rondetafelgesprekken

Zowel op 12/06 als op 27/06 sloot de coördinatrice aan bij een rondetafelgesprek, georganiseerd door de Koning Boudewijnsstichting. Deze gesprekken stonden in teken van Thuis- en dakloosheid en Verslaving-telling 2020-2023. Partners werden hierbij uitgenodigd om hun reflecties en/of praktische ervaringen te delen.

Op 12/06 werden de cijfers van de studies 2020-2023⁷ gedeeld. De resultaten werden besproken met aanwezige partners en getoetst aan de realiteit. Op basis van eerdere ervaringen, o.a. bij het project CHW, trachtte men tijdens het rondetafelgesprek de cijfers te verklaren. Ook ging men na of de cijfers al dan niet representatief waren voor de bestudeerde groep en de bredere Belgische bevolking.

Op 27/06 werden opnieuw partners samengeroepen om te brainstormen over oplossingen betreffende het thema "Thuis- en dakloosheid en Verslaving". Ook hier werd er veel aandacht gegeven aan verhalen van partners, o.a. bij CHW. Dit maakte dat ideeën continu getoetst werden aan de realiteit.

3.3 Sociale kaart

Aan de hand van de sociale kaart ontwikkeld door VAD⁸ werden contact en samenwerking van de vijf Vlaamse CHW-teams met elke Verslaving-gerelateerde organisatie geëvalueerd. Er werd genoteerd welke samenwerkingen reeds bestaan, welke nog kunnen groeien en wat er nodig is om ze tot stand te laten komen. Op basis van deze informatie hebben de coördinator (Vlaams niveau) en de teamverantwoordelijken (regionaal niveau) een duidelijker zicht op wie en hoe ze contacten het beste opnemen.

Naast de sociale kaart van VAD, houdt Dokters van de Wereld sinds enkele maanden bezig met het ontwikkelen van een eigen sociale kaart, beschikbaar via Google Maps. De coördinatrice van project CHW heeft een rol gespeeld bij het uitzetten van de kaart.⁹

4 Brainstorm registratiesysteem

Om een duidelijker beeld te krijgen van de frequentie en aard van verslavingsproblematieken en middelengebruik waarmee CHWs in aanraking komen, werd nagedacht over manieren om relevante cijfers te registreren. Het verkrijgen van een overzicht van de problematieken, hoe vaak deze

⁷ [Rapport gezondheid \(kuleuven.be\)](https://www.kuleuven.be/rapport-gezondheid)

⁸ [Hulpverlening | VAD](https://www.vad.be/hulpverlening)

⁹ [TEST Carte Médecins du Monde réduction des risques - Google My Maps](https://www.google.com/maps/@51.2111111,4.375,15z)

voorkomen, in welke context, enzovoort, biedt immers waardevolle informatie om de werking van CHWs beter af te stemmen, en om scherper te beantwoorden aan de noden van de CHW-teams in iedere stad. Zo kunnen CHW-teams gerichter geïnformeerd worden (en indien nodig opgeleid worden) afhankelijk van de problematiek die zich stelt in hun regio. Ook kan er a.d.h.v. de registratie een duidelijker beeld verkregen worden van de evolutie van middelengebruik als thema binnen de CHW-werking.

De coördinatrice zette een eerste stap door een uniforme, gedeelde Excel op te stellen waarin teamverantwoordelijken wekelijkse cijfers konden registreren voor hun team. Hierbij werden het aantal contacten per week via groeps- of individuele interventies opgenomen, als ook een opsomming van welke middelen er gebruikt werden. Er werd daarbij onderscheid gemaakt tussen personen die daadwerkelijk middelen gebruikten en vermoedelijke gebruikers.

Deze registratievorm werd in het najaar gedurende enkele weken getest, maar bleek niet werkbaar. Hoewel het aantal interventies en de soorten middelengebruik een indicatie gaven van de omvang van de problematiek, waren CHWs niet in de positie om nauwkeurig vast te stellen wie daadwerkelijk middelen gebruikte en wie vermoedelijk gebruikte. Dit maakte de verzamelde cijfers onbetrouwbaar en niet representatief. CHWs hebben in hun rol doorgaans niet de expertise om de typische kenmerken van middelengebruik te herkennen. Het ontbreekt hen aan mogelijkheden om personen langdurig op te volgen en ze beschikken niet over de ervaring of bevoegdheid om een eventuele diagnose te stellen. Daarnaast bood de verzamelde informatie slechts beperkte inzichten in de bredere context van de problematieken. Zo geeft de registratie niets weer over het gewicht van de cases die worden behandeld. Vaak nemen interventies met mensen die middelen gebruiken of vermoedelijke gebruikers veel tijd, vertrouwen, en mentale ruimte van de CHWs. Dit maakt dat deze interventies zwaarder doorwegen – wat niet terug te vinden is in cijfermateriaal. Bovendien was het voor de teams tijdrovend om een bijkomende, aparte Excel bij te houden, en zou integratie in de bestaande registratietool praktischer zijn.

Omdat de coördinatrice haar functie in het najaar neerlegde om een nieuwe externe uitdaging aan te gaan, en het tijd kostte om een vervanger aan te stellen, kwam het aanpassen van de registratie op de achtergrond te staan. Daarom besloot het projectteam om, in samenwerking met onderzoekers van de Universiteit Antwerpen, een eenmalige, anonieme online bevraging uit te sturen naar de CHWs. Het doel was om een globaal, zowel kwantitatief als kwalitatief beeld te krijgen van dit thema binnen hun dagelijkse praktijk. De inhoud en resultaten van deze bevraging worden besproken in het derde deel van dit hoofdstuk, en zullen de nieuwe coördinator op weg zetten voor een gestructureerde registratie.

5 Conclusie

Er zijn belangrijke stappen gezet in de opleiding van de CHW en teamverantwoordelijken waarbij zowel gebruik is gemaakt van onlinemodules als fysieke opleidingen en ook workshops in samenwerking met experts inzake verslavingszorg waarbij werd vertrokken van de eigen realiteit en dagdagelijkse praktijk van de CHW.

Belangrijk hierbij is dat de tijd is genomen om stil te staan bij het grote kader, de missie en visie van het CHW project, wat het inzicht heeft hersteld dat Community health workers personen met een verslavingsproblematiek niet anders moeten benaderen andere mensen die ze bereiken. Zoals ook uit de bevraging blijkt, is de aanleiding voor personen met een middelengebruik om een CHW om hulp te vragen, niet het middelengebruik maar een andere gezondheidsgerelateerde problematiek. Bij die personen komt het middelengebruik er dan wel bovenop wat uiteraard wel een extra aandachtspunt kan zijn op dat moment.

Het belang van een goed registratiesysteem is gekend maar hoe dit er best uitziet, moet nog verder worden uitgewerkt, een eerste oefening hierover gaf alvast interessante inzichten.

Het is en blijft nodig dat de coordinator ook haar/zijn eigen kennis en inzichten kan blijven vergroten, wat tijd en ruimte voor kennisopbouw veronderstelt.

6 Bijlages bij Activiteitenrapport Verslaving en Middelengebruik – Regio Vlaanderen

6.1 Bijlage: kernvragen o.b.v. feedback na opleidingen

KERNVRAGEN
<p><i>Hoe herken je iemand met een “problematisch” gebruik (verslaving)?</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Zijn er objectieve standaarden/normen, vanaf wanneer het voor de omgeving of de persoon een probleem is?- Hoe herken je (hulp)signalen van de cliënt?
<p><i>Wat als je vermoeden hebt dat een cliënt een “problematisch” gebruik heeft? (gamen, middelen, medicatie, gokken) Welke stappen ondernemen?</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Hoe pak je een eerste gesprek aan?- Wie betrekken? (Organisaties, huisarts, familie, vrienden...)- Tot waar gaan we? Tot waar gaat het “luisterend oor”?- Bv. familie met jonge kinderen; vermoeden dat vader gebruikt, maar niet zeker. Moeder lijkt niet op de hoogte. Nog niet voldoende vertrouwen opgebouwd om gesprek aan te gaan. Veel agressie binnen familie. Wat hiermee doen?
<p><i>Wat met jongeren en verslaving? (zowel middelen als gamen)</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Wie betrekken? Onmiddellijk ouders contacteren?- Hoe ouders ondersteunen? Wat hebben ouders nodig? Advies voor ouders? (Niet zoals therapeut, eerder als ondersteuner)- Bv. Minderjarige vrouw hervalt telkens in gebruik van middelen. Verdwijnt voor enkele weken en keert terug wanneer geld op is. Ouders willen dochter niet in de steek te laten. Ouders contacteren CHWs op momenten dat nood het hoogst is, telkens opnieuw. Wat doen? Tot waar gaat het luisterend oor?
<p><i>Wat als je cliënt op afspraak komt, maar onder invloed is?</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Afspraak verzetten, maar hoe breng je dit aan “zonder jezelf in gevaar te brengen”?- Hebben wij een rol in informeren van cliënt over gevaren (bv. gecombineerd gebruik, rijden onder invloed, etc.) voor het resterende deel van de dag?- Mogen we een huisbezoek doen bij iemand die vermoedelijk gebruikt? Wat als we middelen zien rondslingeren?
<p><i>Wat met een cliënt die aan verslaving wil werken, maar geen Nederlands spreekt?</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Naar wie verwijzen we door? Wat kunnen we betekenen?
<p><i>Wat met hulpverleners die onvoldoende professioneel omgaan met cliënt (bv. stigmatiserend, neemt cliënt niet serieus etc...)</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Bv. Arts die oordeelt dat verslaving schuld is van patiënt (“prioriteiten liggen fout”, “moet verantwoordelijkheid nemen” ...)- Bv. Arts neemt verslaving aan medicatie, gokverslaving of dergelijke niet serieus

6.2 Bijlage: Casussen opleiding rond verslavingen najaar 2024

Casus 1

Mario is een alleenstaande man van 35 jaar. Hij woont in België sinds 2 jaar, in een kleine studio. Vijf maanden geleden brak hij zijn arm tijdens het werk. Tijdens een controle bij de dokter, bleek dat Mario niet ingeschreven stond bij de mutualiteit. Hij werd daarvoor doorverwezen naar CHW X, die samen met hem de inschrijving in orde maakte. Sindsdien heeft CHW X Mario niet meer gezien of gehoord.

Vandaag komt CHW X Mario tegen bij de voedselbank. De CHW schrikt; Mario ziet er niet goed uit. Hij heeft een wazige blik in zijn ogen. Hij ratelt een beetje wanneer hij praat. Zijn adem ruikt naar alcohol. De CHW vraagt hoe het met hem gaat. Hij al betere periodes heeft gehad, zegt hij, maar gaat niet dieper in op de vraag. Hij ziet er niet gelukkig uit.

De CHW wil graag dieper ingaan op zijn gezondheidstoestand. Ze is ook bezorgd over mogelijke alcoholconsumptie, maar weet niet of, en hoe ze deze vraag moet stellen.

Hoe weet je of iemand gebruikt, en hoe maak je een verschil tussen sporadisch gebruik en verslaving?

Hoe herken je (hulp)signalen van de cliënt?

De CHW beslist om Mario te vragen naar zijn gezondheid. Mario mompelt dat hij sinds twee weken met een stevige hoest zit, maar dat hij niet de moed heeft om langs de dokter te gaan.

De CHW wil graag een afspraak maken voor de dokter, maar vermoedt dat Mario dit niet zal onthouden.

- *Wat doe je met iemand die onder invloed is tijdens afspraak? Afspraak verzetten?*
- *Hebben wij een rol in informeren van cliënt over gevaren (bv. gecombineerd gebruik, rijden onder invloed, etc.) voor het resterende deel van de dag?*

Casus 2

Yousra is een jonge moeder (23 j.), die samen met haar man en kinderen in een buitenwijk woont. Ze kent het project CHWs via haar zus. Overdag blijft Yousra bij de kinderen, terwijl Nadir, haar man, klust (zwart werk).

Yousra heeft contact opgenomen met CHW X omdat ze moeilijkheden ondervindt bij het begrijpen en betalen van haar ziekenhuisfactuur. CHW X gaat op huisbezoek; dit is het gemakkelijkste- Yousra heeft twee jonge kinderen (0 en 2 jaar), dus kan zich niet vlot verplaatsen.

Tijdens het huisbezoek merkt CHW X dat de sfeer binnen de familie niet optimaal is. De man van Yousra is thuis. Hij gedraagt zich agressief en kort, en roept tegen de peuter. Hij heeft een hele strakke gezichtsuitdrukking en schrikt bij elk geluid. Hij is wantrouwig naar de CHW toe.

De CHW voelt zich niet helemaal op haar gemak. Ze heeft het gevoel dat er iets niet klopt. Ze vraagt zich af of dat de vader misschien een middel heeft gebruikt; zijn houding is erg onnatuurlijk.

Van zodra Nadir het huis uit is, wil de CHW vragen aan Yousra of Nadir zich altijd zo gedraagt, en of ze weet of hij misschien bepaalde middelen inneemt. Toch beslist de CHW om dit niet te vragen, omdat het de eerste keer is dat ze de familie ziet. Ze durft niet, omdat er nog niet voldoende vertrouwen is opgebouwd. Ook wil ze geen onrust veroorzaken in de familie met jonge kinderen.

De CHW vraagt of Yousra een goed contact heeft met Kind & Gezin. Yousra antwoordt dat haar man niet wil dat organisaties zich moeien met het gezin.

Wat als je vermoeden hebt dat een cliënt op regelmatige basis middelen gebruikt? Welke stappen ondernemen?

Hoe pak je een eerste gesprek aan?

Wie betrekken? (Organisaties, huisarts, familie, vrienden...)

Tot waar gaat het "luisterend oor"?

Een beetje later vraagt de CHW of ze even naar toilet kan gaan - Yousra toont de weg. Tijdens het toiletbezoek ziet de CHW een zakje poeder liggen in het handdoekenkastje. Ze schrikt en weet niet wat te doen.

Wat als we tijdens een huisbezoek middelen zien rondslingeren?

Casus 3

Een jaar geleden verloren Lizzy (21 j) en Melvin (17 j) hun moeder aan een auto-ongeval. Het was een grote klap voor de hele familie. Vader Jan (56 j) is sindsdien in een depressie; hij verwaarloost het huis en de kinderen, alsook zichzelf. Lizzy studeert en zit op kot; doorheen de week is zij niet thuis. Melvin zit in zijn laatste jaar middelbare school.

CHW X wordt opgebeld door Lizzy. Ze zegt dat ze zich zorgen maakt over haar kleine broer. Sinds het overlijden van hun moeder, sluit Melvin zich op in zijn kamer. Volgens Lizzy doet hij niet anders dan cannabis roken en gamen. – Lizzy zegt dat hij dit vroeger ook wel eens rookte met vrienden, om te experimenteren, maar dat het gebruik tegenwoordig veel groter is. “Die joints nemen hem over”.

Lizzy zegt dat ze geen huisarts durft te contacteren, omdat dat voor wantrouwen zou zorgen. Melvin ziet zelf het probleem niet – hij wil er niet over praten. Lizzy durft het ook niet goed bespreken met haar vader, omdat die al genoeg zorgen aan zijn hoofd heeft. Bovendien gaat de vader zelf door een rouwperiode.

Lizzy hoorde via een tante van de Community Health Workers. Ze hoopt via de werking advies te krijgen.

Wat met jongeren en verslaving?

Wie betrekken? Ouders contacteren?

- *Wat met beroepsgeheim?*

Hoe ouders ondersteunen? Wat hebben ouders nodig? Advies voor familieleden/ouders?

Casus 4

De familie Da Silva is 3 jaar geleden gemigreerd van El Salvador naar België. Dochter Luna (28 j.) woont bij haar ouders. Ze spreken een beetje Nederlands, maar niet genoeg om een vlotte conversatie te hebben. Familie Da Silva leeft van een uitkering; beide ouders zijn werkloos. Luna werkt af en toe als afwasser (in het zwart) in een Braziliaans restaurant.

Moeder en vader Da Silva komen geregeld langs bij CHW X. In het begin was dit voor vragen rond gezondheidszorg, zoals de mutualiteit, het ziekenhuis etc. Sinds enkele maanden, echter, nemen ze regelmatig contact op met de CHW over hun dochter, dit meestal wanneer het slecht gaat met haar.

Luna is voor het eerst in contact gekomen met drugs in het restaurant waar ze werkt. Ze gebruikt sindsdien dagelijks middelen. Die betaalt ze zelf, of, wanneer het geld op is met het geld van haar ouders. Ze zegt dan dat het is voor lunch, of voor een avondje film met vrienden.

Haar ouders kennen de situatie zeer goed, maar vinden het moeilijk om hard te zijn (en “nee” te zeggen) tegen hun dochter, omdat ze haar graag zien. Bovendien was het hun keuze om te verhuizen naar België; Luna had een heel goed sociaal netwerk in El Salvador. Sinds ze in België wonen heeft Luna moeilijkheden met het vinden van vrienden, zeker door de taalbarrière. Het restaurant is het enige netwerk dat ze heeft.

De CHW weet niet goed wat hij kan betekenen voor de familie. De familie kreeg al ondersteuning via het MSOC, echter hun ondersteuning bleef beperkt omdat Luna met de taalbarrière moeilijk therapie sessies kan volgen.

Tot waar gaat ons luisterend oor?

Wat met mensen die geen therapie kunnen volgen omdat ze geen Nederlands spreken?

Casus 5

Wat als je cliënt op afspraak komt, maar onder invloed is?

Tijdens een outreach-moment spreekt CHW X een koppel aan. Klaartje (35 j) en haar vriend Lars (38 j) leven sinds 1.5 jaar op straat. Klaartje heeft een tijdje als sekswerker gewerkt, maar is er sinds een jaar mee gestopt. Beiden zijn nu werkloos.

De CHW vraagt of hij iets kan betekenen voor het koppel; of ze specifieke gezondheidsvragen hebben voor hem. Klaartje zegt dat ze sinds enkele weken een pijnlijk gezwel in haar borst, iets wat haar veel zorgen baart. Ze heeft geen dokter meer gezien sinds de slechte ervaring met haar huisarts een half jaar geleden. De arts vertelde haar toen dat hij niets voor haar kon betekenen zolang ze middelen gebruikt. Ook zei hij dat ze met

het geld dat ze verzamelden op straat “beter eten zou kopen dan verdovende middelen”. Sindsdien heeft ze geen contact meer durven opnemen.

Klaartje lijkt niet helemaal helder te denken wanneer ze haar uitleg doet. Ze komt angstig, verward en onzeker over. Ze praat op een stille toon en controleert of anderen niet meeluisteren.

De CHW wil graag een afspraak voor Klaartje vastleggen bij de arts – en specialist, maar weet dat het moeilijk zal zijn Klaartje in een nuchtere staat tot daar te brengen.

Wat met cliënt waarbij het gesprek moeilijk verloopt omdat deze onder invloed is?

Wat met artsen die patiënt onder invloed niet willen aannemen?

Wat met stigmatiserende hulpverleners?

Casus 6

Herman is man van 45 jaar. Omwille van meerdere depressieve episodes, neemt hij sinds vijftien jaar antidepressiva en slaapmedicatie op voorschrift. Herman heeft sinds kort ook diabetes, wat maakt dat hij ook daar medicatie voor neemt. Daarbij heeft hij geregeld last van hoofdpijn; hij neemt dan snel een aantal pijnstillers.

CHW X komt langs voor een huisbezoek en ziet alle medicatie liggen op de keukentafel. Hij is bezorgd en vraagt of Herman de hele dosis dagelijks slikt. Herman zegt van wel - hij vindt het zelf geen probleem dat hij zoveel medicatie gebruikt; zeker gezien de dokter hier geen probleem van lijkt te maken.

CHW X weet niet goed wat hij moet doen. Hij is zelf geen expert, dus weet niet welke aantallen oké zijn. Hij wil Herman ook niet bezorgd maken.

Toch denkt de CHW dat Herman misschien wel verslaafd is aan de medicatie.

Wat met hulpverleners die het probleem niet serieus nemen?

- Bv. Arts neemt verslaving aan medicatie, gokverslaving of dergelijke niet serieus

Activiteitenverslag Verslavingen & Middelengebruik Regio Brussel, Wallonië & Duitstalige gemeenschap

1 Context

In Wallonië en Brussel heeft het [Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté](#) (Waals Netwerk tegen Armoede) de opdracht gekregen om Community Health Workers (CHWs) te ondersteunen op het gebied van middelengebruik. Via dit partnerschap biedt de RWLP een bijdrage die is afgestemd op de specifieke behoeften van de CHWs en gebaseerd op de ervaringen en realiteiten van diverse groepen die te maken hebben met armoede, verarming en middelengebruik. Het is juist voor deze kwetsbare bevolkingsgroepen dat de CHWs zich inzetten, met als doel het gezondheidszorgsysteem beter af te stemmen op hun dagelijkse realiteit.

In het eerste jaar van ondersteuning (april - december 2023) werden er 6 dagen intervisie en/of trainingen georganiseerd voor CHWs en hun teamverantwoordelijken. Het doel was om gesprekken te voeren over het gevoelige onderwerp middelengebruik, vragen te stellen aan de CHWs en een eerste reeks antwoorden te bieden. Dit gebeurde door te kijken naar verschillende soorten middelen en hun effecten, het in kaart brengen van organisaties die gespecialiseerd zijn in middelengebruik, en er werd ingezet op hoe communiceren met iemand die bepaalde middelen gebruikt. Er is een verslag gemaakt waarin al deze activiteiten worden beschreven.

In 2024 hebben we deze kwesties grondig onderzocht aan de hand van verschillende methoden:

- Trainings- en interviewdagen
- Specifieke trainingen door experts per deelproblematiek
- Inleefdagen in gespecialiseerde instanties
- Een bredere reflectie over de rol van de CHWs op het gebied van verslavingsproblematiek, in samenwerking met de projectcoördinator en de verslavingscoördinator voor de Vlaamse regio.

In dit verslag wordt een evaluatie gepresenteerd van alle activiteiten die in dit tweede jaar van ondersteuning zijn uitgevoerd, evenals enkele conclusies.

2 Projectdoelstellingen

Het ondersteunen van CHWs in hun aanpak van middelengebruik omvat een aantal doelstellingen:

As 1: Een ondersteunend kader ontwikkelen voor CHWs bij het implementeren van interventies en acties waarbij ze geconfronteerd worden met een probleem van middelengebruik.

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

As 3: Deelnemen aan bestaande netwerken om middelengebruik te bestrijden

As 4: Signalen verzamelen van CHW over dit thema;

As 5: Bruggen bouwen met initiatieven die al bekend zijn op het terrein, zowel partners binnen het [Witboek van het RIZIV](#) als partners daarbuiten;

As 6: De deskundigheid van de coördinator en teamverantwoordelijken op het gebied van verslavingsproblemen vergroten om CHWs beter te ondersteunen.

3 Activiteitenverslag

Het activiteitenverslag is onderverdeeld in vier delen: (1) trainings-/interviewdagen met CHWs; (2) organisatie van onderdompeling in gespecialiseerde voorzieningen; (3) coördinatiebijeenkomsten en (4) bijkomende activiteiten.

3.1 CHW-training/interviewdagen

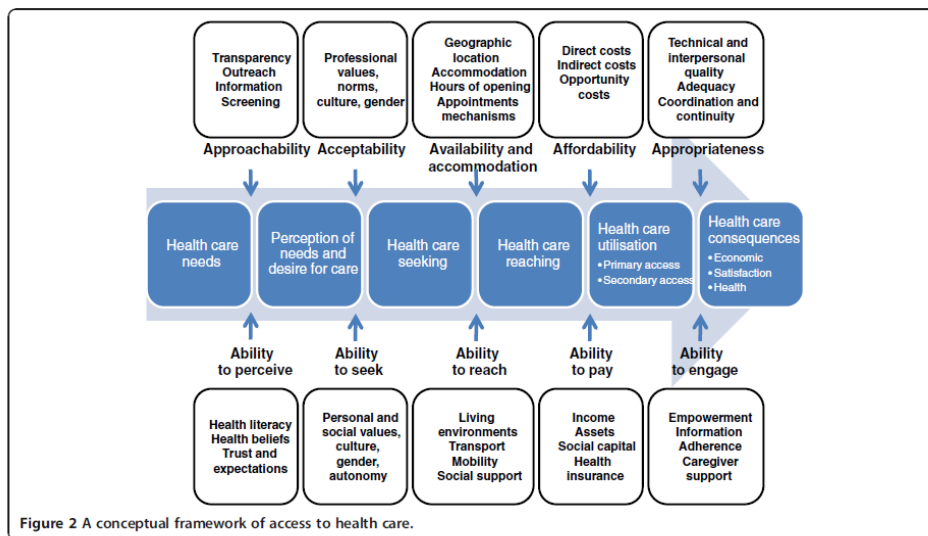
In 2024 werden er vijf dagen training en/of intervisie georganiseerd voor CHWs en hun teamverantwoordelijken, die voortbouwden op de zes dagen die in 2023 werden gehouden. Daarnaast kreeg elke CHW de kans om mee te lopen bij een gespecialiseerde organisatie die actief is in het veld.

Net als vorig jaar werkten ervaringsdeskundigen van de FOD Maatschappelijke Integratie, samen met de CHWs tijdens deze trainings- en intervisiedagen om ervaringen uit te wisselen.

3.1.1 Seminarie 7

Seminarie 7 werd gehouden op 13 februari 2024 in de kantoren van de RWLP in Namen. Deze eerste bijeenkomst van het jaar was exclusief voor de Community Health Workers (CHWs) en niet voor hun teamverantwoordelijken of ervaringsdeskundigen. Het Seminarie was bedoeld als een intervisie, waarin de CHWs de ruimte kregen om zich vrijuit uit te spreken over de situaties waarmee ze dagelijks geconfronteerd worden in hun werk.

¹⁰Op deze dag reflecteerden we op CHW-praktijken aan de hand van het conceptuele kader van toegang tot zorg, ontwikkeld door Levesque et al. (2013) . Deze auteurs definiëren toegang tot zorg als de



mogelijkheid om de juiste gezondheidsdiensten te bereiken en te verkrijgen wanneer dat nodig is, en benaderen toegang tot zorg als een interface tussen patiëntkenmerken en gezondheidssystemen. Ze hebben een "continuüm van toegang tot zorg" gedefinieerd dat de reeks noodzakelijke stappen en voorwaarden beschrijft waaraan moet worden voldaan om toegang te krijgen, zowel vanuit het oogpunt van individuele capaciteit als van toegankelijkheid van het systeem (zie onderstaande figuur)

¹⁰ Levesque et al: *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. International Journal for Equity in Health 2013 12:18.

3.1.3 Seminarie 9

Seminarie 9 vond plaats op 4 april 2024 in Brussel, waar we gastvrij werden ontvangen door de POD Maatschappelijke Integratie, specifiek door de afdeling Ervaringsdeskundigen.

In de ochtend gingen we in op drugs die afhankelijkheid kunnen veroorzaken, met een focus op benzodiazepinen, aan de hand van een RTBF-documentaire¹². We bespraken ook de preventiecampagnes voor dit soort middelen en de beschikbare hulp, zoals ontwenningprogramma's die kunnen worden opgesteld tussen een patiënt, zijn arts en apotheker.

In de middag lichtte de afdeling Ervaringsdeskundigen van POD MI hun werk toe en vertelden verschillende ervaringsdeskundigen uit de gezondheidssector over hun dagelijkse rol in instellingen zoals ziekenhuizen, ziekenfondsen en de CAAMI.

We sloten de dag af met een korte presentatie van de 2024-campagne van de RWLP, die zich richt op de invloed van huisvesting op gezondheid. De CHWs kregen de kans om bij te dragen aan deze campagne door te delen welke situaties zij in de praktijk tegenkomen.

3.1.4 Opleiding door vzw Nadja- Luik

Op 28 mei bezochten de CHWs van Luik, Verviers en Eupen, samen met hun teamverantwoordelijken, de lokalen van Nadja Asbl voor een opleidingsdag. Deze organisatie werkt op drie domeinen: behandeling en psychologische ondersteuning, preventie en een documentatiecentrum. De RWLP had de gelegenheid om de trainers te ontmoeten tijdens een bijeenkomst op 12 februari 2024 in Luik om de opleidingsvereisten en de belangrijkste vragen van CHW te bespreken, in lijn met de Seminars die al georganiseerd waren in het kader van deze ondersteuning.

Tijdens de training kregen de medewerkers van Nadja de kans om hun aanpak uit te leggen: een communicatieve en systemische benadering die zowel het individu, het product als de omgeving in ogenschouw neemt, en die de ambivalentie van consumptie erkent, inclusief de positieve intenties die ermee gepaard kunnen gaan. Vanuit dit perspectief wordt consumptie vooral gezien als gedrag dat begrepen moet worden, met vragen zoals: Wat motiveert mensen om het product te gebruiken? Wat voor positief effect heeft het product? Hoe verhoudt het individu zich tot zijn of haar omgeving? Biedt die omgeving alternatieven voor het gebruik van het product?

De CHWs ontdekten ook verschillende hulpmiddelen, zoals "Duizend en één waarden", waarmee ze konden reflecteren op hun eigen waarden ten opzichte van drugsgebruik en een niet-oordelende houding konden ontwikkelen, en "Het drugswiel", dat psychotrope stoffen indeelt op basis van hun verwachte effecten. De cursus besteedde tevens aandacht aan terugval, als een natuurlijk onderdeel van het proces voor mensen die met verslaving te maken hebben.

3.1.5 Opleiding via het Cover-project- Brussel

De CHWs die in de Brusselse regio werken, kregen samen met hun teamverantwoordelijken en coördinatoren op 30 mei een training in "Verslaving en Armoede" van de coördinator van het mobiele Cover-team (Projet Lama).

Deze trainingssessie van een halve dag behandelde een reeks onderwerpen: stereotypen in verband met drugsgebruik, de verschillende vormen van stigmatisering van gebruikers en de gevolgen daarvan

¹² <https://aivio.rtbf.be/media/investigation-somniferes-anxiolytiques-erreurs-medicales-2976769>

in termen van het niet verkrijgen van rechten, waaronder weigering van behandeling, en de functie van producten.

De training bood ook de gelegenheid om een beter inzicht te krijgen in de onderliggende veronderstellingen van een schadebeperkende aanpak die werkt op de 0,5-lijn met zeer kwetsbare groepen, en om een antwoord te geven op een aantal vragen van de CHWs over de benadering van het publiek, communicatie en het kader en de beperkingen van het werk. Tot slot werden de diversiteit en de rol van de actoren die werken aan de 0,5-lijn in de Brusselse regio besproken.

Net als in Luik drong de trainer erop aan om rekening te houden met de achtergrond van mensen en om de effecten te begrijpen die worden nagestreefd door consumptie, inclusief de positieve kant van het product in het leven van de persoon.

3.1.6 Opleiding door vzw Trampoline- Chatelet- Charleroi

Tot slot namen de CHWs van Charleroi en hun teamverantwoordelijke deel aan een opleidingsdag bij de vzw Trampoline in Chatelet. In tegenstelling tot de andere twee trainingsaanbieders biedt Trampoline een residentieel nazorgprogramma en pleit het voor onthouding als middel tot herstel.

Tijdens deze training konden de CHWs de therapeutische gemeenschap bezoeken. Een bewoner lichtte tijdens het bezoek de aanpak en de leefregels toe. Ze konden ook verschillende hulpmiddelen ontdekken en uitproberen, zoals de stadia van verandering van Prochaska en Di Clemente, het schaakbord en de vriendelijke confrontatiebenadering.

De CHWs hadden ook de gelegenheid om te praten met medewerkers van de sociale dienst van Trampoline en het team dat werkt met de families en naasten van afhankelijke personen.

Net als de CHWs in Luik en Brussel, stelde de training de CHWs ook in staat om hun eigen voorstelling en waarden rond verslaving en middelengebruik in vraag te stellen. De kwestie van afwezigheid, leegte en het rouwproces stond centraal in de training, net als het belang van een kader, grenzen en structuur.

3.1.7 Seminarie 10

Seminarie 10 vond plaats op 9 juli 2024 in de kantoren van RWLP in Namen. Het evenement stond in het teken van presentaties door elk CHW-team over de opleiding die ze volgden bij Nadja, het Coverproject en Trampoline. CHWs, hun teamverantwoordelijken en de Vlaamse coördinator verslaving waren hierbij aanwezig.

's Ochtends kwamen de verschillende groepen samen om hun trainingservaringen te bespreken, te bundelen en hun presentaties voor te bereiden. In de namiddag presenteerden de drie groepen achtereenvolgens de organisatie die hen had ontvangen voor de training, de opdrachten die ze uitgevoerd hadden, de belangrijkste thema's die aan bod waren gekomen en de lessen die ze hadden

geleerd. Sommige groepen stelden ook een hulpmiddel voor dat ze tijdens de training hadden ontdekt en dat zij nuttig of relevant vonden voor de groep als geheel.



We sloten de dag af door de positionering van de drie spelers langs twee assen te bespreken: laagdrempelig versus hoogdrempelig en het paradigma van onthouding versus schadebeperking. Een belangrijke conclusie was de waarde van de diversiteit aan spelers, elk met hun eigen missie en positie. Voor de CHWs is het nuttig om goed geïnformeerd te zijn over de verschillende benaderingen van verslaving en middelengebruik en de verschillende actoren naar wie ze mensen kunnen doorverwijzen, afhankelijk van de specifieke behoeften van het publiek.

3.1.8 Seminarie 11

Het 11e seminarie vond plaats op 5 december 2024 in de kantoren van RWLP in Namen. Tijdens dit laatste seminarie van het jaar brachten de CHWs verslag uit over hun ervaringen met de Trans-It, Diogènes, Citadelle (Doornik) en Harm Reduction-diensten van het Relais social liégeois. Ze bespraken deze ervaringen en deelden feedback, wat niet alleen de kans bood om deze verschillende diensten aan de andere CHWs voor te stellen, maar ook om de benadering van deze diensten en de mogelijkheden voor samenwerking en complementaire werking met het CHW-programma te bespreken.

De middag van 5 december werd besteed aan het verder uitwerken van de signalen die de CHWs hadden verzameld over verslaving en middelengebruik. Op basis van een eerste concept pasten ze de lijst met signalen aan en vulden deze aan. Ook prioriteerden ze de bijbehorende aanbevelingen, waarbij ze hun rol als tussenpersoon en schakel tussen de doelgroep en zorgprofessionals in acht namen. De resultaten van dit collectieve werk worden gepresenteerd in het laatste deel van dit rapport.

3.2 Inleefdagen in gespecialiseerde organisaties

Een tweede belangrijk onderdeel van de verslavingsaanpak van de CHWs in 2024 was de organisatie van inleefdagen. Vanaf juli konden de CHWs locaties voorstellen die ze wilden bezoeken of beter leren kennen. Dit konden zowel residentiële als ambulante organisaties zijn die werken met verslavingsproblematiek, zoals bijvoorbeeld straathoekwerkers die regelmatig in contact staan met mensen die middelen gebruiken.

De CHWs hadden de mogelijkheid om een organisatie in hun eigen werkgebied voor te stellen, maar ook buiten hun eigen gebied. Ze konden ervoor kiezen om de inleefdag alleen of samen met een collega te doen.

De inleefdagen hadden verschillende doelen: het beter begrijpen van het verslavingsnetwerk en de diversiteit ervan, om zo de continuïteit van de ondersteuning voor mensen te verbeteren; het ontdekken van de plaats van de CHWs in dit netwerk en hoe hun rol daarbinnen elkaar aanvult; en het identificeren van nieuwe formele partnerschappen die in de toekomst ontwikkeld moeten worden om de CHWs goed in het netwerk te verankeren.

In het laatste kwartaal van 2024 werd via de RWLP contact gelegd met de voorgestelde instellingen (18). Na een eerste e-mail volgde meestal een telefoongesprek om het verzoek en de voorwaarden voor het ontvangen van CHWs te verduidelijken. Elke CHW kreeg de naam en contactgegevens van de verantwoordelijke binnen de organisatie, zodat ze afspraken konden maken over de datum en voorwaarden voor de inleefdag.

RWLP stelde een vragenlijst op die voorafgaand aan de inleefdagen naar de CHWs werd gestuurd. Deze vragenlijst was bedoeld om hen te helpen hun ervaringen te reflecteren en verslag uit te brengen. De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen:

- Algemene informatie over het initiatief
- Beschrijving van de inleefactiviteiten
- Reflecties van de CHW over zijn rol: Wat heeft dit moment mij geleerd? Wat neem ik hiervan mee?
- Gedachten van de CHW over een mogelijk partnerschap met de organisatie waar de inleefdag plaatsvond.

Begin december 2024 hadden 7 CHWs de kans om zich een dag lang onder te dompelen in de structuur van hun keuze en hun ervaringen te delen met collega's op 5 december 2024 (zie hierboven). De bezochte locaties waren: Infirmiers de Rue, Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens, Centre Alfa, Cap Fly, Trans-it, Diogènes en Asbl Citadelle. Voor 10 andere CHWs zijn immersies gepland in december 2024 en januari 2025 bij diensten zoals Des Hautes Fagnes, Interstices Saint Pierre, Projet Lama, MASS, Trempline, Espérance-Jolimont en Médecin du monde. Er zijn ook al eerste contacten gelegd met Centre Louis Hillier, de Psy107-dienst in Mont Légia en Odysée.

Sommige CHWs konden hun inleefdag in 2024 niet uitvoeren om verschillende redenen omdat bijvoorbeeld de CHW langere tijd afwezig was, er moeilijkheden waren om contact te leggen met de beoogde inleefstructuur, of omdat de organisaties niet voldoende tijd hadden om de CHW te ontvangen. Deze CHWs krijgen in 2025 de mogelijkheid om het inleefmoment alsnog te ervaren. CHWs die in 2024 al een inleefmoment hebben meegemaakt, maar in 2025 een tweede organisatie willen ontdekken, zullen hiertoe ook de kans krijgen.

3.3 Coördinatievergaderingen

RWLP en de coördinatoren van het CHW programma hielden in 2024 een aantal gezamenlijke vergaderingen om de inhoud en aanpak van de ondersteuning inzake verslavingsproblematiek te bespreken. Er waren dit jaar ook meer afstemmingsvergaderingen met de verslavingscoördinator van de CHWs in Vlaanderen:

- 19 januari van 9u30 tot 10u30 (videoconferentie): vergadering over de activiteitenverslagen voor verslavingsproblematiek voor 2023 (deelnemers: Céline Deville, Karen Mullié, Debby Pauwels).

- 6 februari, 13.30-2.30 uur : evaluatie van de activiteiten in 2023 na het zwangerschapsverlof (deelnemers: Céline Deville, Laura Nothelier).
- 12 februari van 11u30 tot 12u30: vergadering over de activiteitenverslagen van de verslavingszorg voor 2023 (deelnemers: Céline Deville, Karen Mullié, Debby Pauwels).
- 15 maart van 12.30 tot 13.30 uur : voorbereiding van het Seminarie van 4 april en training voor de regionale subgroepen (deelnemers: Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch)
- 15 april van 10 tot 11 uur : voorbereiding van de deelname van CHW aan het RWLP-debat (deelnemers: Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch)
- 17 mei van 10 tot 11 uur: organisatie van opleiding voor regionale subgroepen + organisatie van stages en data voor het laatste kwartaal (deelnemers: Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch)
- 11 juni 2024 van 14u30 tot 16u: presentatie van het programma voor verslavingsondersteuning in Wallonië en Vlaanderen + gezamenlijke reflectie over de rol en de grenzen van CHWs (deelnemers: Céline Deville en Marie-Lise Nedee)
- 16 juli 2024 van 11u tot 12u: feedback over de deelname van de verslavingscoördinator in Vlaanderen aan Seminarie 10 en verdere reflecties over de rol en de grenzen van het werk van de CHWs rond het thema verslaving (deelnemers: Céline Deville en Marie-Lise Nedee).
- 23 juli van 13.30 tot 14.30 uur : organisatie van stages en evaluatie van ondersteuning met behulp van kwalitatieve/kwantitatieve gegevens (deelnemers: Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch).
- 30 augustus 2024 van 10u tot 11u : brainstormvergadering over de ondersteuning van CHWs op basis van casestudies opgesteld door de Vlaamse coördinator en discussies over de registratie van de follow-up in verband met verslaving (deelnemers: Céline Deville en Marie-Lise Nedee).
- 10 september van 9 tot 10 uur : vergadering over de monitoring van de onderdompeling en het opstellen van het actieplan 2025 (deelnemers: Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch, Alicia Sculteur, Jennifer Demblon).
- 17 september van 13.30 tot 15.00 uur : coördinatievergadering over verslaving en discussies over een instrument voor het registreren van follow-up in verband met verslaving en middelengebruik (deelnemers : Céline Deville, Karen Mullié, Marie-Lise Nedee, Laura Nothelier, Houria Bounouch, Matthias Neelen).
- 26 november van 12.30 tot 13.30 uur : coördinatievergadering ter voorbereiding op 2025 (deelnemers: Céline Deville, Gaele Peters, Laura Nothelier, Houria Bounouch).

We namen ook deel aan de vergadering van het begeleidingscomité van het RIZIV op 24 april 2024, waar we het activiteitenverslag van 2023 en de geplande acties voor 2024 presenteerden. Voor de vergadering van het begeleidingscomité op 7 november werd een presentatie van de activiteiten in 2024 en de hoofdlijnen van het actieplan voor 2024 voorbereid, maar alleen de coördinator van het CHW-programma nam deel aan de vergadering.

Een belangrijk onderwerp dat tijdens de coördinatiebijeenkomsten in 2024 vaak aan bod kwam, was de vraag welk kader er nodig is voor de interventies van CHWs op het gebied van omgaan met mensen die middelen gebruiken. We zijn begonnen met het nadenken over de relevantie van zo'n kader, de grenzen die we moeten stellen, en het belang van het herhalen van de rol van de CHWs. Deze rol is niet die van expert op vlak van middelengebruik, maar vooral die van steunpunt, goed geïnformeerd over en verbonden met bestaande netwerken voor het aanpakken van problemen inzake middelengebruik. Het doel van deze ondersteuning is om het begrip van verslaving en middelengebruik en de impact ervan te vergroten, zodat CHWs bepaalde gedragingen van gebruikers beter kunnen begrijpen. Zo

kunnen ze hen beter ondersteunen bij vervolgacties die niet direct met hun middelengebruik als such te maken hebben, maar er wel door beïnvloed worden. Deze reflectie over het kader en de grenzen van de CHW-activiteiten op het gebied van middelengebruik zal in 2025 worden voortgezet, met input van het werk dat de coördinatie CHW momenteel doet rond de algemene doelen van het programma. Een ander discussiepunt betreft de registratie van de monitoring met betrekking tot verslavingsproblematiek; het programma wil de acties van de CHWs met betrekking tot verslaving en middelengebruik beter kunnen documenteren. Kwantificering van de monitoring met behulp van het bestaande registratie-instrument wordt overwogen, maar in 2025 moet verder worden nagedacht over de beste registratiemethoden. De registratie moet pragmatisch zijn voor de CHWs, relevant zijn voor de analyse van de follow-up en de ethische principes en de niet-stigmatisering van het betrokken publiek respecteren. De RWLP stelt voor om deze reflectie in 2025 te blijven ondersteunen.

3.4 Verwante activiteiten

Naast de hierboven vermelde activiteiten namen enkele CHWs uit Wallonië en Brussel dit jaar deel aan twee evenementen georganiseerd door de RWLP:

- Het debat georganiseerd op de avond van 25 april in Namen.
- Werelddag tegen armoede op 17 oktober in Namen.

Deelnemen aan deze activiteiten is zinvol omdat het CHWs de kans geeft om meer te weten te komen over de activiteiten van RWLP en zo het partnerschap tussen onze organisaties te versterken, maar vooral om de getuigenissen, ervaringen en aanbevelingen te horen van de mensen die het meest getroffen worden door armoede en sociale uitsluiting.

De gezamenlijke vergaderingen tussen het coördinatieteam en de Waalse CHW-teamverantwoordelijken vinden plaats in de RWLP-kantoren in Namen.

4 Projectdoelstellingen en-prioriteiten bewaken

Hieronder bespreken we hoe de activiteiten in 2024 bijgedragen hebben aan de doelstellingen en prioriteiten van het project, aan de hand van feedback van de CHWs en hun teamverantwoordelijken.

4.1 Versterken van de kennis en vaardigheden van CHWs en hun teamverantwoordelijken in het omgaan met verslavingsproblemen (assen 1 en 6)

De verslavingscoördinator heeft het werk voortgezet dat in 2023 is begonnen aan de prioriteiten 1 en 6, die als volgt zijn gedefinieerd:

- As 1: Een ondersteunend kader ontwikkelen voor CHWs bij het uitvoeren van interventies en acties waarbij ze geconfronteerd worden met middelengebruik
- As 6: De deskundigheid van de coördinator en teamverantwoordelijke op het gebied van middelengebruik vergroten om CHWs beter te ondersteunen.

Volgens de CHWs heeft de ondersteuning door de coördinator verslaving hen in staat gesteld hun vooroordelen en oordelen over drugsgebruik bij te stellen en daardoor een houding aan te nemen waarbij er meer geluisterd wordt naar mensen en hun behoeften, en rekening houdt met hun achtergrond:

"Wij hebben een positievere, minder veroordelende kijk op mensen die gebruiken. Je moet de persoon zien in de context van zijn of haar leven. De verslavingscoördinator heeft ons in staat gesteld om middelengebruik vanaf het begin te doorgronden" (teamverantwoordelijke).

Toch wordt hiermee niet alle bezorgdheid weggenomen die kan bestaan rondom mensen die verslavende middelen gebruiken, vooral tijdens het uitvoeren van werk op straat. CHWs kunnen aarzelen om in contact te komen met mensen of groepen die mogelijk onder invloed zijn. Dit onderstreept de noodzaak om een helder interventiekader voor CHWs te ontwikkelen, waarbij teamwork essentieel is, bijvoorbeeld werken in duo's (tussen CHWs onderling of met andere zorgverleners), vooral wanneer een CHW zich niet op zijn/haar gemak voelt.

"Er zijn mensen die ik ken die gebruiken en daar ga ik zonder zorgen naartoe. Maar als ik alleen op een plein sta met een groep van vijf jongens, voel ik me niet op mijn gemak om daar alleen naartoe te gaan. Het is een beetje jammer, want door onze angst gaan we niet naar deze mensen toe" (CHW)

De geboden ondersteuning, en in het bijzonder de training door gespecialiseerde spelers, heeft de CHWs ook de sleutels gegeven om contact te maken met mensen en op een positieve manier te communiceren, waarbij de nadruk wordt gelegd op het vermogen van mensen om actie te ondernemen om hun waardigheid te herstellen. Verschillende mensen die we ontmoetten, herinnerden ons eraan hoe belangrijk het is om te luisteren en niet te proberen dingen in de plaats van de persoon te doen, om "de persoon koste wat het kost te redden", maar ook om hun machteloosheid te accepteren wanneer hulp wordt geweigerd. De rol van de CHWs in dit opzicht is in de eerste plaats het openen van deuren, het suggereren van mogelijkheden voor follow-up, behandeling en ondersteuning:

"Het is heel nuttig om advies te krijgen van mensen die in verenigingen werken die al experts op dit gebied zijn" (CHW).

Ten slotte hebben we, in antwoord op vragen van CHWs om meer "theoretische" inhoud over verslaving, en in het bijzonder over producten als zodanig, onze kennis over een aantal van deze producten uitgebreid tijdens de Seminarieedagen in 2024. We konden de CHWs ook doorverwijzen naar instrumenten voor preventie en schadebeperking (brochures, websites, plaatsen, enz.). Een van de vragen van de CHWs is om hun kennis van schadebeperkende middelen en principes verder te vergroten in 2025.

4.2 Deelnemen aan netwerken en partnerschappen aangaan (assen 2, 3 en 5)

In 2024 werden verschillende activiteiten uitgevoerd om de CHWs beter te integreren in en partnerschappen te realiseren met bestaande netwerken actief inzake verslaving en middelengebruik en gespecialiseerde organisaties:

- As 2: Partnerschappen in de geestelijke gezondheidszorg, met betrekking tot het thema van middelengebruik en het waarborgen van de follow-up.
- 3: Deelnemen aan bestaande netwerken die actief zijn rond middelengebruik
- As 5: Bruggen bouwen met initiatieven die al bekend zijn in het veld, zowel partners binnen het Witboek van het RIZIV als partners daarbuiten.

Met dit doel voor ogen hebben we dit jaar besloten om elk team CHWs een dag training aan te bieden met een expert op het gebied van verslaving en middelengebruik in hun werkgebied. Deze trainingssessies hebben gezorgd voor een beter begrip tussen deze experts en het CHW-programma, en hebben in de regio Charleroi geleid tot een officieel partnerschap.

Na de training maakte het CHW-team van Charleroi kennis met Alter Ego, de vereniging Trampoline die werkt met gedetineerde drugsgebruikers:

"We denken erover om samen met hen een kantoor op te zetten om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Het is soms moeilijk om deze doelgroep te bereiken en door een inloopbijeenkomst te organiseren in het pand van Alter Ego kunnen we beter contact leggen in een vertrouwde omgeving. Deze mensen, die vaak gestigmatiseerd zijn, hebben de neiging om af te zien van hun lange en tijdrovende procedures en dit belemmert hun toegang tot zorg" (teamverantwoordelijke).

De inleefmomenten zijn ook bedoeld om de kennis van de CHWs en hun teamverantwoordelijken over de sector actief op het domein van verslaving en middelengebruik, de werking en de diversiteit ervan te vergroten. Deze kennis van de verschillende spelers is belangrijk om de CHWs in staat te stellen de juiste deuren te openen en de juiste connecties te maken wanneer de mensen die ze ondersteunen een aanvraag doen. Het stelt sommige van deze organisaties ook in staat om de missies en actiegebieden van de CHWs te ontdekken of beter te begrijpen.

Begin 2025 moet er een coördinatiebijeenkomst worden georganiseerd om de mogelijkheid te bespreken om andere partnerschappen aan te gaan op basis van de feedback van de inleefmomenten. In 2025 zullen ook nieuwe inleefmomenten plaatsvinden om de contacten en kennis van de CHWs te blijven verrijken en hen nog meer te betrekken bij de netwerken actief op het vlak van verslaving en middelengebruik.

Tot slot werd in 2024 de samenwerking met de afdeling ervaringsdeskundigen van POD MI voortgezet en namen verschillende van deze ervaringsdeskundigen deel aan de Seminariedagen die voor de CHWs werden georganiseerd. Samen met hun coördinatoren kregen ze ook de kans om hun werk voor te stellen aan de CHWs tijdens Seminarie 8.

4.3 Signalen verzamelen (as 4)

Tot slot richt as 4 van het project zich op het "verzamelen van signalen van CHWs over verslavingsproblematiek". Dit signaleren is een doorlopend proces dat de CHWs ondersteunt in hun werk. Gedurende het jaar werden verschillende eerder geïdentificeerde signalen door de CHWs gedeeld. De belangrijkste signalen waren:

- **Verzadiging van ondersteuning, behandeling en zorg voor problemen rond middelengebruik en verslaving:**
 - Gebrek aan ruimte in opvang-, zorg-, behandel- en nazorgfaciliteiten.
 - Overbelasting van poliklinische diensten.
 - Lange wachtlijsten.
 - Grote verschillen in dienstverlening tussen regio's, ook binnen Brussel.
- **De kosten van bepaalde geestelijke gezondheidsdiensten of ziekenhuisopnames**, die een belemmering kunnen vormen voor de zorg die mensen nodig hebben (zelfs als ze een verzekering hebben), en die kunnen bijdragen aan verarming en schulden. Ook de kosten van vervoer naar deze diensten zijn een hindernis.
- **Gebrek aan informatie voor het publiek - en voor bemiddelingsdiensten die als tussenpersoon zouden kunnen optreden - over het bestaan van deze diensten en hun specifieke kenmerken.** *"Er zijn diensten en verenigingen die vaak gratis zijn, maar die niet altijd bekend zijn bij het publiek"* (CHW).
- **De stigmatisering en afwijzing van personen die middelen gebruiken door verschillende diensten**, in het bijzonder :
 - Toegang tot huisvesting

- Met bepaalde zorgverleners en gezondheidsdiensten, in het bijzonder ziekenhuizen. De CHWs merken op dat het bijvoorbeeld moeilijk is om artsen te vinden die bereid zijn om patiënten te behandelen die methadonvoorschriften nodig hebben, of apotheken die ze uitreiken. Ze interpreteren dit als een angst van deze professionals om een "aanzuigefect" te creëren. Sommigen hebben ook gemerkt dat mensen onder invloed wordt geweigerd.
- In de OCMW's, vooral bij verzoeken om medische zorg voor personen die middelen gebruiken. Een CHW vertelde dat een OCMW-werknemer zelfs weigerde om een verzoek van een persoon met een verslavingsproblematiek voor te leggen aan de commissie.

"Veel diensten weigeren deze populatie te helpen, met dezelfde vooroordelen die we zelf ook kunnen hebben" (CHW).

Gezien deze observaties bevestigen de CHWs het belang van verslavingsondersteuning en de noodzaak om meer eerstelijnsprofessionals op te leiden over dit onderwerp, zodat ze afstand kunnen nemen van vooroordelen en iedereen hoogwaardige, menswaardige diensten kunnen bieden.

- **De complexiteit van de situaties en levenspaden van mensen met middelengebruik bemoeilijkt de ondersteuning:**
 - Gezondheid (en toegang tot zorg) is vaak niet hun belangrijkste prioriteit, vergeleken met andere basisbehoeften zoals huisvesting en voedsel, die ook een grote invloed hebben op hun gezondheid. Deze sociale factoren verdienen extra aandacht op alle niveaus om de algehele gezondheid te verbeteren.
 - Sommige mensen zijn ook erg geïsoleerd en proberen aan het onthoudingsgebod te voldoen om in aanmerking te komen: *"Mensen komen naar de hulplijn voor een kopje koffie, om warm te worden, om wat te kletsen... ze komen met het voorwendsel dat ze van [de drugs] af willen, maar dat is niet echt wat ze zoeken. Ze komen vooral op zoek naar een beetje verbondenheid"* (CHW). Er zijn te weinig plaatsen waar ze die verbinding kunnen maken en waardig, zonder oordeel en zonder voorwaarden ontvangen kunnen worden.
 - De moeilijkheid om mensen naar de juiste diensten te verwijzen wanneer verschillende problemen elkaar kruisen, en het gebrek aan multidisciplinaire opvangcentra die de tijd en de middelen hebben om deze mensen uitgebreid te ondersteunen. *"Het is niet altijd gemakkelijk om mensen door te verwijzen naar de juiste organisaties. Verslaving en andere problemen: wat behandelen we eerst?"*(CHW)
 - De momenten/uren waarop deze mensen zich naar een bepaalde dienst kunnen wenden, sluiten vaak niet aan bij de uurroosters van de dienstverlening, die soms weinig flexibel zijn, wat leidt tot gemiste afspraken.
 - De regels voor toegang tot diensten (zoals afspraaktijden, formaliteiten en huishoudelijke reglementen) kunnen een obstakel vormen voor mensen in kwetsbare situaties. CHWs merken ook op dat sommige mensen die eerder uit zorgvoorzieningen zijn gezet, op een "zwarte lijst" kunnen komen te staan, waardoor het moeilijk wordt om later de benodigde zorg te vinden.
- De CHWs betreuen ook het gebrek aan middelen voor preventie, vooral voor jongeren. Er is steun nodig voor preventie-initiatieven in scholen en gemeenschappen (verenigingen, buurten, enz.).

- Tot slot merken ze op dat personen die middelen gebruiken vaak vragen om materiaal voor hygiëne en schadebeperking. De CHWs moeten hen dan doorverwijzen naar andere voorzieningen.

Resultaten bevraging thema ‘verslaving en middelengebruik’

1 Inleiding

In november en december 2024 is een anonieme, online vragenlijst afgenomen bij de CHWs. Het doel was inzicht te krijgen in de mate waarin CHWs in contact komen met mensen die problemen ervaren met tabak, alcohol, (illegale) drugs, medicatie, gamen, gokken of seks. Zonder diagnose, kan geen duidelijkheid of uitspraak gedaan worden of er sprake is van een verslaving of middelenmisbruik, daarom hebben we gekozen voor de verwoording ‘problemen met middelengebruik of gedrag’.

De vragenlijst bestond uit een combinatie van zeven gesloten meerkeuzevragen en vier open vragen, en richtte zich op verscheidene aspecten: welke problematieken CHWs regelmatig tegenkomen, hoe vaak dit gebeurt, wie de hulpvragers zijn, wat de impact hiervan is op hun werk. De vragenlijst was beschikbaar in zowel het Nederlands als het Frans. In het volgende deel worden de resultaten van deze bevraging besproken.

2 Resultaten

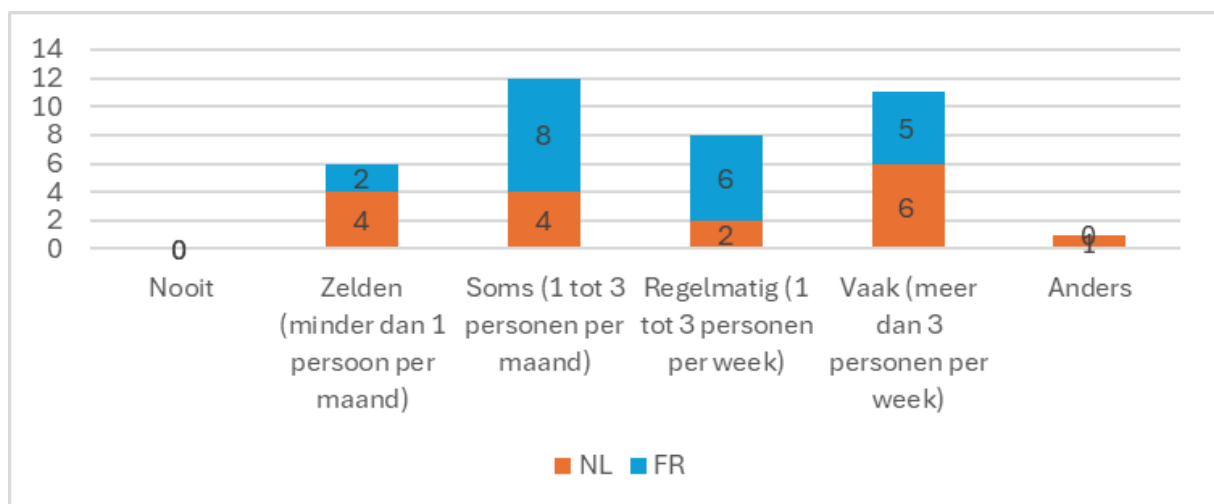
2.1 Respons

De Nederlandse versie van de vragenlijst werd ingevuld door 17 CHWs, de Franstalige versie door 22 CHWs, wat een totaal van 39 respondenten oplevert. Aangezien de vragenlijst werd verstuurd naar alle 49 CHWs die actief zijn binnen het programma, resulteert dit in een responsratio van 79,5 %. Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, is er geen socio-demografische informatie verzameld.

2.2 Frequentie contacten

De onderstaande grafiek 1 geeft weer hoe regelmatig de CHWs in hun individuele werk in aanraking komen met personen die één of meerdere van de genoemde problemen ervaren. De antwoorden zijn opgesplitst naar taal, waarbij de oranje balken de Nederlandstalige CHWs vertegenwoordigen en de blauwe balken de Franstalige CHWs.

Grafiek 1: Frequentie contacten CHWs met iemand met één of meerdere van deze problemen



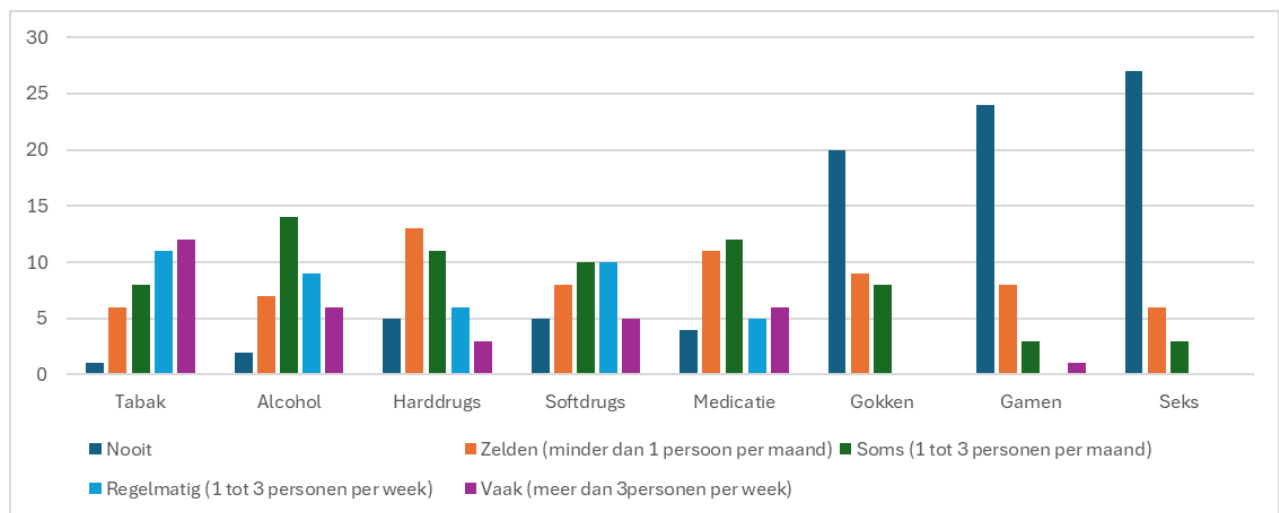
Deze resultaten laten zien dat de meeste CHWs regelmatig geconfronteerd worden met personen die de problemen met middelengebruik of gedrag ervaren. Geen enkele CHW gaf aan nooit met dergelijke

situaties in aanraking te komen. Zelden (minder dan één persoon per maand) wordt door 6 CHWs aangegeven. De meerderheid van de CHWs rapporteert immers een hogere frequentie. Soms (1 tot 3 personen per maand) en vaak (meer dan 3 personen per week) zijn de meest voorkomende antwoorden, met respectievelijk 12 en 11 CHWs in totaal. Acht CHWs geven aan regelmatig (1 tot 3 personen per week) in aanraking te komen met dergelijke problematieken. Eén CHW gaf een open antwoord in bij de categorie 'anders', namelijk dat er dagelijks ondersteuning geboden moet worden aan iemand met dergelijke problemen.

2.3 Frequentie verschillende problematieken

De CHWs werden ook gevraagd naar de frequentie van het voorkomen van de problemen met tabak, alcohol, harddrugs, softdrugs, medicatie, gokken, gamen of seks. Hun antwoorden zijn weergegeven in grafiek 2.

Grafiek 2: Frequentie contacten van CHWs met personen met problemen

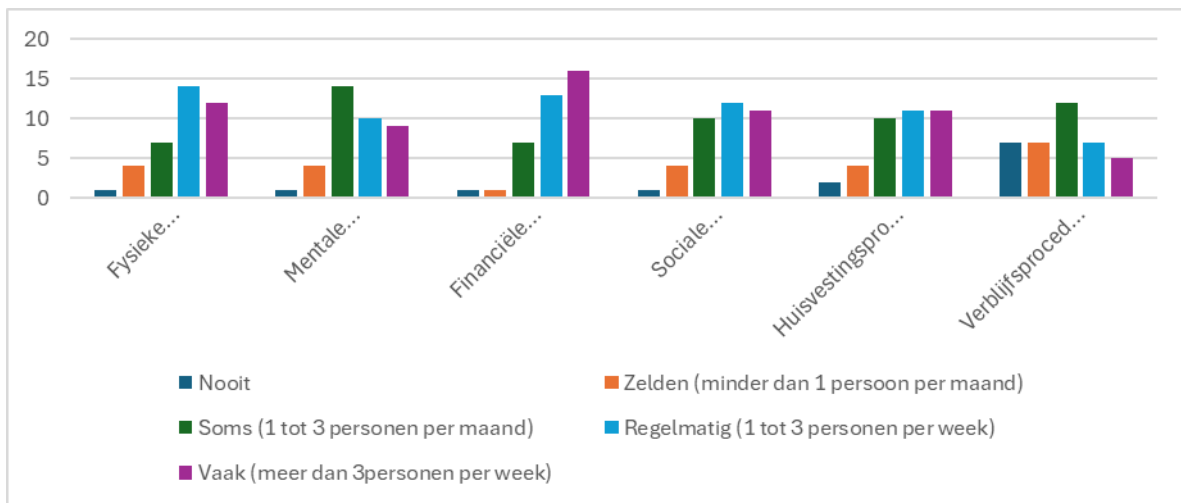


De gegevens laten zien dat CHW het meest te maken krijgen met mensen die problemen ervaren met middelengebruik. Meer dan twee derde van de CHW geeft aan dat problemen met tabak soms, regelmatig of vaak voorkomen. Problemen met alcohol en softdrugs, zoals cannabis of lachgas, worden eveneens relatief vaak gemeld. Contacten met mensen die worstelen met harddrugs, zoals cocaïne, heroïne of XTC, en medicatiegebruik komen minder frequent voor en worden doorgaans als "soms" gerapporteerd. Problemen met gedrag, namelijk gokken, gamen en seks worden het minst vaak genoemd door CHW, waarbij een groot deel aangeeft dat deze zelden of nooit voorkomen in hun contacten.

2.4 Complexe problematiek

Vervolgens werd gevraagd naar de frequentie waarmee CHW geconfronteerd worden met complexe problematiek, waarbij meerdere soorten problemen tegelijkertijd bij dezelfde persoon voorkomen. De antwoorden, weergegeven in grafiek 3, bieden inzicht in hoe vaak CHW zien dat problemen met middelengebruik of gedrag samen voorkomen met fysieke of mentale gezondheidsproblemen, financiële moeilijkheden, sociale uitdagingen, huisvestingsproblemen of kwesties rond een (aanvraag tot) verblijfsprocedure.

Grafiek 3: het samen voorkomen van problemen

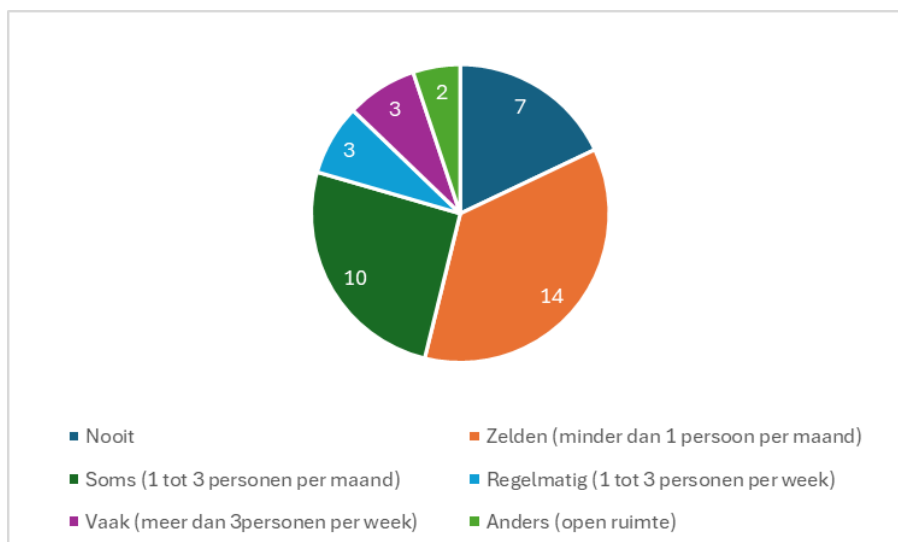


Problemen met fysieke gezondheid en financiële moeilijkheden worden het vaakst gerapporteerd: meer dan de helft van de CHW geeft aan dat deze vaak of regelmatig samengaan met de problemen met middelgebruik of gedrag. Ook mentale gezondheidsproblemen, sociale uitdagingen en huisvestingsproblemen komen frequent voor, met een aanzienlijk aantal CHW die aangeven dat deze vaak of regelmatig voorkomen. Kwesties rond verblijfsprocedures worden minder vaak genoemd, wat logisch is, aangezien deze problematiek alleen van toepassing is op mensen die zich in een verblijfsprocedure bevinden. Er werd zeer weinig 'nooit' of 'zelden' aangeduid, want de complexiteit van de situaties waarmee CHW geconfronteerd worden benadrukt: het gaat in bijna alle gevallen om een complexe problematiek, waarbij problemen met middelgebruik of gedrag gepaard gaan met andere problemen.

2.5 Aanleiding tot hulpvraag

Er werd in de bevraging nagegaan hoe vaak de genoemde problemen al dan niet een direct aanleiding zijn tot een hulpvraag bij de CHW. De taartdiagram in grafiek 4 laat zien hoe vaak de problemen met middelengebruik of gedrag, een directe aanleiding vormen voor het contact met een CHW.

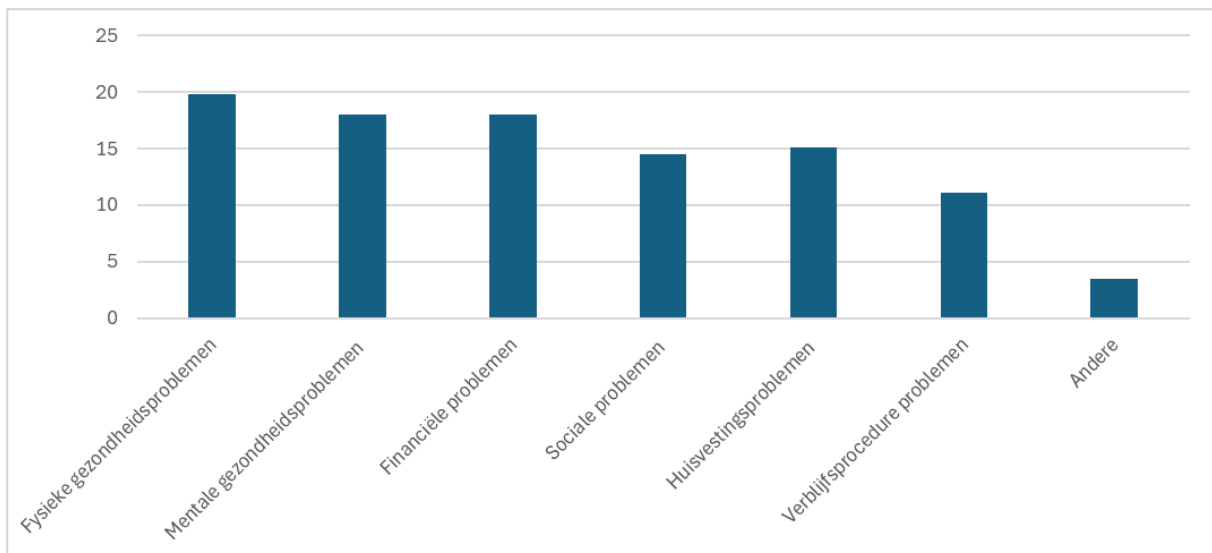
Grafiek 4: Directe aanleiding tot hulpvraag



In de meeste gevallen is dit relatief zeldzaam: slechts bij een klein deel van de contacten (3 keer “vaak” en 3 keer “regelmatig”) worden dergelijke problemen als primaire aanleiding genoemd. Het grootste deel van de CHW geeft aan dat dergelijke problemen "soms" (10 keer) of "zelden" (14 keer) voorkomen, terwijl 7 keer wordt aangegeven dat deze nooit een directe aanleiding vormen.

De staafdiagram in grafiek 5 toont daarentegen welke andere soorten problemen vaak aan de basis liggen van de contacten met CHW. De CHWs konden meerdere antwoorden aankruisen.

Grafiek 5: Aanleiding is andere hulpvraag



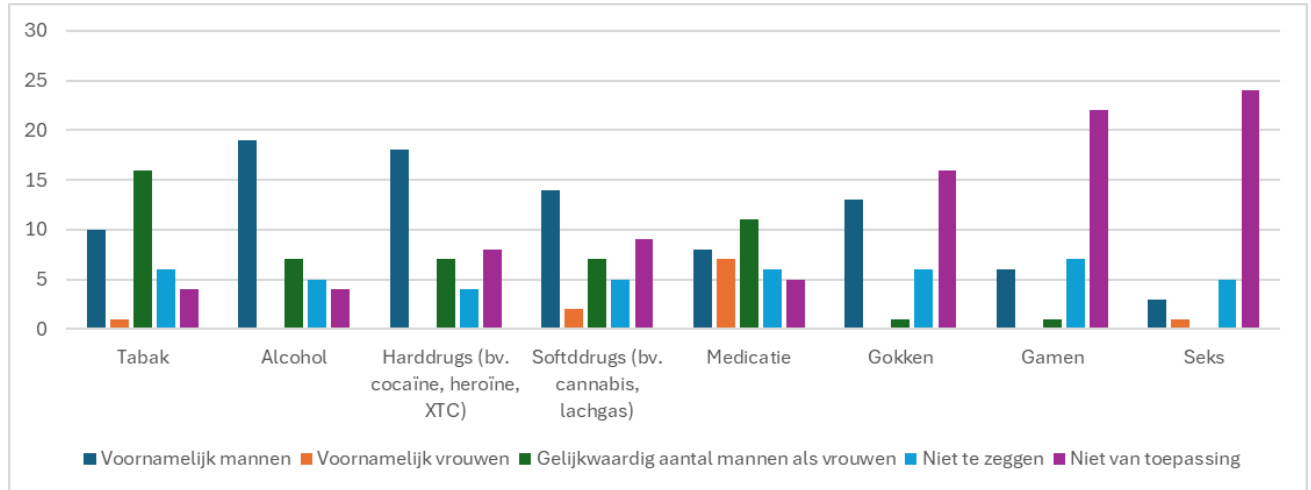
Fysieke gezondheidsproblemen worden door CHW het meest genoemd als aanleiding voor contact, gevolgd door financiële problemen en mentale gezondheidsproblemen. Sociale en huisvestingsproblemen worden eveneens vaak gerapporteerd, terwijl problemen met verblijfsprocedures minder frequent voorkomen – opnieuw heeft dit uiteraard enkel betrekking op een deel van het publiek, wat de lagere rapportage kan verklaren. Bij de categorie “andere” konden CHW zelf antwoorden invullen. Zes CHW maakten hiervan gebruik en noemden administratieve problemen, zoals inschrijving in de mutualiteit of een wijkgezondheidscentrum, evenals praktische problemen zoals vervoer, als ook een gebrek aan vertrouwen in hulpverleners.

Deze resultaten bevestigen dat problemen met middelengebruik of gedrag zelden op zichzelf staan. Ze maken doorgaans deel uit van een bredere, complexe problematiek, waarin mentale, financiële en fysieke uitdagingen vaak centraal staan of als eerste aanleiding voor een hulpvraag worden genoemd.

2.6 Genderprofiel

In de bevraging gaven CHWs aan, per problematiek, welke genderprofielen ze waarnemen. Dit is weergegeven in grafiek 6.

Grafiek 6. Genderprofiel per problematiek

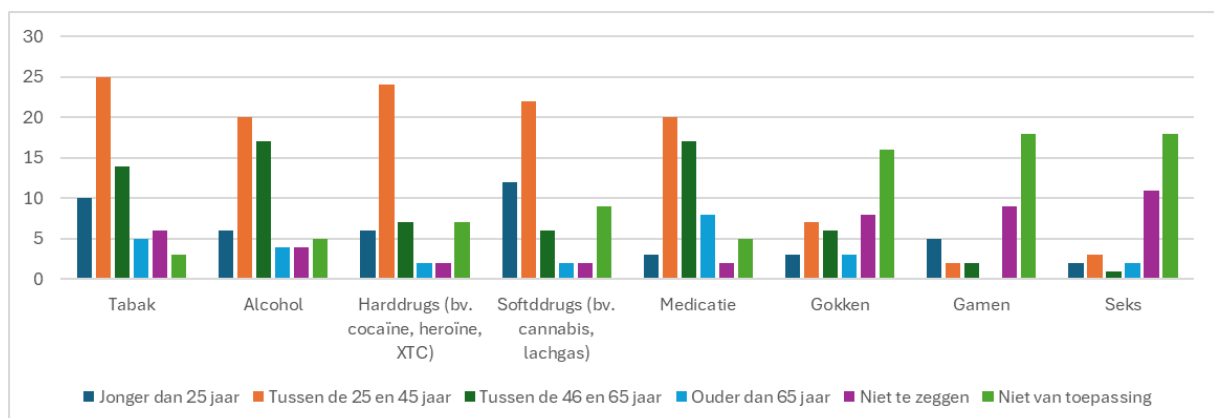


Opvallend is dat de meeste problemen worden geassocieerd met mannen. Dit is het geval voor problemen met alcohol en drugs, en bij problemen met gedrag zoals gokken, gamen of seks. Al komen deze laatste problemen zeer zelden terug in de contacten van CHWs. Bij problemen met tabak of medicatie rapporteren CHW vooral dat deze even vaak bij mannen als vrouwen voorkomen. In alle categorieën komen steeds een aantal CHWs voor die aangeven dat het 'niet te zeggen' is, wellicht speelt ook het specifieke publiek waarmee CHWs in aanmerking komen, en dat verschilt per CHW, per wijk, per regio, hierin ook een rol.

2.7 Leeftijdsprofiel

Er werd ook gepeild of er verschillen waren in de leeftijdsprofielen die worden geassocieerd met specifieke problemen. Grafiek 7 toont het leeftijdsprofiel van de personen met verschillende problematieken zoals gerapporteerd door CHWs, die per problematiek meerdere antwoorden konden aanduiden.

Grafiek 7. Leeftijdsprofiel per problematiek



De leeftijdsgroepen die het vaakst door CHW worden genoemd in verband met problemen rond middelengebruik en gedrag, zijn personen tussen de 25 en 45 jaar, gevolgd door de groep van 46 tot 65 jaar. Problemen met tabak en softdrugs worden daarnaast relatief vaak waargenomen bij mensen onder de 25 jaar. Opvallend is dat medicatiegebruik, in vergelijking met andere problematieken, iets vaker wordt aangeduid als een probleem dat voorkomt bij ouderen (boven de 65 jaar).

Problemen met gedrag, zoals gokken en gamen, worden daarentegen vaak gemarkeerd als "niet van toepassing" of "niet te zeggen." Dit sluit aan bij eerdere resultaten, waaruit bleek dat CHW minder vaak in contact komen met mensen die problemen hebben met deze specifieke gedragingen.

2.8 Geobserveerde verschillen

In een open vraag werd aan de deelnemende CHWs gevraagd of zij verschillen opmerken in hoe verslavingsproblematiek en gerelateerd gedrag voorkomen binnen de gemeenschappen en wijken waarin zij werken. Als ze dergelijke verschillen zagen, werd hen gevraagd deze te beschrijven en waar mogelijk concrete voorbeelden te geven.

De CHWs deelden uiteenlopende observaties over hoe deze problematieken zich manifesteren, waarbij sociale, culturele en contextuele factoren vaak een grote rol spelen. Ze benadrukten dat een verslavingsprobleem zelden op zichzelf staat, maar meestal verweven is met bredere, complexe uitdagingen. Mensen zoeken vaak hulp vanwege fysieke, sociale of financiële problemen, waarbij verslaving een onderliggende of bijkomende factor blijkt te zijn.

Tegelijkertijd gaven sommige CHWs aan dat het moeilijk is hierover uitspraken te doen. Enerzijds voelen zij zich niet altijd in staat om deze verschillen te analyseren, anderzijds zien zij dezelfde problemen terugkeren binnen verschillende gemeenschappen en wijken waarin ze actief zijn.

Desondanks valt er volgens de CHWs wel een aantal opvallende trends te onderscheiden. Zo wordt alcoholmisbruik vaker genoemd in bepaalde gemeenschappen, waaronder sub-Saharaans Afrikaanse groepen en mensen zonder migratieachtergrond. Drugsgebruik wordt daarentegen vaker waargenomen binnen andere gemeenschappen, zoals bij jongeren met een Maghrebijnse achtergrond. Tabaksgebruik en alcoholverslaving komen vooral voor bij oudere volwassenen, terwijl jongeren vaker worstelen met softdrugs zoals cannabis en lachgas, en in sommige gevallen met harddrugs zoals cocaïne.

Een groep die als bijzonder kwetsbaar wordt aangeduid, zijn dakloze mensen. Zij hebben vaker te maken met verslavingsproblemen, zoals alcohol- en drugsgebruik, wat verergerd wordt door hun onstabiele woonomstandigheden. Daarnaast wordt er door CHWs gewezen op de rol van de wooncontext: mensen in kwetsbare situaties, zoals mensen zonder wettig verblijf of in opvangcentra, blijken ook vaker problemen te hebben met middelengebruik. Naast drugs- en alcoholproblemen wordt er ook medicatieafhankelijkheid genoemd, met name bij mensen die onder psychologische druk staan, zoals vluchtelingen in detentiecentra of mensen met mentale gezondheidsproblemen.

Volgens de CHWs verschilt de aard van de problematiek sterk per regio, wijk of ruimte. Hoewel in deze bevraging niet expliciet naar hun werkgebied werd gevraagd, blijkt uit de antwoorden dat CHWs in grootstedelijke gebieden een grotere diversiteit signaleren in de relatie tussen middelengebruik en sociale problematieken in bepaalde wijken. Openbare plekken, zoals parken en nabij voorzieningen zoals stations, worden vaak genoemd als locaties waar verslavingsproblemen zichtbaarder zijn. Dit komt mede door de samenkomst van kwetsbare groepen en de aanwezigheid van hulporganisaties. Op deze plekken wordt vooral drugs- en alcoholgebruik gerapporteerd.

2.9 Casusvoorbeelden

CHWs kregen de opdracht om via een open vraag een casus te beschrijven van een persoon met middelengebruik- of gedragsproblemen die zij in hun individuele werk al hadden begeleid. De casussen die zij aanbrachten, illustreerden de veelzijdigheid en complexiteit van verslavingsproblematiek binnen de gemeenschappen waarin zij actief zijn. Wat uit deze verhalen duidelijk naar voren komt, is dat verslavingsproblemen zelden op zichzelf staan, maar vaak verweven zijn met bredere sociale, economische en psychologische uitdagingen. Tegelijkertijd zijn er ook overeenkomsten te herkennen in de begeleiding en ondersteuning die CHWs bieden. Zo worden vertrouwen en tijd vaak genoemd als cruciale factoren om deze problematiek effectief op te volgen.

In veel casussen blijkt dat cliënten zich niet direct aanmelden met een vraag rond verslavingsproblematiek, maar dat dit gaandeweg tijdens de begeleiding duidelijk wordt. Een CHW beschrijft bijvoorbeeld een man die hij of zij leerde kennen tijdens een permanentie bij een samenwerkingspartner. De man meldde zich omdat hij dakloos was, geen inkomen had en niet was aangesloten bij een mutualiteit. Dankzij de hulp van de CHW kwam hij meerdere keren terug naar de permanentie, waardoor er een vertrouwensrelatie ontstond. Dit gaf hem de ruimte om te delen dat hij verslaafd was aan heroïne en alcohol, en dat hij zijn kinderen al lange tijd niet had gezien, maar weer een goede vader wilde zijn. De CHW begeleidde hem naar een psychosociale dienst gespecialiseerd in verslavingsproblematiek. Deze casus illustreert hoe tijd en geduld nodig zijn om vertrouwen op te bouwen, wat vaak de basis vormt voor verdere stappen in de begeleiding. CHWs spelen een cruciale rol als eerste aanspreekpunt, luisterend oor en schakel naar gespecialiseerde hulp. Ze helpen cliënten ook bij toegang tot basisvoorzieningen, zoals medische zorg, huisvesting en sociale ondersteuning. Het vertrouwen dat zij weten te creëren, zorgt ervoor dat mensen zich gehoord voelen en openstaan voor het bespreken van problemen die eerst verborgen bleven.

De verhalen benadrukken ook hoezeer de context waarin iemand leeft van invloed is op het ontstaan en aanpakken van verslavingsproblemen. Factoren zoals armoede, eenzaamheid, dakloosheid of instabiele woonsituaties dragen vaak bij aan de verergering van middelengebruik. Veel casussen betreffen cliënten in kwetsbare woonsituaties. Daarnaast blijken complexe zorgbehoeften een uitdaging: mensen met middelengebruik hebben vaak ook andere problemen, zoals al zichtbaar was in de kwantitatieve resultaten. CHWs zetten in dergelijke gevallen vaak multidisciplinaire samenwerking in, bijvoorbeeld door samenwerkingspartners te betrekken bij een plan van aanpak of een warme overdracht naar gespecialiseerde diensten te realiseren. Zo beschrijft een CHW een casus van een dakloze man die door middelengebruik mentale problemen ontwikkelde en uiteindelijk met hulp werd opgenomen in een dienst voor psychologische opvolging. Ook ondersteunen CHWs cliënten bij praktische zaken, zoals het regelen van afspraken, mutualiteitsaansluiting of inschrijving bij een wijkgezondheidscentrum, wat essentieel is voor continuïteit in de zorg. Dankzij deze ondersteuning rapporteren CHWs verschillende successen, variërend van verbeterde gezondheid tot het stoppen met middelengebruik, zoals in het geval van een jonge vrouw die met hulp van de CHW stopte met roken en haar gezondheid verbeterde.

Toch stuiten CHWs ook op uitdagingen. Sommige cliënten zijn niet in staat of bereid om hulp te accepteren of vol te houden, zoals blijkt uit casussen waarin cliënten voortijdig afhaken of afspraken niet nakomen. CHWs benadrukken hierbij het belang van een niet-oordelende houding en het respecteren van het tempo van de cliënt, waarbij zij erkennen dat het eigen is aan verslavingsproblematiek dat afspraken soms worden vergeten. Daarnaast ervaren CHWs frustratie over structurele beperkingen in het systeem, zoals een gebrek aan opvangplekken. Ook noemen enkele CHWs dat afhankelijkheid van medicatie soms in stand wordt gehouden door artsen die blijven voorschrijven, of dat culturele factoren cliënten ervan weerhouden voorgeschreven medicatie te

nemen, terwijl psychiaters aandringen op voortzetting van de behandeling. Veiligheid is eveneens een belangrijk aandachtspunt: in sommige casussen worden CHWs geconfronteerd met agressie van cliënten onder invloed van middelen, of met het overschrijden van persoonlijke grenzen. Een CHW beschrijft bijvoorbeeld een casus van een man met geheugenproblemen door middelengebruik, die eerdere gesprekken vergeet, discussies blijft herhalen en midden in de nacht contact zoekt met de CHW.

Samenvattend tonen deze casussen het belang van maatwerk, geduld en samenwerking in de aanpak van verslavingsproblematiek. CHWs vervullen een cruciale rol door niet alleen directe hulp te bieden, maar ook als brug te fungeren naar bredere sociale en medische ondersteuning.

2.10 Invloed op werking

De CHWs werden ook bevraagd naar hoe problemen met middelengebruik en gedrag een invloed heeft op hun werk. Samen met de casussen hierboven, geven de antwoorden van de CHWs op deze vraag een genuanceerd beeld van hoe de begeleiding van cliënten met verslavingsproblematiek hun werking beïnvloedt. De complexiteit en onvoorspelbaarheid van deze doelgroep wordt vaak benadrukt, met name doordat cliënten moeite hebben om zich aan afspraken te houden, snel van stemming kunnen wisselen en vaak een laag vertrouwen in hulpverlenende instanties hebben. Dit maakt het opbouwen van een vertrouwensrelatie cruciaal maar tijdsintensief. CHWs besteden vaak extra tijd en geduld aan deze cliënten, passen hun aanpak aan en proberen flexibel te zijn in het aanbieden van hulp.

Daarnaast geven enkele CHWs aan dat praktische obstakels bij de cliënten zoals het niet in bezit hebben van een telefoon of financiële middelen voor medicatie of consultaties ervoor zorgen dat het opvolgen van zorg moeilijker wordt. Ook het niet nakomen van afspraken of plotselinge veranderingen in gedrag worden vaak genoemd als uitdagingen die het proces vertragen. Sommige cliënten zijn heel ongeduldig en eisen onmiddellijk hulp, anderen veranderen tijdens hun opvolging voortdurend van mening over welke hulp ze wensen, laten heel lang niks van zich horen, en duiken dan terug op. Hierbij wordt ook de impact op de CHWs zelf zichtbaar. Het werken met deze doelgroep vraagt veel van hun emotionele veerkracht en geduld. Situaties waarin cliënten agressief reageren of afspraken vergeten, kunnen frustrerend en demotiverend zijn. Tegelijkertijd geven veel CHWs aan dat zij zich niet laten ontmoedigen: ze laten de cliënten niet vallen, en zoeken naar manieren om hun cliënten te motiveren tot verandering, vaak in samenwerking met andere professionals. Daarnaast benadrukken enkele CHWs dat juist de vertrouwensband die zij opbouwen ervoor zorgt dat cliënten hun best doen, omdat ze weten dat de CHW er onvoorwaardelijk voor hen is.

Samenvattend is de begeleiding van cliënten met verslavingsproblematiek voor CHWs een uitdagende maar betekenisvolle taak, waarbij maatwerk, flexibiliteit en samenwerking essentieel zijn om resultaten te boeken en tegelijkertijd de eigen grenzen te bewaken.

2.11 Noden CHWs

Een laatste open vraag peilde naar de noden van CHWs zodat zij zich meer comfortabel kunnen voelen in het opvolgen van personen die kampen met (potentiële) verslavingsproblemen. Terwijl enkele CHWs aangeven dat ze zich capabel genoeg voelen en geen nood aan bijkomende ondersteuning, geeft de meerderheid van de CHWs aan behoefte te hebben aan gerichte opleidingen, intervisie en supervisie. Ze benadrukken het belang van trainingen die hen voorzien van inzicht in verslavingsproblematiek, technieken om risicovolle situaties te de-escaleren, en handvatten om deze doelgroep effectief op te volgen en met hen te communiceren. Sommige CHWs wijzen erop dat het succes van de opvolging grotendeels bij de cliënt zelf ligt, en dat opleidingen die hen leren hoe ze deze doelgroep hiervan bewust kunnen maken en kunnen motiveren, van grote waarde kunnen zijn.

Daarnaast wordt het opstellen van duidelijke protocollen en procedures als essentieel beschouwd, bijvoorbeeld voor het omgaan met verbale agressie of het opstellen van een stappenplan bij een terugval. Intervisie met collega's, supervisie door ervaren professionals en teamoverleg met deskundigen worden gezien als waardevolle ondersteuning, zowel om praktische casussen te bespreken als om beter te kunnen omgaan met de psychische druk die het werk met zich meebrengt. De behoeften van de CHWs zijn hierbij gericht op het vergroten van hun kennis, vaardigheden en veerkracht, zodat zij effectiever kunnen inspelen op de complexe situaties waarmee zij dagelijks worden geconfronteerd.

Sommigen zien daarnaast meer uren of betere werkomstandigheden als essentieel om de intensieve begeleiding die deze doelgroep vereist, op lange termijn vol te houden. Zo geven enkele CHWs aan dat ze niet voldoende werktijd hebben om de opvolging te waarborgen, zich niet erkend voelen in hun rol om dit daadkrachtig aan te pakken, of dat ze zich comfortabeler zouden voelen als ze deze begeleiding samen met een collega zouden kunnen uitvoeren.

Tenslotte wordt het versterken van samenwerkingen binnen wijken en met lokale partners genoemd als een manier om een meer omvattende ondersteuning te bieden. Veel CHWs vinden het belangrijk om samen te werken in een multidisciplinair netwerk, waarbij ze makkelijker toegang hebben tot gespecialiseerde hulpverleners zoals artsen, psychologen of verslavingsdeskundigen. Hierbij zou een erkende samenwerking met deze diensten hen in staat stellen om cliënten sneller en beter door te verwijzen.

3 Conclusie en suggesties

De resultaten van deze bevraging bieden waardevolle inzichten die kunnen helpen bij het prioriteren van ondersteuning en interventies voor de opvolging van mensen met middelengebruik- of gedragsproblemen door CHWs. De bevindingen tonen aan dat CHWs vaak geconfronteerd worden met een breed scala aan problemen, waarbij complexe en meervoudige problematiek de norm is. Het gelijktijdig optreden van middelengebruik of gedragsproblemen, samen met fysieke, mentale, sociale en financiële uitdagingen, benadrukt de veelzijdigheid van de situaties waarmee CHWs te maken hebben. Daarnaast bieden de resultaten inzicht in de specifieke problematieken en het profiel van de doelgroepen waarmee CHWs werken. Dit kan bijdragen aan een betere afstemming van interventies op de specifieke behoeften die gepaard gaan met deze problematiek, en CHWs beter in staat stellen om deze doelgroep effectief op te volgen. Een belangrijk aandachtspunt is echter dat deze bevraging gebaseerd is op de percepties van CHWs en niet op een systematische registratie van casussen. Voor diepgaand inzicht in de aard en omvang van de problematiek is een uniforme en gedetailleerde registratie noodzakelijk.

Hoe dan ook, tonen de bevindingen aan dat verslavingsproblematiek zelden op zichzelf staat, maar vaak verweven is met andere uitdagingen, zoals mentale gezondheidsproblemen, fysieke aandoeningen en sociale of financiële kwetsbaarheid. Deze verwevenheid benadrukt het belang van multidisciplinaire samenwerking en een holistische benadering in de hulpverlening. CHWs bevinden zich in een unieke positie om deze patronen te herkennen en als brug te fungeren naar de juiste ondersteunende diensten. Het belang van training en ondersteuning voor CHWs zelf is hierbij van groot belang. De complexiteit van de problematiek waarmee zij werken, vraagt om gerichte opleidingen, supervisie en protocollen die hen in hun rol ondersteunen. CHWs geven ook aan dat het versterken van netwerken met andere professionals en het delen van ervaringen binnen hun team en met experts essentieel is om hun werk effectief te kunnen uitvoeren.