

EVALUATIE VAN HET PROJECT **‘GEZONDHEIDSGIDSEN STAD GENT’** MET ALS FOCUS PREVENTIEVE ZORG EN GEZONDSPROMOTIE BIJ KWETSBARE GROEPEN

Aantal woorden: 6.951

Eva Heyerick en Dina Van Keer

Stamnummer: 01708140 en 02009459

Promotor: Prof. dr. Peter Decat

Co-promotor: Dorien Vanden Bossche

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2021 – 2022



EVALUATIE VAN HET PROJECT:
‘GEZONDHEIDSGIDSEN STAD GENT’
**MET ALS FOCUS PREVENTIEVE ZORG EN GEZONDSPROMOTIE
BIJ KWETSBARE GROEPEN**

Aantal woorden: 6.951

Eva Heyerick en Dina Van Keer

Stamnummer: 01708140 en 02009459

Promotor: Prof dr. Peter Decat

Co-promotor: Dorien Vanden Bossche

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2021 – 2022



© Copyright

Deze Verklaring wordt afgelegd ten aanzien van

Universiteit Gent, openbare instelling met rechtspersoonlijkheid, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 9000 Gent, Sint-Pietersnieuwstraat 25, gekend onder ondernemingsnummer 0248.015.142 voor wie optreedt bij delegatie ingevolge het besluit van de Raad van Bestuur, prof. dr. Rik Van de Walle, rector ("UGent")

Door:

Eva Heyerick - woonachtig te Petegemstraat 95, 9870 Machelen (O.VL)

Student, ingeschreven aan UGent in de richting: Master Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Project: Omschrijving / titel onderzoeksproject
Evaluatie project 'Gezondheidsguiden stad Gent'
Promoter prof. Dr. Peter Decat

In het kader van zijn/haar opleiding aan UGent, zal ondergetekende kennis krijgen van bepaalde vertrouwelijke informatie toebehorend aan UGent of door derden toevertrouwd aan UGent.

Ondergetekende verbindt er zich toe om de aan hem/haar in het kader van het Project ter beschikking gestelde informatie op geen enkele manier publiek bekend te maken zonder voorafgaande uitdrukkelijke schriftelijke toelating van UGent. Deze verbintenis geldt voor een duur van **tien (10) jaar** te rekenen vanaf de datum van deze Eenzijdige Verklaring.

Ondergetekende draagt eveneens al zijn/haar rechten op onderzoeksresultaten behaald in het kader van het Project over aan UGent.

Ondergetekende garandeert de mensenrechten te zullen respecteren.

Deze Eenzijdige Verklaring vervangt alle schriftelijke en mondelinge overeenkomsten die de partijen eerder zijn aangegaan met betrekking tot haar voorwerp en omvat de enige en volledige overeenkomst ter zake tussen de partijen.

Aldus verklaart en tekent voor akkoord:

Naam	Eva Heyerick
Handtekening	Voorafgegaan door handgeschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd" Gelezen en goedgekeurd 
Datum:	05/11/2021

**VERTROUWELIJKHEID & OVERDRACHT VAN
RECHT EENZIJDIGE VERKLARING**

NDA-EV

Deze Verklaring wordt afgelegd ten aanzien van

Universiteit Gent, openbare instelling met rechtspersoonlijkheid, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 9000 Gent, Sint-Pietersnieuwstraat 25, gekend onder ondernemingsnummer 0248.015.142 voor wie optreedt bij delegatie ingevolge het besluit van de Raad van Bestuur, prof. dr. Rik Van de Walle, rector ("UGent")

Door:

Dina Van Keer - woonachtig te Dorkensstraat 8, 2890 Puurs-Sint-Amands

Student, ingeschreven aan UGent in de richting: Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Project: Omschrijving / titel onderzoeksproject Evaluatie project 'Gezondheidsguiden stad Gent'

Promoter Prof. dr. Peter Decat

In het kader van zijn/haar opleiding aan UGent, zal ondergetekende kennis krijgen van bepaalde vertrouwelijke informatie toebehorend aan UGent of door derden toevertrouwd aan UGent.

Ondergetekende verbindt er zich toe om de aan hem/haar in het kader van het Project ter beschikking gestelde informatie op geen enkele manier publiek bekend te maken zonder voorafgaande uitdrukkelijke schriftelijke toelating van UGent. Deze verbintenis geldt voor een duur van **tien (10) jaar** te rekenen vanaf de datum van deze Eenzijdige Verklaring.

Ondergetekende draagt eveneens al zijn/haar rechten op onderzoeksresultaten behaald in het kader van het Project over aan UGent.

Ondergetekende garandeert de mensenrechten te zullen respecteren.

Deze Eenzijdige Verklaring vervangt alle schriftelijke en mondelinge overeenkomsten die de partijen eerder zijn aangegaan met betrekking tot haar voorwerp en omvat de enige en volledige overeenkomst ter zake tussen de partijen.

Aldus verklaart en tekent voor akkoord:

Naam	Dina Van Keer
Handtekening	Voorafgegaan door handgeschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd" Gelezen en goedgekeurd 
Datum:	06/11/2021

Inhoudsopgave

Voorwoord	9
Abstract (Nederlands)	10
Abstract (English)	11
1. Inleiding	12
2. Literatuur	14
2.1. <i>Community Health Workers</i>	14
2.2. <i>CHW-interventies in de preventieve zorg en gezondheidspromotie</i>	15
2.3. <i>COVID-pandemie</i>	15
2.4. <i>Conclusie literatuurstudie</i>	16
3. CMO-Hypothese	17
4. Methode	18
4.1. <i>Onderzoeksdesign</i>	18
4.2. <i>Steekproef en setting</i>	18
4.3. <i>Gegevensverzameling</i>	18
4.3.1. <i>Kwantitatieve verzameling</i>	18
4.3.2. <i>Kwalitatieve verzameling</i>	19
4.4. <i>Analyse van de gegevens</i>	19
4.4.1. <i>Kwantitatieve analyse</i>	19
4.4.2. <i>Kwalitatieve analyse</i>	19
4.5. <i>Ethische overwegingen</i>	19
5. Resultaten	20
5.1. <i>Kwantitatieve resultaten</i>	20
5.2. <i>Kwalitatieve resultaten</i>	20
5.2.1. <i>Outcomes</i>	20
5.2.2. <i>Mechanismen die de outcomes genereren</i>	22
5.2.3. <i>Contextfactoren die de mechanismen faciliteren</i>	26
5.2.4. <i>Geïdentificeerde uitdagingen</i>	27
6. Discussie	29
6.1. <i>Gezondheidsgidsen stad Gent</i>	29
6.2. <i>Sterktes en beperkingen</i>	30
7. Praktijkimplicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek	31

8. Conclusie	32
Referentielijst	33
Appendix	
<i>Bijlage 1: Project Gezondheidsgidsen stad Gent</i>	
<i>Bijlage 2: Systematische literatuurstudie</i>	
<i>Bijlage 3: Steekproefmatrix</i>	
<i>Bijlage 4: Ethische overwegingen (EC-nummers: BC-10989 en BC-10990)</i>	
<i>Bijlage 5: Informed Consent (deelnemers)</i>	
<i>Bijlage 6: Output SPSS</i>	
<i>Bijlage 7: Codeboom kwalitatieve resultaten (NVivo)</i>	

Voorwoord

Voor het behalen van de graad Master of Science in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg leggen we deze masterthesis met genoegen neer. In dit voorwoord wensen we onze bijzondere dank te uiten aan enkele personen die een rol speelden bij het realiseren van deze masterthesis.

Vooreerst wensen we onze promotor Prof. dr. Peter Decat oprecht te bedanken voor zijn deskundig advies en toegewijde begeleiding gedurende het volledige onderzoekproces. In elke fase van deze masterthesis konden we ons beroepen op zijn professionele inzichten en opbouwende feedback.

Daarnaast wensen we ook alle respondenten en betrokken actoren van het project te bedanken voor hun tijd en belangstelling in dit onderzoek. In het bijzonder wensen we onze dank te betuigen aan de coördinator van het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'. Tevens gaf zij ons ook de kans een rol op te nemen in dit project.

Verder danken we ook graag onze familie en vrienden. Elk afzonderlijk stonden ze ons bij in deze uitdagende en bij tijd en wijle zware periode met onvoorwaardelijke steun en eindeloos geduld. Alsook een welgemeende dank aan mevr. Dorien Vanden Bossche (co-promotor) en dhr. Tom Heyerick voor het kritisch nalezen van de masterthesis.

Tot slot wensen we elkaar te bedanken voor de vloeiende en leerrijke samenwerking. Evenzeer de literatuurstudie, datacollectie- en analyse als het uitschrijven van de resultaten werd gezamenlijk uitgevoerd. Echter werd de literatuurstudie gebaseerd op de systematische literatuurstudie die Eva Heyerick met succes schreef binnen het opleidingsonderdeel 'Onderzoeksvaardigheden in het Management en Beleid van de Gezondheidszorg' in augustus 2021. Deze systematische literatuurstudie werd kritisch nagelezen door Dina Van Keer en vervolgens samen aangevuld en herwerkt waardoor een gezamenlijk product tot stand kwam. Het was een overgetelijke periode waarin we elkaar niet hadden kunnen missen. Onze samenwerking creëerde een ware synergie.

“Coming together is a beginning, keeping together is progress, working together is success” – Henry Ford

Eva Heyerick en Dina Van Keer

Gent, 17 mei 2022

Abstract (Nederlands)

Achtergrond: Community Health Workers (CHW's) vormen essentiële schakels binnen de preventieve zorg en gezondheidspromotie voor kwetsbare groepen. Met oog op een sterker armoede- en gezondheidsbeleid werd deze internationale methodiek vertaald op Gents niveau door het initiëren van het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'.

Doelstelling: Middels deze masterthesis wordt gepoogd dieper inzicht te verwerven in dit regionaal project met de centrale onderzoeksvraag: *'Hoe en op welke manier dragen gezondheidsgidsen bij aan het preventieve kader (preventieve zorg en gezondheidspromotie) voor kwetsbare groepen in Gent?'*. Meer specifiek werd nagegaan wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden.

Methodologie: We hanteerden de Realist Impact Evaluation-methode (RIE-methode) en vooropgestelde Context Mechanisme Outcome-hypothese (CMO-hypothese) om mogelijke contextfactoren, mechanismen en outcomes na te gaan. De kwantitatieve data werden getrokken uit het aanvraag- en registratiesysteem, kwalitatieve data werden gecollecteerd via participerende observaties, documentanalyses en individuele diepte-interviews met alle actoren (cliënten, gezondheidsgidsen, professionals en de projectcoördinator).

Resultaten: De gezondheidsgidsen ondersteunen kwetsbare mensen in de toeleiding naar de preventieve zorg en gezondheidspromotie. Eveneens kunnen ze hun cliënten versterken door het samen participeren aan (groeps)sessies over belangrijke gezondheidsthema's. Deze interventies werken verrijkend voor alle actoren. Vier contextuele factoren (eigenschappen cliënten; cliëntgerichte basishouding; projectcoördinatie; eerstelijnszorg en partnerorganisaties) maken de relatie tussen de cliënt en gezondheidsgids mogelijk. Deze essentiële relatie wordt gestimuleerd door de 9B's van toegankelijkheid.

Conclusie: We concluderen dat gezondheidsgidsen een belangrijke functie hebben in het toeleiden naar en het ondersteunen van kwetsbare groepen binnen het preventieve zorgaanbod in Gent. Deze masterthesis biedt evidence-based inzichten en een verdere bestending en inbedding van vrijwillige gezondheidsgidsen in de preventieve werking van de eerstelijnszone.

Praktische implicaties: Deze masterthesis draagt bij aan verdere bestending en inbedding van vrijwillige gezondheidsgidsen en kan meer vertrouwen scheppen bij professionals. Er werden cruciale uitdagingen geïdentificeerd die belangrijke pijlers vormen ter continuïteit van het project.

Aantal woorden: 6.951

Abstract (English)

Background: Community Health Workers (CHWs) are essential actors within preventive care and health promotion for vulnerable groups. In view of a stronger poverty and health policy, this international methodology was translated on the level of Ghent by initiating the project 'Healthguides City of Ghent'.

Objective: This Masterthesis attempts to gain a deeper insight into this regional project with the central research question: *'How and in what way do healthguides contribute to the preventive framework (preventive care and health promotion) for vulnerable groups in Ghent?'*. More specifically, we explored what works for whom, how and under what conditions.

Method: We used the Realist-Impact-Evaluation-method (RIE-method) and preconceived Context-Mechanism-Outcome-hypothesis (CMO-hypothesis) to investigate possible context factors, mechanisms and outcomes. Quantitative data were drawn from the application and registration system, qualitative data were collected through participant observations, document analyses and individual in-depth interviews with all actors (clients, healthguides, professionals and the project coordinator).

Results: The healthguides support vulnerable people in their referral to preventive care and health promotion. Likewise, they can empower their clients by participating together in (group)sessions on important health topics. These interventions are enriching for all actors. Four contextual factors (client characteristics; client-centered basic attitude; project coordination; primary care and partner organizations) enable the relationship between the client and healthguide. This essential relationship is fostered by the 9Bs of accessibility.

Conclusion: We conclude that healthguides have an important function in guiding and supporting vulnerable groups within the preventive care offer in Ghent. This Masterthesis provides evidence-based insights and a further consolidation and embedding of voluntary healthguides in the preventive functioning of the primary care zone.

Practical implications: This Masterthesis contributes to further perpetuation and embedding of voluntary healthguides and can create more confidence among professionals. Crucial challenges were identified that form important pillars for the continuity of the project.

Words counted: 6.951

1. Inleiding

Door de toenemende wereldwijde ziektelast en de toenemende zorgvraag is er een hoge nood aan een toegankelijke eerstelijnszorg (Hartzler, Tuzzio, Hsu et al., 2018). Bovendien heersen er structurele en systematische belemmeringen inzake de toegang tot de preventieve zorg voor kwetsbare groepen zoals de zwakke integratie van zorg tussen zorgaanbieders en diensten en de zwakke toegang tot tolken of meertalig personeel (Caperchione, Kolt & Mummery, 2009; Ali, Baynouna & Bernsen, 2010; Stimpson, Wilson, Murillo et al., 2012). Daarnaast kunnen kwetsbare groepen ook lagere gezondheidsvaardigheden hebben, wat bijgevolg gepaard gaat met een mindere opname van preventieve zorg en het minder stellen van preventief gezondheidsgedrag (Wolf, Gazmararian & Baker, 2007; Berkman, Sheridan, Donahue et al., 2011; Kobayashi, Wardle & von Wagner, 2014).

Het is een noodzaak om de belemmeringen in de eerstelijnszone te verminderen met als doel ongelijkheden in zorg, mortaliteit, morbiditeit, hospitalisaties en kosten te drukken (Starfield, 2012; Peart, Lewis, Brown et al., 2018). Om die redenen worden Community Health Workers (CHW's) steeds prominenter bij preventieve zorg en gezondheids promotie (Naimoli, Perry, Townsend et al., 2015; Ajuebor, Cometto, Boniol et al., 2019).

CHW's spelen namelijk een belangrijke rol in het dichten van de toegangskloof in de eerstelijnszorg (Allen, Escoffery, Satsangi et al., 2015). Ze worden ingezet om kwetsbare mensen minder kwetsbaar te maken. Bovendien kunnen ze de ongelijkheid tussen bepaalde samenlevingsgroepen inzake de toegang tot gezondheidszorg helpen dalen. Interventies waarbij CHW's betrokken zijn, vormen een belangrijke stap richting een gemeenschapsgerichte, participatieve, uitgebreide primaire en toegankelijke gezondheidszorg (Ozano, Simkhada, Than et al., 2018).

Er werd gekozen om de term 'Community Health Workers (CHW's)' te duiden volgens de International Labour Organization (ILO). De ILO definieert deze term als volgt:

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

Desondanks is er geen universele titel voor CHW's voorhanden. Ze zijn eerstelijnsgezondheids werkers die bekend zijn onder verschillende functietitels, zoals 'lay health workers', 'health promoters', 'health navigators' of 'gezondheidsgidsen'. Deze titels delen kenmerken van vertrouwen en culturele responsiviteit (APHA, 2014). De gehanteerde terminologie is afhankelijk van hun taken geassocieerd met de lokale culturen en gezondheidssystemen. Dit maakt dat de rol van CHW's verschillend is naargelang de tewerkstellingscontext (Long, Huang, Zheng et al., 2018). Zo zijn CHW's in bepaalde landen fulltime betaalde overheids werknemers en in andere landen onbetaalde, full- of parttime vrijwilligers (Naimoli et al., 2015).

Ook in België wordt reeds ingespeeld op signalen uit de eerstelijnszone. Eerstelijns hulpverleners uit Gent wezen onder meer op de hardnekkige ongelijkheid in het gebruik van gezondheidszorg, vaak als gevolg van sociale verschillen. Derhalve werd in 2019 met oog op een sterker armoede- en gezondheidsbeleid het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent' geïnitieerd, een ware vertaalslag van de internationale methodiek 'Community Health Workers' (Stad Gent, 2021b). Tevens werd er in 2021 een federaal pilootproject opgestart onder Minister Frank Vandenbroucke met als projecttitel 'Community Health Workers' (Stad Gent, 2021a).

Het regionaal project 'Gezondheidsgidsen stad Gent' werkt uitsluitend met vrijwillige gezondheidsgidsen en staat open voor leerkanalen. Derhalve vormt het een opportuniteit om dit project (2020-2021) te evalueren in deze masterthesis en bijgevolg evidence-based inzichten te bekomen.

Bij deze projectevaluatie zal de Realist Impact Evaluation-methode (RIE-methode) gehanteerd worden om antwoord te bieden op de onderzoeksvraag: *'Hoe en op welke manier dragen gezondheidsgidsen bij aan het preventieve kader (preventieve zorg en gezondheidspromotie) voor kwetsbare groepen in Gent?'*. Meer specifiek zal deze projectevaluatie bijdragen aan een verdere bestending en inbedding van de vrijwillige gezondheidsgidsen in de preventieve werking van de eerstelijnszone Gent. Evenzeer kan deze evaluatie vertrouwen scheppen bij professionals om hier in de toekomst meer beroep op te doen.

Aldus is de vertaling op maat van Gent zeer relevant voor deze projectevaluatie. In Gent worden CHW's omschreven als gezondheidsgidsen die de gezondheidsvaardigheden van kwetsbare mensen versterken en de toegankelijkheid van gezondheidszorg vergroten. Vanuit hun vertrouwensband hebben ze een brugfunctie om kwetsbare mensen toe te leiden naar en de weg te wijzen in de gezondheids- en welzijnszorg (Stad Gent, 2021b). Deze rollen sluiten aan bij het WHO-concept 'Task Shifting Approach' (Javanparast, Windle, Freeman et al., 2018). Dit concept behelst de verschuiving van bepaalde gezondheidstaken van artsen naar minder gespecialiseerde gezondheidswerkers (Geldsetzer, De Neve, Boudreaux et al., 2017).

Zoals eerder vermeld kent ieder land een specifieke taakinvulling naargelang hun context (Long et al., 2018). Daarom wordt in bijlage 1 een summier samenvatting weergegeven van de doelstellingen, kernopdrachten en taken binnen het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'.

Voorafgaand aan deze evaluatie volgt een systematische literatuurstudie aangevuld met relevante bronnen inzake de implementatie van CHW's binnen de preventieve zorg en gezondheidspromotie voor kwetsbare groepen. In het bijzonder werd ook de rol van CHW's in tijden van COVID nagegaan. Deze literatuurstudie focust op landen met ontwikkelde gezondheidssystemen waar de rol van CHW's de traditionele rol van artsen of andere gezondheidswerkers eerder aanvult dan vervangt. Daarom worden enkel studies geïnccludeerd die werden uitgevoerd in landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).

De literatuur mondt uit in een finale onderzoeksvraag en CMO-hypothese. Vervolgens wordt de methodologie voorgesteld en de resultaten weergegeven. Daaruit wordt een discussie alsook enkele beleidsimplicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven. De masterthesis eindigt met een algehele conclusie.

Tot slot is deze masterthesis tot stand gekomen middels een synergie tussen twee onderzoekers. Zoals eerder vermeld was er tijdens het gehele onderzoeksproces geen specifieke taakverdeling voorhanden. Dit leverde verrassende en uiteenlopende inzichten op die op hun beurt bijdroegen aan een genuanceerd beeld inzake het bestudeerde onderwerp.

2. Literatuur

De literatuurstudie focust op samenlevingsgerichte- en individuele interventies om preventieve zorg en gezondheidspromotie te verbeteren bij kwetsbare groepen. Preventieve zorg is gericht op het voorkomen van ziekte, het zo vroeg mogelijk detecteren van ziekte en op de reductie van bijhorende risicofactoren. Gezondheidspromotie- of bevordering is het proces waarbij mensen in staat worden gesteld om meer controle te verwerven over hun gezondheid en gezondheidsdeterminanten. Gezondheidspromotie richt zich gewoonlijk op risicogedragfactoren zoals tabaksgebruik, zwaarlijvigheid, voeding en lichamelijke inactiviteit, maar richt zich ook op geestelijke gezondheid, letselpreventie, etc. (WHO, 2018).

Nationale CHW-programma's hebben in lage- en midden-inkomenslanden potentieel om het bereik van gezondheidszorgsystemen te verbreden waardoor ook kwetsbare groepen tot deze kunnen toetreden (Naimoli et al., 2015; Ajuebor et al., 2019). Tevens stijgt de aandacht voor CHW's in hoge inkomenslanden. In bepaalde hoge inkomenslanden zijn er nog steeds ongelijkheden tussen verschillende groepen ondanks hun beter ontwikkelde gezondheidszorgsystemen. Bovendien wordt deze stijgende interesse gedreven door bezorgdheden inzake het tekort aan gezondheidswerkers. Ook brengt de stijgende ziektelast een significante toename aan zorgvragen en -kosten (Javanparast et al., 2018).

Om deze redenen werd een systematische literatuurstudie opgezet om effectieve CHW-interventies met oog op preventieve zorg en gezondheidspromotie bij kwetsbare groepen te verkennen. De literatuurstudie werd geleid door de onderzoeksvraag: *'Wat is de waarde van Community Health Work bij preventieve zorg en gezondheidspromotie in de eerstelijnszorg voor kwetsbare groepen?'*. Het volledige literatuurproces werd in bijlage 2 opgenomen. Meer concreet werden er in deze review 19 studies geïnccludeerd waarin een preventieve of gezondheidspromoterende CHW-interventie centraal stond. Ter ondersteuning van de project-evaluatie wordt in volgende paragrafen een summier samenvatting van deze review gegeven. De gehele literatuurstudie mondt uit in de finale onderzoeksvraag en CMO-hypothese op basis waarvan het project 'Gezondheidsguiden stad Gent' werd geëvalueerd.

2.1. Community Health Workers

Er is geen universele titel voor de functie van CHW's voorhanden. De gehanteerde terminologie is afhankelijk van de toegewezen rol, geassocieerd met lokale culturen en gezondheidssystemen (Long et al., 2018).

CHW's kunnen een zeer brede waaier aan gezondheidsgerelateerde taken uitoefenen. Hun taken worden opgedeeld in zes categorieën: (1) diagnostische, therapeutische of andere (para)medische hulp; (2) hulp bij gebruik (eerstelijns)gezondheidszorg; (3) psychosociale ondersteuning; (4) relatie tussen gezondheidszorg en gemeenschap versterken; (5) dataverzameling en (6) gezondheidseducatie, -promotie en -bevordering (Najafizada, Bourgeault, Labonte et al., 2015).

In stad Gent nemen CHW's voornamelijk een ondersteunende rol op, aanvullend op het takenpakket van professionals. Hun kernopdrachten zijn: informeren, adviseren, bemiddelen, problemen detecteren, toeleiden, ondersteunen en zelfstandigheid stimuleren (Stad Gent, 2021b).

Om de vertrouwensband tussen CHW's en gemeenschapsleden op te bouwen zijn communicatie en taal belangrijke factoren. CHW's en cliënten delen vaak dezelfde etnisch-gerelateerde kenmerken zoals cultuur, taal en geboorteland (Burns, Galbraith, Ross-Degnan et al., 2014; Islam, Shapiro, Wyatt et al., 2017).

Voorts is deze vertrouwensrelatie verankerd in drie mentale modellen, met name erkenning, gelijkheid en wederkerigheid. Vier contextuele factoren dragen bij aan de slaagkans van deze mechanismen. Het aannemen van een cliëntgerichte houding, de coördinatie van de interventie, het tijdelijk karakter van de begeleiding en de relatie met de eerstelijnsgezondheidszorg zijn namelijk belangrijke contextfactoren opdat CHW's in staat zijn om een vertrouwensrelatie op te bouwen (Vanden Bossche, Willems & Decat, 2022). Bovendien zijn CHW's steeds twee- of meertalige individuen die naast hun moedertaal in een andere taal kunnen communiceren. Daarnaast kunnen ze zich vloeiend aanpassen aan het niveau van geletterdheid van een gemeenschap en diens specifieke gemeenschapsjargon (Islam et al., 2017).

CHW's fungeren als brug tussen de gemeenschap en gezondheidszorgsystemen dankzij hun vertrouwen en verbinding met de gemeenschap. Deze functie als brugfiguur kan leiden tot een verhoogde toegang tot informatie en diensten en resulteert in positieve gezondheidsuitkomsten (Javanparast et al., 2018). Dankzij hun vertrouwensband worden CHW's beschouwd als vertrouwelijke en niet-oordelende personen. Daardoor voelen cliënten zich gerustgesteld en delen ze sneller informatie. Bovendien hebben CHW's een (in)directe invloed op cliënt empowerment. Ze oefenen invloed uit door het verhogen van self-efficacy bij cliënten en door het aanbieden van kennis, bijvoorbeeld over gezond gedrag (Islam et al., 2017).

2.2. CHW-interventies in de preventieve zorg en gezondheidspromotie

CHW-interventies dragen bij aan de preventieve zorg en gezondheidspromotie voor kwetsbare groepen (Perales, Reininger, Lee et al., 2018). Zo toonde onderzoek aan dat de aanmoediging door CHW's van een gezond voedingspatroon leidt tot een reductie in vetname en tot een dalend aantal cliënten met een te hoge bloeddruk (Gibbons & Tyus, 2007). Ook kunnen CHW's een rol spelen bij de preventie zorg door onder meer in te zetten op kankerscreening (Goelen, De Clercq & Hanssens, 2010). Daarnaast staan CHW's in bepaalde landen centraal in het aanpakken van mentale gezondheidsproblemen, zoals depressie, angst en alcoholmisbruik (Myers, Petersen-Williams, van der Westhuizen et al., 2019). Tot slot blijkt dat CHW's een prominente rol kunnen opnemen tijdens de COVID-pandemie (Ballard, Bancroft, Nesbit et al., 2020).

Er zijn vier essentiële elementen waarmee CHW's gedragsverandering faciliteren en gezondheidsuitkomsten verbeteren: (1) gezonde gedragingen begeleiden; (2) culturele congruentie gebruiken; (3) sociale steun bieden en (4) interpersoonlijke communicatietechnieken gebruiken (Islam et al., 2017).

Onze eigen review leverde evidentie op dat CHW's door nauwe banden en hun (ervarings)kennis de toegang tot gezondheidsdiensten en individueel gezondheidsvermogen kunnen verhogen. Er werden drie belangrijke types van CHW-interventies geïdentificeerd om de preventieve zorg voor kwetsbare mensen te verbeteren, met name: navigatie, educatie, zelfmanagement of combinaties hiervan. De educatieve interventies waren gebaseerd op het principe van preventieve zorg, namelijk door voorlichting te geven en bewustzijn te creëren inzake gezondheidsrisicofactoren. De navigatie-interventies waren gericht op het reduceren van barrières inzake de toegang tot gezondheidszorg.

Interventies gericht op educatie en navigatie waren meer holistisch in hun aanpak ten opzichte van de interventies die zich slechts op één van bovenstaande strategieën richtten. CHW's hielpen deelnemers om barrières inzake de toegang tot gezondheidszorg te identificeren en bijgevolg te overwinnen door educatie. Educatieve- en zelfmanagement-interventies richtten zich op het in staat stellen van mensen om voor een gezonde levensstijl te kiezen en hun gedrag dienovereenkomstig te veranderen. De CHW's boden zowel emotionele als praktische ondersteuning aan, inclusief educatie, met als doel gedragsverandering mogelijk te maken middels zelfmanagementtechnieken.

Meer bepaald dragen CHW-interventies bij aan stijgende screening- en vaccinatiepercentages, een positieve levensstijl, een hogere zelfredzaamheid of aan een verbetering in ziekte(risico)-indicatoren bij kwetsbare groepen. Specifiek hadden educatie- en navigatiegerichte interventies vooral effect op het gebruik van preventieve zorg, terwijl de meeste educatie- plus zelfmanagementgerichte interventies resulteerden in verbeteringen inzake ziekte(risico)-indicatoren. Onze bevindingen zijn consistent met drie reviews inzake ziektebeheer en navigatie naar gemeenschapsgerichte gezondheidsdiensten (Viswanathan, Kraschnewski, Nishikawa et al., 2010; Mossabir, Morris, Kennedy et al., 2015; Valaitis, Carter, Lam et al., 2017).

2.3. COVID-pandemie

Sinds de COVID-pandemie wordt België geconfronteerd met socio-economische, politieke en psychosociale uitdagingen (Ballard et al., 2020). Er heersen vraagtekens over de grootte en duur van de gevolgen. Wel kan reeds worden vastgesteld dat het sociaal isolement en die onzekerheid resulteren in een toename van psychische- en psychiatrische problematieken zoals eenzaamheid, depressieve klachten, angst- en slaapproblematieken (Barnett, Gonzales, Miranda et al., 2018).

Daarenboven heeft deze pandemie een grotere impact op mensen met een beperkt sociaal netwerk en uit een lagere sociaaleconomische klasse. Deze impact wordt gekenmerkt door besmettingsangst, 'social distancing' en contactbeperking (Leigh-Hunt, Bagguley, Bash et al., 2017; Calati, Ferrari, Brittner et al., 2019; Wasserman, Iosue, Wuestefeld et al., 2020; Zhang, Wang, Rauch et al., 2020; Stad Gent, 2021b).

De pandemie oefent een enorme druk uit op de gezondheidszorgsystemen (Haines, de Barros, Berlin et al., 2020). Tevens wordt verwacht dat de psychologische impact langer en intenser voelbaar zal zijn dan de medische impact. Op basis daarvan adviseert de Hoge Gezondheidsraad (HGR) continue aandacht voor die psychosociale impact door het aanbieden van laagdrempelige zorg, in het bijzonder voor kwetsbare groepen (Ballard et al, 2020; Verhoeven, Tsakitzidis, Philips et al., 2020; Wang, Pan, Wan et al., 2020).

Voorgaande pandemieën tonen aan dat CHW's een ondersteunende rol kunnen opnemen en hiaten kunnen opvangen. Zo wordt geadviseerd om CHW's in te schakelen voor onder meer opsporing en educatie van risicogroepen, afscherming van valse informatie en voor extra bescherming van lagere socio-economische klassen (Ballard et al, 2020). Daarnaast zijn CHW's effectief in de aanpak van mentale problemen bij kwetsbare mensen (Barnett et al., 2018). Ondanks de geringe wetenschappelijke evidentie blijkt het haalbaar en effectief om CHW's in te zetten in de geestelijke gezondheidszorg bij mensen met een beperkte toegang tot zorg door culturele, socio-economische, taal- of locatie gebonden redenen (Weaver & Lapidus, 2018).

CHW's creëren een meerwaarde voor kwetsbare mensen wegens hun unieke rol als brugfiguur (Stad Gent, 2021b; Vanden Bossche, Lagaert, Willems et al., 2021). Cliënten ervaren de begeleiding of steun als een vorm van psychosociale begeleiding. Ze beschouwen CHW's als veilige professionals waardoor het generatie-effect tot stand komt. Dit houdt in dat cliënten de informatie delen met hun gemeenschapsleden (Perales et al., 2018). Echter kan deze taak wel in contrast staan met hun beschikbare tijd. Wel zien ze het aanbieden van psychosociale ondersteuning als een opportuniteit, maar is er twijfel over hun bevoegdheid. Uitgebreide opleiding en ondersteuning door professionals kunnen hieraan bijdragen (Myers et al., 2019).

2.4. Conclusie literatuurstudie

Deze literatuurstudie biedt evidentie inzake de potentiële waarde van CHW's in het verbeteren van toegang tot preventieve zorg en gezondheidspromotie voor kwetsbare groepen. CHW's spelen een prominente rol in het dichten van de toegangskloof binnen de gezondheidszorg. Meer specifiek dragen preventie-gerelateerde CHW-interventies bij aan stijgende screenings- en vaccinatiepercentages, een gezonde levensstijl, een hogere zelfredzaamheid of aan een verbetering in ziekte(risico)-indicatoren bij kwetsbare groepen, ook in tijden van pandemieën. Evenwel is het niet mogelijk om een aandoening-specifieke conclusie te maken wegens de heterogeniteit van de studies en diens beschreven interventies.

De generaliseerbaarheid naar andere settings vormt dan ook de grootste beperking gezien ieder land een eigen invulling van CHW's kent. Daarom is verder onderzoek binnen de Belgische context aangewezen. De evaluatie van het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent' zal hier ongetwijfeld aan bijdragen.

3. CMO-Hypothese

Sinds 2019 worden gezondheidsgidsen ingezet binnen enkele organisaties in Gent. Vanaf 2021 kunnen alle Gentse zorg- en hulpverleners een aanvraag indienen voor hun cliënt. Dit maakt Gent de pionier in de inzet van CHW's. Door de groeiende interesse in CHW's en hardnekkige ongelijkheid in het Belgisch gezondheidszorgsysteem is een evaluatie van dit project opportuun. In deze masterthesis wordt getracht om evidence-based inzichten te leveren middels een projectevaluatie.

Gekoppeld aan de geraadpleegde literatuur en opgestelde methodologie in dit onderzoek wordt volgende onderzoeksvraag naar voor geschoven: *'Hoe en op welke manier dragen gezondheidsgidsen bij aan het preventieve kader (preventieve zorg en gezondheidspromotie) voor kwetsbare groepen in Gent?'*. Hierbij zal de RIE-methode gehanteerd worden om te peilen naar wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden.

Dit betekent dat het verloop van verandering, de contextfactoren en het waarom belangrijke focussen zijn. Met deze onderzoeksmethode wordt een realistische analyse opgezet middels een Context Mechanisme Outcome-configuratie (CMO-configuratie) (Westhorp, 2014). Op basis van de literatuur en de project-inhoud werd volgende CMO-hypothese opgesteld (tabel 1). Dit vormt de leidraad binnen de projectevaluatie.

Tabel 1: CMO-Hypothese

Context	Mechanismen	Outcome
<p>Stad Gent leidt, in samenwerking met partnerorganisaties, vrijwilligers op tot gezondheidsgidsen. De gezondheidsgidsen zijn een brugfiguur tussen de kwetsbare groepen en de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg. Sinds 2021 kunnen alle Gentse zorg- en hulpverleners een aanvraag doen om een gezondheidsgids in te schakelen voor hun cliënt.</p>	<p>Taken gezondheidsgidsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brugfiguur tussen kwetsbare personen en de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg. Onder andere het preventief laagdrempelig leefstijlaanbod (individueel en groepsgericht) - Cultuur sensitieve gezondheidseducatie- en promotie - Toegankelijkheid verzekeren tot zorgcentra 	<p>Het vergroten van toegankelijkheid tot de preventieve gezondheidszorg: het promoten van gezond gedrag en levensstijl (brochure, meegaan naar afspraken, etc.) en het signaleren van ongelijke en structurele barrières bij kwetsbare groepen binnen de preventieve gezondheidszorg.</p>

4. Methode

4.1. Onderzoeksdesign

De doelstelling van deze thesis betreft de periodieke evaluatie (januari 2020-december 2021) van het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'. Hierbij wordt het RIE-kader gehanteerd. Deze evaluatiemethode richt zich niet op de effectiviteit van het project. Wel wordt er middels deze methode gepeild naar wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden. De datacollectie- en analyse worden uitgevoerd door twee onderzoekers om onderzoekersbias te reduceren.

4.2. Steekproef en setting

Om mogelijke beïnvloedende contextfactoren en mechanismen te identificeren, werd niet gefocust op één respondentengroep. Verscheidene actoren werden bevraagd middels individuele diepte-interviews. De actoren zijn professionals, cliënten, Gentse gezondheidsgidsen en een projectcoördinator.

Er zijn geen in- en exclusiecriteria voorhanden. De respondentenselectie gebeurt via 'Purposive Sampling'. Dit betekent dat de selectie doelgericht verloopt middels praktische en theoretische overwegingen. In de eerste plaats wordt rekening gehouden met participatiebereidheid. Er is dus geen sprake van een aselechte steekproef. Het onderzoek heeft niet als doel om een representatieve steekproef te bekomen. Wel is het de bedoeling om verdiepende inzichten te leveren inzake de waarde van gezondheidsgidsen bij preventieve zorg en gezondheids promotie voor kwetsbare groepen in stad Gent. Gezien er wordt gewerkt met een kleine steekproef die tevens niet op toeval gebaseerd is, is voorzichtigheid geboden bij het veralgemenen van bevindingen. Daarentegen wordt een doorleefd beeld geschetst van de onderzochte eenheden en wordt er rekening gehouden met de interpretatie van de respondenten (Roose & Meuleman, 2014).

De actoren werden bereikt per e-mail en/of telefoon gedurende de maanden oktober 2021-maart 2022. De contactgegevens werden verkregen bij de projectcoördinator. In de e-mail werden de ethische aspecten, geschatte duurtijd van het diepte-interview en vereiste corona-maatregelen vermeld. Ook werd de studie kort toegelicht en de meerwaarde geschetst voor respondenten om te participeren. De respondent kan namelijk bijdragen aan een beter evaluerend inzicht van het project. Ter flexibiliteit en om de kans op positieve respons te vergroten, boden we de respondenten de mogelijkheid aan om het interview bij hen thuis, op een neutrale plaats of via MS Teams te laten verlopen, op voorwaarde van een rustige en veilige omgeving.

De finale steekproef omvat vijf gezondheidsgidsen, vijf professionals uit de partnerorganisaties, zes cliënten en één projectcoördinator. Na datacollectie bij deze respondenten werd datasaturatie bereikt, er kwam weinig tot geen nieuwe info naar voor (Mortelmans, 2007). De steekproefmatrix bevindt zich in bijlage 3. Tevens werden kwantitatieve data van de 322 cliënten die beroep deden op het project in 2020-2021 geanalyseerd.

4.3. Gegevensverzameling

In dit onderzoek werd een Mixed Method-aanpak gehanteerd. Dit betekent dat er zowel kwantitatieve, als kwalitatieve data werden verzameld. In functie van betrouwbaarheid en interne validatie wordt data- en onderzoekstriangulatie toegepast. Er wordt namelijk een gefundeerder en objectiever inzicht geleverd indien meerdere onderzoekers verscheidene databronnen hanteren (Mortelmans, 2007).

4.3.1. Kwantitatieve verzameling

Voor het kwantitatieve luik worden data geëxtraheerd uit het aanvraag- en registratiesysteem, opgevraagd bij de projectcoördinator. Deze data omvatten cijfermateriaal over het aantal en type begeleidingen, aantal cliënten en hun karakteristieken. Deze verwerking verloopt via het softwareprogramma 'SPSS'.

4.3.2. Kwalitatieve verzameling

Het kwalitatieve luik krijgt hoofdzakelijk vorm door de individuele diepte-interviews. In totaal werden er 17 respondenten geïnterviewd. De diepte-interviews werden (enkel met toestemming van de respondent) opgenomen met een voice-recorder ter transcriptanalyse. De verzamelde transcripten, opnames en nota's worden één jaar na afloop van het project vernietigd. De richtinggevende interviewvragen werden opgesteld middels de RIE-techniek. Zo werden er beschrijvende en explorerende vragen gesteld. Deze vragen dienden als leidraad binnen het gesprek, waar de interviewer kon afwijken van volgorde of thema. Deze flexibiliteit stelde de interviewer in staat om door te vragen bij bepaalde gedragingen, boeiende onderwerpen of onduidelijkheden. Dit leverde meer diepgaande en gedetailleerde informatie op (Mortelmans, 2007).

Verder krijgt dit luik vorm door participerende observatie. De onderzoekers hanteerden deze methode tijdens intervisiemomenten waar gezondheidsgidsen of professionals en projectcoördinatoren ervaringen delen. Tot slot werden ook documentanalyses uitgevoerd van intervisieverslagen. De kwalitatieve gegevens werden verwerkt via het kwalitatief softwareprogramma 'NVivo'.

4.4. Analyse van de gegevens

4.4.1. Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve data werden verwerkt via het softwareprogramma 'SPSS Statistics 27'. Om deze analyse te voltooien werden relevante data uit het registratiesysteem geëxporteerd naar een Excel-bestand, waarna dit bestand werd geïmporteerd in SPSS. In SPSS werden essentiële variabelen aangemaakt die indien nodig gehercodeerd werden naar numerieke variabelen. Gelijktijdig werd kritische datacleaning volbracht door beide onderzoekers. Tot slot werd descriptieve statistiek uitgevoerd ter inzicht in de frequenties van de variabelen.

De interpretatie van deze resultaten vergt enige voorzichtigheid. In het registratiesysteem werden namelijk veel data onduidelijk of niet volledig ingevuld met als gevolg genomen conclusies niet steeds representatief zijn voor de gehele populatie. Desondanks bieden deze resultaten inzicht in de doelgroep die werd bereikt door het project in 2020-2021 (Roose & Meuleman, 2014).

4.4.2. Kwalitatieve analyse

De kwalitatieve data werden verwerkt via het softwareprogramma 'NVivo'. Zoals eerder aangegeven werd de RIE-methode gehanteerd. Deze evaluatiemethode start vanuit de Initial Programme Theory (IPT) waarbij de CMO-hypothese (tabel 1) wordt getoetst. Middels deze methode werd gepeild naar wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden. Beleidsmakers en -uitvoerders dienen namelijk te begrijpen hoe en wat maakt dat interventies (niet) werken in bepaalde contexten (Westhorp, 2014).

De kwalitatieve data werden op een iteratieve wijze gecollecteerd en geanalyseerd. Als codeerbasis werd de CMO-configuratie genomen. Verder werden steeds drie analytische stappen doorlopen tot theoretische saturatie werd bekomen. Deze stappen betreffen (1) open codering om nieuwe concepten te identificeren, (2) axiale codering om verbanden te leggen en (3) selectieve codering om de samenhang van categorieën te duiden. Door deze methode werd de finale codeboom gecreëerd. Tot slot werden samenhangende (sub)categorieën gestructureerd tot een theorie die onze onderzoeksvraag beantwoordt. Deze analyse werd volledig duaal uitgevoerd om interbeoordelaarsbetrouwbaarheid na te streven (Mortelmans, 2007).

4.5. Ethische overwegingen

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent verleende ethische goedkeuring voor deze studie (EC-nummers: BC-10989 en BC-10990, bijlage 4). Tevens ondertekenden de respondenten het Informed Consent (bijlage 5) na mondelinge en schriftelijke toelichting over de aard, doel, duur, voordelen en kosten van het onderzoek. Eveneens werd de privacy steeds gewaarborgd door het gebruik van een pseudoniem.

5. Resultaten

5.1. Kwantitatieve resultaten

Doorheen 2020 en 2021 werden in totaal 1.575 interventies ($n^{2020}=864$; $n^{2021}=711$) uitgevoerd binnen het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'. In totaal maakten 322 cliënten ($n^{2020}=133$; $n^{2021}=189$) gebruik van dit project. Dit impliceert dat meerdere aanvragen per cliënt in deze periode werden ingediend.

In bijlage 6 worden de absolute en relatieve frequenties van de categorieën per variabele getoond. Gezien het incomplete registratiesysteem worden de missing-values in de tabellen weergegeven. De missing-values betreffen onduidelijke, onvolledige of onbekende gegevens uit het registratiesysteem. Derhalve is enige voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van volgende paragrafen.

Uit de demografische gegevens blijkt dat het merendeel van de bereikte doelgroep vrouwelijk is. De analyse laat zien dat 62,8% van de cliënten 45 jaar of ouder zijn. De doelgroep bestaat uit 28 nationaliteiten. Daarvan heeft 50,0% van de doelgroep een Belgische nationaliteit, gevolgd door 13,7% met een Bulgaarse nationaliteit en 6,2% met een Turkse nationaliteit. Ook blijkt dat 45,0% van de cliënten totaal geen kennis Nederlands heeft.

Tevens kan gesteld worden dat de grote meerderheid van de cliënten een vaste huisarts heeft. Dit kan mede verklaard worden door de vele aanvragen vanuit wijkgezondheidscentra. Betreffende de ziekteverzekering is 55,3% van de cliënten aangesloten bij een ziekenfonds in België. Tot slot heeft 37,0% een verhoogde tegemoetkoming en 17,4% geen verhoogde tegemoetkoming. Voor de andere 45,7% van de cliënten zijn geen gegevens bekend en behoren dusdanig tot de missing-values.

Daarnaast is het boeiend om de verrichte taken van de vrijwillige gezondheidsgidsen in Gent te verkennen. In bijlage 6 wordt een overzicht van de taken weergegeven in absolute en relatieve frequenties per jaar. Het was namelijk niet mogelijk om beide jaren te verwerken in één overzicht gezien het takenpakket in 2021 werd gespecificeerd. Opnieuw was het geen eenvoudige taak gezien het hoge aantal missing-values.

In het jaar 2020 werden slechts 631 taken geregistreerd. Tevens is het mogelijk dat één gezondheidsgids tijdens één begeleiding meerdere taken opnam. Daardoor is het onmogelijk om het aantal taken af te zetten ten opzichte van het aantal begeleidingen. Evenwel kunnen de voornaamste taken van de vrijwillige gezondheidsgidsen in 2020 afgeleid worden uit het overzicht, met name: luisterend oor bieden, begeleiden naar ziekenhuis en begeleiden naar andere zorginstelling.

In het jaar 2021 werden er 1.964 taken geregistreerd. Dit getal maakt opnieuw duidelijk dat er meerdere taken werden opgenomen tijdens één begeleiding. De voornaamste taken in 2021 zijn: luisterend oor bieden, informeren over zorglandschap en huisbezoek brengen. Tevens tonen deze cijfers aan dat vrijwillige gezondheidsgidsen dit jaar intensiever werkten en/of nauwkeuriger registreerden in vergelijking met 2020.

5.2. Kwalitatieve resultaten

De codeboom werd middels het softwareprogramma 'NVivo' opgemaakt en wordt in bijlage 7 weergegeven. In deze resultatensectie wordt de bijdrage van gezondheidsgidsen aan het preventieve kader voor kwetsbare groepen in Gent uiteengezet. De outcomes, mechanismen en contextfactoren worden ondersteund middels sprekende citaten van de respondenten.

5.2.1. Outcomes

De participanten waren het eens over de meerwaarde van gezondheidsgidsen bij preventieve zorg en gezondheids promotie. In de eerste plaats uitten ze hun positieve gevoelens over de **toeleidingen naar het preventieve zorgaanbod** in Gent. Cliënten voelen zich ondersteund door de nabije, vrijwillige en op maat gerichte beschikbare hulp bij de weg naar de tandarts, tabakoloog, huisarts, vaccinatiecentra, mutualiteit of andere (zorg)instellingen. Deze interventies hebben het potentieel om cliënten zelfredzamer te maken. Tevens voelen professionals zich gesterkt en streven ze naar een gedeeld verhaal waarin preventie en gezondheids promotie wordt gedragen. Zo wordt de toegang voor kwetsbare groepen verhoogd naar het preventieve zorgaanbod.

“Ik ben blij als jij bij mij zijt dan voel ik me goed en ik weet dat alles goed zal verlopen. Als ik bang heb voor mijn kindje als we bij specialist zijn dan begrijp ik en voel ik me veilig zo als in ons land.” (Ayse – cliënt of patient)

“Onze bewoners kennen drempels zoals naar de specialist gaan, taal niet mee hebben, weg zoeken, ook naar andere afspraken gaan waar ze op tijd moeten komen. Ze hebben daar schrik voor. Onze bewoners zijn kwetsbaar en als iemand mee kan gaan, dan kan ik ze zelf loslaten, samen. Het neemt ook voor hen drempels weg. En bij een tweede en derde keer weet de bewoner de weg misschien wel en zal het zelf lukken. Ze hebben dan moed om die stap te zetten en ik ook.” (Kim – professional)

“Puur in mijn geval. Ik kan cliënten niet alle dagen zien en ik vind het belangrijk dat zij daarnaast ook wel iemand anders hebben die hen voor een stukje kan begeleiden in de wereld van de gezondheid. Een stuk houvast wil ik graag installeren. Dat vind ik één van de grootste redenen waarom ik dan ook een gezondheidsgids inschakel. Iemand waarop ze kunnen rekenen, af en toe een vraag aan kunnen stellen zonder die altijd te kunnen beantwoorden. Een aanspreekpunt en ‘hertalende’ functie binnen het gedeeld verhaal zijn beetje mijn stokpaardjes.” (Marie – professional)

Naast de loutere toelidingen geven gezondheidsgidsen een stem aan kwetsbare mensen in (groeps)sessies over belangrijke gezondheidsthema's. De **participatie van gezondheidsgidsen** werkt verrijkend voor de cliënt, professional en gezondheidsgids.

“We hebben daar echt wel bewust voor gekozen. In die zin, er zijn namelijk een aantal vaste thema's en we werken met oefeningen bij de ‘mama to bee-groepen’, dat klinkt zo wat raar. Maar we laten de mama's echt nadenken over bepaalde thema's en kijken wat er uit de groep komt. En ook een gezondheidsgids, ongeacht welke achtergrond ze hebben, hebben ook kennis. We willen dus eigenlijk zien welke kennis er al is in de groep. We proberen dat dan mooi samen te vatten en de kernpunten er een beetje uit te halen door nog eens te herhalen. Er is toch wel uit verschillende onderzoeksmodellen gebleken dat als de kennis uit de mensen zelf komt, dat het veel beter blijft hangen in voorlichtingsmethodes. Dat wij dus eigenlijk minder gaan spreken en we vooral verder gaan op wat er is geweten in de groep. Vandaar hebben wij het gevoel van: iedereen die deelneemt in die groep heeft zijn eigen kennis en ervaringen.

De manier waarop ik het nu doe, de gezondheidsgidsen echt laten deelnemen aan de sessie zorgt er eigenlijk ook voor dat ze in contact komen met de goede en correcte informatie. Ik vermoed dat ze dit ook meenemen naar huis. In die zin dat ik denk dat er nadat ze een sessie buiten lopen nog nagepraat wordt over de onderwerpen en thema's die aan bod zijn gekomen.” (Olivia - professional)

De participanten rapporteerden ook dat gezondheidsgidsen een oprechte steun betekenden gedurende de COVID-pandemie. Gezondheidsgidsen **activeren kwetsbare mensen** om te ontspannen en rust te vinden. Dit zijn prominente factoren in het licht van hun welzijn. Gezondheidsgidsen vormen bovendien een klankbord voor de angsten en onduidelijkheden van kwetsbare groepen.

“Ze zorgt voor ontspanning voor mijn vrouwke door te gaan wandelen of een ijsje te gaan eten. Als ze komt, is dat ook eens gezelschap voor mij, want ja echte gesprekken heb ik niet echt meer met mijn vrouwke door haar alzheimer. We kunnen ook babbelen over koetjes en kalveren, nekeer iets anders dan over diene corona altijd. Dat helpt voor mijne geest. Door haar aanwezigheid kan ik even vluchten van de zware dagelijkse situatie.” (Viktor – cliënt).

Vervolgens zien de participanten een rol weggelegd voor gezondheidsgidsen om een **gezonde levensstijl en gezond gedrag te stimuleren**. Cliënten putten kracht uit de interventies met gezondheidsgidsen om hun eigen gezondheid aan te pakken. Gezondheidsgidsen verhogen de eigenwaarde en veerkracht van kwetsbare mensen om verdere uitdagingen aan te gaan. Echter hebben professionals en gezondheidsgidsen wel sterke twijfels over de bewaamheid van gezondheidsgidsen om aan gezondheids promotie te doen.

“Patrick geloof me en staat me bij in mijn meest moeilijke momenten. We horen elkaar niet veel, maar als het nodig is, neem ik wel contact op. Die aanwezigheid is het belangrijkste. Soms schrijf ik ook naar X met alles wat ik heb ondernomen. Hij schrijft dikwijls ‘ik bewonder u en uw inzet dat je dat nog allemaal doet’. Dat geeft mij ook wel een kracht. En nu kan ik terug buiten en dat scheelt de wereld voor mij. Zonder hem was ik er waarschijnlijk niet meer, want niemand ging me anders tegen houden.” (Lore – cliënt of patient).

“De gezondheidsgids is niet gekend bij onze artsen. We hebben wel al enkele positieve ervaringen, maar het is moeilijk vooraf in te schatten, zeker in de preventie en gezondheids promotie. Je weet niet welke boodschap de gezondheidsgidsen gaan meegeven. Je laat dan eigenlijk de cliënt los, maar kent het gevolg niet. Net daarom is het veiliger om gezondheidsgidsen te vragen om cliënten van punt A naar punt B te loodsen, maar ze inschakelen voor het opzetten van gezondheids promotie en preventie, dat voelt minder comfortabel.” (Liv – professional)

Tot slot vormt de **signalisatie van structurele barrières** naar het preventieve zorglandschap een heikelpunt. Er heerst namelijk onduidelijkheid over de structurele aanpak van gesignaliseerde problemen. Evenwel zien participanten een duidelijke kans in het structureel aanpakken van barrières. Door de gelijkwaardige positie en vertrouwensband voelen cliënten zich voldoende veilig om problemen aan te geven.

“Het individuele aspect. Er wordt steeds op een individu gewerkt. Ik heb X, maar wat als X wegvalt? Er moet structureel gewerkt worden aan het wegwerken van de drempels en dat kan via gezondheidsgidsen. Het is opvolgen en de nood verkennen en vervolgens iets doen aan de nood. Als daar iets aan gedaan wordt, lost de rest zichzelf op. Als er 10 gezondheidsgidsen een keer gaan wandelen met een mevrouw, dan zijn er 10 gezondheidsgidsen op dat moment bezig. Oke. Maar als je iets doet vanuit oke die hebben allemaal nood aan een persoonlijk contact en je installeert iets waardoor de mensen kunnen samenkomen, zijn er geen 10 gezondheidsgidsen nodig. Misschien een aantal voor de eerste keren toe te leiden naar die ontmoetingsplaats. En dat is veel langduriger.” (Lore – cliënt)

“In eerste instantie was het signaleren van drempels zelfs het initiële doel van het project. Maar de rol van de gezondheidsgidsen is alsmaar breder en breder geworden... Ik vind dat spijtig dat dit aspect net uit het project is gevallen.” (Liv – professional)

“Dat was niet de hoofddoelstelling. De hoofddoelstelling was echt wel toegang tot gezondheidszorg gaan verbeteren en mensen ondersteunen. Één van de doelstellingen is ook het signaleren van die toegankelijkheidsproblemen, maar wij kunnen niet anders dan signaleren. Wij kunnen met de gezondheidsgidsen geen structurele problemen oplossen. Dat zijn nu eenmaal barrières die ingebouwd zijn op bovenlokaal, federaal- en organisatieniveau waar dat wij als project helemaal niks aan kunnen veranderen. Het enige wat wij kunnen doen is dat signaleren en hopen dat dat wordt opgepikt op het moment dat er een nieuwe legislatuur is. Dus wij nemen echt wel de signalen op, wij bundelen dat mooi, wij bekijken dat. Het hangt er ook wel echt af van of dat nieuwe of gekende signalen zijn en heel vaak zijn dat de signalen die al gekend zijn in het Gentse die dan naar boven komen, maar die dan omwille van heel veel obstakels structurele problemen zijn die al jaren hetzelfde probleem zijn, maar wij hebben dan ook niet plots het wondermiddeltje om daar iets aan te doen.” (Amber – projectcoördinator)

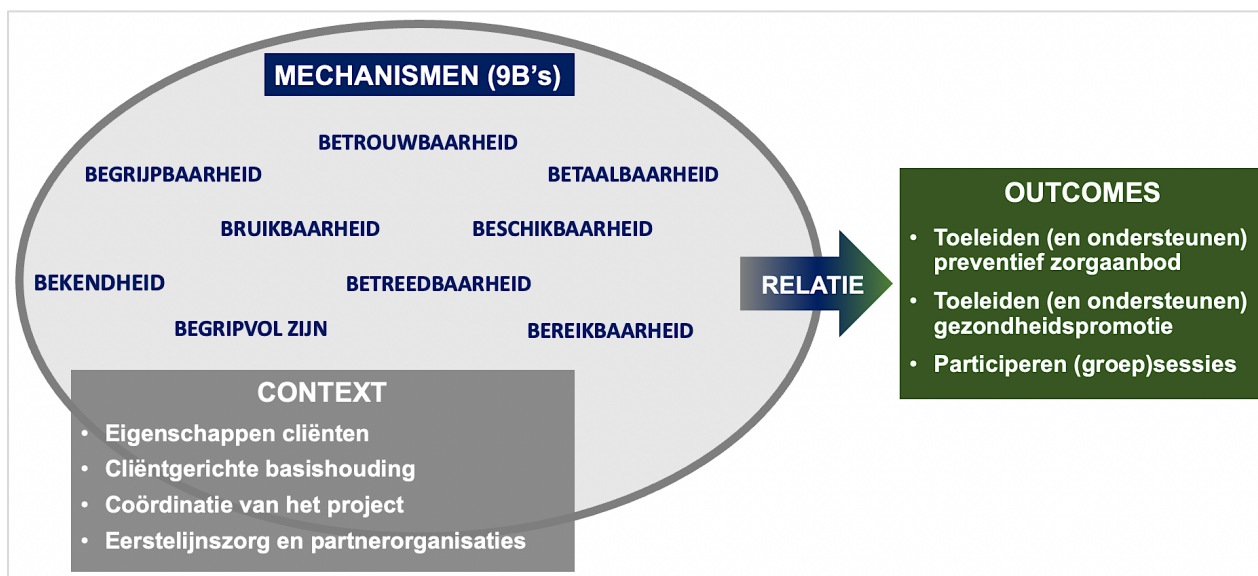
5.2.2. Mechanismen die de outcomes genereren

De centrale drijfveer om bovengenoemde outcomes te genereren, is de relatie tussen cliënten en gezondheidsgidsen. De geïdentificeerde mechanismen die deze relatie stimuleren, kunnen worden weergegeven volgens de 9B's van toegankelijkheid: beschikbaarheid, betrouwbaarheid, begrijpbaarheid, betreedbaarheid, bereikbaarheid, bruikbaarheid, bekendheid, betaalbaarheid en begripvol zijn. De interactie tussen de mechanismen en contextuele factoren om deze relatie op te bouwen worden in figuur 1 getoond.

De gezondheidsgidsen zijn beschikbaararder dan professionals die gebonden zijn aan werkuren en een hoge werklast. Cliënten appreciëren die **beschikbaarheid** sterk. Ze voelen geen mentale drempels door het vrijwillige en vrijblijvende kader waardoor ze gezondheidsgidsen durven toelaten. Na de aanvraag werken gezondheidsgidsen zelfstandig en vullen ze hun agenda in volgens de hulpvraag van cliënten. De partnerorganisaties staan in voor de aanvraag en botsen veelal op de administratieve drempel van het verplichte toestemmingsformulier. Ook vinden ze het gezondheidsgidsen-aanbod niet altijd even toereikend op het gebied van taal.

“Ik kan veel zeggen tegen de gezondheidsgids in vertrouwen. Ik voel me rustig bij haar en durf alles te vragen. Ik kan met mijn problemen bij haar komen, met alles. Ik ben blij met haar.” (Ada – cliënt)

“Ik heb veel moeite met die toestemmingsformulieren. Ik vergeet die steeds te printen om dan te laten tekenen door de cliënt. Als ik dan een intake moet doen met een dame die onze taal niet machtig is, moet ik ook weer een tolk inschakelen. Dat is soms een heel lastig gedoe.” (Olivia – gezondheidsgids)



Figuur 1: Contextuele factoren en mechanismen die outcomes genereren

De cliënten zien de gezondheidsgidsen als betrouwbaar wat op zijn beurt een positieve invloed heeft op de uitbouw van hun relatie. Die **betrouwbaarheid** wordt enerzijds gevormd door de gelijkheid tussen de cliënten en de gezondheidsgidsen. Ondanks de inspanningen van professionals om hun 'machtspositie' te drukken, blijven cliënten professionals zien als deskundigen. Dit niveauverschil is niet aanwezig in hun relatie met gezondheidsgidsen, ze voelen een band van mens tot mens.

“De gezondheidsgids staat in het midden en loopt dicht bij de cliënt samen over de brug naar de hulpverlener. De gezondheidsgids moet die brug verdedigen en dan samen met de cliënt van links naar rechts lopen door aan te voelen wanneer er verder kan gegaan worden.” (Roger – gezondheidsgids)

“Ze helpen de dames in kwestie echt heel erg. Ze zorgen ervoor dat de mama haar stem kan laten horen, haar inbreng kan geven. De kracht van een vrijwillige gezondheidsgids is dat zij nog iets meer aan de kant van de cliënt staat dan aan de kant van ons. Er is geen machtsverhouding zoals ik heb met mijn cliënten. Ik probeer die zo klein mogelijk te houden, maar in hun ogen zal ik nog altijd de deskundige zijn.” (Olivia – professional)

“Ze voelen zich meer gelijk, ik zie dat toch zo voor mij. Als ik gisteren mijn patiënt met de gezondheidsgids zag vertrekken, waren dat zo gelijke mensen die samen op stap gaan en waarbij de ene iets betekent voor de andere of waarbij ze elkaar versterken.” (Sofie – professional)

Daarnaast draagt wederkerigheid bij aan het vertrouwen. Voor de gezondheidsgidsen is het vaak balanceren welke en hoeveel persoonlijke ervaringen ze delen met de cliënten, want delen doet delen. Dit stimuleert hun band en creëert wederzijdse openheid waardoor de essentie van hun kwetsbaarheid naar boven komt. Bovendien hebben veel gezondheidsgidsen de kracht om die kwetsbaarheid te (h)erkennen door hun eigen kwetsbare achtergrond. Door deze factoren voelen cliënten zich niet alleen en kan een langdurige relatie uitgebouwd worden.

“Als je jezelf ook een stukje open stelt, zullen mensen makkelijker vertellen. Dit omdat ze aanvoelen dat je oprecht geïnteresseerd bent. De vraag is dan: hoeveel geef je van jezelf bloot. Dat is ook persoonsgebonden, maar soms kan dat wel zorgen dat de verbinding met die moeilijk bereikbare mensen lukt. Je moet toch wel stukjes van jezelf gaan geven voor een oprechte vertrouwensrelatie te hebben.” (Marie – professional)

“Ik begin eerst te vertellen over mij, over mijn leven, want ik merk dat als zij meer weten over mij, ze ook meer vertrouwen krijgen. Dat is een goede manier.” (Lisa – gezondheidsgids)

“Ik heb zelf psychische problemen gehad en daarom voelde ik aantrekking tot deze aanvraag. Het was een uitdaging voor mezelf, maar ook een kans, want ik kon me inleven in mijn cliënt. Ik heb ook meegemaakt wat de cliënt nu meemaakt. De cliënt vroeg ook steeds terug naar mij omdat ik uit ervaring sprak en hij toch wel het gevoel had dat ik hem begreep.” (Esra – gezondheidsgids)

De **begrijpbaarheid** is ook een belangrijk mechanisme. Duidelijke communicatie tussen de professionals en gezondheidsgidsen resulteert in efficiënte interventies. Echter is deze communicatie in de praktijk niet steeds optimaal waardoor sommige actoren het takenpakket van gezondheidsgidsen als onduidelijk achten. Bovendien is goede communicatie essentieel om realiseerbare verwachtingen te scheppen bij alle partijen.

“Ik denk dat het niet de bedoeling is om als gezondheidsgids zeer aanklampend te werken. Persoonlijk zou ik het als hulpverlener goed vinden als we meer een tandem zijn. Ik denk dat dat wel interessant kan zijn om samen contact te proberen leggen, dus ik samen met de gezondheidsgids.” (Marie – professional)

“Wij kennen gewoon niet de competenties van de gezondheidsgidsen. Natuurlijk is dat meer onze schuld. Al is schuld wel een groot woord, gezien het echt vanuit de bescherming voor onze patiënt komt. Maar het is soms onduidelijk wat ze kunnen en tot waar hun rol gaat.” (Liv – professional)

“Ik had het wel fijn gevonden dat er misschien de eerste twee keren contact was zodat alles vlotter zou kunnen verlopen. Ook om hen te bedanken, maar dat lukt dus niet. Ik vermoed dat dat het beleid is waardoor ik geen telefoonnummer of e-mailadres van de gezondheidsgids krijg. Ik weet het niet.” (Olivia – professional)

“Meneer vraagt veel energie en wil voor veel diensten een begeleiding. Hij stelt veel vragen en begrijpt ook niet altijd zo goed met welke vraag bij wie hij terecht kan.” (Gezondheidsgids – intervisie)

Eveneens vormt **betreedbaarheid** een waar mechanisme. De onbevooroordeelde en flexibele houding van gezondheidsgidsen creëert een veilige sfeer waar iedere cliënt zichzelf kan zijn. Een hoofddoek, tatoeage, onbekende taal, ... vormt veelal geen obstakel voor gezondheidsgidsen bij interventies. Tevens mogen alle gezondheidsgidsen participeren binnen het project met al hun diverse aspecten van identiteit. De verschillen in gezondheidsgidsen zijn waardevol, maar kunnen ook moeilijkheden teweegbrengen.

“Ik weet niet als ik hier nog zou lopen als ik zijn steun niet had. Ik ben een sterke vrouw, maar die breken ook hoor. Naast hem en vzw Domus Mundi zouden er meer mensen en organisaties moeten zijn die ook mensen zoals mij aanvaarden. Als ik in een rolstoel zou kunnen zitten, zou ik aanvaard worden. Maar nu niet. Nu ben ik een te grote uitzondering voor de maatschappij.” (Lore – cliënt)

“Ik kon niet geloven dat er een optie is in België dat er mensen zijn die nieuwkomers als mij helpen of mensen die in moeilijke periode zitten. De eerste keer, ze belde mij en ze zei wie ze was en wat ze doet. Ik kon dat niet geloven. Vanaf ze belde alles was anders in mijn leven, beter.” (Ayse – cliënt)

“Ik ben blij dat ik gezondheidsgids mag zijn en mag meewerken aan dit project. Dat zijn telkens maar kleine druppeltjes op een hete plaat, maar het is toch dat. Ook is niemand de perfecte gezondheidsgids of hulpverlener.” (Senna – gezondheidsgids)

Cliënten vinden de **bereikbaarheid** van gezondheidsgidsen waardevol. De gezondheidsgidsen zijn fysiek, mentaal en in tijd zeer bereikbaar door hun onvoorwaardelijke inzet als vrijwilliger en doordat ze geen deel uitmaken van het Belgisch gezondheidszorgsysteem. Het gegeven dat er iemand is, biedt een gevoel van veiligheid en gemoedsrust bij cliënten.

“Tot nu lukt het aanvragen van een gezondheidsgids vrij vlot. De gezondheidsgidsen zijn ook redelijk flexibel. Deze morgen was er iemand die een jongen van bij ons kwam ophalen, maar hij was iets later. Dus heeft de gezondheidsgids even gewacht zonder dit erg te vinden. De gezondheidsgids wachtte tot hij toegekomen was, 10 minuutjes ongeveer. Dat vind ik positief, dat ze niet op uur staan.” (Kim – professional)

“Ik kan haar bellen als het nodig is, ze is bereikbaar. Ook via mail.” (Viktor – cliënt)

“Het contact tussen de cliënt en gezondheidsgids is belangrijk. Als er tussen hen gegevens worden gewisseld, een mailadres of een telefoonnummer is dat echt netwerking en verbinding he. Het weten dat er iemand is, zonder die effectief te raadplegen, kan al veel doen.” (Olivia – professional)

“De gezondheidsgids is naar mij gekomen. We hebben samen op terras gezeten en hebben twee uren gebabbeld. Voor mij was dat een uiting van hetgeen ik allemaal probeer en waar ik tegen aanstoot bij wijze van spreken. Hij is een luisterend oor en begrijpt mij. En dat is al veel, echt.” (Lore – cliënt)

Gezondheidsgidsen dienen cultureel sensitief te zijn. Ze moeten erkennen dat eenieder vanuit verschillende referentiekaders kijkt naar situaties, alsook moeten ze zich bewust zijn van hun referentiekader. Cliënten ervaren de meeste gezondheidsgidsen dan ook als zeer **begripvol**. Naast de cliënten geven professionals ook aan dat wanneer iemand begrip toont voor de leefwereld van de ander, dit drempelverlagend kan werken.

“Een culturele link is ook wel fijn. Ik merk als dat aanwezig is, er toch wel meer vertrouwen is tussen de mama en de gezondheidsgids.” (Olivia – professional)

“Ik heb ook tijd en ruimte om te luisteren naar haar en haar ook te begrijpen in haar waanbeelden. Ik ontken het niet, ik geloof haar en ik geloof ook in haar dat zij er kan uit geraken.” (Esra – gezondheidsgids)

“Ik ben zijn stem. Ik voel met hem mee en ken hem misschien wel het beste he. Ik zie aan X als hij iets wil zeggen, maar misschien niet durft of als hij het oneens is met iemand. Er is vertrouwen tussen mij en X. Ik zit daar voor en zo echt met hem en die anderen zitten er gewoon voor hem. Ik sta hem echt bij he. We staan samen voor obstakels. Ik reik de hand om samen te stappen over alle obstakels en begrijp wanneer de blok te groot is en wanneer het zal lukken. Ook ken ik met tijd de knopjes bij de mensen om hen ergens te krijgen. Ik heb ook meer tijd om het rustig uit te leggen he.” (Esra – gezondheidsgids)

Bruikbaarheid is een gewichtig mechanisme dat de band tussen cliënten en gezondheidsgidsen sterkt. Cliënten en professionals ervaren de interventies van gezondheidsgidsen als bruikbaar wanneer wordt voldaan aan hun behoeften en verwachtingen. Echter geven sommige gezondheidsgidsen aan dat het niet altijd eenvoudig is om eigen grenzen te bewaken. Ze willen de cliënten zodanig bijstaan waardoor ze soms over zichzelf heen lopen. Tevens gaven professionals aan dat gezondheidsgidsen naast hun taken nieuwe inzichten kunnen bieden in diverse situaties.

“Ik heb X leren kennen om bruggen te leggen tussen mij en het aanbod die aangepast is op mijn eigen noden in de samenleving.” (Lore – cliënt)

“Een stuk houvast wil ik graag installeren. Dat vind ik één van de redenen waarom ik een gezondheidsgids inschakel. Iemand waarop ze kunnen rekenen, af en toe een vraag aan kunnen stellen zonder die altijd te kunnen beantwoorden. Want ze weten natuurlijk niet alles, net zoals ons, maar dan vind ik het belangrijk dat ze zelfkritisch zijn en durven zeggen ‘ik weet dat niet, maar zal het verder opzoeken’. Een aanspreekpunt en ‘hertalende’ functie in een gedeeld verhaal met mij zijn een beetje mijn stokpaardjes.” (Marie – professional)

“De gezondheidsgids doet veel. Ondersteunen, vertalen, zorg dragen en soms advies geven. Als ik hulp kan krijgen, is het goed voor mij. Hulp is genoeg.” (Gaston – cliënt)

“Het voordeel van gezondheidsgidsen is misschien een beetje meer tijd voor mij en het gevoel van zorg op maat. De zorg wordt dan wat gedragen door verschillende mensen. Wij als wijkgezondheidscentrum stellen ons zelf ook super laagdrempelig op, maar dat heeft ook grenzen. Het is wel leuk dat we voor sommige dingen ook gewoon kunnen zeggen: ‘kijk daarvoor hebben wij een goede samenwerking met dat project’ en dan gaan we die personen inschakelen. Dat is denk ik het grote voordeel voor ons. Ja, voor de patiënt is dat sowieso ook een voordeel en eventueel ook meer he. Dat is nog eens een ander gezicht waarmee dat er misschien een andere insteek komt om naar andere problemen te kijken. Ik vind dat niet een doelstelling op zich, maar dat is soms wel een gevolg dat ik heel mooi vind.” (Sofie – professional)

Tot slot vormen de **betaalbaarheid** en **bekendheid** ware mechanismen. Beide situeren zich voornamelijk op het niveau van de eerstelijnsorganisaties. Strikt genomen vormt betaalbaarheid geen drempel gezien er wordt gewerkt met vrijwilligers. Wel wordt het kosteloos aanvraagstelsel door sommige partnerorganisaties als tijdsintensief ervaren, maar vertrouwde partnerorganisaties geven wel aan dat het aanvragen steeds vlotter verloopt naarmate gebruik. Tevens levert het vrijwillig statuut zeer positieve gevoelens op bij cliënten. Daarenboven vormt de naambekendheid een essentiële factor in het bereiken van kwetsbare groepen.

“De toeleiding is niet moeilijk. De toeleiding kan eigenlijk niet makkelijker gemaakt worden, maar het vraagt wel wat werk en gaat ook steeds vlotter. Maar je moet iemand aanmelden, daarna opvolgen en wachten op reactie dat komt. Soms verliezen we daardoor patiënten, zeker met anderstaligen.” (Liv – professional)

“De gezondheidsgids kan nog meer vanuit haar vertrouwensband met de cliënt of vanuit hun connectie samen de brug oversteken. Ik vind dat één-op-één, zo van mens tot mens zeer belangrijk. Dat is nog meer een gelijke rol, een evenwaardige rol. Ik probeer dat zelf ook wel, maar ik zit en blijf in een andere rol. Ik denk dat zij daarin wel een goede positie hebben. Dat is net de kracht van dat vrijwilligerswerk.” (Marie – professional)

“Ik gebruik gezondheidsgidsen heel vaak en eenmaal je dat gewoon bent, doe je daar wel echt meer beroep op. Maar ik voel dat het soms nog te weinig bekend is bij mijn collega's. Die hebben daar nog een weg in af te leggen en dat vind ik soms jammer.” (Marie – professional)

“In maart is er een fotoshoot met onze dienst waar ook de gezondheidsgidsen mogen komen. Er zal dus een foto getrokken worden van elke gezondheidsgids en die foto's gaan we op onze webpagina plaatsen met hun naam en misschien een kort tekstje zodat de hulpverleners wel een beeld hebben. Als ze dan een mail van mij krijgen als er een match is, geef ik sowieso de naam het e-mailadres en eventueel ook het telefoonnummer van de gezondheidsgids. Dan kunnen ze onmiddellijk zelf contact opnemen met die persoon en eventueel ook al nekeer op de website gaan kijken als ze een fysiek beeld willen.” (Amber – projectcoördinator)

5.2.3. Contextfactoren die de mechanismen faciliteren

Er waren vier contextfactoren van cruciaal belang bij het ondersteunen van de negen mechanismen.

Allereerst vormen de **eigenschappen van cliënten** mee de context. Gedurende de interventies moet er onder meer rekening gehouden worden met hun (culturele) achtergrond, verwachtingen, medische situatie, sociaal netwerk, karakter, talenkennis en kennis van het zorgsysteem.

“Tijdens de vaccinatieperiode was het een beetje moeilijk met moslims. Ze hadden twijfels of er varkensproducten in de spuit zaten. Anderen twijfelden over embolen of hartaandoeningen na de spuit. Onze cliënten zijn multiculturele mensen met verschillende achtergronden. De kloof is soms groot. Daarom is het goed om op een voorzichtige manier te werk te gaan en een beeld te hebben over de cliënt.” (Akim – gezondheidsgids)

“Wij zien soms echt mensen die zeer moeilijk te bereiken zijn en die echt aan de grond zitten, niet dat ze op straat leven, maar ik wil zeggen dat ze het echt wel lastig hebben door verschillende omstandigheden. Ik wou voor iemand van mijn kwetsbare cliënten een aanvraag doen. Maar er waren meerdere factoren die maakten dat het niet gelukt is. Mijn cliënt was een Turkse man en we kregen een Turkse vrouwelijke gezondheidsgids. Dit ging niet voor de man.” (Marie – professional)

Daarnaast is een **cliëntgerichte basishouding** van gezondheidsgidsen een essentiële voorwaarde in het creëren van hun relatie met cliënten. Dit houdt attitudes in zoals authenticiteit, pro-activiteit, empathie, situatie sensitiviteit, veerkracht, openheid, geduld, doorzettings- en inlevingsvermogen. Daarnaast is het een belangrijke voorwaarde dat gezondheidsgidsen het vermogen hebben om er te zijn voor de cliënten binnen hun eigen grenzen, maar buiten de maatschappelijke lijnen.

“Ik vind rust, niets forceren en luisteren belangrijk. Ook zelfde geloof of zelfde taal zijn belangrijk. Ik moet geloven in de goedheid van de persoon. Eerst beetje afwachten en tijd krijgen om iemand toe te laten. Dan kan ik vertrouwen en toelaten.” (Ada – cliënt)

“Je hebt een soort basis- of grondhouding, maar dat heb je of heb je niet. Je kan soms iemand zoveel opleidingen aanbieden, soms is dat gewoon niet mogelijk om dat echt te gaan ontwikkelen. Los van de opleiding, denk ik dat de coördinator gewoon eerst goed moet gaan selecteren wie wel en wie niet mag werken als vrijwillige gezondheidsgids. Ik denk niet dat er moet gedacht worden: ‘we leiden die persoon op, hij zal een goede gezondheidsgids worden’. Dat is een fout. Opleiding doet lang niet alles.” (Liv – professional)

“Hij is kritisch, kan goed luisteren en kan feedback geven. Veel mensen kunnen leren van zijn houding. Veel mensen denken: het is zo en niet anders. Zo'n zwart-wit mensen moet ik niet hebben.” (Lore – cliënt)

“Het is niet de bedoeling om eigen kwetsbaarheden te gaan projecteren op de cliënten die zelf kwetsbaar zijn. Het is ook echt niet om eigen problemen te gaan projecteren op de cliënten, maar het is belangrijk om toch wel jezelf open te stellen en ergens bloot te geven om die verbinding te gaan creëren. Maar dit is misschien de basishouding die elke gezondheidsgids toch moet hebben met duidelijke grenzen.” (Marie – professional)

Verdergaand werd de **coördinatie van het project** geïdentificeerd als essentiële contextuele factor voor geslaagde interventies. Bij de start krijgen gezondheidsgidsen een korte opleiding en een handboek om hun handelen richting te geven. Eveneens worden er (minimaal) maandelijks intervisiemomenten georganiseerd waar gezondheidsgidsen steun, (h)erkenning en concrete handvaten vinden bij elkaar. De coördinator is ook bereid feedback en aanknopingspunten op dossierniveau te geven. De gezondheidsgidsen appreciëren deze steun en geven aan deze nodig te hebben om zelfzeker te zijn tijdens de interventies. Echter zijn specifieke opleidingen over preventieve zorg, gezondheids promotie en het preventieve zorglandschap in Gent slechts beperkt aan bod gekomen door de COVID-pandemie. Het coördinerend team koos ervoor om tijdelijk in te zetten op toenmalige noden zoals vereenzaming en vaccinatie.

Ondanks deze omkadering beschikken gezondheidsgidsen over enige persoonlijke vrijheid. De profielen van gezondheidsgidsen verschillen sterk waardoor hun concrete acties kunnen variëren. Deze vrijheid vereist veel vertrouwen van alle actoren. Toch voelen sommige gezondheidsgidsen zich onzeker over deze vrijheid en wensen dan ook intensievere begeleiding.

“Ik ben eigenlijk van mening dat gezondheidsgidsen enigszins geschoold moeten worden, maar ik vind het belangrijk dat ze niet te veel worden geschoold. Allee, het is belangrijk dat er geen machtsverhouding inzake kennis naar boven komt. Het moet vanuit de vrouw of man blijven komen. Niet vanuit de vrouw als deskundige of man als deskundige, dan werkt de relatie als gezondheidsgids volgens mij niet.” (Olivia – professional)

“Als ik thuis over iets niet kan praten, weet ik dat we altijd bij de coördinator terecht kunnen. Als ik echt iets niet meer weet, kan ik haar bellen of dit op de casusbesprekingen aanbrengen, gelukkig. Tijdens de casus-besprekingen hoor ik andere mensen en denk ik ‘aja zo kan ik dat eventueel ook doen’. Ik vind dat positief, want dat is een wisselwerking van ideeën.” (Senna – gezondheidsgids)

Tot slot vormt de samenwerking met de **eerstelijnszorg en partnerorganisaties** een essentiële context om de relatie te kunnen opbouwen. De organisaties moeten vertrouwen in het gezondheidsgidsenproject om vervolgens hun cliënten hiernaar toe te leiden. Heldere communicatie tussen partnerorganisaties en cliënten bevordert de interventies. Bepaalde gezondheidsgidsen rapporteerden namelijk ook dat een introductiegesprek veiligheid zou bieden voor alle partijen.

“Een tolk gaat mee om te tolken, die komen achteraf geen reflectie geven. Vaak gaat dat dan ook over webcamtolken dus dan weten wij niet wat er voor en na die afspraak gezegd geweest is. De gezondheidsgids daarentegen gaat mee, die kan ook andere zaken doorgeven, bijvoorbeeld van tiens, hij was heel stil. Dus de taak van de gezondheidsgids is denk ik, als ze het goed doen, veel ruimer en voor ons veel interessanter dan puur dat tolken.” (Kim – professional)

“Ik schakel gezondheidsgidsen in voor kwetsbare mensen waarmee ik zelf soms al een vertrouwensband heb. Als het dan terugkeert of ik overleg kan gaan, geeft dat wel veel vertrouwen. Dat maakt ook dat we nog meer gebruik maken van het project of nog meer de gezondheidsgidsen contacteren.” (Sofie – professional)

“Dan heb ik ook gezegd tegen de coördinator dat bij veel mensen een introductiegesprek niet hoeft, maar bij mensen die toch redelijk zware problemen hebben, is het misschien beter dat er toch eerst een gesprek is samen met zijn maatschappelijk werker of met iemand anders.” (Senna – gezondheidsgids)

5.2.4. Geïdentificeerde uitdagingen

Allereerst moet het registratiesysteem geoptimaliseerd worden. Hiaten zoals onnauwkeurige invullingen en onduidelijke taakomschrijvingen moeten weggevoerd worden voor optimalere registratie. Daarnaast heerst er onduidelijkheid inzake het verschil in betaalde- en vrijwillige gezondheidsgidsen, hun opdrachten moeten beter afgelijnd worden. Daarbovenop worden de meest kwetsbaren nog altijd niet bereikt.

“Dat is heel vreemd. Echt vervelend. Voorlopig hebben we al meer beroep gedaan op de vrijwillige en niet op de betaalde omdat het daar nog onduidelijker is over hoe we ze daar kunnen inschakelen. Het is een volledig andere insteek. Bijvoorbeeld met de betaalde gezondheidsgidsen ga je andere kwaliteitseisen stellen dan aan de vrijwillige. Ik vraag me dan ook af hoelang het vol te houden is voor die betaalde gezondheidsgidsen.

Want ja dat zijn dus echt wel lastige vragen, zoals van punt A naar punt B te gaan. Als je natuurlijk gaat verwachten dat ze ook meer sociale zaken opnemen, dan vraag ik me af waarom het niet binnen het reguliere aanbod van het CAW of CLB zit. Dus voor mij wringt dat wel een beetje dat betaalde project. Maar voor sommige mensen kan dat misschien wel een antwoord bieden. Want er zijn nog altijd mensen die toch wel buiten alle systemen vallen. En als ik het goed begrepen heb, gaan zij meer vindplaats gericht gaan werken. Dus daar kan ik me wel de meerwaarde van voorstellen. Maar dan nog zou ik graag hebben dat ze de drempels in kaart brengen waarom ze niet in het reguliere aanbod kunnen worden geholpen.”
(Liv – professional)

Tevens is het een duidelijke uitdaging om meer in te zetten op preventie en gezondheids promotie. Dit kan mede gefaciliteerd worden door een ruimere kenbaarheid in het preventie- en gezondheids promotiegerichte aanbod, duidelijke aflijning van het takenpakket en meer communicatie tussen alle actoren.

“Door de coronacrisis hebben we minder kunnen inzetten op heel dat preventief verhaal, maar ik geloof er wel nog altijd in dat we daarin een meerwaarde kunnen betekenen. Maar het is moeilijk omdat gezondheidsgidsen ook gewoon de kennis moeten hebben over dat preventieve landschap. Ze maken nog niet rap genoeg de klik van: we kunnen cliënten doorverwijzen naar groepssessies, psycholoog, ... De gezondheidsgids kan echt wel het steuntje in de rug zijn om mensen effectief toe te leiden naar een tabakoloog of diëtist. Maar ik denk dat nog altijd de grootste verantwoordelijkheid ligt bij de professionele hulpverlener omdat daar de grootste babbel moet gebeuren. En dat dan de gezondheidsgids wel kan ingezet worden om echt die ondersteunende functie en de laatste duw te geven. En ook om die angstbarrière en stressbarrière te verminderen om dan effectief naar een eerste sessie te gaan dat ze er niet alleen naartoe moeten gaan.” (Amber – projectcoördinator)

Tot slot is er meer nood aan erkenning voor gezondheidsgidsen en vormt de continuïteit van het project een aandachtspunt door de halftijdse invulling van de coördinator en de afwezige nazorg.

“Ik mis wel zoiets als gezondheidsgids, zo de erkenning. Op een bepaald moment had ik het wel moeilijk in die zin van: wie ben ik nu. Dat frustreerde me wel. Als ik geen respons of samenwerking krijg van de hulpverleners vind ik het soms lastig. Ze moeten mij uiteindelijk ook vertrouwen, want we werken meestal samen rond één cliënt.” (Esra – cliënt)

“De beschikbare tijd van de coördinator vormt denk ik ook een moeilijk gegeven. En ik denk dat het daardoor komt dat er weinig feedback of nazorg is.” (Olivia – professional)

“Ik mis die nazorg soms een beetje. Alee, dat is niet altijd nodig, maar als dat een patiënt is die ik toch wel al enige tijd ken en een complexe case heeft, kan dat wel een meerwaarde zijn. Niet dat ik er geen vertrouwen in heb, maar ik denk dat dat wel aanvullend kan zijn. Ik hoor soms dat het is gestopt, maar nooit of het is gelukt. Niet van de cliënt, niet van de coördinator of van de gezondheidsgids. Voor mij zou dat een surplus zijn, maar geen noodzaak.” (Marie – professional)

6. Discussie

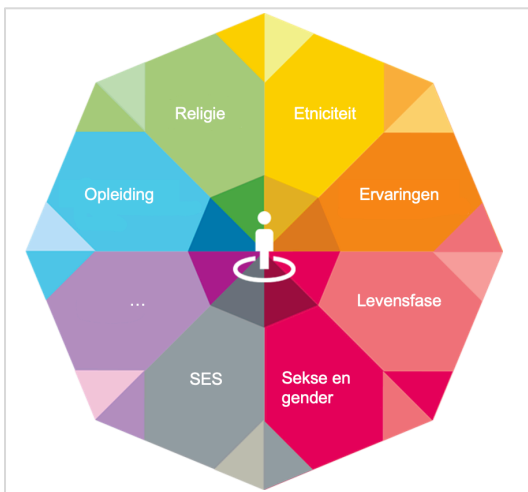
Met deze masterthesis wordt gepoogd antwoord te bieden op de onderzoeksvraag: *'Hoe en op welke manier dragen gezondheidsgidsen bij aan het preventieve kader (preventieve zorg en gezondheidspromotie) voor kwetsbare groepen in Gent?'*. Er werd gepeild naar wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden.

Vanuit de resultaten kunnen we aannemen dat de relatie tussen cliënten en gezondheidsgidsen de centrale drijfveer vormt om bij te dragen aan de preventieve zorg en gezondheidspromotie voor kwetsbare groepen in Gent. Er werden negen mechanismen en vier contextuele factoren geïdentificeerd die deze relatie en bijgevolg de outcomes mogelijk maken. Deze CMO-configuratie wordt visueel voorgesteld in figuur 1.

6.1. Gezondheidsgidsen stad Gent

Door structurele belemmeringen inzake de toegang tot preventieve gezondheidszorg ervaren kwetsbare cliënten minder kwaliteitsvolle zorg. Bovendien hebben ze lagere gezondheidsvaardigheden, wat gepaard gaat met een mindere opname van preventieve zorg en het minder stellen van gezond gedrag. Gentse gezondheidsgidsen spelen in op deze uitdagingen en trachten hen minder kwetsbaar te maken.

Allereerst zijn persoonsgerichte interventies essentieel om te beantwoorden aan de diversiteit van cliënten. In de literatuur komt de gemeenschapscomponent tussen de CHW en cliënt als belangrijke facilitator naar voor. CHW's en cliënten delen namelijk vaak dezelfde etnisch-gerelateerde kenmerken zoals cultuur, taal en geboorteland (Goelen et al., 2010; Balcázar, Wise, Rosenthal et al., 2012; Burns et al., 2014; Islam et al., 2017; Javanparast et al., 2018). Echter zien we dat dit geen cruciale factor is in Gent. Toeleidingen naar het preventieve- en gezondheidspromoterende Gentse zorglandschap blijken ook succesvol bij de afwezigheid van deze gemeenschapscomponent. Het is dan ook zeer opportuun om etniciteits-overschrijdend te werken binnen het project. Op lange termijn is het namelijk niet houdbaar om steeds een match te maken op basis van etniciteit wegens de brede waaier aan etnieën in Gent. Cliënten en gezondheidsgidsen kennen namelijk ook andere raakvlakken waardoor interventies slagen (figuur 2). Echter beseffen we dat deze overgang een waar aanvaardingsproces zal zijn voor alle actoren binnen het project.



Figuur 2: Raakvlakken (intersectionaliteit)

Evenwel is culturele sensitiviteit sterk geboden om de relatie uit te bouwen. Gezondheidsgidsen dienen een basishouding te hebben waarin de cliënt centraal staat. Deze cliëntgerichte houding als contextuele factor komt duidelijk naar voor in de literatuur (Islam et al., 2017; Vanden Bossche et al., 2022). Cliënten voelen zich gerustgesteld door het feit dat hun gezondheidsgids een open en onbevooroordeelde houding aanneemt. Gezien ze de kans krijgen om een relatie te creëren met een toegankelijke vrijwilliger (cfr. 9B's) voelen ze zich deel van de maatschappij. Voor de essentiële waarde van het vrijwilligersstatuut verwijzen we naar onze resultatensectie alsook naar de masterproef van onze studentcollega's Tori Bynens, Chloë Decock en Kaat Van De Walle.

In de literatuur worden de taken van CHW's ingedeeld in zes categorieën. Echter zagen we slechts vier categorieën terugkomen bij de gezondheidsgidsen, namelijk: (1) hulp bij gebruik (eerstelijns)gezondheidszorg; (2) psychosociale ondersteuning bieden; (3) relatie tussen gezondheidszorg en gemeenschap versterken en (4) gezondheidseducatie, -promotie en -bevordering (Najafizada et al., 2015). Een belangrijke onderliggende factor binnen deze categorieën betreft hun hertalende functie. Ondanks tolken in eerste instantie geen taak vormde binnen het takenpakket van de gezondheidsgidsen, voelden velen tolken aan als één van hun hoofdtaken. Echter is sterke nuance geboden gezien hun opdracht meer is dan puur vertalen. De kern ligt namelijk in het toeleiden en ondersteunen van de cliënt. Als gevolg van deze nuance werd 'een vertaalslag maken' opgenomen in hun takenpakket.

Aansluitend dient vermeld te worden dat er in 2020-2021 slechts beperkt werd ingezet op preventieve zorg en gezondheidspromotie wegens COVID. Niettemin zien we kansen voor gezondheidsgidsen om meer bij te dragen aan preventieve zorg en aan het promoten van gezond gedrag bij kwetsbare mensen. Onze systematische literatuurstudie toont namelijk aan dat CHW-interventies ook kunnen bijdragen aan een verbetering in screening- en vaccinatiepercentages, gezond gedrag en (klinische) ziekte(risico)-indicatoren. De CHW's kregen steeds een vorming of training aangeboden alvorens ze werden ingezet bij de preventieve interventies. Deze varieerden sterk naargelang de project-specifieke doelen en faciliterende context. Zo kan een telefonische herinneringsoproep door gezondheidsgidsen effectief zijn in het aantal mammografieën. Uit de studie van Goelen en collega's (2010) bleek dat er twee uur vrijwilligerstijd en 17 telefonische contacten nodig zijn om één extra screening te realiseren.

Dergelijke laagdrempelige en kennisbeperkte interventies zien we als mogelijk binnen het Gentse project. Interventies waar meer kennis een noodzaak vormt, zien we helaas niet mogelijk door de beperkte tijd van de projectcoördinator en het vrijwillige statuut van de gezondheidsgidsen. Tevens blijkt uit de literatuur alsook uit onze studie dat gezondheidsgidsen niet altijd overtuigd zijn van hun eigen capaciteiten om gezond gedrag en een gezonde levensstijl te promoten (Myers et al., 2019). Daardoor zien we enkel opportuniteiten in het uitbreiden van de huidige outcomes. Eveneens vormen opleidingen inzake het preventieve zorgaanbod in Gent een noodzaak voor deze uitbreiding. Niettegenstaande is voorzichtigheid in bijscholing geboden zodat de authenticiteit en gelijkwaardigheid binnen de relatie blijft bestaan. Concluderend zien we dus enkel een navigerende- en ondersteunende rol weggelegd voor de gezondheidsgidsen. Deze bevinding is consistent met drie reviews over de rol van CHW's in chronisch ziektemanagement en navigatie naar gemeenschapsgebaseerde gezondheidsdiensten (Viswanathan et al., 2010; Mossabir et al., 2015; Valaitis et al., 2017).

Tot slot worden de meest kwetsbaren niet bereikt gezien de aanvragen voor gezondheidsgidsen steeds gebeuren vanuit de partnerorganisaties, waarnaar de cliënten reeds de weg vonden. Dit is een belangrijke bemerking om mee te nemen in verder onderzoek.

6.2. Sterktes en beperkingen

De gehanteerde RIE-methode resulteerde in een grotere validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens. Tevens werden de gegevens verzameld en geanalyseerd in een levensechte omgeving en werd door onze gekozen onderzoeksmethoden data- en onderzoekstriangulatie bereikt.

Echter is er geen sprake van een aselechte steekproef gezien de respondentenselectie gebeurde via 'Purposive Sampling'. Het onderzoeksdoel was namelijk het bekomen van verdiepende inzichten inzake de waarde van gezondheidsgidsen binnen het preventieve kader voor kwetsbare groepen in Gent. Tevens moet rekening gehouden worden met de intersubjectiviteit gezien er meerdere 'waarheden' bestaan.

Ook zou de context van de COVID-pandemie een invloed kunnen hebben op de generaliseerbaarheid van onze bevindingen gezien deze omstandigheden zelf invloed hadden op de invulling van het project. Tot slot werden de kwantitatieve data niet opgenomen binnen de discussie gezien de hiaten in het registratiesysteem.

7. Praktijkimplicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek

Deze evaluatie draagt bij aan de verdere bestendinging en inbedding van vrijwillige gezondheidsgidsen in de preventieve werking van de eerstelijnszone Gent. Evenzeer scheidt deze evaluatie vertrouwen voor professionals om hier in de toekomst meer beroep op te doen.

Gezondheidsgidsen kunnen absoluut bijdragen aan de preventieve- en gezondheidspromoterende zorg voor kwetsbare groepen. Evenwel hebben ze een korte startopleiding, regelmatige intervisies en de mogelijkheid tot feedback op dossierniveau nodig om hun handelen in vraag te stellen en eigen grenzen te bewaken. Tevens bieden deze momenten (h)erkenning en ondersteuning aan de gezondheidsgidsen.

Hun huidig takenpakket kan verbreed worden met laagdrempelige en kennisbepaalde interventies inzake preventie en gezondheidspromotie. Evenwel is daarvoor een korte, maar krachtige opleiding per thema noodzakelijk. Daarnaast dienen gezondheidsgidsen een bredere kennis van het preventieve zorglandschap te verwerven opdat meer toeleidingen en participaties kunnen plaatsvinden. Weliswaar impliceren deze uitbreidingen een hogere werklast voor het coördinerend team, maar bieden ze de kans om de kwetsbare mensen minder kwetsbaar te maken.

Dienvolgens vormt een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van het gezondheidsgidsenproject in Gent een ware opportuniteit. Uit de literatuur blijkt namelijk dat CHW-interventies leiden tot een kostenreductie binnen de gezondheidszorg (Burns et al., 2014; Mossabir et al., 2015).

De gezondheidsgidsen in Gent missen veelal een erkende plaats binnen het zorglandschap. Daarom is verder onderzoek inzake deze (gevoelsmatige) erkenning aangewezen. Echter is het essentieel om in dit onderzoek de aangetoonde waarde van het vrijwillige statuut in acht te nemen.

Tot slot identificeerden we cruciale uitdagingen binnen onze resultatensectie. Deze uitdagingen vormen belangrijke pijlers en dusdanig aanbevelingen voor de toekomst ter continuïteit van het project.

8. Conclusie

We concluderen dat het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent' een ware vertaalslag is van de internationale methodiek 'Community Health Workers'. Meer bepaald hebben gezondheidsgidsen een belangrijke functie in het toeleiden naar en ondersteunen van kwetsbare groepen binnen het preventieve zorgaanbod in Gent. De slaagkans van de interventies wordt bepaald door de relatie tussen de cliënten en gezondheidsgidsen. Deze relatie wordt gestimuleerd door de 9B's van toegankelijkheid (beschikbaarheid, betrouwbaarheid, begrijpbaarheid, betreedbaarheid, bereikbaarheid, bruikbaarheid, bekendheid, betaalbaarheid en begripvol).

Evenwel leiden deze mechanismen enkel tot succesvolle interventies indien de eigenschappen van de cliënten gekend zijn, de gezondheidsgidsen een cliëntgerichte basishouding aannemen, het project een efficiënte coördinatie kent en er een vlotte samenwerking is met de eerstelijnszorg en partnerorganisaties.

Referentielijst

- Ajuebor, O., Cometto, G., Boniol, M., & Akl, E. A. (2019). Stakeholders' perceptions of policy options to support the integration of community health workers in health systems. *Human resources for health, 17*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0348-6>
- Ali, H. I., Baynouna, L. M., & Bernsen, R. M. (2010). Barriers and facilitators of weight management: perspectives of Arab women at risk for type 2 diabetes. *Health & social care in the community, 18*(2), 219–228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00896.x>
- Allen, C. G., Escoffery, C., Satsangi, A., & Brownstein, J. N. (2015). Strategies to Improve the Integration of Community Health Workers Into Health Care Teams: "A Little Fish in a Big Pond". *Preventing chronic disease, 12*, E154. <https://doi.org/10.5888/pcd12.150199>
- APHA. (2014, november 18). Support for Community Health Worker Leadership in Determining Workforce Standards for Training and Credentialing. *American Public Health Association*. <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements>
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of evaluation in clinical practice, 18*(1), 12–18. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x>
- Balcázar, H., Wise, S., Rosenthal, E. L., Ochoa, C., Rodriguez, J., Hastings, D., Flores, L., Hernandez, L., & Duarte-Gardea, M. (2012). An ecological model using promotores de salud to prevent cardiovascular disease on the US-Mexico border: the HEART project. *Preventing chronic disease, 9*, E35. <https://doi.org/10.5888/pcd9.110100>
- Ballard, M., Bancroft, E., Nesbit, J., Johnson, A., Holeman, I., Foth, J., Rogers, D., Yang, J., Nardella, J., Olsen, H., Raghavan, M., Panjabi, R., Alban, R., Malaba, S., Christiansen, M., Rapp, S., Schechter, J., Aylward, P., Rogers, A., Sebisaho, J., ... Palazuelos, D. (2020). Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ global health, 5*(6), e002550. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550>
- Barnett, M. L., Gonzalez, A., Miranda, J., Chavira, D. A., & Lau, A. S. (2018). Mobilizing Community Health Workers to Address Mental Health Disparities for Underserved Populations: A Systematic Review. *Administration and policy in mental health, 45*(2), 195–211. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0815-0>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment, 199*, 1–941.
- Burns, M. E., Galbraith, A. A., Ross-Degnan, D., & Balaban, R. B. (2014). Feasibility and evaluation of a pilot community health worker intervention to reduce hospital readmissions. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care, 26*(4), 358–365. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu046>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of affective disorders, 245*, 653–667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Caperchione, C. M., Kolt, G. S., & Mummery, W. K. (2009). Physical activity in culturally and linguistically diverse migrant groups to Western society: a review of barriers, enablers and experiences. *Sports medicine (Auckland, N.Z.), 39*(3), 167–177. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939030-00001>

- Coronado, G. D., Johnson, E. S., Leo, M. C., Schneider, J. L., Smith, D., Mummadi, R., Petrik, A. F., Thompson, J. H., & Jimenez, R. (2020). Patient randomized trial of a targeted navigation program to improve rates of follow-up colonoscopy in community health centers. *Contemporary clinical trials*, *89*, 105920. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.105920>
- Denman, C. A., Rosales, C., Cornejo, E., Bell, M. L., Munguía, D., Zepeda, T., Carvajal, S., & Guernsey de Zapien, J. (2014). Evaluation of the community-based chronic disease prevention program Meta Salud in Northern Mexico, 2011-2012. *Preventing chronic disease*, *11*, E154. <https://doi.org/10.5888/pcd11.140218>
- Esperat, M. C., Flores, D., McMurry, L., Feng, D., Song, H., Billings, L., & Masten, Y. (2012). Transformacion Para Salud: a patient navigation model for chronic disease self-management. *Online journal of issues in nursing*, *17*(2), 2.
- Freeman, A. L., Li, T., Kaplan, S. A., Ellen, I. G., Gourevitch, M. N., Young, A., & Doran, K. M. (2020). Community Health Worker Intervention in Subsidized Housing: New York City, 2016-2017. *American journal of public health*, *110*(5), 689–692. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305544>
- Geldsetzer, P., De Neve, J., Boudreaux, C., Bärnighausen, T. & Bossert, T.J. (2017). Improving the performance of community health workers in Swaziland: findings from a qualitative study. *Human Resources for Health*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0236-x>.
- Gibbons, M.C. & Tyus, N.C. (2007). Systematic review of US-based randomized controlled trials using community health workers. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, *1*(4), 371-381.
- Goelen, G., De Clercq, G., & Hanssens, S. (2010). A community peer-volunteer telephone reminder call to increase breast cancer-screening attendance. *Oncology nursing forum*, *37*(4), E312–E317. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E312-E317>
- Haines, A., de Barros, E. F., Berlin, A., Heymann, D. L., & Harris, M. J. (2020). National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *Lancet (London, England)*, *395*(10231), 1173–1175. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30735-2)
- 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>
- Honeycutt, S., Green, R., Ballard, D., Hermstad, A., Brueder, A., Haardörfer, R., Yam, J., & Arriola, K. J. (2013). Evaluation of a patient navigation program to promote colorectal cancer screening in rural Georgia, USA. *Cancer*, *119*(16), 3059–3066. <https://doi.org/10.1002/cncr.28033>
- Horne, H. N., Phelan-Emrick, D. F., Pollack, C. E., Markakis, D., Wenzel, J., Ahmed, S., Garza, M. A., Shapiro, G. R., Bone, L. R., Johnson, L. B., & Ford, J. G. (2015). Effect of patient navigation on colorectal cancer screening in a community-based randomized controlled trial of urban African American adults. *Cancer causes & control : CCC*, *26*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s10552-014-0505-0>
- Islam, N., Shapiro, E., Wyatt, L., Riley, L., Zanowiak, J., Ursua, R., & Trinh-Shevrin, C. (2017). Evaluating community health workers' attributes, roles, and pathways of action in immigrant communities. *Preventive medicine*, *103*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.020>
- Jackson, N., Waters, E., & Guidelines for Systematic Reviews in Health Promotion and Public Health Taskforce (2005). Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health promotion international*, *20*(4), 367–374. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai022>
- Jandorf, L., Braschi, C., Ernstoff, E., Wong, C. R., Thelemaque, L., Winkel, G., Thompson, H. S., Redd, W. H., & Itzkowitz, S. H. (2013). Culturally targeted patient navigation for increasing african americans' adherence to screening colonoscopy: a randomized clinical trial. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *22*(9), 1577–1587. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-1275>

- Javanparast, S., Windle, A., Freeman, T., & Baum, F. (2018). Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries?. *International journal of health policy and management*, 7(10), 943–954. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.53>
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., & von Wagner, C. (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine*, 61(100), 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.012>
- Koniak-Griffin, D., Brecht, M. L., Takayanagi, S., Villegas, J., Melendrez, M., & Balcázar, H. (2015). A community health worker-led lifestyle behavior intervention for Latina (Hispanic) women: feasibility and outcomes of a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(1), 75–87. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.005>
- Krantz, M. J., Coronel, S. M., Whitley, E. M., Dale, R., Yost, J., & Estacio, R. O. (2013). Effectiveness of a community health worker cardiovascular risk reduction program in public health and health care settings. *American journal of public health*, 103(1), e19–e27. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301068>
- Larkey, L. K., Herman, P. M., Roe, D. J., Garcia, F., Lopez, A. M., Gonzalez, J., Perera, P. N., & Saboda, K. (2012). A cancer screening intervention for underserved Latina women by lay educators. *Journal of women's health (2002)*, 21(5), 557–566. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3087>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Long, H., Huang, W., Zheng, P., Li, J., Tao, S., Tang, S., & Abdullah, A. S. (2018). Barriers and Facilitators of Engaging Community Health Workers in Non-Communicable Disease (NCD) Prevention and Control in China: A Systematic Review (2006–2016). *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2378. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112378>
- Marshall, J. K., Mbah, O. M., Ford, J. G., Phelan-Emrick, D., Ahmed, S., Bone, L., Wenzel, J., Shapiro, G. R., Howerton, M., Johnson, L., Brown, Q., Ewing, A., & Pollack, C. E. (2016). Effect of Patient Navigation on Breast Cancer Screening Among African American Medicare Beneficiaries: A Randomized Controlled Trial. *Journal of general internal medicine*, 31(1), 68–76. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3484-2>
- Mojica, C. M., Morales-Campos, D. Y., Carmona, C. M., Ouyang, Y., & Liang, Y. (2016). Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Education and Navigation: Results of a Community Health Worker Intervention. *Health promotion practice*, 17(3), 353–363. <https://doi.org/10.1177/1524839915603362>
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Mossabir, R., Morris, R., Kennedy, A., Blickem, C., & Rogers, A. (2015). A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions. *Health & social care in the community*, 23(5), 467–484. <https://doi.org/10.1111/hsc.12176>
- Myers, B., Petersen-Williams, P., van der Westhuizen, C., Lund, C., Lombard, C., Joska, J. A., Levitt, N. S., Butler, C., Naledi, T., Milligan, P., Stein, D. J., & Sorsdahl, K. (2019). Community health worker-delivered counselling for common mental disorders among chronic disease patients in South Africa: a feasibility study. *BMJ open*, 9(1), e024277. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024277>
- Naimoli, J. F., Perry, H. B., Townsend, J. W., Frymus, D. E., & McCaffery, J. A. (2015). Strategic partnering to improve community health worker programming and performance: features of a community-health system integrated approach. *Human resources for health*, 13, 46. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0041-3>

- Najafizada, S. A., Bourgeault, I. L., Labonte, R., Packer, C., & Torres, S. (2015). Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 106(3), e157–e164. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4747>
- OECD. (2021). *The OECD promotes #internationalcooperation: a global reach for the implementation of the best initiatives! Read more about the OECD members and partners*: Organisation for Economic Co-Operation and Development. <https://www.oecd.org/about/members-and-partners/>
- Ozano, K., Simkhada, P., Thann, K., & Khatri, R. (2018). Improving local health through community health workers in Cambodia: challenges and solutions. *Human resources for health*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0262-8>
- Parra-Medina, D., Morales-Campos, D. Y., Mojica, C., & Ramirez, A. G. (2015). Promotora Outreach, Education and Navigation Support for HPV Vaccination to Hispanic Women with Unvaccinated Daughters. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 30(2), 353–359. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0680-4>
- Peart, A., Lewis, V., Brown, T., & Russell, G. (2018). Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. *BMJ open*, 8(3), e019252. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019252>
- Perales, J., Reininger, B. M., Lee, M., & Linder, S. H. (2018). Participants' perceptions of interactions with community health workers who promote behavior change: a qualitative characterization from participants with normal, depressive and anxious mood states. *International journal for equity in health*, 17(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0729-9>
- Percac-Lima, S., Ashburner, J. M., Rigotti, N. A., Park, E. R., Chang, Y., Kuchukhidze, S., & Atlas, S. J. (2018). Patient navigation for lungcancer screening among current smokers in community health centers a randomized controlled trial. *Cancer medicine*, 7(3), 894–902. <https://doi.org/10.1002/cam4.1297>
- Percac-Lima, S., Benner, C. S., Lui, R., Aldrich, L. S., Oo, S. A., Regan, N., & Chabner, B. A. (2013). The impact of a culturally tailored patient navigator program on cervical cancer prevention in Latina women. *Journal of women's health (2002)*, 22(5), 426–431. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3900>
- Percac-Lima, S., López, L., Ashburner, J. M., Green, A. R., & Atlas, S. J. (2014). The longitudinal impact of patient navigation on equity in colorectal cancer screening in a large primary care network. *Cancer*, 120(13), 2025–2031. <https://doi.org/10.1002/cncr.28682>
- PRISMA Flow Diagram Generator. (z.d.). PRISMA. Geraadpleegd op 25 juli 2021 via <http://prisma.thetacollaborative.ca>
- Roose, H., & Meuleman, B. (2014). *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*. Academia Press.
- Stad Gent. (2021a). *Federaal pilootproject Community Health Workers*. Stad Gent: Departement Gezondheid en zorg. <https://www.eerstelijnszone.be>
- Stad Gent. (2021b). *Projecttekst Gezondheidsgidsen of Community Health Workers in Gent*. Stad Gent: Departement Gezondheid en zorg. <https://www.eerstelijnszone.be>
- Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta sanitaria*, 26 Suppl 1, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
- Staten, L. K., Cutshaw, C. A., Davidson, C., Reinschmidt, K., Stewart, R., & Roe, D. J. (2012). Effectiveness of the Pasos Adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Preventing chronic disease*, 9, E08.
- Stimpson, J. P., Wilson, F. A., Murillo, R., & Pagan, J. A. (2012). Persistent disparities in cholesterol screening among immigrants to the United States. *International journal for equity in health*, 11, 22. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-22>

- Valaitis, R. K., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J., & Cleghorn, L. (2017). Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC health services research*, 17(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2046-1>
- Vanden Bossche, D., Lagaert, S., Willems, S., & Decat, P. (2021). Community Health Workers as a Strategy to Tackle Psychosocial Suffering Due to Physical Distancing: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3097. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063097>
- Vanden Bossche, D., Willems, S., & Decat, P. (2022). Understanding Trustful Relationships between Community Health Workers and Vulnerable Citizens during the COVID-19 Pandemic: A Realist Evaluation. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2496. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052496>
- Verhoeven, V., Tsakitzidis, G., Philips, H., & Van Royen, P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ open*, 10(6), e039674. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039674>
- Viswanathan, M., Kraschnewski, J. L., Nishikawa, B., Morgan, L. C., Honeycutt, A. A., Thieda, P., Lohr, K. N., & Jonas, D. E. (2010). Outcomes and costs of community health worker interventions: a systematic review. *Medical care*, 48(9), 792–808. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181e35b51>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wasserman, D., Iosue, M., Wuestefeld, A., & Carli, V. (2020). Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 294–306. <https://doi.org/10.1002/wps.20801>
- Weaver, A., & Lapidus, A. (2018). Mental Health Interventions with Community Health Workers in the United States: A Systematic Review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 29(1), 159–180. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0011>
- Westhorp, G. (2014). *'Realist impact evaluation: an introduction'*. London: Overseas Development Institute.
- WHO, E. (2018). Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. *Kairo: WHO–EMRO*.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2007). Health literacy and health risk behaviors among older adults. *American journal of preventive medicine*, 32(1). doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.024
- World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry research*, 288, 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>

Appendix

Bijlage 1: Project Gezondheidsgidsen stad Gent

Al vele jaren tracht stad Gent een gezondheidsbeleid te bewerkstelligen met als doelstelling het reduceren van gezondheidsongelijkheid. De Gezondheidsraad, onder coördinatie van stad Gent, maakt ontmoeting en samenwerking tussen Gentse gezondheids- en welzijnspartners mogelijk. Daar werd dan ook de kiem gelegd voor de oprichting van het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'. Gezondheidsraadsleden wezen immers op de hardnekkige ongelijkheid in de toeleiding naar en in het gebruik van de gezondheidszorg in België. Zij signaleerden de behoefte aan een warme begeleiding vanuit organisaties zelf, maar ook van mensen die als brug kunnen fungeren, vertrekkende vanuit de leefwereld van de kwetbare persoon.

In 2019 werd het pilootproject 'Gezondheidsgidsen stad Gent' opgestart door de samenwerking tussen het armoedebeleid (OCMW Gent) en het gezondheidsbeleid van stad Gent. Dit project is een ware vertaalslag van de internationale methodiek 'Community Health Workers' (CHW's) op Gents niveau.

De stuurgroep van het project werd enerzijds samengesteld met organisaties vertegenwoordigd in de Gentse Gezondheidsraad en anderzijds met organisaties uit het netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen. Deze organisaties nemen het engagement op om (1) stuurgroepvergaderingen bij te wonen; (2) in overleg met de coördinator af te stemmen rond mogelijke signalen inzake de toegankelijkheid van hun dienstverlening en (3) het concept van gezondheidsgidsen te blijven promoten bij hun medewerkers alsook echt te gebruiken en dit doorheen het hele project.

Na de pilootfase in 2019 kreeg het project voor 2020-2021 projectmiddelen van de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) om de sociale gezondheidsongelijkheid verder te reduceren. Dit stelde het project in staat te groeien. In huidige stuurgroep zetelen volgende organisaties (tabel A).

Tabel A: Stuurgroep organisaties (2020-2021) project Gezondheidsgidsen stad Gent

Organisatie- of vereniging	Linkadres
<i>Organisaties die eerder vindplaatsgericht zijn:</i>	
Vzw De Tinten	https://detinten.be/
Vzw De Fontein	https://krasgent.be/diensten/de-fontein.html
BMLIK (jongeren en volwassenwerking)	https://www.bmlik.be/
De Zuidpoort	https://dezuidpoortgent.be/
Dienst Outreachend werken, Stad Gent	https://stad.gent/nl/trefwoord/dienst-outreachend-werken
13 lokale dienstencentra	https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/welzijn/lokale-dienstencentra
Kind&Gezin	https://www.kindengezin.be/
<i>Huisartsen</i>	
Alle wijkgezondheidscentra	https://gentsewijkgezondheidscentra.be/
3 groepspraktijken van huisartsen: <ul style="list-style-type: none">○ Bijloke○ Elyzeese velden○ Heirnis	<ul style="list-style-type: none">○ https://www.huisartsenpraktijkbijloke.be/○ https://www.huisartsingent.be/○ https://groepspraktijkheirnis.com/

<i>Ziekenhuizen</i>	
AZ Jan Palfijn	https://www.janpalfijn.be/
UZ Gent	https://www.uzgent.be/nl/home/Paginas/home.aspx
AZ Sint Lucas	https://www.azstlucas.be/
<i>CAW</i> (https://www.caw.be/over-het-caw/wie-zijn-we/)	
<i>Diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten</i> (https://www.socialekaartvangent.be/sectoren/dienst-maatschappelijk-werk)	
<i>Inloopteams</i>	
Inloopteam De Sloep VZW	https://www.desloep.be/
Wiegwijs – inloop team Gent	http://wiegwijs.be/gent/
i-mens Midden - Inloopteam Nieuw Gent	https://www.i-mens.be/
<i>CLB's</i>	
Interstedelijk centrum voor Leerlingenbegeleiding	https://icl.be/
Vrij centrum voor Leerlingenbegeleiding	https://www.vclbgent.be/
CLB Go!	https://www.clbgent.be/
<i>MSOC</i> (https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/gezondheid/waar-kan-je-terecht/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent)	

Kortom werkt het project stadsbreed en kunnen alle Gentse zorg- en hulpverleners sinds 2021 een aanvraag doen om een vrijwillige gezondheidsgids in te schakelen voor hun cliënt. In tabel B en C wordt een summiere samenvatting gegeven van doelstellingen, kernopdrachten en taken binnen het project 'Gezondheidsgidsen stad Gent'. Een belangrijk aandachtspunt is dat gezondheidsgidsen geen professionele hulpverleners zijn. Met andere woorden nemen ze geen taken over van een maatschappelijk werker, gezondheidswerker, arts, etc. Ze nemen louter een ondersteunde en aanvullende rol op.

Tabel B: Doelstellingen, kernopdrachten en taken binnen het project 'Gezondheidsgidsen'

Doelstellingen	Kernopdrachten	Taken
Toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen	Informereren	Toeleiding en begeleiding naar gezondheids- en welzijnszorg: ziekenhuis, dokter, tandarts, ziekenfonds, Kind en Gezin, OCMW, etc. (met bijzondere aandacht voor cliënten zonder medische kaart)
	Ondersteunen	
	Adviseren	
	Toeleiden	
	Informereren	Toeleiding en begeleiding naar het laagdrempelig leefstijlanbod, zowel op individueel als op groepsniveau: diëtisten, tabakologen, groepssessies rond bewegen, stoppen met roken, mentale veerkracht, etc.
	Ondersteunen	
	Adviseren	
	Toeleiden	

Ondersteuning bieden aan kwetsbare groepen	Informeren	Administratieve taken: afspraken maken en eraan herinneren, een dokter of tandarts in de buurt zoeken, helpen bij het invullen van papieren en digitale formulieren, etc.
	Ondersteunen	
	Adviseren	
	Empoweren	
	Informeren	Duidelijkheid scheppen in het zorglandschap: het bestaan of de werking van gezondheidsdiensten, welke dokter kiezen of welke ziekenhuiskamer
	Adviseren	Duidelijke en eenvoudige communicatie gebruiken
	Informeren	Aftoetsen wat er gebeurt met de gekregen informatie
	Informeren	Een vertaalslag maken: het probleem helpen uitleggen in het Nederlands
	Ondersteunen	
	Informeren	Continuïteit bieden, vast ankerpunt zijn: geruiststellen, kadering bieden, vertrouwen geven, een luisterend oor bieden, etc. (huisbezoeken zijn hierbij mogelijk)
	Ondersteunen	
Adviseren		
Gezondheidsgedrag promoten	Informeren	Bespreekbaar maken van thema's ter promotie van gezondheidsgedrag: anticonceptie, psychische kwetsbaarheid, dementie, voeding, beweging, rookgedragen kinderen, alcohol en druggebruik, etc.
Ondersteunen		
Adviseren		
Empoweren		
Ongelijkheid en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg signaleren	Detecteren	Signaalfunctie bij het detecteren van problemen: bijvoorbeeld lange wachtlijsten, toegankelijkheid van diensten, discriminatie, etc. Vanuit verhalen/frustraties problemen detecteren: aandacht voor hulpvraag en problemen zien

Tabel C: (extra) Taken ‘Gezondheidsgidsen’ ter ondersteuning van de COVID-pandemie

Doelstelling	Kernopdrachten	(Extra) taken
Vereenzaming reduceren	Informeren Ondersteunen Adviseren Toeleiden Empoweren	Telefonisch en/of fysiek contact opnemen: gaan wandelen, een luisterend oor bieden, etc. Verwijzing naar bestaande ontmoetingsplaatsen in de buurt, buddywerking, etc.
Test en vaccinatie	Informeren Ondersteunen Adviseren Toeleiden Empoweren	Toeleiding en begeleiding naar vaccinatie- en testcentra: ondersteunen bij testing, toelichten testprocedure, toelichten quarantainemaatregelen, Covid-safe certificaten helpen downloaden/in orde brengen, etc.

Deze bijlage werd integraal gebaseerd op de ‘Projecttekst Gezondheidsgidsen of Community Health Workers in Gent’ (Stad Gent, 2021b).

Bijlage 2: Systematische literatuurstudie

Methodologie

PICO(ST)-model

De onderzoeksmethode werd opgezet door allereerst het onderzoeksprobleem te definiëren aan de hand van het PICO-model. Het basis PICO-model werd aangevuld met een S en T, respectievelijk voor setting en timeframe. Vervolgens werd bestaande literatuur gezocht in meerdere databases. De primaire outcome betrof de effectiviteit van Community Health Work bij preventieve zorg in de eerstelijnszorg voor kwetsbare groepen. Er werd gezocht middels de onderzoeksvraag: *‘Wat is de waarde van Community Health Work bij preventieve zorg en gezondheidspromotie in de eerstelijnszorg voor kwetsbare groepen?’*.

Met behulp van onderstaand PICO(ST)-model werden kernwoorden geselecteerd (tabel A).

Tabel A: PICO(ST)-model

Populatie	Kwetsbare groepen in de samenleving
Interventie	Community Health Work in functie van preventieve zorg en gezondheidspromotie
Controle	N.v.t. in een systematische literatuurstudie
Outcome	Effectiviteit/waarde CHW-interventies
Setting	Eerstelijnszorg (primary care)
Timeframe	Publicaties gepubliceerd vanaf 2010

Eveneens werd een realistische benadering gehanteerd om de complexe interventies te evalueren. Er werd getracht om de implementatie en context van enkele interventies te beschrijven, naast hun effectiviteit. De soorten interventies werden als secundaire outcomes beschreven.

Datacollectie

Bestaande literatuur werd systematisch doorgenomen om wetenschappelijke data te verzamelen. Er werd gekozen voor de databases PubMed, Web of Science en Embase wegens hun eenvoudig gebruik en ruime collectie aan wetenschappelijke literatuur. Er werd steeds een zoekstring opgesteld op basis van volgende kernwoorden: Community Health Worker, Prevention Care, Health Promotion, Primary (Health) Care en aanverwante termen. De zoekstrings zijn per database licht verschillend.

Er werd bewust gekozen om geen specifieke kernwoorden inzake de populatie van deze studie mee op te nemen in de zoekstrings. Enerzijds omdat Community Health Work doorgaans wordt georganiseerd met oog op kwetsbare individuen en bevolkingsgroepen. Anderzijds is deze populatie zeer uiteenlopend en dusdanig niet eenduidig te definiëren in termen.

In de database **PubMed** werd hoofdzakelijk op basis van MeSH-Terms gezocht. Dit zijn toegekende en gestandaardiseerde trefwoorden met als doel de inhoud van een artikel aan te geven. Met een MeSH-term worden verschillende begripsbeschrijvingen meegenomen in de zoekopdracht. Vermits recente artikelen (nog) niet altijd over MeSH-Terms beschikken, werd ook gezocht op kernwoorden in de titel of het abstract. Bovendien werd gebruikgemaakt van een asterisk om meervouden van zoektermen te includeren. In totaal werden er 331 artikelen gevonden onder deze zoekstring.

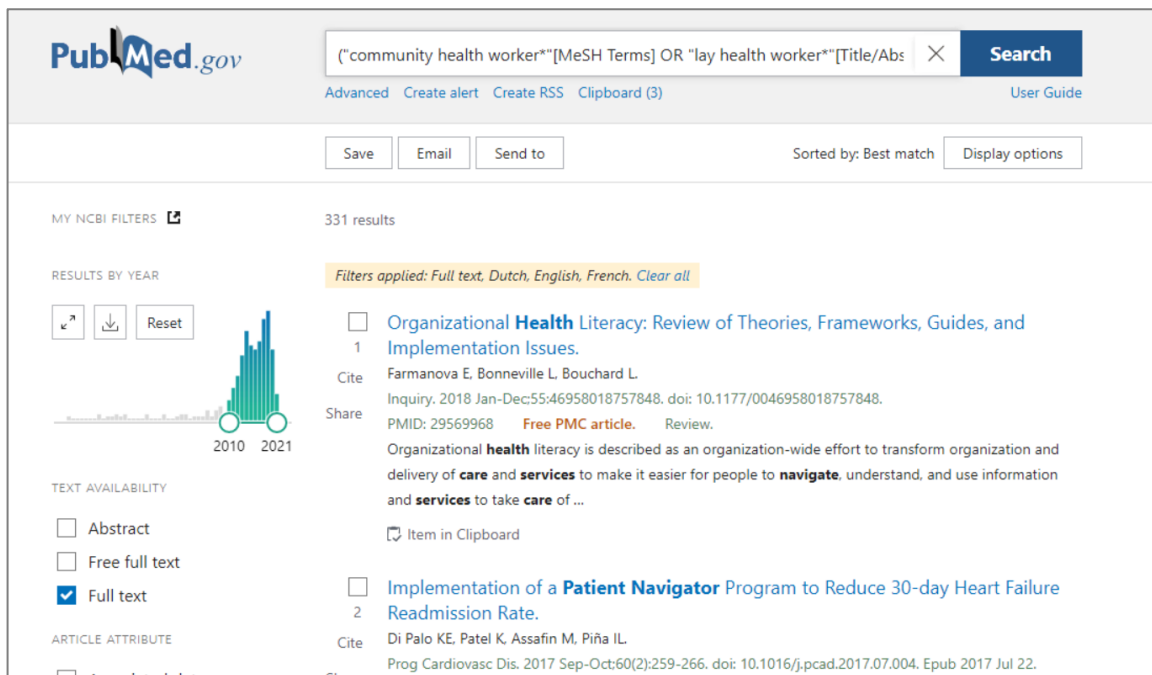
In de database **Web of Science** werden de zoektermen gezocht in de titel, het abstract of binnen de keywords, toegewezen door de auteur(s). Ook hier werd een asterisk gehanteerd om meervouden van de zoektermen te includeren. Onder deze zoekstring werden in totaal 106 artikelen gevonden.

In de database **Embase** werden de zoektermen eveneens gezocht in de titel, abstract of binnen de keywords toegewezen door de auteur(s). Opnieuw werd er gebruik gemaakt van een asterisk om meervouden van de zoektermen te includeren. In totaal werden 144 artikelen gevonden onder deze zoekstring in Embase.

Tot slot werden steeds dezelfde extra filters gehanteerd tijdens het speuren in deze drie databases. Enkel artikelen gepubliceerd vanaf 2010 en geschreven in het Nederlands, Engels of Frans werden mee opgenomen in het verdere proces. Op basis van de zoekstrings en extra filters werden in totaal 581 artikelen gevonden. De zoekstrings en schermafbeeldingen van de zoekacties in PubMed, Web of Science en Embase zijn hieronder respectievelijk terug te vinden. De zoekopdrachten werden uitgevoerd midden juli 2021.

- **Zoekstring en schermafbeelding database PubMed**

("community health worker"[MeSH Terms] OR "lay health worker"[Title/Abstract] OR "community health worker"[Title/Abstract] OR "health volunteer"[Title/Abstract] OR "community health volunteer"[Title/Abstract] OR "patient navigat"[Title/Abstract] OR "health promotor"[Title/Abstract] OR "patient navigation"[MeSH Terms] OR "community navigat"[Title/Abstract] OR "promotores de salud"[Title/Abstract] OR "health educator"[MeSH Terms]) AND ("primary prevention"[MeSH Terms] OR "preventive medicine"[MeSH Terms] OR "disease prevention"[Title/Abstract] OR "health promotion"[MeSH Terms] OR "preventive health services"[MeSH Terms] OR "secondary prevention"[MeSH Terms]) AND ("primary healthcare"[Title/Abstract] OR "general practice"[MeSH Terms] OR "family practice"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "primary health care services"[Title/Abstract]) AND (fft[Filter]) AND (dutch[Filter] OR english[Filter] OR french[Filter]) AND (2010:2021[pdat])



- **Zoekstring en schermafbeelding database Web of Science**

(TS="community health worker" OR TS="lay health workers" OR TS="community workers" OR TS="health volunteers" OR TS="community health volunteers" OR TS="patient navigat" OR TS="health promotors" OR TS="community navigat" OR TS="promotores de salud" OR TS="health educators") AND (TS="primary prevention" OR TS="preventive medicine" OR TS="preventive care" OR TS="prevention" OR TS="disease prevention" OR TS="health promotion" OR TS="preventive health service" OR TS="preventive healthcare" OR TS="secondary prevention") AND (TS="community health services" OR TS="general practice" OR TS="family practice" OR TS="primary health care" OR TS="community health care")

- **Zoekstring en schermafbeelding database Embase**

('community health worker*' OR 'lay health worker*' OR 'community worker*:ti,ab,kw OR 'health volunteer*:ti,ab,kw OR 'community health volunteer*:ti,ab,kw OR 'patient navigation' OR 'health promotor*:ti,ab,kw OR 'community navigat*:ti,ab,kw OR 'promotores de salud*:ti,ab,kw OR 'health educator*:ti,ab,kw) AND ('primary prevention' OR 'prevention' OR 'preventive medicine':ti,ab,kw OR 'preventive care':ti,ab,kw OR 'disease prevention':ti,ab,kw OR 'health promotion' OR 'preventive health service*:ti,ab,kw OR 'preventive health care' OR 'secondary prevention':ti,ab,kw) AND ('primary health care':ti,ab,kw OR 'community health service*:ti,ab,kw OR 'general practice*:ti,ab,kw OR 'family practice*:ti,ab,kw OR 'community care':ti,ab,kw) AND [2010-2021]/py AND ([dutch]/lim OR [english]/lim OR [french]/lim)

Data-extractie

Het abstract van de verkregen artikelen werd gedownload en de titels werden ingevoerd in een MS Excel-document. Tijdens het data-extractieproces bood de database PubMed aanverwante artikelen aan. Hierdoor werd de sneeuwbal methode toegepast waardoor één extra artikel werd meegenomen. Ook dit artikel werd opgenomen in het MS Excel-document. In deze resultaten werden 84 duplicaten vastgesteld die vervolgens werden verwijderd. De overige 497 artikelen werden gelezen middels titel en abstract. Hierbij werd rekening gehouden met de in- en exclusiecriteria (tabel B).

Er werd gezocht naar studies die een preventieve interventie evalueerden en CHW's mobiliseerden. Bovendien dienden deze interventies zich binnen de eerstelijns(gezondheids)zorg te situeren. Studies gebaseerd op ziekenhuizen werden uitgesloten. De interventiepopulatie omvatte volwassenen met of zonder chronische gezondheidsproblemen. Daarnaast richtte deze literatuurstudie zich op kwetsbare groepen. De onderzoekspopulatie omvatte met andere woorden personen met beperkte toegang tot materiële en/of sociale hulpbronnen wegens sociale, economische of geografische factoren.















Tabel B: In- en exclusiecriteria literatuurstudie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none">- Volwassenen met of zonder chronische gezondheidsproblemen- Community Health Workers (CHW's)- Studies uit OESO*-landen- Studies gerelateerd aan interventies in functie van preventieve (gezondheids)zorg- Studies gepubliceerd vanaf 2010-heden- Setting: eerstelijns(gezondheids)zorg	<ul style="list-style-type: none">- Kinderen en jongeren onder 18 jaar- Andere gezondheidsgerelateerde beroepen (zoals verpleegkundigen, artsen, ...)- Studies uit OESO*-landen- Studies gerelateerd aan interventies buitenom de preventieve (gezondheids)zorg- Studies gepubliceerd voor 2010- Setting: ziekenhuissetting- Systematische reviews
*OESO: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling	

Interventies in de gezondheidszorg zijn zeer uiteenlopend in de verschillende gezondheidssystemen. Deze literatuurstudie focust op landen met ontwikkelde gezondheidssystemen waar de rol van CHW's de traditionele rol van artsen, verpleegkundigen of andere gezondheidswerkers eerder aanvult dan vervangt. Om deze reden werden enkel studies geïnccludeerd, uitgevoerd in landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO-landen). Deze organisatie helpt leden bij het tot stand brengen van goed presterende gezondheidszorgstelsels door enerzijds hun resultaten en gebruik van middelen te meten en door anderzijds hun beleidsmaatregelen te analyseren die toegang, efficiëntie en kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren (OECD, 2021).

Hiervolgend wordt een overzicht gegeven van de OESO-leden anno 2021.

COUNTRY	YEAR OF ACCESSION
 AUSTRALIA	1971
 AUSTRIA	1961
 BELGIUM	1961
 CANADA	1961
 CHILE	2010
 COLOMBIA	2020
 COSTA RICA	2021
 CZECH REPUBLIC	1995
 DENMARK	1961
 ESTONIA	2010
 FINLAND	1969
 FRANCE	1961
 GERMANY	1961
 GREECE	1961
 HUNGARY	1996
 ICELAND	1961
 IRELAND	1961
 ISRAEL	2010
 ITALY	1962
 JAPAN	1964
 KOREA	1996

	LATVIA	2016
	LITHUANIA	2018
	LUXEMBOURG	1961
	MEXICO	1994
	NETHERLANDS	1961
	NEW ZEALAND	1973
	NORWAY	1961
	POLAND	1996
	PORTUGAL	1961
	SLOVAK REPUBLIC	2000
	SLOVENIA	2010
	SPAIN	1961
	SWEDEN	1961
	SWITZERLAND	1961
	TURKEY	1961
	UNITED KINGDOM	1961
	UNITED STATES	1961

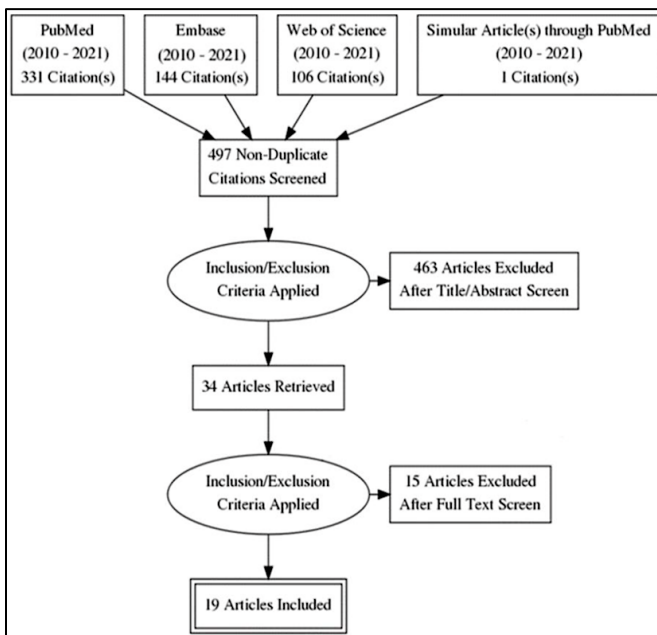
(OECD, 2021)

Daarnaast werden enkel gepubliceerde studies in het Engels, Frans of Nederlands geïncludeerd. Studies in andere talen werden uitgesloten. Tot slot werden enkel publicaties gepubliceerd vanaf 2010 tot 17 juli 2021 meegenomen in de literatuurstudie.

Bovendien is het gekend dat sociale problemen en volksgezondheidsinterventies zeer complex zijn. Daarom kan een groot scala aan studieontwerpen gebruikt worden om interventies te evalueren. De designs kunnen variëren van Randomized Controlled Trials (RCT's) tot casestudies, waarbij niet één methode alle relevante vragen inzake effectiviteit kan beantwoorden (Jackson & Waters, 2005). Om deze reden werden alle soorten onderzoeksdesigns geïncludeerd.

In totaal werden 463 artikelen uitgesloten op basis van titel en/of abstract en werden 34 artikelen behouden voor verdere analyse. Bij de full-tekst analyse werd opnieuw rekening gehouden met de in- en exclusiecriteria en relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Deze full-tekst analyse drong zich op voor enkele artikelen wegens de brede – en soms onduidelijke – rol van CHW's. Op basis van deze full-tekst analyse werden 15 artikelen uitgesloten. Finaal resulteerde deze analyse in 19 studies die werden geïncludeerd in de systematische literatuurstudie. Dit proces wordt in figuur A weergegeven.

Zoals eerder vermeld werden artikelen geselecteerd ongeacht hun studiedesign. Evenwel werd beslist om geen systematische literatuurstudies te includeren. Van alle geïncludeerde studies (n=19) zijn er acht RCT's. Negen studies hebben een pre-post-test design en twee studies waren kwalitatief van aard. Verder speelt de meerderheid van de studies zich af in de Verenigde Staten. Eén studie werd opgezet in Mexico en één in België.



Figuur A: Prisma Flowchart

Alle onderzoeken vonden plaats in de Primary Health Care (PHC). PHC-instellingen zijn onder meer primaire gezondheidsziekenhuizen, gemeenschapscentra, medische centra en centra voor kankerscreening. In overeenstemming met de inclusiecriteria baseren de opgenomen studies zich op kwetsbare groepen. Studies in de VS werden bijvoorbeeld uitgevoerd onder Latijns- en Afro-Amerikaanse gemeenschappen. Terwijl het onderzoek in België zich dan weer focuste op oudere vrouwen woonachtig in semi-landelijke delen. De onderzoekspopulaties waren steeds gemarginaliseerd in de samenleving met als gevolg ongelijkheden in gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg.

Aan het einde van deze bijlage wordt in tabel C een summier samenvatting gegeven inzake de belangrijkste eigenschappen van de geïncludeerde artikelen in deze literatuurstudie. Een lege cel in deze tabel betekent dat deze informatie niet ter beschikking was of dat de auteur deze informatie niet voldoende specificerde.

Kwaliteitsbeoordeling

De methodologische kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde studies werd voltooid middels de tool 'Effective Public Health Practice Project (EPHPP)'. De EPHPP is een generiek instrument dat wordt gehanteerd om een verscheidenheid aan studieontwerpen betreffende interventies te evalueren. Het instrument is onder meer geschikt bevonden om RCT's-studies, before- en after studies en case-control studies te evalueren (Armijo-Olivo, Stiles, Hagen et al., 2012). De geïncludeerde studies werden beoordeeld op basis van acht categorieën (selection bias, study design, confounders, blinding, data collection methods, withdrawals and drop-outs, intervention integrity en analyses) die elk een score van 1 tot 3 kregen. Op basis van hun totaalscore krijgen de studies een kwaliteitsscore toegekend van zwak (1,00-1,50), matig (1,51-2,50) of sterk (2,51-3,00). De artikelen opgenomen in deze systematische literatuurstudie zijn gemiddeld van matige kwaliteit. Meer bepaald zijn drie studies van hoge kwaliteit, 12 studies hebben een matige kwaliteit en vier studies scoren laag.

Tabel C: Overzicht kenmerken geïncludeerde studies

Studie	Land	Studie setting	Studiedesign	Studiepopulatie/participanten
Balcázar et al, 2012	US-Mexico border, Texas, USA	Samenlevingsgerichte setting, participierend onderzoek, HEART project, ecologische benadering	Cohort type, pre-post design	Hispanic volwassenen (≥ 25 jaar), die woonachtig zijn in de 2 geselecteerde post- codes, die niet van plan zijn om in de komende 10 maanden uit het gebied te verhuizen en in staat waren om deel te nemen aan fysieke activiteiten
Coronado et al, 2020	Chicago, Illinois, USA	28 community health center clinics	Large-scale patient-randomized controlled trial	Participanten met de leeftijd van 50 – 75, met een abnormaal FIT-resultaat in de laatste maand en aan de beurt zijn voor een follow-up colonoscopie
Denman et al, 2014	Sonora, Mexico	Community health centre	Non-randomised, quasi experimental, pre-test, post-test study	Inwoners uit stedelijk gebieden met lage inkomens
Esperat et al, 2012	USA	Primary care setting	Quasi-experimenteel/ programma-evaluatie (base-line en post-tests)	Volwassenen met chronische ziekten
Freeman et al, 2020	New York City, USA	2 gesubsidieerde woongebouwen → 1 privately owned (Section 8) → 1 public housing building	Pre-en post enquêtes (baseline- en post interventie-enquêtes)	Alle volwassen bewoners van het gebouw kwamen in aanmerking voor deelname. Hoewel er extra nadruk werd gelegd op betrekken van 'frequente gebruikers' (= gedefinieerd als 3 of meer keer de SEH-dienst bezochten of één of meer keer werden opgenomen in het ziekenhuis in afgelopen jaar)
Goelen et al, 2010	België	4 semi-landelijke gemeenschappen in België	Individueel level randomised trial	Vrouwen, 50-59 jaar, wonen in een semi-landelijk deel in België en geen screening bijwoonden
Honeycutt et al, 2013	Rural Georgia, USA	13 gezondheidscentra: → 4 clinics vormden de interventiegroep, hadden een kankerscreeningsprogramma → 9 clinics vormden de controlegroep	Quasi-experimenteel/ programma-evaluatie tussen interventie- en controlegroepen	Onverzekerde en onderverzekerde bevolkingsgroepen met een laag inkomen
Horne et al, 2015	Baltimore city, USA	Klinische settings en gemeenschapsgerichte wegen zoals seniorencentra in stedelijke gebieden	Community-based randomised control trial	Oudere Afro- Amerikaanse volwassenen (specifieke leeftijd: ≥ 65 jaar)

Jandorf et al, 2013	USA	Eerstelijnsgezondheidszorgziekenhuis	Randomized clinical trial	Afro- Amerikaanse volwassenen (specifieke leeftijd: ≥40 jaar)
Koniak-Griffin et al, 2015	LA, USA		Randomised controlled trial	Zelf-geïdentificeerde Latinas, 35-64 jaar oud, Spaans of Engels sprekend en het hebben van overgewicht (BMI≥25)
Krantz et al, 2013	Colorado, USA	Public health en health care setting	Quasi-experimenteel/ programma-evaluatie pre-post test design	Volwassen vrouwen en mannen die CHD-risico lopen (specifieke leeftijd: ≥65 jaar)
Larkey et al, 2012	Phoenix, Arizona, USA	Samenlevingsgerichte setting	Community-based randomized trial	Achtergestelde Latinas, die zichzelf identificeren als Hispanic/Latina
Marshall et al, 2016	Baltimore city, USA	Samenlevingsgerichte- en klinische setting	Randomized clinical trial (multi-site studie, uitgevoerd van april 2006–december 2010)	Oudere Afro- Amerikaanse volwassen vrouwen (specifieke leeftijd: ≥65 jaar)
Mojica et al, 2016	San Antonia, Texas, USA	Samenlevingsgerichte setting	Non-randomised, pre-post design	Voor deelname kwamen in aanmerking: Latino-vrouwen (1) met leeftijd van 40 tot 74 jaar die nog nooit een mammografie lieten maken of in de afgelopen 2 jaar geen mammografie lieten maken; (2) met leeftijd van 18 tot 65 jaar die nog nooit een PAP-test lieten maken of in de afgelopen 3 jaar geen PAP-test lieten maken; (3) met leeftijd van 50 tot 75 jaar die nog nooit een bloedonderzoek van ontlasting lieten maken of in de afgelopen 2 jaar geen bloedonderzoek van ontlasting lieten maken.
Parra-Medina et al, 2015	South Texas, USA	Participanten zijn geselecteerd uit gemeenschaps evenementen, gezondheid-beurzen of werden 1-op-1 benaderd in gemeenschapscentra	Community-based non-randomised	Hispanic vrouwen (zelf geïdentificeerd), met een dochter van 11 - 17 jaar die geen HPV-vaccin kreeg en woonachtig zijn in Cameron of Hidalgo.
Percac-Lima et al, 2013	Massachusetts, USA	Studie werd uitgevoerd in de MGH Colposcopy Clinic en het MGH Chealseau Healthcare Center (= een stedelijk gezondheidscentrum in Massachusetts)	Non-randomised, twee cohortes vergelijken (1 met en 1 zonder patiëntnavigatie)	Voor deelname kwamen in aanmerking: vrouwen die zichzelf identificeren als Latina en tussen 1 januari 2004 en 15 april 2011 een abnormaal uitstrijkje hadden waarvoor colposcopie vereist was

Percac-Lima et al, 2014	USA	Community health centres	Darmkankerscreening werd vergeleken tussen gezondheidscentrum zonder patiëntnavigatie en één met patiëntnavigatie	Personen met een laag inkomen, voornamelijk Latino's en immigranten
Percac-Lima et al, 2018	Massachusetts, USA	5 Community Health Centers (CHCs) die zijn aangesloten bij een academisch netwerk voor eerstelijnszorg	Randomized controlled trial (uitgevoerd: februari 2016 tot januari 2017)	Huidige rokers (volwassen mannen en vrouwen) met een leeftijd van 55 – 77 jaar
Staten et al, 2012	USA: US-Mexico border	Samenlevingsgerichte setting	Non-randomised, baseline- en posttests	Participanten waren voornamelijk Latijns-Amerikaanse vrouwen die in Mexico zijn geboren, bij voorkeur Spaans spraken, getrouwd waren en niet verder waren opgeleid dan middelbare school

Resultaten

Soorten interventies

Opdeling naar interventie-thema

Preventieve interventies waren gericht op zowel chronische als niet-chronische aandoeningen. In totaal trachtten 12 studies de preventieve zorg inzake vier verschillende soorten kanker te optimaliseren. Van deze 12 studies focusten vijf studies zich op de rol van Community Health Workers bij preventie voor darmkanker (Honeycutt, Green, Ballard et al., 2013; Jandorf, Braschi, Ernstoff et al., 2013; Percac-Lima, López, Ashburner et al., 2014; Horne, Phelan-Emrick, Pollack et al., 2015; Coronado, Johnson, Leo et al., 2020), twee studies op borstkanker (Goelen, De Clercq & Hanssens, 2010; Marshall, Mbah, Ford et al., 2016) en één op longkanker (Percac-Lima, Ashburner, Rigotti et al., 2018). Vervolgens focusten twee studies zich op baarmoederhalskanker, waarbij één studie zich specifiek richtte op preventie door middel van vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (Percac-Lima, Benner, Lui et al., 2013; Parra-Medina, Morales-Campos, Mojica et al., 2015). In de overige twee studies stonden meerdere vormen van kanker centraal (Larkey, Herman, Roe et al., 2012; Mojica, Morales-Campos, Carmona et al., 2016).

Daarnaast waren er twee onderzoeken gericht naar hart- en vaatziekten (Balcázar, Wise, Rosenthal et al., 2012; Krantz, Coronel, Whitley et al., 2013) en drie studies naar preventiediabetes (Staten, Cutshaw, Davidson et al., 2012; Denman, Rosales, Cornejo et al., 2014; Koniak-Griffin, Brecht, Takayanagi et al., 2015). Verder was er één studie opgezet om multimorbide aandoeningen te reduceren (Esperat, Flores, McMurry et al., 2012). Tot slot richtte één studie zich op een CHW-interventie inzake voedselzekerheid, huurvermogen en aansluiting op de eerstelijnszorg (Freeman, Li, Kaplan et al., 2020).

Opdeling naar interventie-strategie

De duur van de interventies varieerde van 60 minuten (Percac-Lima et al., 2013) tot 2 jaar (Esperat et al., 2012). Er werden vier soorten interventies geïdentificeerd op basis van de strategieën die werden gebruikt om Community Health Workers in te zetten binnen de preventieve zorg.

De verschillende geïdentificeerde soorten zijn:

1. Educatieve interventies (n=3)
2. Navigerende interventies (n=4)
3. Educatieve- plus navigerende interventies (n=7)
4. Educatieve- plus zelfmanagement interventies (n=5)

De educatieve interventies waren gebaseerd op het principe van ziektepreventie, namelijk door middel van voorlichting te geven en bewustzijn te creëren inzake risicofactoren die een positieve verandering in gezondheid mogelijk maken. Educatieve sessies werden gegeven aan deelnemers, hetzij in groep of aan individuen, of in een combinatie van groepssessies en individuele coaching. Het onderwijsmateriaal was vaak cultureel op maat gemaakt, vertaald of afgeleverd in de gemeenschapstaal van de participant (Larkey et al., 2012; Koniak-Griffin et al., 2015; Parra-Medina et al., 2015).

De navigatie-interventies waren gericht op het verminderen van barrières betreffende de toegang tot de gezondheidszorg. De geïncludeerde studies in deze review waarin louter de navigatie-strategie werd gehanteerd, werden op één na uitgevoerd om de barrières voor kankerscreening te identificeren en te reduceren (Goelen et al., 2010; Honeycutt et al., 2013; Coronado et al., 2020; Freeman et al., 2020).

Interventies gericht op educatie en navigatie waren meer holistisch in hun aanpak ten opzichte van de interventies die zich slechts op één van bovenstaande strategieën richtten. Community Health Workers hielpen deelnemers om barrières inzake de toegang tot gezondheidszorg te identificeren en bijgevolg te overwinnen door educatie (Jandorf et al., 2013; Percac-Lima et al., 2013; Percac-Lima et al., 2014; Horne et al., 2015; Marshall et al., 2016; Mojica et al., 2016; Percac-Lima et al., 2018).

Educatieve- en zelfmanagementinterventies waren de tweede meest gerapporteerde interventies. Deze interventiestrategie richtte zich op het in staat stellen van participanten om een gezonde levensstijl te kiezen en hun gedrag dienovereenkomstig te veranderen. De Community Health Workers boden zowel emotionele als praktische ondersteuning aan, inclusief educatie, met het doel om gedragsverandering bij participanten mogelijk te maken middels zelfmanagementtechnieken (Balcázar et al., 2012; Esperat et al., 2012; Staten et al., 2012; Krantz et al., 2013; Denman et al., 2014).

Kenmerken Community Health Workers

Community Health Workers werden in zes van de 19 geïnccludeerde studies beschreven als 'promotores de salud/ promotora' (Balcázar et al., 2012; Esperat et al., 2012; Larkey et al., 2012; Staten et al., 2012; Denman et al., 2014; Parra-Medina et al., 2015;). In één geïnccludeerde studie werd de term 'peer volunteer' gebruikt (Goelen et al., 2010). Verder werden in acht van de opgenomen artikelen Community Health Workers beschreven als 'patient navigator/ health navigator/ navigator/ peer-patient navigator/ health coördinator' (Honeycutt et al., 2013; Jandorf et al., 2013; Percac-Lima et al., 2013; Percac-Lima et al., 2014; Horne et al., 2015; Marshall et al., 2016; Percac-Lima et al., 2018; Coronado et al., 2020). In de overige vier studies werd de term 'Community Health Workers' of de afkorting 'CHW's' gehanteerd (Krantz et al., 2013; Koniak-Griffin et al., 2015; Mojica et al., 2016; Freeman et al., 2020).

Alle Community Health Workers waren tweetalige individuen die naast hun gemeenschapstaal Engels spraken. Verder hadden ze allen reeds ervaring met werken in gemeenschapssectoren of als CHW. In alle onderzoeken kregen CHW's een vorming of training aangeboden alvorens ze werden ingezet bij de preventieve interventies. Deze varieerden sterk naargelang de studie-specifieke onderzoeksdoelen. De vormings- en trainingsprogramma's waren dus variabel in inhoud en duur. Een vorming of training werd gegeven om CHW's te helpen in competentie-ontwikkeling inzake activiteiten gerelateerd aan hun rol.

Impact interventies

De bevindingen in deze sectie benadrukken de effecten van CHW's als interventiecomponenten binnen de preventieve zorg, voor zover het effect afzonderlijk werd gemeten. Vanwege de heterogeniteit inzake settings, steekproefkenmerken en interventiesoorten was het onmogelijk om de resultaten te verbinden. Wel rapporteerden alle geïnccludeerde studies in deze review positieve uitkomsten als gevolg van preventieve interventies geleverd door CHW's in de eerstelijnszorg.

Screening

Vijf van de geïnccludeerde artikelen identificeerden positieve effecten inzake darmkankerscreening als gevolg van preventieve interventies uitgevoerd door CHW's. Tevens werd in elk onderzoek een stijging van het eigen vermogen bij kwetsbare bevolkingsgroepen geïdentificeerd als gevolg van de geleverde interventies (Honeycutt et al., 2013; Jandorf et al., 2013; Percac-Lima et al., 2014; Horne et al., 2015; Coronado et al., 2020). Uit één van de studies bleek dat patiëntnavigatie zeer effectief is in het stijgen van het aantal coloscopieën bij de stedelijke Afro-Amerikaanse bevolking, namelijk tot 15% boven het nationale gemiddelde (Jandorf et al., 2013).

Ook patiëntnavigatie is effectief in het verhogen van longkankerscreening bij huidige rokers met een hoog risico op longkanker (Percac-Lima et al., 2018). Daarnaast richtten twee van de geïnccludeerde studies zich op preventie bij borstkankerscreening (Goelen et al., 2010; Marshall et al., 2016)

Volgens Goelen en collega's is een telefonische herinneringsoproep op maat door vrijwilligers uit de gemeenschap effectief in het aantal mammografieën bij vrouwen die nog niet eerder een mammografie ondergingen. De steekproef betrof 50-69 jarige vrouwen woonachtig in semi-landelijke gebieden in België. De personen uit de interventiegroep kregen naast de gebruikelijke zorg (met name een uitnodigingsbrief en informatiefolder) een telefonische oproep. Uit dit onderzoek bleek dat 22% van de deelnemers uit de interventiegroep een mammografie onderging na de interventie. Dit percentage ligt 4% hoger dan in de controlegroep. Gemiddeld waren twee uur vrijwilligerstijd en 17 telefonische contacten nodig om één extra screening te realiseren (Goelen et al., 2010).

De tweede studie inzake borstkankerpreventie werd uitgevoerd bij Afro-Amerikaanse vrouwen ≥ 65 jaar. In deze studie ontving de interventiegroep patiëntnavigatie bovenop het educatief materiaal die de controlegroep kreeg. Bij afloop van deze studie meldde een groter deel van de participanten uit de interventiegroep dat zij een mammografie ondergingen in vergelijking met het aantal participanten uit de controlegroep, respectievelijk 93,3% en 87,5% ($p < 0,001$). Overigens werd een significante interactie gevonden tussen de interventie en mammografie-status bij aanvang van de studie. Bij vrouwen die niet gescreend waren bij aanvang werd de interventie geassocieerd met een significante toename van mammografie-opname (OR 3,63; 95%CI [2,10-6,26]). Tevens bleek de interventie ook significant geassocieerd met screening-opname bij vrouwen die reeds up-to-date waren at baseline, hoewel het effect kleiner was (OR 1,59; 95%CI [1,00-2,52]) (Marshall et al., 2016).

Slechts één studie identificeerde de positieve impact van een cultureel aangepast navigatieprogramma inzake baarmoederhalskanker bij Latino-vrouwen (gemiddelde leeftijd: 35 jaar; range: 22-86). Uit deze studie bleek dat genavigeerde vrouwen minder vaak hun afspraak voor colposcopie misten: het gemiddelde daalde van 19,8% naar 15,7% ($p = 0,024$), terwijl in de controlegroep het aantal vrouwen die niet kwamen opdagen niet-significant steeg van 18,6% naar 20,6% ($p = 0,454$). Tevens identificeerde deze studie dat de graad van cervicale afwijking bij genavigeerde vrouwen afnam van 2,03 naar 1,83 ($p = 0,035$) overheen de tijdsintervallen, terwijl de ernst van de pathologische score in de niet-genavigeerde groep niet significant veranderde van 1,83 naar 1,92 overheen de tijd ($p = 0,573$) (Percac-Lima et al., 2013).

In de studie opgezet door Larkey en collega's werden twee soorten interventies vergeleken in functie van borst-, darm- en baarmoederhalskankerscreening. Interventie A bevatte gelijke educatie-elementen als interventie B mits toevoeging van groepsprocessen die bedoeld waren om sociale steun te bevorderen. Echter werd geen significant verschil in screeningspercentages gevonden tussen beide interventies. Overeenkomstig met bovenstaande resultaten, werden in beide takken wel significante resultaten geïdentificeerd inzake screeningstrouweheid (Larkey et al., 2012).

Levensstijlfactoren

In deze review werden zes studies geïnccludeerd die zich focusten op preventie van chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten en diabetes door middel van interventies gericht op het beheersen van eigen levensstijlfactoren. Deze studies meldden positieve tot zeer positieve effecten van CHW-interventies op klinische ziekte-indicatoren en gezond gedrag bij kwetsbare bevolkingsgroepen. Klinische metingen van indicatoren zoals LDL-cholesterol, triglyceride niveau, heup- en tailleomtrek, diastolische en systolische bloeddruk, gewicht, etc. werden geregistreerd en geanalyseerd voor en na de CHW-interventies. De resultaten werden geëvalueerd op basis van waargenomen veranderingen tussen baseline- en posttest (Balcázar et al., 2012; Denman et al., 2014; Esperat et al., 2012; Krantz et al., 2013; Koniak-Giffin et al., 2015; Staten et al., 2012). Een cultureel competent programma geïntegreerd in de gemeenschap middels promotores is volgens Balcázar en collega's (2012) de toekomst inzake gezondheidspromotie.

Ook vaccinatie kan gezien worden als leefstijlfactor. Het is een bewuste individuele keuze die invloed heeft op de gezondheid. De HPV-vaccinatie beschermt vrouwen tegen bepaalde baarmoederhalskankers. In Texas werd een interventie opgezet bij Spaanse vrouwen met een dochter van 11-17 jaar die nog geen HPV-vaccinatie kreeg. Alle deelnemers ontvingen een educatiebrochure over het vaccin in hun voorkeurs taal en werden uitgenodigd ter deelname aan een preventieprogramma. De programmadeelnemers kregen groepseducatie en navigatieondersteuning van CHW's. De personen die weigerden, ontvingen enkel de brochure. Uit dit onderzoek bleek dat deelnemers die het programma volgden, meer kans hadden om de vaccinatie-reeks te voltooien in vergelijking met deelnemers die enkel een brochure ontvingen (respectievelijk: 72,2% vs. 42,5%, $p < 0,001$) (Parra-Medina et al., 2015).

Tot slot werd één studie geïnccludeerd inzake een navigerende interventie van CHW's in gesubsidieerde woningen. Het Health+Housing Project werd gefaciliteerd door vier gemeenschapswerkers met doel om in te spelen op gedefinieerde gezondheidsbehoeften van bewoners, inclusief sociale en economische risicofactoren. Na de interventie werden er significante verbeteringen inzake voedselzekerheid, het vermogen om huur te betalen en aansluiting op de eerstelijnszorg vastgesteld (Freeman et al., 2020).

Soorten interventies versus impact analyses

De resultaten van de studies werden gecategoriseerd volgens impact. Daarna werden deze uiteengezet ten opzichte van de interventiesoorten. In tabel D werd deze actie middels een tabel weergegeven.

Er werd vastgesteld dat één op de drie interventies met alleen educatie en één op de vier interventies met alleen navigatie positieve gedragsuitkomsten leveren om risicofactoren te reduceren. Daarentegen vertoonden vier van de vijf interventies gericht op educatie en zelfmanagement positieve impact op de risicofactoren door gedragsverandering of levensstijlaanpassing bij de deelnemers.

Daarnaast bleek uit de analyse dat navigatie- en educatie gerichte interventies effectief waren in het verbeteren van het gebruik van preventieve zorg. Van de 12 studies die positieve resultaten toonden over het gebruik van de preventieve zorg, waren er twee met enkel educatie, drie met enkel navigatie en zeven studies met een combinatie van educatie- en navigatie. Tot slot werd in slechts één studie de impact op ziekte-incidentie weergegeven. Deze studie was educatie- en zelfmanagement gericht.

Tabel D: Soorten interventies versus impact analyses

Soorten interventies:	Resultaten:			Totaal
	Impact risicofactoren (levensstijfactoren)	Impact gebruik preventieve zorg (screening, vaccinatie)	Impact op kwaliteit van leven of ziekte incidentie	
Educatie	1 studie	2 studies		N = 3
Navigatie	1 studie	3 studies		N = 4
Educatie- en navigatie		7 studies		N = 7
Educatie- en zelfmanagement	4 studies		1 studie	N = 5
Totaal	N = 6	N = 12	N = 1	

Beperkingen

Enkele beperkingen uit de geïncludeerde studies

In de geïncludeerde studies werden talrijke belemmeringen voor de implementatie van interventies vastgesteld. Het gebrek aan generaliseerbaarheid van de uitkomsten naar andere kwetsbare groepen werd geïdentificeerd als barrière voor uitbreiding van de interventie naar andere settings (Percac-Lima et al., 2013; Percac-Lima et al., 2014; Marshall et al., 2016). Ook werd in sommige onderzoeken een korte studieduur aangemerkt als belemmering voor de evaluatie op lange termijn (Esperat et al., 2012; Honeycutt et al., 2013; Jandorf et al., 2013).

Sommige studies meldden ook problemen bij de aanmoediging van deelnemers om interventietrouw te blijven (Parra-Medina et al., 2015; Marshall et al., 2016; Mojica et al., 2016). In één studie ging een groot deel van de participanten verloren voor follow-up. Deze grote uitval werd toegeschreven aan contactmoeheid onder deelnemers (Marshall et al., 2016).

In een ander artikel rapporteerden CHW's dat ze structurele problemen ondervonden bij het maken en nakomen van vaccinatieafspraken door moeders. Gezien vaccinaties enkel tijdens kantooruren werden aangeboden, dienden moeders en kinderen vrij te nemen op hun werk en/of school. Ook de onkosten (eigen bijdrage, vaccinatiekosten) vormden een extra barrière voor het ontvangen van deze preventieve zorg (Parra-Medina et al., 2015). Daarnaast was CHW-training een zeer belangrijk onderdeel bij de implementatie van interventies. Echter bleek het ontwikkelen van effectieve CHW-trainingen en het onderhoud van educatie voor CHW's een grote uitdaging (Balcázar et al., 2012; Esperat et al., 2012).

Beperkingen van deze review

Ondanks deze review een antwoord biedt op de onderzoeksvraag en dusdanig de waarde aantoonde van CHW's bij preventieve zorg in de eerstelijnszone voor kwetsbare groepen zijn er ook beperkingen.

De generaliseerbaarheid van de resultaten is beperkt wegens het kleine aantal geïnccludeerde studies en variatie in methodologische kwaliteit. Tevens werd in geen enkele studie de blinderingscomponent duidelijk gedefinieerd. Desondanks werden geen studies uitgesloten op basis van de resultaten van de kwaliteitsbeoordeling. Hoewel alle studies positieve interventie-effecten aantoonde, is er meer bewijs nodig over de duurzaamheid van deze interventies. Dit werd geconstateerd omdat de meerderheid van de opgenomen studies van korte duur was.

Daarnaast richtte deze review zich niet specifiek op één thema of ziektebeeld, maar op de preventieve zorg betreffende alle chronische- en niet-chronische aandoeningen bij volwassenen. Daardoor kon er geen éénzijdig en globaal beeld worden gedestilleerd binnen deze review. Daarbovenop richtte elke studie zich op één specifieke regio of land, wat bijgevolg ook de generaliseerbaarheid bemoeilijkt. Wel werd getracht aan deze beperking tegemoet te komen door enkel maar artikelen te includeren die zich afspeelden in regio's of landen die lid zijn van de OESO. Desondanks blijft deze beperking van kracht.

Tot slot bevat deze review voornamelijk kwantitatieve artikelen. Kwantitatieve artikelen bevatten minder diepgang waardoor de specifieke waarde van CHW's bij de preventieve zorg voor kwetsbare groepen oppervlakkig blijft. Er werden voornamelijk statistische gegevens opgenomen. Ook kunnen participanten hun antwoorden in kwantitatieve studies niet verduidelijken en blijven onverwachte gebeurtenissen, die overigens een invloed kunnen hebben op de resultaten, vaak onberoerd.

Bijlage 3: Steekproefmatrix

Pseudoniem	Functie	Datum	Interviewer
Akim	Gezondheidsgids	17/02/2022	Dina Van Keer
Lisa	Gezondheidsgids	11/02/2022	Dina Van Keer
Roger	Gezondheidsgids	14/02/2022	Eva Heyerick
Esra	Gezondheidsgids	14/02/2022	Eva Heyerick
Senna	Gezondheidsgids	14/02/2022	Eva Heyerick
Marie	Professionele hulpverlener <i>Functie: Maatschappelijk werker en gezondheidspromotor</i>	25/02/2022	Eva Heyerick
Sofie	Professionele hulpverlener <i>Functie: Verpleegkundige</i>	08/03/2022	Dina Van Keer
Olivia	Professionele hulpverlener <i>Functie: Vroedkundige</i>	11/03/2022	Eva Heyerick
Liv	Professionele hulpverlener <i>Functie: Maatschappelijk werker en gezondheidspromotor</i>	18/02/2022	Eva Heyerick
Kim	Professionele hulpverlener <i>Functie: Maatschappelijk werker en trajectbegeleider</i>	28/02/2022	Dina Van Keer
Ayse	Cliënt	25/02/2022	Dina Van Keer
Kate	Cliënt	03/03/2022	Dina Van Keer
Viktor	Cliënt	03/03/2022	Eva Heyerick
Lore	Cliënt	25/02/2022	Eva Heyerick
Amber	Coördinator	03/03/2022	Dina Van Keer en Eva Heyerick
Ada	Cliënt	31/03/2022	Dina Van Keer
Gaston	Cliënt	31/03/2022	Dina Van Keer

Bijlage 4: Ethische overwegingen (EC-nummers: BC-10989 en BC-10990)

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact Commissie voor medische Ethiek	telefoon +32 (0)9 332 41 81	e-mail Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk BC-10989	Uw kenmerk NVT	datum 03/11/2021	pagina 1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Evaluatie van het project 'Gezondheidsguiden in stad Gent (2020-2021)' met als focus preventieve zorg en gezondheidspromotie bij kwetsbare groepen. scriptie Dina Van Keer"

B.U.N.: NVT

- * Adviesaanvraagformulier. Doc. D versie 1 dd. 5/10/2021 (volledig ontvangen dd. 07/10/2021)
- * Begeleidende brief dd. 6/10/2021 (ontvangen dd. 07/10/2021)
- * Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd 06/10/2021
- * Interview Guide ontvangen dd. 07/10/2021
- * CV: Dina Van Keer ontvangen dd. 07/10/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/11/2021. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 2/11/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/11/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 2/11/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

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

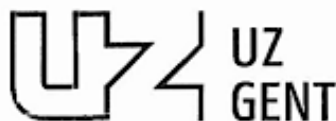
- * *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- * *Het Ethisch Comité beklamt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- * *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- * *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- * *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- * *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers, hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- * *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- * *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. P. Deros

SECRETARIS
Prof. dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522



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

- * In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
- * The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
- * None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
- * All effective members of the Ethics Committee, or their representatives, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

IOV
PROF DR R PELEKAN
SECRETARIS CHE

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1080 Brussel

Ledenlijst op 2/11/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. CODREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DEGRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiiteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneficus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. I. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-10990	NVT	03/11/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Evaluatie van het project 'Gezondheidsguides in stad Gent (2020-2021)' met als focus preventieve zorg en gezondheidspromotie bij kwetsbare groepen. scriptie Eva Heyerick"

B.U.N.: NVT

- * Adviesaanvraagformulier: Doc. D versie 1 dd. 5/10/2021 (volledig ontvangen dd. 07/10/2021)
- * Begeleidende brief dd. 6/10/2021 (ontvangen dd. 07/10/2021)
- * Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd 06/10/2021
- * Interview Guide ontvangen dd. 07/10/2021
- * CV: Eva Heyerick ontvangen dd. 07/10/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/11/2021. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 2/11/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/11/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 2/11/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

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

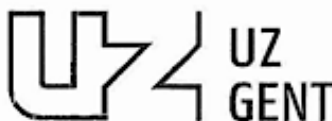
- * *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- * *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- * *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- * *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- * *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- * *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers, hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- * *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- * *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deroo

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522



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

- * In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
- * The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
- * None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
- * All effective members of the Ethics Committee, or their representatives, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman



IOV
PROF DR R PELEMAN
SECRETARIS CME

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1000 Brussel

Ledenlijst op 2/11/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraal filosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertilititsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Evaluatie van het project 'Gezondheidsgidsen in stad Gent (2020-2021)' met als focus preventieve zorg en gezondheidspromotie bij kwetsbare groepen.

Beste,

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

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Voor sommige kwetsbare groepen is de toegang tot preventieve gezondheidszorg niet evident. Daarom werd het project 'Gezondheidsgidsen in Gent' opgezet. Dit project kreeg voor 2020-2021 (na een pilootfase in 2019) projectmiddelen via de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) en heeft als doelstelling om sociale gezondheidsongelijkheid te verminderen. Meer bepaald kunnen alle Gentse zorg- en hulpverleners sinds 2021 een aanvraag doen om een gezondheidsgids in te schakelen voor hun cliënt of patiënt.

In functie van een thesisstudie zal dit project worden geëvalueerd. Tijdens de evaluatie wordt de focus gelegd op de waarde van Gentse gezondheidsgidsen bij preventieve zorg en gezondheidspromotie voor kwetsbare groepen. Deze evaluatie kan bijdragen aan een verdere bestendinging en inbedding van gezondheidsgidsen in de preventieve werking van de Eerstelijnszone Gent en kan vertrouwen creëren bij zorgprofessionals om hier meer beroep op te doen.

In het kader van deze evaluatie zullen verscheidene actoren (coördinatoren, patiënten/cliënten, gezondheids-gidsen en zorgprofessionals) geïnterviewd worden. Aangezien u deel uitmaakt van deze opsomming vragen wij u vriendelijk of u tijd zou willen maken om uw ervaringen rond dit project te delen. Dit gesprek zal worden opgenomen met een voice-recorder waarna deze wordt getranscribeerd ter analyse. De verzamelde interview-transcripten, opnames, nota's etc. zullen één jaar na afloop van het project vernietigd worden. Het interview zal maximaal één uur van uw tijd in beslag nemen.

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

Studenten van de opleiding Master of Science in het Management en Beleid van de Gezondheidszorg, met name Eva Heyerick en Dina Van Keer, zullen de onderzoeksrol opnemen. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. dr. Peter Decat.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Uw deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van uw verdere activiteit.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u geen medisch of ander voordeel met zich mee. De resultaten kunnen echter leiden tot een verdere bestendinging en inbedding van gezondheidsgidsen in de preventieve werking van de Eerstelijnszone Gent en kan vertrouwen scheppen bij zorgprofessionals om hier meer beroep op te doen.

4. KOSTEN

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

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

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

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). Hierbij zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar.

De verwerkingsverantwoordelijke van de data is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. dr. Sara Willems. Het onderzoeksteam van de lokale (hoofd)-onderzoeker, Prof. dr. Peter Decat, zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw gegevens. Contactgegevens: DPO UGent, privacy@ugent.be.

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

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

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

6. CONTACT

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Eva Heyerick (student)	Telefoonnummer: +32472 07 08 69
Naam: Dina Van Keer (student)	Telefoonnummer: +32477 59 12 62
Naam: Prof. dr. Peter Decat (promotor)	Telefoonnummer: +32477 47 81 46

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoekers.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoekers*	Handtekening	Datum
	Handtekening	Datum

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

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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

Bijlage 6: Output SPSS

Geslacht					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Man	132	41,0	43,0	43,0
	Vrouw	175	54,3	57,0	100,0
	Total	307	95,3	100,0	
Missing	System	15	4,7		
Total		322	100,0		

Leeftijd					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-17 jaar	18	5,6	6,2	6,2
	18-24 jaar	11	3,4	3,8	10,0
	25-34 jaar	38	11,8	13,1	23,1
	35-44 jaar	41	12,7	14,1	37,2
	45-54 jaar	52	16,1	17,9	55,2
	55-64 jaar	55	17,1	19,0	74,1
	+65 jaar	75	23,3	25,9	100,0
	Total		290	90,1	100,0
Missing	0	32	9,9		
Total		322	100,0		

		Nationaliteit			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Afghanistan	10	3,1	3,4	3,4
	Algerije	2	,6	,7	4,1
	Belgie	161	50,0	55,1	59,2
	Bulgarije	44	13,7	15,1	74,3
	Dominicaans	1	,3	,3	74,7
	Duitsland	2	,6	,7	75,3
	El Salvador	1	,3	,3	75,7
	Filipijnen	2	,6	,7	76,4
	Gambia	2	,6	,7	77,1
	Georgie	1	,3	,3	77,4
	Ghana	5	1,6	1,7	79,1
	Guyana	1	,3	,3	79,5
	Irak	1	,3	,3	79,8
	Iran	2	,6	,7	80,5
	Italie	1	,3	,3	80,8
	Libie	3	,9	1,0	81,8
	Marokko	6	1,9	2,1	83,9
	Nigeria	1	,3	,3	84,2
	Pakistan	1	,3	,3	84,6
	Palestina	6	1,9	2,1	86,6
	Roemenie	1	,3	,3	87,0
	Rwanda	1	,3	,3	87,3
	Slowakije	9	2,8	3,1	90,4
	Somalie	3	,9	1,0	91,4
	Syrie	2	,6	,7	92,1
	Tunesie	2	,6	,7	92,8
	Turkije	20	6,2	6,8	99,7
	VK	1	,3	,3	100,0
	Total	292	90,7	100,0	
Missing	0	30	9,3		
Total		322	100,0		

		Taal			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kennis Nederlands	169	52,5	53,8	53,8
	Geen kennis Nederlands	145	45,0	46,2	100,0
	Total	314	97,5	100,0	
Missing	0	8	2,5		
Total		322	100,0		

		Huisarts_vast			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Geen vaste huisarts	30	9,3	12,1	12,1
	Vaste huisarts	217	67,4	87,9	100,0
	Total	247	76,7	100,0	
Missing	System	75	23,3		
Total		322	100,0		

		Ziekteverzekering_soort			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aangesloten bij ziekenfonds	178	55,3	83,2	83,2
	Medische kaart	21	6,5	9,8	93,0
	Niet in regel	9	2,8	4,2	97,2
	Andere	6	1,9	2,8	100,0
	Total	214	66,5	100,0	
Missing	System	108	33,5		
Total		322	100,0		

		Verhoogde_tegemoetkoming			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Geen verhoogde tegemoetkoming	56	17,4	32,0	32,0
	Verhoogde tegemoetkoming	119	37,0	68,0	100,0
	Total	175	54,3	100,0	
Missing	System	147	45,7		
Total		322	100,0		

Taak vrijwillige gezondheidsgids in Gent (2020)	Absolute frequentie	Relatieve frequentie (%)
Begeleiden naar vaccinatiecentrum	3	0,48
Ondersteunen testprocedure Covid	1	0,16
Informereren zorglandschap	/	0,00
Maken, opvolgen en herinneren afspraken	/	0,00
Vertaalslag maken	/	0,00
Empoweren	12	1,90
Luisterend oor bieden	535	84,79
Actief bevragen en informeren van gezondheidsgedrag	2	0,32
Wijkgezondheidscentrum	/	0,00
Begeleiden naar huisarts	13	2,06
Begeleiden naar tandarts	10	1,58
Begeleiden naar ziekenhuis	39	6,18
Begeleiden naar andere zorginstelling	15	2,38
Ondersteunen bij medische kaart	/	0,00
Ondersteunen naar ziekenfonds	1	0,16
<i>Totaal aantal verrichte taken*</i>	<i>631</i>	<i>100,00</i>
<i>*Tijdens eenzelfde interventie kunnen meerdere taken opgenomen zijn.</i>		

Taak vrijwillige gezondheidsgids in Gent (2021)	Absolute frequentie	Relatieve frequentie (%)
Begeleiden naar vaccinatiecentrum	43	2,19
Ondersteunen testprocedure Covid	/	/
Informereren zorglandschap	222	11,30
Maken, opvolgen en herinneren afspraken	140	7,13
Vertaalslag maken	108	5,50
Empoweren	88	4,48
Luisterend oor bieden	363	18,48
Actief bevragen en informeren van gezondheidsgedrag	89	4,53
Wijkgezondheidscentrum	3	0,15
Begeleiden naar huisarts	74	3,77
Begeleiden naar tandarts	12	0,61
Begeleiden naar ziekenhuis	122	6,21
Begeleiden naar andere zorginstelling	61	3,11
Doorverwijzen naar zorginstelling	8	0,41
Ondersteunen bij medische kaart	10	0,51
Ondersteunen naar ziekenfonds	26	1,32
Begeleiden naar andere preventie	/	/
Ondersteunen naar Fedasil	1	0,05
Ondersteunen bij internet en digitale contacten	11	0,56
Huisbezoek	180	9,16
Inzet vereenzaming	160	8,15
Telefoongesprek	108	5,50
Wandeling	127	6,47
Diëtist	/	/
Tabakoloog	/	/
Mondhygiënist	/	/
BOV-coach	1	0,05
Leefstijlactiviteiten in groep	7	0,36
<i>Totaal aantal verrichte taken*</i>	<i>1.964</i>	<i>100,00</i>
<i>*Tijdens eenzelfde interventie kunnen meerdere taken opgenomen zijn.</i>		

Bijlage 7: Codeboom kwalitatieve resultaten (NVivo)

