Uitdagingen bij de toegang tot eerstelijnsgezondheidzorg: het perspectief van personen die leven in sociaal-economisch kwetsbare omstandiheden

Gytha Slechten, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: dr. Caroline Masquillier, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024– 2025

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

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

Abstract

Inleiding

Gelijke toegang tot zorg is een kernprincipe binnen de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG's). Ondanks bestaande structuren in België ervaren sociaal-economisch kwetsbare groepen nog steeds barrières in de toegang tot eerstelijnszorg. Dit onderzoek richt zich op hoe deze barrières zich voordoen en ontwikkelen, en hoe ze kunnen worden overwonnen.

Onderzoeksvraag

Welke individuele barrières ondervinden sociaal-economisch kwetsbare groepen bij de toegang tot eerstelijnszorg in Antwerpen, en hoe ontwikkelen deze barrières zich over de tijd?

Methode

Dit kwalitatieve, longitudinale onderzoek volgde twee respondenten uit een sociaaleconomisch kwetsbare buurt gedurende zes maanden. Via diepgaande interviews werden ervaringen en barrières in kaart gebracht. De verzamelde data werd geanalyseerd met een thematische analyse, geïnformeerd door Levesque's framework, waarbij zowel structurele als individuele factoren werden geëxploreerd.

Resultaat

Zes thema's met betrekking tot de toegant tot eerstelijnszorg kwamen naar voren: culturele verschillen, persoonsgebonden factoren, communicatieve barrières, financiële obstakels, complexiteit van het zorgsysteem en de rol van sociale netwerken. Psychosociale factoren, zoals eerdere negatieve ervaringen, lijken een rol te spelen in het zorggedrag. Sociale netwerken hielpen in het overbruggen van deze barrières.

Conclusie

Individuele barrières in de toegang tot zorg worden beïnvloed door persoonlijke ervaringen en verwachtingen. Aanbevelingen omvatten het versterken van de autonomie van patiënten via empowermentprogramma's, psychosociale screening en gezamenlijke besluitvorming.

Inhoud

Abstract 2

1. Inleiding 5

1.1. Onderzoeksvraag 6

1.2. Link met het COMPASS-project 6

1.3. Theoretisch kader 7

2. Literatuur onderzoek 9

2.1. Achtergrond en doel 9

2.2. Onderzoeksvraag: 11

2.3. Resultaten 11

2.3.1. Outreach-activiteiten tijdens de COVID-19-pandemie 11

2.3.2. Interprofessionele samenwerking in eerstelijnszorg 11

2.3.3. Structurering van samenwerking tussen zorgprofessionals 12

2.3.4. Praktische ondersteuning via navigatieprogramma's 12

2.3.5. Informele ondersteuning door sociale netwerken 12

2.3.6. Familievertalers in huisartsconsulten 13

2.3.7. Grote lijnen van de bevindingen: 13

2.3.8. Wie zijn de CHW's in de studies en wat is hun rol? 14

2.3.9. Conclusie over de rol van CHW's 15

3. Onderzoeksmethodiek veldonderzoek 15

3.1. Methode 15

3.1.1. Onderzoeksteam 15

3.1.2. Reflectie als onderzoeker 16

3.1.3. Onderzoeksopzet, Sampling en Dataverzameling 17

3.1.4. Analyse en Bevindingen 19

4. Resultaten 20

4.1. Cultureel verschil 21

4.2. Persoonsgebonden factoren 21
4.3. Communicative barrières 22
4.4. Financiële Barrières 23
4.5. Beschikbaarheid en organisatie van het gezondheidssysteem 24
4.6. Sociaal netwerk en zorgprofessionals als ondersteuning bij het verkrijgen van zorg 25
5. Discussie 26
5.1. Aanbevelingen met betrekking tot theoretisch kader 28
5.2. Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk 28
5.3. Samenvatting 30
6. Sterktes en beperkingen 30
7. Conclusie 32
8. Referenties 34
9. Bijlage 35
9.1. Bijlage 1: Informatie formulier deelnemers 36
9.2. Bijlage 2: Toestemmingsformulier deelnemers 39
9.3. Bijlage 3 interview guid 42
9.4. Bijlage 4: Ethische commisie goedkeuring 46

1. Inleiding

Toegang tot gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht (1)en een kernpunt van de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG's) van de Verenigde Naties, specifiek doel 3, dat streeft naar universele gezondheidsdekking (2).

Het rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem toont echter aan dat groepen zoals vluchtelingen, migranten en mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, ondanks bestaande structuren in België, zorgdrempels ervaren (3). De covid pandemie legde deze ongelijkheid verder bloot. Onderzoek van Cavillot et al. (2023) uitgevoerd in België, toonde aan dat er een lagere opname van het COVID-19-vaccin werd gevonden bij jonge mensen, mannen, migranten, alleenstaande ouders, eenpersoonshuishoudens en sociaal-economisch achtergestelde groepen (met lagere inkomens- en opleidingsniveaus, werklozen) (4). Een eerdere studie tijdens de COVID-periode beschrijft ongelijkheden in sterfte binnen specifieke migrantengemeenschappen, vooral onder mannen (5). Nöstlinger et al onderzocht hoe COVID-19 geracialiseerde en etnische minderheden in Antwerpen trof. Door gebrekkige en niet-toegankelijke informatie voelden veel mensen zich slecht geïnformeerd en vertrouwden zij op niet-officiële bronnen. De COVID-19-controlemaatregelen hadden een grote impact op hun economische en sociale situatie, waardoor stress en wantrouwen in autoriteiten toenamen, mede door eerdere ervaringen met discriminatie (6). Onderzoek toont eveneens aan dat bij mensen met een ernstige mentale aandoening inadequate somatische zorg wordt gegegven (7, 8). Barrières die worden beschreven zijn stigma en vooroordelen die leiden tot discriminatie en een verminderde kwaliteit van zorg en financiële en organisatorische beperkingen (7). Uit de studie van Martens et al. (2023) uitgevoerd in België, blijkt dat mensen met ernstige mentale aandoeningen specifieke uitdagingen ervaren, die hen vaak belemmeren in het verkrijgen van tijdige en adequate zorg in de eerste lijn (8). Deze barrières benadrukken de noodzaak voor een verbeterde, toegankelijke en afgestemde eerstelijnszorg voor mensen die leven in sociaal economisch kwetsbare omstandigheden.

Daarnaast benadrukt een internationale analyse van Corscadden et al. (2018) dat barrières in de toegang tot eerstelijnszorg vaak op meerdere niveaus plaatsvinden en elkaar versterken. Deze studie toont aan dat sociaal-economisch achtergestelde populaties, vaker te maken

hebben met een opstapeling van barrières. Er wordt gesteld dat er weinig bekend is over hoe deze afzonderlijke barrières zich in de loop van de tijd ontwikkelen en in interactie staan met elkaar (9). Dit onderzoek richt zich op deze lacune door niet alleen de barrières te identificeren, maar ook te onderzoeken hoe deze zich opstapelen en veranderen over de tijd heen. Deze inzichten kunnen handvaten bieden om interventies te ontwikkelen die inspelen op de dynamiek van barrières en zo toegang tot zorg te verbeteren.

1.1. Onderzoeksvraag

Welke individuele barrières ondervinden mensen die leven in sociaal-economisch kwetsbare omstandigheden bij toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg in Antwerpen en hoe ontwikkelen deze barrières zich over de tijd?

1.2. Link met het COMPASS-project

Het COMPASS-project, dat staat voor *Community Health Workers for Primary Healthcare Access*, heeft als doel de toegang tot eerstelijnszorg te verbeteren voor mensen in kwetsbare situaties. Dit project wordt gefinancierd door het FWO-SBO en richt zich op het vergroten van de toegankelijkheid van eerstelijnszorg in België, in lijn met Duurzaam Ontwikkelingsdoel 3, dat pleit voor universele gezondheidsdekking (10).
Het COMPASS-project streeft ernaar zorg toegankelijker te maken voor kwetsbare groepen door middel van *Zorgcompassers*, internationaal bekend als Community Health Workers (CHW). CHW's zijn lokale sleutelfiguren die patiënten helpen bij het navigeren door het zorgsysteem, door hen van informatie te voorzien, hen te ondersteunen bij administratieve taken en doorverwijzingen te geven (11).
In het kader van dit project werkte ik mee aan het eerste deelonderzoek, waarbij de interactie tussen de verschillende barrières die mensen in sociaal-economisch kwetsbare omstandigheden ervaren bij de toegang tot eerstelijnszorg in Vlaanderen werd onderzocht. Dit gebeurde door middel van een scoping review (1) en een veldonderzoek (2).

Voor de opzet van de scoping review werd gebruikgemaakt van het *Population/Concept/Context (PCC)*-model. De literatuur werd opgezocht in volgende databanken: PubMed (via Ovid MEDLINE), Cochrane CENTRAL en Embase. Om de zoekstrategie te structureren, werd een PICOs (Population, Intervention, Comparison, Outcome)-model opgesteld, waarin zoektermen en synoniemen werden opgenomen die

relevant waren voor de onderzoeksvraag. De zoekactie resulteerde in 7109 artikelen, die vervolgens werden verdeeld onder de onderzoekers. Ik was verantwoordelijk voor het screenen van een subset van 1500 artikelen op titel en abstract. Na deze eerste selectie werden de volledige teksten van de relevante studies door het onderzoeksteam beoordeeld (12).

Tijdens het veldonderzoek werden gedurende zes maanden mensen uit sociaal-economisch kwetsbare groepen geïnterviewd over de obstakels die zij tegenkwamen bij het verkrijgen van toegang tot eerstelijnszorg. Een publicatie van deze studie wordt momenteel voorbereid: 'Understanding challenges in primary healthcare access: A comprehensive view from healthcare providers and people living in socio-economically disadvantaged conditions (13).

1.3. Theoretisch kader

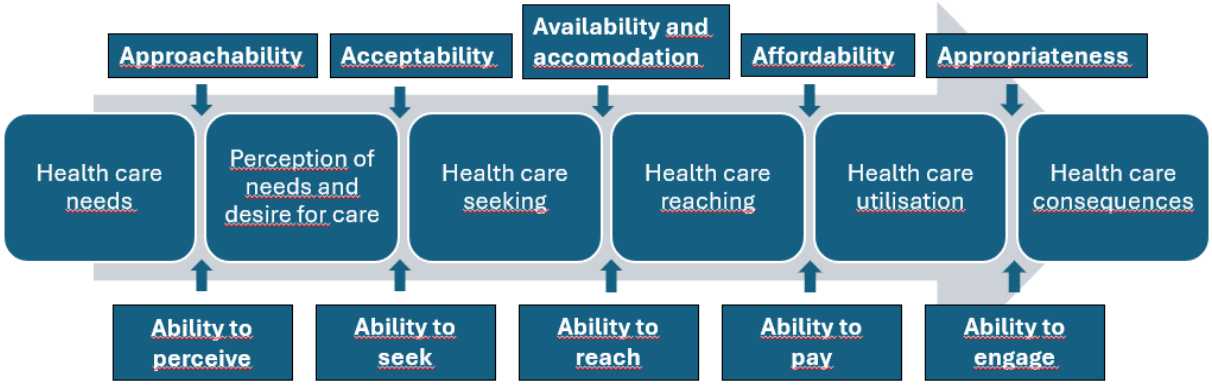
Om de uitdagingen rondom toegang tot zorg te anayseren werd er gebruik gemaakt van het conceptuele framework van Levesque et al (2013) figuur1. Het model beschouwt zorgtoegang als een continu proces waarin zowel kenmerken van het zorgsysteem als kenmeren van de zorgvrager een rol spelen. Deze dubbele focus maakt het geschikt voor onderzoek naar de wisselwerking tussen zorgvrager en zorgsysteem (14).

Toegang tot zorg is een longitudinaal concept dat begint bij het erkennen van gezondheidsbehoeften en het adequaat reageren op deze behoeften met passende zorg. Levesque et al. (2013) conceptualiseren toegang tot zorg als een continuüm met zes stappen: (i) het hebben van gezondheidszorgbehoeften, (ii) het waarnemen van deze behoeften, (iii) het zoeken naar gezondheidszorgdiensten, (iv) het bereiken van deze diensten, (v) het gebruikmaken van gezondheidszorgdiensten en (vi) het bereiken van de beoogde resultaten voor de gezondheidszorg. Dit erkent dat er zowel individuele als organisatorische barrières zijn voor elke opeenvolgende stap in het proces van toegang tot zorg (zie het middelste deel van figuur 1) (15).

De toegang tot gezondheidszorg bestaat uit een wisselwerking tussen kenmerken van de patiënt en het eerstelijnszorgsysteem. Enerzijds beschrijft Levesque et al. (2013), dient een zorgsysteem over 5 dementies te beschikken: (i) bereikbaarheid betekent dat de dienst bekend is; (ii) aanvaardbaardheid heeft betrekking op culturele en sociale factoren die

bepalen of mensen de dienst kunnen accepteren; (iii) beschikbaarheid en accommodatie: diensten zijn zowel fysiek als op tijd bereikbaar; (iv) betaalbaarheid weerspiegelt de middelen en tijd die nodig zijn om gebruik te maken van de gezondheidsdiensten; en (v) geschiktheid duidt op de afstemming tussen diensten en de behoeften van de persoon. (15)

Aan de andere kant beschrijft Levesque et al (2013) 5 vaadigheden waarover een persoon dient te beschikken om met succes toegang te vinden tot het gezondheidsysteem: de vaardigheid (i) om de behoefte aan zorg waar te nemen, bepaald door factoren zoals gezondheidsgeletterdheid en overtuigingen met betrekking tot gezondheid; (ii) om gezondheidszorg te zoeken heeft betrekking op kennis over gezondheidszorgopties en individuele rechten; (iii) om gezondheidszorg te bereiken heeft onderandere te maken met betrekking op mobiliteit en beroepsmatige flexibiliteit; (iv) om te betalen voor gezondheidsdiensten zonder de middelen te verbruiken die nodig zijn voor basisbehoeften; en (v) om betrokken te zijn bij behandelbeslissingen. (15)



Figuur 1 Zorgtoegangscontinuum – aangepast op basis van Levesque et al. (2013)

Het framework biedt belangrijke voordelen: het combineert vraag- en aanbodfactoren, ziet zorgtoegang als een meer dynamisch proces en is breed toepasbaar. Daarnaast biedt het een evenwichtige benadering door barrières vanuit zowel systeem- als patiëntperspectief te analyseren. Toch kent het model enkele beperkingen. Het kan complex zijn om dimensies te categoriseren, zoals wanneer transportproblemen zowel beschikbaarheid als betaalbaarheid raken. Bovendien ligt de nadruk vaak meer op meetbare aspecten, zoals beschikbaarheid, dan op subjectieve factoren zoals acceptabiliteit. Ondanks deze nadelen is Levesque's framework

wetenschappelijk breed erkend vanwege zijn theoretische basis en flexibiliteit in diverse contexten (14).

2. Literatuur onderzoek

2.1. Achtergrond en doel

In de literatuurstudie voor deze masterthesis werd de nadruk gelegd op de rol van Community Health Workers (CHW's) in het verminderen van barrières voor toegang tot eerstelijnszorg, met een specifieke focus op hun samenwerking met huisartsenpraktijken. Zoals eerder vermeld, maakt dit onderzoek deel uit van een bredere scoping review, die gericht is op het identificeren van de barrières waar CHW's zich op richten en hoe zij deze aanpakken in landen met een hoog inkomen. De centrale onderzoeksvraag van de scoping review luidde: "Hoe verminderen CHW's de barrières voor toegang tot eerstelijnszorg in hooginkomenslanden?"(12).

Voor mijn thesis richtte ik me specifiek op artikelen die de interactie tussen CHW's en huisartsen beschrijven. Dit werd bereikt door binnen de 7109 artikels die oorsprokenlijk weerhouden waren, de zoekterm "general practitioner" toe te voegen aan de bestaande zoekstrategie. Dit resulteerde in een subset van 622 artikelen, die ik opnieuw screende op titel en abstract, focus op papers binnen europa, werking tussen CHW (of synoniem) en huisarts beschreef, wat leidde tot 11 potentieel relevante studies. Na beoordeling van de volledige teksten bleven 6 studies over die de werking van CHW's binnen huisartsenpraktijken in de context van barrières voor toegang tot eerstelijnszorg beschrijven. De gebruitke artikels zijn weergegeven in onderstaande kader. Een belangrijk aandachtspunt binnen de onderzochte studies is de variabiliteit in de definitie en rol van community health workers (CHW's). Deze term wordt in de literatuur op verschillende manieren gebruikt, wat implicaties heeft voor de interpretatie van de resultaten.

Titel	Eerste auteur	Soort studie	Topic	Jaartal
Outreach work in Belgian primary care practices during	Vanden Bossche, D., et		De rol van outreach-werkers in sociaal-	2024

COVID-19: results from the cross-sectional PRICOV-19 study.	al.		economisch kwetsbare groepen tijdens de COVID-19-pandemie	
Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health?	Bouton, C., et al.	*A systematic literature review*	Effecten van samenwerking tussen huisartsen en andere zorgprofessionals	2023
Collaboration between general practitioners and social workers: a scoping review.	Lowe, C., et al.	Scoping review	Structuur en succesfactoren van samenwerking tussen huisartsen en sociale werkers	2022
What is the impact of introducing a non-clinical community health advice and navigation service on the demand for primary care in socially deprived areas?	Wild, E.M., et al.	*observational panel study met difference-in-differences ontwerp*	De impact van een gezondheidsadvies- en navigatieservice op de vraag naar huisartsenzorg in sociaal-economisch kwetsbare gebieden	2022
A qualitative exploration of the barriers and facilitators to self-managing multiple long-term conditions amongst people experiencing socioeconomic deprivation.	Woodward, A., et al.	Kwalitatief onderzoek	Barrières en facilitators voor zelfmanagement van chronische aandoeningen in sociaal-economisch kwetsbare groepen	2024
Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of	Zendedel, R., et al.	Kwalitatief onderzoek	De rol van familievertalers in	2016

general practitioners, migrant patients and family interpreters.			huisartsconsulten voor sociaal-economisch kwetsbare patiënten	

2.2. Onderzoeksvraag:

Hoe vermindern CHWs de barriers in toegang tot eerstlijnsgezondheidzorg, met name huisartsen, in hoge inkomenslanden?

2.3. Resultaten

2.3.1. Outreach-activiteiten tijdens de COVID-19-pandemie

Een cross-sectioneel onderzoek, uitgevoerd in België tijdens de COVID-19-pandemie, onderzocht de rol van outreach-werk in eerstelijnszorgpraktijken. Het onderzoek maakt deel uit van de PRICOV-19 studie en toont aan dat er een duidelijke betrokkenheid was van outreach-werkers in het ondersteunen van mensen die leven in sociaal economisch kwetsbare omstandigheden in de eerstelijnszorg tijdens de pandemie. De resultaten wijzen op een verbeterde toegang tot zorg voor deze groepen, waarbij outreach-werkers een brugfunctie vervulden tussen de huisartsen en de gemeenschap. Dit benadrukt de waarde van outreach-werkers in het verminderen van barrières voor zorgtoegang. Met outreach-werkers werd geduid op verpleegkundigen, sociaal werkenden en gezondheidspromotors (16).

2.3.2. Interprofessionele samenwerking in eerstelijnszorg

Een systematische review van Bouton et al. (2023) analyseerde de effecten van interprofessionele samenwerking op de gezondheid van patiënten in de eerstelijnszorg. Het grootste deel van de geïncludeerde studies vonden plaats in Noord Amerika en Europa, een berperkt aantal uit Azië, Australië en Zuid-Amerika. Dit onderzoek benadrukt dat samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals, positieve resultaten kan hebben, zoals verbeterde bloeddruk en glycemische controle bij patiënten met chronische ziekten en evenals bij patiënten met mentale of fysieke stoornissen. Het belang van duidelijke rolverdelingen en geïntegreerde zorgmodellen werd benadrukt, wat ook relevant is voor de integratie van CHW's in zorgteams (17).

2.3.3. Structurering van samenwerking tussen zorgprofessionals

Een scoping review van Löwe et al. (2022) richtte zich op samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werkers. Hoewel dit onderzoek niet direct over CHW's ging, biedt het inzichten in het structureren van interprofessionele teams. Factoren zoals gedeelde verantwoordelijkheden, gezamenlijk volgen van opleidingen en een focus op kwetsbare groepen waren van belang voor het succes van dergelijke teams. Deze principes kunnen ook worden toegepast op samenwerking met CHW's (18).

2.3.4. Praktische ondersteuning via navigatieprogramma's

Een Duits onderzoek door Wild et al. (2020) onderzocht een niet-klinische gezondheidsadvies- en navigatieservice (CHANS). Hiermeer werd bedoelt community workers of vrijwilligers uit de lokale gemeenschap zonder formele medische training. Het toont aan dat de introductie van een niet-klinische gezondheidsadvies- en navigatieservice (community health advice and navigation service, CHANS) in sociaal-economisch kwetsbare gebieden de vraag naar eerstelijnszorg, vooral huisartsenzorg, kan verminderen. Deze service helpt patiënten bij het navigeren door het zorgsysteem zonder medische zorg te bieden, door bijvoorbeeld afspraken te maken of door te verwijzen naar de juiste zorginstellingen. Het onderzoek laat zien dat CHANS de druk op huisartsen vermindert door niet-dringende zorg te verminderen en de toegang tot zorg te vergemakkelijken. Dit suggereert dat community health workers (CHW's) barrières voor kwetsbare groepen kunnen verlagen door zorggebruik te stroomlijnen. Beperkingen van het onderzoek waren de observationale aard, wat het moeilijk maakt om specifieke oorzaken van de veranderingen in zorgvraag vast te stellen. Ook was de steekproef niet volledig representatief en werd de impact op de zorgkwaliteit niet gemeten, wat verdere studies noodzakelijk maakt om langetermijneffecten te evalueren (19).

2.3.5. Informele ondersteuning door sociale netwerken

Een kwalitatieve studie uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk door Woodward et al. (2022) richt zich op de barrières en facilitators voor het zelf in handen nemen van meerdere chronische aandoeningen onder sociaal-economisch kwetsbare groepen. Het benadrukt de rol van huisartsen in het ondersteunen van zelfmanagement en beveelt aan om hun betrokkenheid te vergroten door meer tijd en middelen beschikbaar te stellen voor de begeleiding van patiënten. Ook wordt het belang van informele sociale netwerken, zoals familie en vrienden, benadrukt als ondersteunende factor voor de toegang tot zorg, inclusief huisartsenzorg. Het

artikel suggereert dat het versterken van deze netwerken en het ontwikkelen van op maat gemaakte zorgplannen die rekening houden met sociaal-economische factoren, de toegang tot zorg kan bevorderen en de zorgbehoeften beter kan afstemmen (20).

2.3.6. Familievertalers in huisartsconsulten

Een kwalitatief onderzoek, uitgevoerd in 2016 in Nederland door Zendedel et al., waarbij een informeel sociaal netwerk, namelijk familievertalers, werd ingezet in huisartsconsulten, toont aan dat er tegenstrijdige bevindingen zijn bij de patiënten en de huisarts. Patiënten ervaren dat familievertalers hen effectief vertegenwoordigen en zich gesteund voelen doordat de vertaler hun belangen behartigt. Huisartsen daarentegen voelen zich vaak gefrustreerd en machteloos wanneer familievertalers de rol van pleitbezorger op zich nemen, wat de machtsdynamiek in het consult verstoort. Daarnaast hebben huisartsen ook wantrouwen tegenover familievertalers, omdat ze hen niet altijd als competent of eerlijk beschouwen, vooral wanneer informatie wordt achtergehouden of niet objectief wordt vertaald, zoals bij het verzachten van slecht nieuws. Dit wijst op de noodzaak aan meer bewustwording en training voor huisartsen over de rol van familievertalers en het belang van het inschakelen van professionele tolken om communicatieproblemen en misverstanden te voorkomen (21).

2.3.7. Grote lijnen van de bevindingen:

De studies suggereren dat de samenwerking tussen huisartsen en CHW's kan bijdragen aan het verminderen van barrières voor toegang tot eerstelijnszorg door:

1. **Outreach-activiteiten** die sociaal-economisch kwetsbare groepen ondersteunen en de toegang tot zorg verbeteren.
2. **Interprofessionele samenwerking**, die positieve gezondheidseffecten kan hebben en een model biedt voor effectieve samenwerking tussen huisartsen, en andere zorgprofessionals.
3. **Versterking van sociale netwerken** en ondersteuning van zelfmanagement, vooral bij kwetsbare groepen, die een belangrijke rol spelen in het bevorderen van toegang tot zorg, inclusief huisartsenzorg.

4. **Praktische ondersteuning bij zorgtoegang**, bijvoorbeeld door het verstrekken van gezondheidsadvies en het navigeren door het zorgsysteem, wat helpt om de druk op huisartsen te verlichten.

2.3.8. Wie zijn de CHW's in de studies en wat is hun rol?

Voor een goed begrip van de resultaten is het van belang om te verduidelijken wie in de onderzochte studies als CHW's worden beschouwd. Hieronder volgt een samenvatting van de definities per studie:

Studie 1:

- Definitie: CHW's werden hier beschreven als outreach-werkers, waaronder verpleegkundigen, sociaal werkers en gezondheidspromotors.

Studie 2:

- Definitie: In deze systematische review worden CHW's niet expliciet genoemd, maar er is sprake van zorgprofessionals zoals onderanderen huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

Studie 3:

- Definitie: Dit onderzoek richtte zich specifiek op de samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werkers, zonder expliciete verwijzing naar CHW's.

Studie 4:

- Definitie: CHW's werden hier omschreven als community workers of vrijwilligers uit de lokale gemeenschap zonder formele medische training.

Studie 5:

- Definitie: Dit onderzoek beschreef geen formele CHW's, maar richtte zich op informele sociale netwerken zoals familie en vrienden.

Studie 6:

- Definitie: De rol van CHW's werd hier ingevuld door familieleden die fungeerden als vertalers en bemiddelaars in huisartsconsulten.

2.3.9. Conclusie over de rol van CHW's

De studies laten een brede variatie zien in wie als CHW wordt beschouwd en welke taken zij uitvoeren. Terwijl sommige studies zich richten op professionals zoals verpleegkundigen of maatschappelijk werkers, gaan andere over het belang van informele ondersteuning, zoals familieleden of vrijwilligers. Deze diversiteit bemoeilijkt het trekken van eenduidige conclusies over de impact van CHW's op toegang tot zorg.

Voor een beter begrip van de resultaten en hun toepasbaarheid, is het belangrijk dat toekomstige studies een duidelijke definitie hanteren van wat een CHW is en welke rol zij vervullen. Dit maakt het mogelijk het effect van interventies met CHW's te evalueren en beter te vertalen naar praktijkgerichte aanbevelingen.

3. Onderzoeksmethodiek veldonderzoek

Voor het veldonderzoek heb ik de interactie onderzocht tussen personen die in sociaal-economisch kwetsbare omstandigheden leven en hun toegang tot eerstelijnszorg. Dit onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van de barrières die deze doelgroep ondervindt bij de toegang tot eerstelijnszorg in Antwerpen, en hoe deze barrières in de loop van de tijd evolueren. Om dit te onderzoeken, interviewde ik twee mensen uit deze doelgroep over de barrières die zij ervaren en analyseerde ik hoe deze barrières over een bepaalde periode veranderen. De resultaten zijn longitudinaal geanalyseerd en vergeleken met het model van barrières zoals beschreven door Levesque et al.(2013). In de volgende secties van mijn thesis rapporteer ik mijn werk volgens de COREQ-richtlijnen voor kwalitatief onderzoek (22). Hieronder volgen de details over het onderzoeksteam, de onderzoeksopzet en dataverzameling, en de analyse en bevindingen.

3.1. Methode

3.1.1. Onderzoeksteam

De interviews werden uitgevoerd door mijzelf, een huisarts in opleiding (HAIO). De rest van het onderzoeksteam bestond uit een Phd student afgestudeerd als apotheker die de volledige studie uitvoert, 2 supervisoren waarvan een een huisarts en een een socioloog is. Het was de

eerste keer dat ik diepgaande interviews afnam in de context van kwalitatief onderzoek. Er bestond vooraf geen relatie tussen de deelnemers en de onderzoeker. De deelnemers werden voorgelicht met een PowerPoint-presentatie waarin ik mijn rol als onderzoeker toelichtten; ik vermeldde dat ik het onderzoek uitvoerde als onderdeel van mijn thesis voor de huisartsenopleiding.

Het COMPASS-onderzoeksteam diende een aanvraag in bij de Ethische Commissie, die na beoordeling goedkeuring verleende aan het onderzoek. Hierbij werden alle relevante documenten voorbereid, zoals een gedetailleerd onderzoeksprotocol, een informatiebrief voor de deelnemers en een toestemmingsformulier, waarin zowel de doelstellingen als de methodologie van het onderzoek werden uiteengezet (zie bijlage).

3.1.2. Reflectie als onderzoeker

Tijdens mijn ASO-opleiding in de psychiatrie viel het mij op dat veel patiënten met ernstige psychische aandoeningen moeilijkheden ervaarden in hun interactie met de eerstelijnszorg. Dit uitte zich onder andere in beperkte toegang tot zorg en het niet krijgen van de juiste behandelingen. Deze ervaringen hebben mijn aandacht gericht op de problemen van zorgtoegang voor kwetsbare groepen en vormden mijn motivatie om deel te nemen aan het COMPASS-project.

Mijn rol als HAIO had invloed op de interviews, omdat mijn medische achtergrond de drempel voor deelnemers verlaagde om open te zijn over hun ervaringen. Dit leidde echter soms tot consultatie-achtige gesprekken, waarin deelnemers vooral hun medische problemen benadrukten en advies vroegen. Deze interactie bood waardevolle inzichten in de belevingswereld van kwetsbare groepen, maar maakte het ook moeilijk om de balans tussen onderzoeker en hulpverlener te bewaren, wat mijn objectiviteit kon beïnvloeden. Daarnaast bracht mijn ervaring als bijna-huisarts mogelijke vooroordelen met zich mee; mijn gewoonte om problemen op te lossen leidde er soms toe dat ik de focus legde op onderwerpen die ik vanuit mijn achtergrond relevant vond. Deze ervaringen wekten ook een gevoel van verantwoordelijkheid op en de neiging om oplossingen te bedenken voor de problemen die deelnemers benoemden. De interviewguid was hierbij een goede houvast om terug mijn rol als onderzoeker aan te nemen.

3.1.3. Onderzoeksopzet, Sampling en Dataverzameling

Het onderzoek bestond uit (1) een foto-dagboekstudie en (2) herhaalde, diepgaande kwalitatieve interviews, bij een doelgerichte steekproef van mensen die leven in sociaal economisch kwetsbare omstandigheden.

De setting van de studie was een sociaaleconomisch kwetsbare buurt in Antwerpen. Deelnemers werden gerekruteerd via organisaties die werken met kwetsbare groepen. Op basis van sociaaldemografische variabelen (zoals leeftijd (18+), geslacht en migratieachtergrond) werd gestreefd naar een diverse deelnemersgroep. Om praktische redenen werden alleen deelnemers geselecteerd die basiskennis van Nederlands of Engels hadden. Voor het onderzoek in deze thesis, volgde ik 2 deelnemers die ik recruteerde via een contactpersoon van de coöperatie RisingYou, die werkt met kwetsbare jongeren en vluchtelingen.

De foto-dagboekstudie bood deelnemers een visueel middel om hun ervaringen met zorgtoegang te documenteren. Deelnemers kregen de opdracht om foto's te maken van situaties, objecten of momenten die hun interacties met het zorgsysteem weerspiegelden. Het doel hiervan was hen een alternatieve manier te geven om hun ervaringen te verkennen.

Het kennismakingsgesprek werd georganiseerd op een locatie die voor de deelnemers goed bereikbaar was; voor de geïnterviewden vond dit plaats in de gemeenschappelijke werkruimte van RisingYou. In dit gesprek kregen de deelnemers een gedetailleerde uitleg over het onderzoeksproces, het gebruik van fotografie en de ethische richtlijnen, waaronder het verbod om personen te fotograferen. Het foto-dagboek diende als leidraad om hun gebruik van gezondheidszorg gedurende zes maanden te documenteren, wat taal- of geletterdheidsbarrières kon helpen overwinnen. Voorafgaand aan deelname werd schriftelijke geïnformeerde toestemming verkregen.

Tijdens de studie vonden zes fysieke contactmomenten plaats met beide geïnterviewden (in totaal 12 contactmomenten) waarin zij spraken over hun ervaringen en de veranderingen in de toegang tot gezondheidszorg. De contactmomenten werden flexibel ingepland en aanvullend contact verliep via WhatsApp, voornamelijk voor het plannen van nieuwe afspraken. Slechts één deelnemer maakte en deelde een foto, terwijl de overige informatie werd verzameld tijdens de persoonlijke gesprekken.

Met elke deelnemer werden drie semi-gestructureerde diepgaande interviews gehouden over een periode van zes maanden (april 2023 - februari 2024). Tussen deze interviews vonden informele ‘check-ins’ plaats, om vertrouwen te bouwen en betrokkenheid bij het onderzoek te behouden. Deze contactmomenten vonden plaats via telefoon, berichten, of op locaties waar deelnemers regelmatig kwamen.

De semi-gestructureerde interviewgids (zie bijlage), gebaseerd op het Levesque-framework (2013) (15), werd gebruikt om de gesprekken te structureren. De interviewgids werd opgesteld door de phd student in overleg met het onderzoeksteam waaronden ikzelf. De interviews werden afgenomen in de voorkeurstaal van de deelnemer (Nederlands of Engels), opgenomen, getranscribeerd en aangevuld met observatienotities.

Een eerste interview werd gepland na een uitgebreide uitleg van het onderzoek en na het verkrijgen van schriftelijke geïnformeerde toestemming. Het doel was om inzicht te krijgen in de huidige en eerdere gezondheidsproblemen van deelnemers. Deelnemers met beperkte taalvaardigheden ontvingen een eenvoudige uitleg, en de toestemmingsformulieren werden indien nodig vertaald. Open vragen werden gesteld aan de hand van het Levesque-framework om inzicht te krijgen in elke stap van toegang tot zorg. Een tweede interview vond plaats ongeveer drie maanden na het eerste interview, waarin de veranderingen in de situatie van deelnemers en hun gezondheidskwesties werden besproken. De bevindingen uit de informele contactmomenten en eerdere interviews dienden als basis om barrières en beslissingen rondom zorg verder te onderzoeken. Het derde interview, het laatste in de longitudinale reeks, vond plaats aan het einde van de onderzoeksperiode. Het diende als reflectie op de onderzoeksperiode en bracht barrières en thema’s samen. Alle interviews vonden plaats op een door de deelnemer gekozen locatie en duurden gemiddeld 60 minuten.

Naast de interviews met de deelnemers vonden er ook twee gesprekken plaats met een maatschappelijk werker, die de deelnemers begeleidde en toelichting gaf over de barrières die zij ervoeren. Met toestemming van de deelnemers werden deze gesprekken opgenomen voor contextuele verduidelijking, zonder dat deze direct in de analyse werden gebruikt. De deelnemers kozen zelf de locaties voor de interviews, zoals de werkruimte van RisingYou, een café en tijdens een wandeling. Door middel van open vragen probeerden we een breed beeld te krijgen van de barrières die deelnemers tegenkwamen.

3.1.4. Analyse en Bevindingen

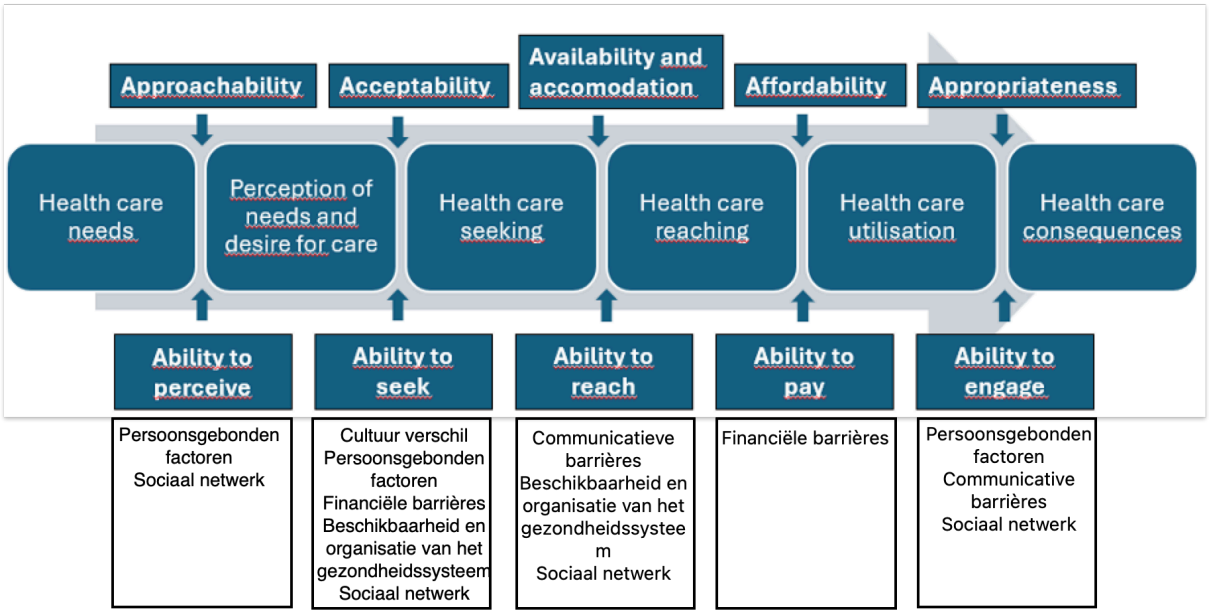
Zowel de 3 diepgaande inteverieuws al de tussentijdes contactmomentn werden getranscribeerd. De transcripties en observatienotities werden geïmporteerd in NVivo voor analyse, uitgevoerd volgens de reflectieve thematische analyse van Braun en Clarke (23). De resultaten werden geïnterpreteerd volgens de AMEE(Association for Medical Education in Europe)-richtlijn (24), waarbij tevens een diagram werd gebruikt om verbanden in de data te verduidelijken. Deze bevindingen werden vervolgens besproken met het onderzoeksteam. De thema's werden niet vooraf vastgelegd, maar ontstonden uit de antwoorden van de deelnemers (inductief). In totaal werden 74 codes gevonden, die ondergebracht konden worden in zes hoofdthema's. Voor elk thema werd gebruik gemaakt van citaten van de deelnemers, die werden geïdentificeerd met een deelnemernummer. De resultaten zijn nog niet teruggekoppeld naar de deelnemers, hoewel beide geïnterviewden aangaven aan het einde van het onderzoek een terugkoppeling te willen ontvangen. De resultaten zullen worden gecommuniceerd wanneer het onderzoek is afgerond.

4. Resultaten

De kenmerken van de deelnemers worden gepresenteerd in tabel 1.

Deelnemer	Leeftijd	Gender	Taal	Land van oorsprong	Tijd in België	Opleidingsniveau	Woon leeft situatie
1	29	Man	Engels	Iran	1ste generatie 5 jaar in België	Middle	Singel
2	33	Man	Neder-lands	Irak	1ste generatie 9 jaar in België	Middle	Singel

De individuele perspectieven van de twee respondenten werden eerst afzonderlijk geanalyseerd en daarna gecombineerd binnen het kader van de toegang tot zorg volgens Levesque et al. (2013) zoals te zien is in figuur 2. Uit de longitudinale analyse kwamen 6 thema's naarboven: culturreel verschil, persoonsgebonden factoren, communicative barrières, financiele barrières, beschikbaarheid en organisatie van het gezondheidsysteem en rol van het sociaal netwerk als ondersteuning bij het verkrijgen van zorg. De eerste thema's toonde barrières aan die zorgde voor een verminderde toegang tot zorg. Het sociaal netwerk daarintegen hielp bij het verkrijgen van eerstelijnszorg.



Figuur 2. Zorgtoegangscontinuüm met de resultaten van beide respondenten

4.1. Cultureel verschil

Uit de interviews kwam naar boven dat bepaalde ideeën over gezondheid en ziekte voortkwamen uit hun culturele achtergrond en familietradities. Beide geïnterviewden gebruikten kruiden en alternatieve behandelingen in plaats van conventionele medicatie. De reden die beiden respondenten hiervoor gaven was dat medicijnen schadelijk zijn voor het immuunsysteem en verslaving kunnen veroorzaken. Deze opvattingen leiden tot het vermijden van reguliere medische zorg in het Belgische gezondheidssysteem en het toepassen van alternatieve behandelmethoden, zoals het gebruik van cannabis als medicijn.

"Wij gaan nooit naar dokter omdat we ze niet nodig hebben, wij hebben de kruiden.' 'Medicijnen verzwakken je immuunsysteem en maken je verslaafd."(respondent 1)

"Ik heb in mijn leven nooit paracetamol gebruikt. Als ik pijn heb gebruik ik wiet." (Respondent 2)

4.2. Persoonsgebonden factoren

Met betrekking tot psychologische problemen en hulpverlening was er een ander idee over de benodigde zorg en een andere kijk op het probleem van ziekte tussen de hulpverlener en één van de respondenten. Beide geïnterviewde kampten met psychische problemen. Waarbij één

respondent psychologische hulp zocht en toeliet was de andere respondent van mening dat hijzelf zijn psychische problemen moest aanpakken. Er werd hulp aangeboden, zowel in het Nederlands als in zijn moedertaal, en hij wist waar deze te vinden, toch vond hij dat hij dit soort moeilijkheden zelf moest oplossen. Bij dezelfde geïnterviewde kwam dit idee ook terug wat betreft behandeling bij de kinesist.

"Naar kinesist maar een keer gegaan, wat ik daar doe kan ik zelf." (respondent 2)

"Ik heb problemen in mijn hoofd, daarom kan ik nu niemand zien" (respondent 2)

"Ik ben zelf mijn psycholoog" (Respondent 2)

Een ander onderwerp dat naar voren kwam bij één van de geïnterviewden, is het niet zoeken van hulp vanwege loyaliteit aan de werkgever. Zo weigerde hij een arbeidsongeval aan te geven, omdat hij dacht dat dit problemen zou veroorzaken voor zijn voormalige werkgever.

" Zij hebben mij geholpen, ik wil hen geen problemen geven." (Respondent 2)

Daarnaast bleek dat ervaringen uit het dagelijks leven een rol spelen. De geïnterviewde die eerder weigerachtig stond ten opzichte van de geboden hulp, zowel psychische hulpverlening als somatische (kinesitherapie, behandelingen voorgesteld door arts-specialist orthopedie) had verschillende negatieve ervaringen gehad zowel binnen de hulpverlening als in het dagelijkse leven. Dit leidde bij hem tot gevoel van discriminatie, wantrouwen en verminderde bereidheid om hulp te zoeken.

"Huisarts heeft me niet geholpen, deze zegt je hebt niets. 'Huisarts moet kleine ziekte ook respecteren, hoe kan ik hem anders vertrouwen?" (res

"Ik zat op café een biertje te drinken, iemand vroeg aan mij waarom ik bier dronk want je bent moslim." (respondent 2)

4.3. Communicative barrières

De resultaten van het kwalitatieve onderzoek leren ons dat communicatie een essentieel aspect vormt van de interactie tussen zorgverleners en patiënten. Uit de interviews bleken er echter verschillende communicatiebarrières te zijn.

Zo vertelde een van de geïnterviewde dat het vinden van traditionele kruiden die hij gewoon is te gebruiken wanneer hij ziek is, zoals bij een verkoudheid, moeilijk is omdat hij de Nederlandse namen niet kent.

"Hier vind ik de kruiden niet, ik weet niet waar en kan de Nederlandse naam niet lezen." (respondent 1)

Eén respondent diende omwille van een schouderprobleem een corticosteroïde injectie te krijgen. Hij begreep niet waarom deze behandeling nodig was wegens gebrek aan uitleg van de specialist. De respondent vertelde dat dit kwam omdat er geen tijd werd genomen hem iets uit te leggen en omdat hij de Nederlandse taal nog niet geheel machtig is. Hij vertrouwde de voorgestelede behandeling niet omdat er geen uitleg werd gegeven over zijn diagnose. Dit gebrek aan communicatie resulteerde in het niet opvolgen van het medisch advies, wat de gezondheid van de geïnterviewde schade en het vertrouwen in zorgverleners verminderde.

"Ik heb een schouder probleem, specialist zei dat ik spuiten moet krijgen. Dit wil ik niet. Ze hebben alleen een foto genomen, niet mijn schouder onderzocht en geen uitleg gegeven." (respondent 2)

4.4. Financiële Barrières

De bevindingen van de interviews laten zien dat financiële barrières een uitdaging vormen voor de toegang tot gezondheidszorg.

Ten eerste bleek uit de gesprekken dat kinesitherapie vaak als financieel moeilijk wordt ervaren. Eén respondent gaf aan dat de kosten hoog waren en dat hij niet op de hoogte was van de terugbetalingsmogelijkheden door de mutualiteit. Dit leidde tot financiële druk en het niet volgen van de therapie. Bovendien onthulden de interviews dat het moeten voorschieten van de volledige kosten bij de kinesist een hindernis vormde. Er werd aangegeven dat er soms medische zorg werd vermeden vanwege de zorgen over het vooruitbetalen van de kosten.

"Niet naar tweede afspraak kine gaan want ik moet veel betalen." (Respondent 2)

Een tweede punt dat bleek uit de interviews waren de hoge kosten van psychologische hulpverlening. Opstarten van regelmatige psychologische zorg werd belemmerde vanwege de financiële last. Dit was zo bij beide respondenten.

“Psycholoog kost veel geld, wiet kost minder” (Respondent 2)

Tot slot illustreerden de gesprekken de financiële afhankelijkheid van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW). De respondenten deelden hun ervaringen met het complexe proces van het verkrijgen van financiële steun voor medische kosten via het OCMW, wat soms leidde tot vertragingen bij het zoeken naar zorg en extra stress veroorzaakte.

“Moeilijk om gezondheidsverzekering te regelen als je net in België aankomt en de taal en de weg niet kent.” (Respondent 2)

Bijkomend, gaf één van de geïnterviewden aan dat het voor hem een grote drempel vormde om financiële steun te vragen bij het OCMW. Hij benadrukte dat het voor hem lastig was om toe te geven dat hij niet zelf voor zijn geld kon zorgen en dat hij afhankelijk was van het systeem. Deze persoonlijke gevoelens maakte het voor hem moeilijk om externe hulp te zoeken.

“Ik wil geen geld van het Belgisch systeem.” (Respondent 2)

4.5. Beschikbaarheid en organisatie van het gezondheidssysteem

Het aspect van beschikbaarheid en de complexiteit van het gezondheidssysteem kwam ook duidelijk naar voren in de interviews.

Allereerst melden één van de geïnterviewde dat het afsluiten van een ziekteverzekering een uitdaging is. Zo vertelde hij dat vooraleer er een verzekering kon worden afgesloten hij een job, een vast adres (domicilie) en woonst moest hebben. Dit was voor hem moeilijk te vervullen gezien hij de taal niet sprak. Het vinden van een job en een woonst werden door beiden respondenten alleen gerealiseerd met de hulp van personen die dezelfde taal spraken als zij en de weg kende in het systeem. Eén van de geïnterviewde vertelde opgelicht te zijn geweest bij zijn zoektocht naar een woonst dit maakte dat hij zich al bij aankomst gediscrimineerd voelde.

“Moeilijk ziekteverzekering te krijgen. Via OCMW, in Belgium visum gekregen zelf moeten zoeken naar studio. Had twee maanden om studio te zoeken. Anders moest weg. Moest Arabische mensen opzoeken om huis te zoeken. Eerste studio bestolen geweest met vals contract.” (Respondent 2)

Een ander probleem dat naar voren kwam bij een van de respondenten, is de beperkte beschikbaarheid van tandartsen, vooral in spoedgevallen. Hij heeft veel moeite gehad om tandheelkundige hulp te vinden, uiteindelijk is het gelukt om een tandarts te vinden via hulp van de maatschappelijk assistent van zijn werk die via een post op Instagram een tandarts heeft gevonden.

"Toen ik nog maar net in België was had ik een tandontsteking, ik moest naar een tandarts. Ik ben drie keer naar spoed geweest, daar konden ze mij niet helpen. Uiteindelijk heeft maatschappelijk werkster me geholpen een tandarts te vinden." (Respondent 1)

Daarnaast bleken er bij beiden moeilijkheden te zijn bij het vinden van een huisarts en het begrijpen van hun rol in het zorgsysteem. Voor beiden komt dit door verschillen in gezondheidszorgsystemen tussen het land van herkomst en België als ook door de patiënten stop in de regio waar ze wonen.

"Ik heb geen huisarts want er is geen plaats'. 'In mijn land ga je naar arts, als je wil kan je behandelen anders ga je naar andere arts, dan kan je kiezen, in België moet je altijd naar dezelfde huisarts." (Respondent 2)

4.6. Sociaal netwerk en zorgprofessionals als ondersteuning bij het verkrijgen van zorg

Uit de interviews kwam naar voren dat het sociale netwerk een cruciale rol speelt bij het navigeren door het gezondheidssysteem.

Allereerst werd door beiden benadrukt dat het hebben van een sociaal netwerk zowel formeel als informeel een groot voordeel is.

Voornamelijk via hun informeel sociaal netwerk, andere migranten die dezelfde taal spraken, verkregen zij bij hun aankomst in België hulp bij het vinden van een woonst.

"Had twee maanden om studio te zoeken. Anders moest weg. Moest Arabische mensen opzoeken om huis te vinden. Als geen studio had kon geen ziekteverzekering krijgen." (Respondent 2)

zoeken om huis te vinden. Als geen studio had kon geen ziekteverzekering krijgen." (Respondent 2)

Beide geïnterviewden kampten met psychische problemen. In beide gevallen werd in eerste instantie hulp geboden door vrienden/kennissen die ze hadden opgebouwd sinds ze in België verbleven.

“Alcohol en drugprobleem gehad. Niet geholpen door huisarts. Begeleidster van werk heeft me toen goed geholpen, als een vriend. Ze heeft veel psychologische gesprekken met me gehad. Toen ben ik kunnen stoppen.” (Respondent 2)

Bij beide geïnterviewden was het niet evident om een huisarts te vinden. Ze wisten niet wat een huisarts was, hoe ze er een konden vinden, en bovendien waren er patiëntenstops. De juiste weg naar zorgverleners en andere diensten vonden ze uiteindelijk via hun formele sociale netwerk, namelijk de maatschappelijk werkster van Risingyou, waar ze allebei werkzaam zijn. Dankzij haar hulp konden ze toegang krijgen tot de benodigde zorg. Deze heeft hen ook geholpen bij het maken van afspraken bij een arts-specialist orthopedie en bij een tandarts.

“D. heeft helpen zoeken naar huisarts.” (Respondent 1)

5. Discussie

Dit onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van de barrières die mensen die leven in sociaal economisch kwetsbare omstandigheden ondervinden bij de toegang tot eerstelijnszorg in Antwerpen, en hoe deze barrières in de loop van de tijd evolueren. Het veldonderzoek heeft zes belangrijke thema’s geïdentificeerd die de toegang tot eerstelijnszorg voor kwetsbare groepen beïnvloeden: culturele verschillen, persoonsgebonden factoren, communicatieve barrières, financiële barrières, de beschikbaarheid en complexiteit van het zorgsysteem en de rol van sociale netwerken.

Hoewel beide respondenten een vergelijkbaar profiel hadden qua achtergrond (migranten met een psychische kwetsbaarheid), waren er duidelijke individuele verschillen in hun houding ten opzichte van zorg. Zo koos een deelnemer ervoor om psychologische hulp af te wijzen. Dit kan worden toegeschreven aan persoonlijke overtuigingen en eerdere negatieve ervaringen, zoals discriminatie binnen en buiten het zorgsysteem. De andere deelnemer toonde juist meer bereidheid om hulp te accepteren, wat deels te danken was aan een ondersteunend sociaal

netwerk en positieve ervaringen met maatschappelijk werkers. Hoewel deze ook negatieve ervaringen had opgedaan, doch belemmerde deze hem niet om de aangeboden hulp te accepteren. Waarom bepaalde ervaringen bij de één leiden tot een gevoel van discriminatie en wantrouwen en bij de ander niet, is niet duidelijk geworden binnen dit onderzoek. Verdere studies zouden zich kunnen richten op hoe persoonlijke overtuigingen en eerdere ervaringen van patiënten de perceptie van zorg beïnvloeden en hoe deze factoren door zorgverleners beter kunnen worden herkend en aangepakt.

Het longitudinale onderzoek toonde aan dat financiële barrières en administratieve complexiteit drempels blijven vormen, ondanks bestaande structuren. Literatuur laat zien dat CHW's kunnen helpen deze barrières te verkleinen door patiënten te ondersteunen bij praktische taken zoals het maken van afspraken en het navigeren door het zorgsysteem.

Uit de resultaten van dit longitudinale onderzoek blijkt dat sociale netwerken een rol spelen in het ondersteunen van de twee respondenten bij het navigeren door het zorgcontinuüm. Sociale netwerken—zowel formele als informele—helpen bij het overbruggen van barrières in toegang tot zorg. Ze beïnvloeden meerdere stappen van het zorgcontinuüm. Formele netwerken, zoals de maatschappelijk werker, bieden praktische hulp en bouwen vertrouwen op, terwijl informele netwerken een rol spelen in het waarnemen van zorgbehoeften en het zoeken naar zorg. Het versterken en integreren van deze netwerken in het zorgsysteem zou de toegang tot eerstelijnszorg voor kwetsbare groepen kunnen verbeteren. Dit sluit ook aan bij de bevindingen uit de literatuur, waarbij het werken via outreach, het bouwen van vertrouwen tussen gemeenschap en zorgsysteem, het bieden van praktische ondersteuning en interprofessionele samenwerking werden genoemd als mechanismen voor verbetering van de toegang tot zorg.

De individuele verschillen die in dit onderzoek naar voren kwamen, wijzen echter op een nuance die minder belicht wordt in bestaande literatuur. Terwijl het model van Levesque et al. (2013) aandacht besteedt aan persoonlijke vaardigheden om toegang tot zorg te zoeken (15), lijkt er een diepere laag te zijn van individuele overtuigingen en eerdere ervaringen die bepalend zijn voor zorggedrag. Deze laag verdient meer aandacht in toekomstig onderzoek.

5.1. Aanbevelingen met betrekking tot theoretisch kader

Een manier om de diepere laag te integreren in het framework van Levesque et al. (2013) zou kunnen zijn door een extra dimensie toe te voegen die specifiek ingaat op psychosociale en emotionele factoren die het zorggedrag beïnvloeden. Naast de bestaande vijf vaardigheden die Levesque toeschrijft aan de patiënt, kan een zesde dimensie worden toegevoegd: psychosociale en emotionele vaardigheden. Deze dimensie zou factoren omvatten zoals:

- De invloed van eerdere ervaringen met zorg (positief of negatief).
- Vertrouwen in zorgverleners en in het zorgsysteem.
- Overtuigingen over gezondheid en ziekte die voortkomen uit culturele, sociale of persoonlijke contexten.
- Het vermogen om met emotionele barrières om te gaan, zoals angst voor stigmatisering of schaamte.

Het framework van Levesque et al. (2013) is momenteel vrij statisch in de beschrijving van vaardigheden en systeemkenmerken. Door de dynamiek van veranderende overtuigingen en ervaringen op te nemen, kan het model beter weergeven hoe patiënten gedurende hun leven barrières overwinnen of nieuwe barrières ontwikkelen. Dit biedt een dynamischere kijk op zorgtoegang en wordt Levesque's framework beter uitgerust om de subjectieve, emotionele dimensies van zorgtoegang te analyseren en aan te pakken.

5.2. Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk

Op basis van de barrières die in dit onderzoek naar voren kwamen, kan ik volgende aanbevelingen geven met betrekking tot de praktijk:

1. **Patiëntempowerment en autonomie**

   Het versterken van de autonomie van patiënten kan door gerichte ondersteuning:

   - **Community Health Workers (CHW's):** CHW's zouden een rol hierin kunnen spelen door patiënten thuis te bezoeken, vertrouwen op te bouwen, helpen bij het formuleren van zorgvragen en handvaten geven hoe ze hun weg kunnen vinden in het zorgtraject. Deze conclusie is gemaakt op basis van de literatuur

en niet expliciet bevraagd tijdens de interviews. Dit zou in toekomstig onderzoek wel kunnen gebeuren.

- **Taalondersteuning:** Tolken of vertaal-apps helpen taalbarrières doorbreken, zodat patiënten zich beter gehoord voelen.
- **Gezamenlijke besluitvorming:** Tools zoals visuele gespreksgidsen, apps of checklists helpen patiënten keuzes te begrijpen en samen met zorgverleners beslissingen te nemen.
- **Groepsprogramma's voor sociaal-emotionele vaardigheden:** Migranten en andere mensen die leven in sociaal economisch moeilijke omstandigheden kunnen via laagdrempelige workshops vaardigheden leren, zoals het communiceren van zorgbehoeften, omgaan met stress of navigeren door het zorgsysteem.

2. **Screening op psychosociale barrières**
   Zorgverleners, zoals huisartsen of CHW's, kunnen barrières zoals angst, wantrouwen en schaamte signaleren door eenvoudige vragen te stellen tijdens consulten of huisbezoeken, zoals:
   - *"Hoe voelt u zich bij het ontvangen van zorg?"*
   - *"Heeft u eerder negatieve ervaringen met zorgverleners gehad?"*
3. **Verhelderen van verwachtingen**
   Door expliciet te vragen naar wat de patiënt verwacht, bijvoorbeeld *"Wat zou u nodig hebben om verder geholpen te worden?"*, kunnen zorgverleners de zorg beter afstemmen op de individuele situatie van de patiënt en misverstanden voorkomen.
4. **Actieve outreach**
   Voor sociaal geïsoleerde patiënten kan outreach door CHW's een uitkomst bieden. Zij kunnen:
   - Patiënten thuis opzoeken en begeleiden naar zorg.

- Helpen met administratieve taken, zoals het maken van afspraken en verzekeringen.
- Vertrouwen opbouwen door regelmatig contact te onderhouden.

5. **Groepsprogramma's en intervisie voor zorgverleners**
   Vanuit mijn eigen ervaring als zorgverlener stel ik dat naast groepsprogramma's voor patiënten, kunnen zorgverleners baat hebben bij intervisiemomenten waarin zij ervaringen delen over het omgaan met kwetsbare patiënten. Dit helpt hen:
   - Psychosociale barrières beter te herkennen.
   - Reflecteren op hun eigen communicatiestijl en eventuele blinde vlekken.
   - Handvatten te ontwikkelen voor cultuursensitieve gesprekken en gezamenlijke besluitvorming.
     Deze intervisie kan worden geïntegreerd in opleidingstrajecten of als terugkerend onderdeel van de praktijkvoering, bijvoorbeeld tijdens een LOK (lokaal overleg comissie).

5.3. Samenvatting

Toegang tot zorg kan worden verbeterd door patiënten te versterken in hun autonomie en vaardigheden, bijvoorbeeld via groepsprogramma's en praktische ondersteuning door CHW's. Voor zorgverleners kunnen intervisie en training in cultuursensitieve communicatie bijdragen aan een betere afstemming van de zorg op de behoeften van kwetsbare groepen. Outreachactiviteiten, psychosociale screening en gezamenlijke besluitvorming zijn aanvullende stappen die de toegankelijkheid van zorg verder kunnen vergroten.

6. Sterktes en beperkingen

Een van de sterkte van dit onderzoek is het diepgaande perspectief dat het biedt over zorgzoekers, met name doordat het twee deelnemers met een vergelijkbaar profiel onderzocht. Dit maakte het mogelijk om individuele verschillen duidelijk naar voren te laten komen, wat vaak niet wordt belicht in de literatuur. Het onderzoek heeft bovendien het volledige traject van toegang tot zorg over een bepaalde periode gevolgd. Door de

longitudinaliteit konden we zien hoe barrières zich opstapelen en hoe de zorgbehoeften en ervaringen van de deelnemers over tijd veranderen. Deze benadering biedt meer inzicht in de dynamiek van zorgtoegang, in plaats van enkel een momentopname.

Het onderzoek heeft ook beperkingen. Het beperkte aantal respondenten – slechts twee – maakt de resultaten niet representatief voor de bredere populatie van sociaal-economisch kwetsbare groepen. Ook het literatuuronderzoek is gebaseerd op een beperkt aantal studies, wat de breedte van de theoretische onderbouwing beïnvloedt.
Daarnaast speelt de subjectiviteit van zowel de deelnemers als de onderzoekers een rol. De persoonlijke overtuigingen en eerdere ervaringen van de deelnemers beïnvloedden hun antwoorden, terwijl de interpretatie van de data afhankelijk was van de perspectieven en mogelijke vooroordelen van de onderzoekers. Deze factoren bemoeilijken het trekken van algemene conclusies en benadrukken het belang van kritische reflectie.

De foto-dagboekstudie werd ingezet als aanvullende methode om deelnemers een alternatieve manier te bieden om hun ervaringen met zorgtoegang te documenteren. Het doel was om hen tussen interviews door te laten reflecteren op barrières, hen te ondersteunen bij het beter verwoorden van hun ervaringen en taalbarrières te overbruggen. Daarnaast konden de foto's dienen als geheugensteun en als hulpmiddel om situaties te verduidelijken tijdens de interviews. In deze studie kwam het potentieel van de foto-dagboekstudie weinig tot uiting. Slechts één deelnemer deelde één foto. Een beperking was dat het moment waarop barrières zich voordeden vaak niet geschikt was om een foto te maken of de respondent er niet aan dacht. Ook was de methode arbeidsintensief, zowel voor de respondent, die foto's moets nemen en interpreteren, als voor de onderzoeker, die de methode moet uitleggen, ethische kwesties moet bespreken en de foto's moet analyseren en verwerken.

De longitudinale opzet van dit onderzoek, waarin respondenten gedurende zes maanden werden gevolgd, bood voordelen, zoals het vastleggen van de evolutie en dynamiek van barrières in de toegang tot zorg. Herhaalde contactmomenten maakten het mogelijk om niet alleen momentopnames te verzamelen, maar ook processen beter te begrijpen. De langdurige interactie leidde bovendien tot een vertrouwensband, wat deelnemers stimuleerde om openhartiger te zijn, vooral over gevoelige onderwerpen zoals stigma en psychische

kwetsbaarheid. Tegelijkertijd kent deze aanpak beperkingen. De vertrouwensband kan sociale wenselijkheid bevorderen, waarbij respondenten antwoorden afstemmen op de veronderstelde verwachtingen van de onderzoeker. Ook kan de onderzoeker, door empathie of de wens om de relatie positief te houden, minder kritisch doorvragen of betrokken raken in een hulpverlenende rol, zoals het geven van praktisch advies. Dit kan de neutraliteit en objectiviteit van de resultaten beïnvloeden. Bovendien brengt een longitudinale studie een tijdsintensieve belasting met zich mee, zowel voor de onderzoeker als voor sociaal-economisch kwetsbare respondenten, wier omstandigheden flexibiliteit vereisen. Ondanks deze uitdagingen bood de methode unieke inzichten in hoe barrières zich ontwikkelen en opstapelen, maar het vereist zorgvuldigheid bij de interpretatie en reflectie op de onderzoeker-participantrelatie.

7. Conclusie

Deze thesis onderzocht de barrières die sociaal-economisch kwetsbare groepen ondervinden bij de toegang tot eerstelijnszorg in Antwerpen, met een focus op individuele ervaringen en de ontwikkeling van deze barrières in de tijd. Uit het onderzoek kwamen zes thema's naar voren die de toegang beïnvloeden: culturele verschillen, persoonsgebonden factoren, communicatieve barrières, financiële obstakels, complexiteit van het zorgsysteem en de rol van sociale netwerken.

De resultaten laten zien dat barrières niet alleen voortkomen uit structurele tekortkomingen, maar ook sterk beïnvloed worden door psychosociale factoren zoals eerdere negatieve ervaringen. Sociale netwerken, zowel formeel zoals maatschappelijk werkers, als informeel zoals kennisen en vrieden hielpen in het overbruggen van barrières.

Aanbevelingen voor de praktijk richten zich op het versterken van de autonomie van patiënten via empowermentprogramma's, psychosociale screening en het inzetten van tools voor gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast adviseer ik, vanuit mijn eigen ervaring als huisarts, voor intervisie en trainingen in cultuursensitieve communicatie voor zorgverleners. Hoewel dit niet expliciet in het onderzoek werd onderzocht, ervaar ik zelf de noodzaak om als zorgverlener beter ondersteund te worden bij het omgaan met de complexe behoeften van deze patiënten

populatie. Een geïntegreerde aanpak waarin zowel de zorgvrager als het zorgsysteem centraal staat, is belangrijk om de toegang tot zorg te verbeteren.

8. Referenties

1. (WHO) WHO. Primary health care fact sheets. https://www.who.int/; 2021.
2. Nations U. The Sustainable Development Goals. 2023.
3. Bouckaert Nicolas MdNC, Van de Voorde Carine. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid. Brussel Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (HSR) HSR; 2020. Contract No.: KCE Reports 334A.
4. Cavillot L, van Loenhout JAF, Devleesschauwer B, Wyndham-Thomas C, Van Oyen H, Ghattas J, et al. Sociodemographic and socioeconomic disparities in COVID-19 vaccine uptake in Belgium: a nationwide record linkage study. J Epidemiol Community Health. 2023;78(3):176-83.
5. Vanthomme K, Gadeyne S, Lusyne P, Vandenheede H. A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium. Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality? SSM Popul Health. 2021;14:100797.
6. Nostlinger C, Van Landeghem E, Vanhamel J, Rotsaert A, Manirankunda L, Ddungu C, et al. COVID-19 as a social disease: qualitative analysis of COVID-19 prevention needs, impact of control measures and community responses among racialized/ethnic minorities in Antwerp, Belgium. Int J Equity Health. 2022;21(1):67.
7. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. Front Psychiatry. 2021;12:798530.
8. Martens N, De Haeck E, Van De Vondel E, Destoop M, Catthoor K, Dom G, et al. Physical Healthcare for People with a Severe Mental Illness in Belgium by Long-Term Community Mental Health Outreach Teams: A Qualitative Descriptive Study on Physicians', Community Mental Health Workers' and Patients' Perspectives. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(1).
9. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Strumpf E, Breton M, Russell G. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. Int J Equity Health. 2018;17(1):28.
10. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages hwuosh. [
11. https://www.chw-intermut.be fmvV. Community Health Workers [
12. Emilie Op de Beeck TVI, Laura Vroonen, Gytha Slechten, Caroline Masquillier, Hilde Bastiaens. Breaking Down Barriers to Primary Healthcare in High-income countries: A rapid review of the Impact of Community Health Workers.
13. Emilie Op de Beeck, Understanding challenges in primary healthcare access: A comprehensive view from healthcare providers and people living in socio-economically disadvantaged conditions.Draft.
14. Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework– a scoping review. International Journal for Equity in Health. 2021;20(1):116.
15. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18.

16. Vanden Bossche D, Van Poel E, Vanden Bussche P, Petre B, Ponsar C, Decat P, et al. Outreach work in Belgian primary care practices during COVID-19: results from the cross-sectional PRICOV-19 study. BMC Prim Care. 2024;24(Suppl 1):283.
17. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. BMC Prim Care. 2023;24(1):253.
18. Lowe C, Mark P, Sommer S, Weltermann B. Collaboration between general practitioners and social workers: a scoping review. BMJ Open. 2022;12(6):e062144.
19. Wild EM, Winter V, Ress V, Golubinski V. What is the impact of introducing a non-clinical community health advice and navigation service on the demand for primary care in socially deprived areas? Evidence from an observational panel study with difference-in-differences design. BMJ Open. 2022;12(10):e061964.
20. Woodward A, Nimmons D, Davies N, Walters K, Stevenson FA, Protheroe J, et al. A qualitative exploration of the barriers and facilitators to self-managing multiple long-term conditions amongst people experiencing socioeconomic deprivation. Health Expect. 2024;27(2):e14046.
21. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JC, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. Patient Educ Couns. 2016;99(6):981-7.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.
23. braun V, Clarke V. Thematic analysis. 2012.
24. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. Med Teach. 2020;42(8):846-54.

9. Bijlage

1. Informatie formulier deelnemers
2. Toestemmingsformulier deelnemers
3. Interview guide
4. Ethische commisie goedkeuring

9.1. Bijlage 1: Informatie formulier deelnemers

Universiteit Antwerpen

INFORMATIEFORMULIER DEELNEMERS
ONDERZOEK SOCIALE EN HUMANE WETENSCHAPPEN

Opm: dit toestemmingsformulier zal ook in het Engels beschikbaar worden gemaakt voor respondenten die de Engelse taal verkiezen.

Toegang tot gezondheidszorg verbeteren

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een doctoraatsonderzoek van de Universiteit Antwerpen. Voordat u instemt om mee te doen is het belangrijk dat u deze informatie over het doel van het onderzoek, uw rol en uw rechten goed leest. Vraag gerust meer uitleg als er iets onduidelijk is of als u meer informatie wilt over het onderzoek.

Doel en beschrijving
Het doel van dit onderzoek is de gezondheidszorg in België verbeteren. Om dit te verbeteren, moeten we eerst inzicht krijgen in de barrières van gezondheidszorg. Aangezien u een persoon bent van onze Belgische gemeenschap zijn uw ervaringen en verhalen over onze gezondheidszorg erg waardevol voor dit onderzoek.

Het onderzoek loopt van april 2023 tot september 2023 en er zullen nog naar verwachting 10 tot 20 andere mensen deelnemen. Deze studie werd beoordeeld door een onafhankelijke ethische commissie (de Ethische Commissie voor Sociale Wetenschappen en Geesteswetenschappen van de Universiteit Antwerpen) die een positief advies heeft geformuleerd op XXXX.

Uw rol
Als u ons zou helpen met ons onderzoek zullen we u eerst vragen om deel te nemen aan een workshop van één dag. Op deze dag bekijken we enkele basistechnieken van foto's nemen. U kunt hiervoor uw eigen (gsm-)toestel gebruiken, of u kan er van ons één lenen. Daarnaast bekijken we het gebruik van foto's nemen in onderzoek en de ethiek hierrond. Het is geen probleem als u weinig ervaring heeft met een fototoestel. We zullen de tijd nemen om dit samen te ontdekken.

Na de workshop vragen we u om gedurende 6 maanden foto's te nemen van dingen die u belangrijk vindt in gezondheidszorg. Er zal gestart worden met een interview om elkaar eerst beter te leren kennen en om even te overlopen hoe het gaat met foto's nemen. Tijdens deze 6

maanden, zal er elke 3 weken een contactmoment zijn om deze foto's kort te overlopen en dan noteren we uw ervaringen hierbij. Na 3 maanden zal er opnieuw een interview worden afgenomen om de verhalen achter de foto's en uw ervaringen even te bespreken. Na 6 maanden zal er een afsluitend interview plaatsvinden om de studie af te sluiten. Deze contactmomenten en interviews zullen worden opgenomen om een meer gedetailleerde analyse mogelijk te maken.

Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Dit betekent dat u op elk moment, om welke reden dan ook, kunt stoppen zonder gevolgen. Als u wilt deelnemen aan dit onderzoek mag u dit informatieblad houden en zal u gevraagd worden om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Ook nadat u dit ondertekend heeft kunt u op elk moment, om welke reden dan ook, stoppen zonder gevolgen. We willen graag benadrukken dat als u ervoor kiest om uw deelname aan het onderzoek stop te zetten dit geen enkel gevolg zal hebben voor u. Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek zullen altijd geheim worden gehouden. Alleen uw zelfgekozen naam (pseudoniem) zal worden gebruikt wanneer de inhoud van het onderzoek wordt gedeeld, zoals in een rapport of in wetenschappelijke publicaties. Dit betekent dat wij altijd ons best doen om ervoor te zorgen dat u vrijuit kunt spreken zonder het risico dat iemand u kan identificeren.

Uw persoonlijke gegevens
Tijdens het interview en de driewekelijkse korte contactmomenten zullen wij u vragen om persoonlijke informatie met ons te delen. Als u deelneemt, gaat u ermee akkoord dat wij uw persoonlijke gegevens gebruiken om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Uw persoonlijke gegevens worden veilig opgeslagen, en alleen het onderzoeksteam heeft er toegang toe. Uw persoonlijke gegevens zullen enkel met anderen worden gedeeld op een manier dat u niet herkenbaar bent.

Wij bewaren uw persoonlijke gegevens voor 10 jaar en u heeft altijd het recht om uw persoonlijke gegevens gratis te bekijken en onjuiste en/of onvolledige persoonlijke gegevens gratis te laten corrigeren. U kunt ons ook vragen uw persoonlijke gegevens te vernietigen indien u niet langer wenst deel te nemen aan dit onderzoek.

Uw persoonlijke gegevens worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van Emilie Op de Beeck, te bereiken op het telefoonnummer +32470544891 en op het e-mailadres emilie.opdebeeck@uantwerpen.be. Om de hierboven vermelde rechten uit te oefenen, kunt u contact opnemen met Emilie Op de Beeck op haar e-mailadres.

Voor bijkomende vragen over uw rechten en alle andere zaken in verband met de verwerking van uw persoonlijke gegevens binnen de Universiteit Antwerpen kan u ook steeds contact opnemen met onze functionaris voor gegevensbescherming, de heer Koen Pepermans (Adres: Venusstraat 35, 2000 Antwerpen), via het telefoonnummer 032655263 of via het e-mailadres privacy@uantwerpen.be. Deze functionaris houdt onafhankelijk toezicht op de naleving van de privacywetgeving binnen de Universiteit Antwerpen.

Indien u denkt dat uw persoonlijke gegevens niet wettig en volgens de wettelijke voorschriften worden verwerkt, hebt u ook het recht om een klacht in te dienen bij de Privacycommissie (contactgegevens beschikbaar via: www.privacycommission.be). Wij raden u echter aan om bij klachten eerst contact op te nemen met onze functionaris voor gegevensbescherming. Vaak kunnen eventuele problemen of misverstanden op deze manier gemakkelijk worden opgelost.

Om optimaal gebruik te kunnen maken van alle verzamelde onderzoeksdata, kunnen de gegevens in een later stadium worden hergebruikt voor andere onderzoeksdoeleinden. Wij garanderen hierbij dezelfde zorgvuldige omgang met persoonlijke gegevens als bij de initiële verzameling het geval was. Dit betekent dat uw gegevens veilig en gepseudonimiseerd worden opgeslagen en dat uw privacy beschermd blijft.
Met vragen of voor meer informatie kunt u terecht bij:

Gytha Slechten (onderzoeker)
Mail:Gytha.Slechten@student.uantwerpe
n.be
Tel.: 0470544891

Indien er zich een probleem voordoet of u hebt specifieke vragen kan u terecht

bij: Dr. Caroline Masquillier (onderzoekscoördinator)
Mail: caroline.masquillier@uantwerpen.be

Prof. Dr. Hilde Bastiaens (Onderzoekscoördinator)

Mail: hilde.bastiaens@uantwerpen.be

Met vriendelijke groeten en bedankt voor uw deelname,
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Dr. Caroline Masquillier, Emilie Op de Beeck en Gytha Slechten

9.2. Bijlage 2: Toestemmingsformulier deelnemers

Universiteit Antwerpen

TOESTEMMINGSFORMULIER

Opm: dit toestemmingsformulier zal ook in het Engels beschikbaar worden gemaakt voor respondenten die de Engelse taal verkiezen.

De toegang tot gezondheidszorg verbeteren

Beste,

Dank voor uw deelname aan dit onderzoek. Voordat u dit formulier ondertekent, hebben we kort de belangrijkste zaken op een rijtje gezet. Daarnaast ontvangt u ook nog een informatieblad met meer gedetailleerde informatie over het onderzoek.

Het doel en de procedures van het onderzoek zijn aan mij uitgelegd op een verstaanbare manier. Ik begrijp dat ik het recht heb om mij op elk moment terug te trekken uit dit onderzoek en dat dit nu of in de toekomst geen gevolgen voor mij zal hebben, en dat dit geen gevolgen zal hebben voor mij. Ik ben ervan op de hoogte gebracht dat alles wat besproken wordt tijdens het interview en de driewekelijkse contactmomenten vertrouwelijk zal blijven en dat wat ik zeg enkel gebruikt zal worden als informatie voor het onderzoek. Ik begrijp dat het interview zal worden opgenomen om de analyse te vergemakkelijken. Deze opname zal veilig worden bewaard en met niemand worden gedeeld. Ik begrijp dat deze gegevens mogelijk in een later stadium worden hergebruik voor andere onderzoeksdoeleinden. Omwille van het onderwerp zal persoonlijke informatie over mij gevraagd worden door de interviewer, maar mijn echte naam of iets anders dat mij kan identificeren zal nooit met iemand (coaches, doelgroep, autoriteiten,...) gedeeld worden. Ik ben ervan op de hoogte gebracht dat ik foto's zal nemen in het kader van dit onderzoek. De foto's die ik maak en waarvoor ik toestemming heb gekregen kunnen gebruikt worden in academische publicaties, presentaties en gerelateerde zaken - zoals tentoonstellingen. Maar ik heb het recht om te kiezen welke foto's gebruikt mogen worden en welke niet.

Omcirkel antwoord:

- Ik ga akkoord met deelname aan het onderzoek: Ja/Nee
- Ik ga ermee akkoord dat het interview worden opgenomen: Ja/Nee
- Ik ga ermee akkoord dat mijn woorden anoniem gebruikt mogen worden in verslagen of publicaties: Ja/Nee
- Ik ga ermee akkoord dat het onderzoeksteam mijn persoonlijke gegevens gebruikt voor het onderzoek op de manier zoals beschreven in het informatieformulier: Ja/Nee
- Ik ga ermee akkoord dat de auteursrechten (inclusief portretrechten) en andere intellectuele eigendomsrechten van de gemaakte foto’s van het onderzoeksteam zijn: Ja/Nee
- Ik geef de onderzoekstream de rechten om de foto’s te gebruiken, te publiceren, te reproduceren, te wijzigen en te verspreiden indien ze deze foto’s willen gebruiken in publicaties, presentaties en tentoonstellingen: Ja/Nee

Datum: _____

Handtekening deelnemer (of wettelijk vertegenwoordig(st)er): _____

Interviewer: Ik heb de studie besproken met de hierboven vermelde deelnemer(s), in een taal die hij/zij kan begrijpen. Ik denk dat hij/zij mijn uitleg begrepen heeft en ermee instemt deel te nemen aan het interview en de tweewekelijkse contactmomenten.

Datum: _____

Handtekening uitvoerende onderzoeker(s): _____

Naam en contactgegevens van de onderzoeker:
Gytha Slechten

Mail:
Gytha.Slechten@student.uantwerpen.be

Tel.: +32470544891

Naam en contactgegevens van de coördinatoren:
Dr. Caroline Masquillier

Mail: caroline.masquillier@uantwerpen.be

Prof. Dr. Hilde Bastiaens

Mail: hilde.bastiaens@uantwerpen.be

9.3. Bijlage 3 interview guid

Photo-voice studie: Toegang tot gezondheidszorg verbeteren (longitudinale studie)

Doel

Deze studie heeft als doel om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren voor mensen die leven in een sociaaleconomische kwetsbare situatie. Er zal een longitudinale fotostudie worden uitgevoerd, waarbij de deelnemers aangespoord worden om foto's nemen gedurende 6 maanden van zowel positieve als negatieve punten die ervaren worden bij het bereiken en/of gebruiken van gezondheidszorg. Tijdens deze 6 maanden zullen er op drie tijdstippen interviews worden afgenomen; het eerste interview zal in het begin plaatsvinden, het tweede interview 3 maanden later en het derde interview zal een afsluitend interview van de studie zijn.

Enkele tips:

- *Noem het interview een 'gesprek'*
- *Bespreek alles met de organisatie alvorens zelf de deelnemers aan te spreken*
- *Workshop eventueel laten leiden door iemand van de organisatie (wel door ons georganiseerd en zelf ook zeker aanwezig)*
    - *Zeker zelf leiden, maar voorstellen dat er iemand van de organisatie is*
- *Probeer ook te helpen met de organisatie op evenementen,… om iets terug te doen omdat we via hen zouden kunnen rekruteren*
- *Zet de deelnemer centraal en laat hij/zij hun verhaal doen*
- *Indien het in het begin moeilijk gaat om interviews af te nemen, misschien eerst even over iets anders proberen praten om dan terug te koppelen naar de gezondheidsvragen*

Interview 1

Het eerste interview wordt vastgelegd op een plaats en tijdsslot naar voorkeur van de deelnemer. Tijdens dit interview zal er eerst tijd worden gemaakt om elkaar beter te leren kennen. Daarna zal er via vragen besproken worden wat hun geschiedenis is rond gezondheidszorg, via het framework rond toegang tot gezondheidszorg zullen de verschillende barrières op een onrechtstreekse manier worden bevraagd (2).

- Datum interview:
- Duur interview:
- Taal van de deelnemer:
- Locatie interview:
- Geslacht deelnemer:
- Leeftijd deelnemer:

- Migratie-achtergrond/afkomst:
- Andere opmerkingen:

Introductie

Hartelijk bedankt om deel te nemen aan dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om de toegang tot onze Belgische gezondheidszorg te verbeteren, zodat iedereen onze gezondheidszorg op de juiste manier kan gebruiken. In dit onderzoek vragen we om foto's te nemen van alle goede en slechte ervaringen die te maken hebben met vinden en gebruiken van gezondheidszorg. In dit interview zullen we een aantal vragen stellen over hoe uw gezondheid en hoe u hiermee omgaat. Indien er vragen zijn die u wil overslaan of als u iets niet wil vertellen, dan mag u het zeker laten weten. Ik wil nog even zeker laten weten dat er geen foute antwoorden zijn en dat uw ervaringen met gezondheid en gezondheidszorg heel waardevol zullen zijn voor ons onderzoek. Na dit interview mag u foto's nemen over alle goede en slechte ervaringen die te maken hebben met gezondheidszorg. Is het goed voor u als ik dit interview opneem met deze audiorecorder (tonen)? Deze informatie blijft vertrouwelijk en wordt niet doorgestuurd.

Deel 1: Introductie deelnemer

Deze introductie heeft als doel om de deelnemer comfortabel te laten voelen bij het eerste gesprek. De deelnemer kan over vertellen over zichzelf, er zullen niet onmiddellijk gezondheidsvragen worden gesteld. Ik zou u graag eerst wel wat beter willen leren kennen. Zou u zich kort willen voorstellen? Hartelijk bedankt om u voor te stellen.

Introductievragen indien migratie-achtergrond:

- Waar bent u geboren?
    - Eventueel: Zijn uw ouders in België geboren? Zo nee, waar zijn ze dan geboren?
- Wanneer bent u naar België gekomen? En Waarom?
- Hoelang bent u al in België?
- Bent u graag in België?
    - Zoja/Zonee, waarom?

Deel 2: interview

A. <u>Noden gezondheidszorg waarnemen (ability to perceive)</u>

- Wat betekent voor jou gezond zijn?
    - Probe: Hoe belangrijk vind jij gezond zijn?
    - Probe: Wat betekent voor jou zorg krijgen voor jouw gezondheid?
- Welke gezondheidsproblemen heb je al eens in het verleden gehad?
    - Probe: "Ben je al eens ziek geweest?" *(Als de deelnemers hier niet op reageren op deze vraag kan er ook gerichter worden gevraagd naar potentiële problemen. Via deze weg kan er misschien langzaam dieper*

worden ingegaan op bepaalde problemen, aangezien sommige mensen dat niet onmiddellijk zullen vertellen tijdens het eerste interview.)
    - Probe: Wat voelde je toen?
- Wat zijn de eerste stappen die je toen hebt genomen?
- Vanaf wanneer dacht je aan hulp?

De probevragen kunnen gesteld worden per probleem.

B. <u>Zoeken naar gezondheidszorg (ability to seek)</u>

Vanaf deze vragen is het de bedoeling om per probleem elke vraag te overlopen. Bepaalde problemen zullen minder relevant zijn om heel diep op in te gaan, maar andere problemen zullen belangrijk zijn om hier dieper op in te gaan.

- Wat heb je gedaan toen je dacht aan hulp?
    - Waarom heb je toen geen hulp gezocht?
    - Probe: Met wat had dat te maken?

Vorige vraag 'eerste stappen' antwoord terug oppakken

- Hoe heb je hulp gezocht?
    - Probe: Heb je informatie opgezocht? Zoja, waar en hoe? En waarom daar?
    - Probe: Heb je contact gehad met iemand anders die jou zou kunnen helpen? Zo ja, wie? En waarom deze persoon?
    - Probe: Naar welke hulp en zorg ben je toegegaan?
- Wat maakt dat je daar specifiek hulp hebt gezocht?
    - Probe: Heb je eerst aan iets anders gedacht?
    - Probe: Ken je andere hulp? Zoja, wie?
    - Probe: Zijn er eventueel persoonlijke ervaringen of redenen waarom je andere hulp niet zou opzoeken of hebt opgezocht?
        1. Wat zou er beter kunnen?

C. <u>Bereiken van gezondheidszorg (ability to reach)</u>

Deze vragen per zorgverlener stellen die ze hebben bereikt met hun gezondheidsproblemen. De vorige 2 blokken eerst kort herhalen om dan de algemene vraag te stellen 'Hoe is dat dan gegaan'.

- Hoe is dat dan gegaan?
    - Probe: Hoe ben je in contact gekomen met de hulp *(hulp = woord dat de deelnemer zelf gebruikt)*?
    - Probe: Hoe heb je deze hulp bereikt?
    - Probe: Heb je een afspraak gemaakt? Zoja, hoe?
- Hoe ben je naar de hulp gegaan?
    - Probe: Was het gemakkelijk om fysiek er naartoe te gaan?
    - Probe: Was het gemakkelijk om tijdens de openingsuren te gaan?
    - Probe: Wat kon er beter?

D. <u>Gebruiken gezondheidszorg (ability to engage)</u>

- Wat was jouw ervaring bij de hulpverlener?
    - Probe: Wat vond je goed?

- Probe: Wat vond je lastig?
- Probe: Wat kan er beter?
- Probe: Ervaarde je een cultuurverschil tussen jou en de hulpverlener? Zoja, wat was jouw ervaring hierbij?
  - Wat kon er beter?

- Hoe verliep de communicatie met de hulpverlener?
  - Probe: Sprak jij en de zorgverlener dezelfde taal? Zo nee, hoe verliep de communicatie dan?
  - Probe: Begreep je alles wat de persoon vertelde?
    - Zo nee: Heb je vragen gesteld om het beter te begrijpen?
  - Probe: Hoe kon dit beter?
- Voelde u zich comfortabel bij de hulpverlener?
  - Probe: Zou je hier iets meer over kunnen vertellen?
  - Zou je nog eens terug naar de hulpverlener gaan?
    i. Probe: Zo nee: waarom niet?
- Welk advies kreeg je van de hulpverlener?
  - Probe: Wat deed je met dit advies?
  - Probe: Hoe ga je nu om met dit advies?
- Werd u doorverwezen? Zoja, naar waar?
  - Probe: Wat heb je toen gedaan?
  - Probe: Heb je medicatie voorgeschreven gekregen?
    - Zoja, wat deed je daarmee?
    - Hoe loopt dat nu?
  - Probe: Heb je zelf contact opgenomen met de andere hulpverlener?
  - Probe: Hoe ben je tot bij de andere hulpverlener geraakt?
  - Probe: Wat zou er beter kunnen?

E. <u>Vermogen om gezondheidszorg te betalen (ability to pay)</u>

- Hoe ervaarde je de kostprijs?
  - Probe: Ben je aangesloten bij een mutualiteit? Zo ja welke mutualiteit en wat vind jij goed van deze verzekering/mutualiteit?
  - Probe: Ben je aangesloten bij hulpkas?
  - Probe: Ken je dringende medische hulp?
- Ervaar jij moeilijkheden om gezondheidszorg te betalen?
  - Probe: Zou jij daar iets meer over willen/kunnen vertellen?
  - Probe: Is de kostprijs ooit al een barrière geweest om gezondheidszorg niet te gebruiken?
  - Probe: Zou dit in de toekomst een barrière kunnen zijn voor jou?
  - Probe: Wat zou er beter kunnen aan de prijs?

Referenties

1. Masquillier C, Van Royen K, Van Pelt P, Onsea D, Bastiaens H. Development and implementation of a community health literacy hub, 'Health Kiosk'—A grassroots innovation. Front Public Health. 2023 Jan 4;10:1069255.

2. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12(1):18.

9.4. Bijlage 4: Ethische commisie goedkeuring

Professor Wouters, Edwin

Departement Sociologie

Faculteit Sociale Wetenschappen

University of Antwerp

Professor Charlotte De Backer

Chair Ethics Committee for

the Social Sciences and Humanities

City campus

Sint Jacobstraat 2

2000 Antwerpen

REFERENCE

SHW_2023_98_1

Date

13 March 2023

RE: Decision Ethics Committee for the Social Sciences and Humanities, file SHW_2023_98_1

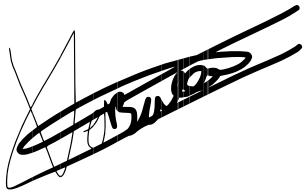
FINAL POSITIVE CLEARANCE

Dear professor,

The independent Ethics Committee for the Social Sciences and Humanities (EASHW), installed by the Executive Board of the UAntwerp (03.07.2012) formulates a 'final positive clearance' with regard to your project **"Leaving no one behind: bridge the gap between vulnerable populations and the primary healthcare system through 'reverse innovation'"** (Fonds Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen SBO, PeopleSoft ID Antigoon: 46294).

In its decision making process, the EASHW is guided by the Royal Decree implementing the Act of 30 July 2018 on the protection of privacy in relation to the processing of personal data; the Royal Decree of May 7, 2004 regarding experiments on the human person; the General Data Protection Regulation; the EU-"Guidance Note for Researchers and Evaluators of Social Sciences and Humanities Research"; the deontological code for the researcher (Annex ZAP-statues UAntwerp), and the vademecum of the Belgian Privacy Commission on scientific research and privacy.

Kind regards,



Professor Charlotte De Backer

Chair Ethics Committee for the

Social Sciences and Humanities