



| KENNISVRAAG

***Clïentondersteuning in de
curatieve zorg***

Is gerichte aandacht nodig?

Clïentondersteuning in de curatieve zorg

Is gerichte aandacht nodig?

Laxsini Murugesu
Monique Heijmans
Jany Rademakers



ISBN: 978-94-6122-488-0

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telephone +31 30 2 729 700

Fax +31 30 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1	Inleiding	7
2	<i>Quickscan</i> naar vormen van cliëntondersteuning in de curatieve zorg	15
3	Inzichten uit interviews en selectie van <i>best practices</i>	33
4	Conclusies en aanbevelingen	53
Appendix A	Methode literatuursearch	58
Appendix B	Overzicht buitenlandse literatuur	61

Beleidssamenvatting

Het Ministerie van VWS (Directie Patiënt en Zorgordening) heeft het Nivel gevraagd in kaart te brengen hoe het gesteld is met de cliëntondersteuning in de curatieve zorg in Nederland, of er zogenaamde *best practices* zijn in gemeenten waar andere gemeenten door geïnspireerd kunnen worden en of er voorbeelden zijn van effectieve cliëntondersteuning in het buitenland die mogelijk ook in de Nederlandse context gebruikt zouden kunnen worden.

Wat is cliëntondersteuning?

In artikel 1.1.1 van de Wmo 2015 wordt cliëntondersteuning als volgt gedefinieerd: *‘Onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.’*

Cliëntondersteuning in de curatieve zorg blijkt over het geheel genomen geen aandachtspunt bij gemeenten. Wel wordt erkend dat er kwetsbare groepen burgers zijn die ondersteuning nodig hebben in contact met de curatieve zorg. Daarbij gaat het onder meer om mensen met lage gezondheidsvaardigheden, migranten die de Nederlandse taal niet spreken, mensen met lichamelijke of psychische stoornissen en met een complexe zorgvraag. Vragen vanuit deze groepen voor ondersteuning op het gebied van curatieve zorg komen echter zelden rechtstreeks bij de gemeente binnen. Ook melden mensen zichzelf zelden spontaan bij cliëntondersteuners van bijvoorbeeld MEE met een gerichte vraag rond curatieve zorg.

Onafhankelijk cliëntondersteuning op het gebied van curatieve zorg wordt niet structureel of automatisch aangeboden vanuit gemeenten. Patiënten en cliënten worden niet op de mogelijkheid gewezen, ook niet bij kwetsbare groepen. Mede daardoor bestaat er weinig inzicht in de omvang van het probleem en de behoefte aan aparte cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Deze potentiële behoefte zou verder verkend moeten worden.

Vier gemeenten deelden met ons hun inzichten op het gebied van cliëntondersteuning in de curatieve zorg en fungeerden als *best practice*. Opvallend is dat een aantal van deze gemeenten zélf zich weinig konden voorstellen bij cliëntondersteuning in de curatieve zorg en frequente hulpvragen op dat gebied binnen de eigen gemeente ook niet echt herkenden. Het is duidelijk dat ook in deze

gemeenten geen actief beleid op cliëntondersteuning in de curatieve zorg gevoerd werd. Wel werden initiatieven die er in de curatieve zorg op dit gebied waren vanuit de gemeente ondersteund. Er werd opgemerkt dat er van oudsher al veel verschillende activiteiten en initiatieven op dit gebied bestaan (maatjesprojecten, vrijwilligers in ziekenhuizen etc.). In het algemeen werd intensieve samenwerking met de eerstelijnszorg als belangrijk element bestempeld. Omdat juist voor kwetsbare groepen de stap naar de gemeente te groot kan zijn werd benadrukt dat de toegang tot de cliëntondersteuning dichtbij de mensen georganiseerd moet worden, bijvoorbeeld in de wijk (bijvoorbeeld met laagdrempelige servicepunten) of via de huisarts. Daarbij werd benadrukt dat de ondersteuning zo kortdurend mogelijk moet zijn. Doel is dat mensen zélf uiteindelijk de regie over hun eigen leven en zorg voeren. De term 'regieondersteuning' wordt door meerdere personen ook als passender ervaren dan cliëntondersteuning.

De internationale literatuur laat verschillende positieve uitkomsten zien van cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Niet alleen draagt cliëntondersteuning bij aan betere gezondheidsuitkomsten en een hogere tevredenheid met zorg, ook lijkt het bij te dragen aan een efficiënter en daardoor meer kosteneffectief zorggebruik, al zijn studies hiernaar schaars. Kwetsbare of moeilijk bereikbare groepen, zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of mensen met een migratieachtergrond hadden het meeste profijt van de interventies. Bovendien laten studies zien dat kwetsbare cliënten zich meer betrokken voelen bij de eigen zorg wanneer zij in contact komen met een cliëntondersteuner, en dat hun kennis en therapietrouw verbetert.

Elementen die bijdragen aan de effectiviteit van de interventies zijn flexibiliteit en voldoende tijd voor cliënten, onderling respect en vertrouwen, samenwerking van cliëntondersteuners met professionele zorgverleners, het betrekken van cliënten bij de ontwikkeling en het vormgeven van cliëntondersteuning, het betrekken van cliëntondersteuners met ervaring tot de betreffende zorgvraag en cliëntondersteuners met een zelfde achtergrond als de cliënt.

De resultaten van ons onderzoek zijn besproken in een *invitational conference* die in februari 2018 heeft plaatsgevonden. Op basis van onze onderzoeksresultaten en van de discussie die daar heeft plaatsgevonden hebben we een aantal aanbevelingen geformuleerd:

- a. Er moet meer duidelijkheid komen wie de verantwoordelijkheid heeft voor de organisatie van cliëntondersteuning in de curatieve zorg.
- b. Er moet ook een goede definiëring komen wat er allemaal precies onder cliëntondersteuning in de curatieve zorg verstaan wordt, en hoe deze

georganiseerde vorm van ondersteuning zich verhoudt tot reeds bestaande initiatieven (bijvoorbeeld vrijwilligers in ziekenhuizen) en het eigen sociale netwerk van een patiënt.

- c. De bekendheid met bestaande vormen van cliëntondersteuning in de curatieve zorg moet verder vergroot worden, zowel bij zorgverleners als bij de doelgroep. Op dit moment is nog onduidelijk hoe groot de vraag is, en naar wat voor soort ondersteuning. Dit zou nader onderzocht moeten worden bij patiënten en cliënten.
- d. Er moet meer duidelijkheid komen over wie de doelgroep van cliëntondersteuning is.
- e. Een combinatie van professionele en niet-professionele cliëntondersteuners lijkt het meest waardevol.
- f. Tenslotte is het van belang om een interventie of ondersteuningsmethode te evalueren. Het is belangrijk de meerwaarde van de cliëntondersteuning als aanvulling op de reguliere zorg duidelijker in beeld te brengen.

Samenvattend kunnen we de vraag uit de titel: “Cliëntondersteuning in de curatieve zorg; Is gerichte aandacht nodig?” bevestigend beantwoorden. Er lijkt ook in Nederland een behoefte aan ondersteuning bij bepaalde doelgroepen. De vorm van de ondersteuning, de bekendheid daarmee en de onderlinge afstemming tussen de gemeente en de zorgsector verdienen nog gerichte aandacht. Goed onderzoek naar de behoefte aan en naar de effectiviteit van cliëntondersteuning in de curatieve zorg is nog nodig. Dit geldt ook voor het betrekken van de beoogde cliënten bij het ontwikkelen van passend aanbod.

1 Inleiding

In de afgelopen jaren zijn verschillende taken van de Rijksoverheid gedecentraliseerd naar gemeenten. Zo zijn gemeenten sinds 2015 onder meer verantwoordelijk voor de zorg aan en ondersteuning van langdurig zieken, ouderen en andere burgers die daar behoefte aan hebben. Deze verantwoordelijkheden staan geformuleerd in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Eén manier om de zorg en ondersteuning te organiseren is het aanbieden van onafhankelijke cliëntondersteuning. In zowel de Wmo als Wlz heeft onafhankelijke cliëntondersteuning een belangrijke rol gekregen als middel om de zelfstandige positie van cliënten te bevorderen. In de brief van de Staatssecretaris van VWS van 22 juni 2017¹ wordt hierover het volgende gezegd:

Mensen die in een positie verkeren waarin volwaardig meedoen aan de samenleving niet (meer) vanzelf gaat, worden niet alleen geconfronteerd met deze beperking, maar ook met regelgeving en/of meerdere organisaties die zorg en ondersteuning (kunnen) bieden. Hoe goed we de zorg en ondersteuning ook organiseren, er zullen altijd mensen zijn die hierbij drempels ervaren. Dat geldt ook voor naasten, zoals mantelzorgers of ouders van kinderen met een beperking. Wat dan helpt, is een cliëntondersteuner die los van de opdrachtgever en los van het zorg- en ondersteuningsaanbod aan de kant van de cliënt – of degenen die voor de cliënt zorgen – staat en deze helpt met vraagverheldering, informatie en advies, bemiddeling en toeleiding naar passende zorg en ondersteuning.

1.1 Wettelijk kader van cliëntondersteuning

Cliëntondersteuning bestaat uit informatie, advies en korte ondersteuning die inwoners helpt zo zelfredzaam mogelijk te zijn en de daarvoor benodigde zorg en ondersteuning te vinden en te krijgen.

Volgens de Wmo zijn gemeenten verplicht om cliëntondersteuning goed te regelen. De wet benadrukt daarbij met name de onafhankelijkheid, de toegankelijkheid, het integrale karakter van cliëntondersteuning en de vindbaarheid en beschikbaarheid van cliëntondersteuning voor de burger (zie kader 'Wat zegt de wet?')

¹ Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2017 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 29 538, nr. 244); [Brede voortgang onafhankelijke cliëntondersteuning Wmo-Wlz.pdf](#)

Wat zegt de wet?

In artikel 1.1.1 van de Wmo 2015 wordt cliëntondersteuning als volgt gedefinieerd: *‘Onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.’*

Daarmee is in één wet de cliëntondersteuning voor het gehele sociale domein (dus ook voor de Jeugdwet en de Participatiewet) én andere levensgebieden zoals schuldhulpverlening, onderwijs, gezondheidszorg, wonen, werk en inkomen geregeld. De Wmo regelt de cliëntondersteuning bij de toeleiding tot de poort van de Wlz (CIZ, zorgkantoor). Vanaf het moment dat een Wlz indicatie is afgegeven, wordt de cliëntondersteuning vanuit de Wlz geregeld. In de Wlz staat cliëntondersteuning vervolgens als volgt beschreven *‘Onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden’*

In de Memorie van toelichting (MvT) van de Wmo staat dat gemeenten zorg dienen te dragen dat advies, informatie en (kortdurende) ondersteuning voor al haar bewoners beschikbaar en toegankelijk is. Dat deze onafhankelijk en integraal is en dat de gemeente ervoor zorg draagt dat bij de cliëntondersteuning het belang van de inwoner het enige uitgangspunt is. Verder stelt de MvT dat cliëntondersteuning een algemene voorziening is, en kosteloos voor de inwoner. Cliëntondersteuning is ook beschikbaar voor aanvragers van een persoonsgebonden budget (PGB) en voor het ontlasten van mantelzorgers. Gemeenten hebben tot slot de verantwoordelijkheid om adequaat te communiceren over de gekozen organisatie en het aanbod hierin.

Bron: VNG. *Handreiking onafhankelijke cliënt ondersteuning, 2017.*²

Belang van cliëntondersteuning

Gemeenten proberen sinds de invoering van de Wmo en Wlz de zorg zo goed mogelijk te regelen, bijvoorbeeld via het Wmo-loket en de sociale wijkteams. Ook daar is het belangrijk dat zorg goed toegankelijk is, probeert de gemeente mee te denken met de zorgvraag van de patiënt en wordt zorg en ondersteuning zoveel

² VNG. *Handreiking onafhankelijke cliëntondersteuning*. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2017.

mogelijk aangeboden, passend bij de individuele behoefte van de zorgvrager. Waarom is aparte cliëntondersteuning dan toch belangrijk? Voor sommige hulpvragers en bij sommige hulpvragen kan cliëntondersteuning laagdrempeliger en toegankelijker zijn dan het gemeentelijke loket. Zoals de VNG ook aangeeft in haar handreiking ‘Onafhankelijke cliëntondersteuning’² is de stap naar de gemeente voor burgers soms te groot of wil men zich eerst goed voorbereiden. Soms ook kunnen mensen hun hulpvraag moeilijk verwoorden of kunnen geen wegwijs worden in het aanbod van zorg- en ondersteuning. In dit soort gevallen kan cliëntondersteuning helpen om de hulpvraag duidelijker te formuleren en bij het helpen vinden van de juiste zorg. Omdat een cliëntondersteuner verder van de gemeente af staat en onafhankelijk moet zijn kan het een veilige en betrouwbare bron van hulp zijn voor mensen met een hulpvraag.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) onderscheidt in haar inspiratiedocument drie lagen in de cliëntondersteuning³:

1. *Cliëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.* Het gaat hierbij om ambities, wensen en levensvragen van mensen die geconfronteerd worden met beperkingen (of die van hun kind) en die een plek moeten leren geven in hun leven.
2. *Cliëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.* Het gaat hierbij om ondersteuning bij het maken van keuzes en het formuleren van vragen. Dat betekent dat een onafhankelijke cliëntondersteuner altijd aanwezig moet kunnen zijn bij het gesprek in die ‘toegang’.
3. *Cliëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.* Het gaat hierbij om ondersteuning bij heronderzoeken, veranderingen in de situatie of bij het opstellen van een zorg- of ondersteuningsplan met een aanbieder.

In dit soort situaties kan cliëntondersteuning een aanvulling zijn op de gemeentelijke dienstverlening.

1.2 Stand van zaken cliëntondersteuning in Nederland

Sinds 2014 zijn gemeenten bezig om onafhankelijke cliëntondersteuning als gedefinieerd in de wet vorm te geven. Al voordat de nieuwe Wmo van kracht ging, is de VNG begonnen met een aantal activiteiten om gemeenten op weg te helpen met

³ Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). Inspiratierapport Cliëntenondersteuning, Den Haag, 2015; <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20150609-inspiratiedocument-clientondersteuning.pdf>

de nieuwe invulling van cliëntondersteuning. Onder leiding van Janny Bakker, wethouder van Huizen en de voorzitter van de VNG commissie Gezondheid en Welzijn, is in 2014 een inspiratiedocument opgesteld.³ Daarnaast is in samenwerking met cliëntorganisaties een zelftest ontwikkeld, waarmee gemeenten kunnen toetsen of hun aanpak van cliëntondersteuning voldoet aan de eisen van de wet.⁴

Ondanks deze inspanningen bleef er echter nog veel te verbeteren aan cliëntondersteuning binnen gemeenten, zo bleek uit een inventariserend onderzoek onder 29 gemeenten, uitgevoerd door Movisie en de VNG in 2016.⁵ Met name het bieden van onafhankelijke, levensbrede ondersteuning zoals gedefinieerd in de Wmo, bleek voor veel gemeenten een uitdaging. Daarnaast bleek dat ook op het gebied van bekendheid en toegankelijkheid van cliëntondersteuning nog veel verbetering mogelijk is.

In 2016 werd in een ander onderzoek van Movisie in samenwerking met Vilans en in opdracht van het Sociaal Cultureel Planbureau de onafhankelijke cliëntondersteuning verder geëvalueerd.⁶ Het onderzoek liet zien dat er nog veel onduidelijkheid is over de invulling van de functie cliëntondersteuner en dat ondersteuners zelf behoeften hebben aan duidelijkheid over wat nu hun kerntaken zijn. Ook het verschil tussen een vrijwillige (informele) en een beroepsmatige (professionele) ondersteuner en hoe hun taken zich tot elkaar verhouden zou duidelijker beschreven kunnen worden, aldus de onderzoekers. Verder bleef ook in deze studie de onafhankelijkheid een aandachtspunt en werd geconstateerd dat de bekendheid met de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning nog gering is.

De Staatssecretaris van VWS ging in de eerder genoemde kamerbrief¹ in op beide onderzoeken en constateerde de volgende vijf knelpunten, de eerste drie vanuit het perspectief van de cliënt, de laatste twee vanuit het perspectief van de professional:

1. De bekendheid met het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning is nog onvoldoende waardoor kansen blijven liggen.
2. De herkenbaarheid (en daarmee de vindbaarheid) van de functie kan lastig zijn omdat er zo'n grote variëteit in cliëntondersteuning is.
3. Er moet continuïteit zijn bij de overgang van Wmo 2015 naar Wlz. Nu hebben mensen soms te maken met twee cliëntondersteuners omdat de inkoop door twee partijen gebeurt (gemeenten resp. zorgkantoren).

⁴ Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Zelftest cliëntondersteuning voor gemeenten. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2015.

⁵ Van Bergen A, Konijn E. Onafhankelijke cliëntondersteuning; Een inventarisatie van verschijningsvormen in 29 gemeenten. Movisie/VNG, 2016.

⁶ Van Bergen A, Van der Maat J, Hurkmans M. Onafhankelijke cliëntondersteuning; Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners. Utrecht: Movisie/Vilans, 2016.

4. De gemeentelijke kaders voor cliëntondersteuning dienen duidelijker te worden, met name waar het gaat om de afbakening tussen professionele en vrijwillige ondersteuners en de kerntaken van cliëntondersteuners.
5. De kwaliteit en onafhankelijkheid van de cliëntondersteuner dient verder versterkt te worden.

Met de betrokken partijen worden acties op deze punten ondernomen. Daarbij staat de verbetering van de uitvoeringspraktijk en de brede ontwikkeling van de functie cliëntondersteuner centraal.

Begin 2017 is naar aanleiding van het onderzoek van Movisie, door VNG, Movisie en ambtenaren van gemeente Huizen een handreiking onafhankelijke cliëntondersteuning uitgebracht.² In deze handreiking zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd om cliëntondersteuning in gemeenten verder te helpen en die aansluiten bij de genoemde knelpunten door de Staatsecretaris:

- het zichtbaar maken (verzamelen en verspreiden) van goede lokale praktijken, zowel qua beleid (voorbeelden van goed uitgewerkte beleidsnota's) als qua uitvoering;
- uitwisseling van ervaringsverhalen, maar ook (wetenschappelijk) onderzoek naar de opbrengsten van cliëntondersteuning en werkzame bestanddelen daarvoor;
- ontwikkeling (voor zover nog niet aanwezig) en implementatie van beroepsprofielen en -codes;
- een geschikt en beschikbaar aanbod aan deskundigheidsbevordering;
- een voortdurende, op leren en ontwikkelen gerichte, lokale uitwisseling tussen gemeentelijke functionarissen (beleid en toegang), aanbieders cliëntondersteuning en cliënten(vertegenwoordigers).

De handreiking bevat praktische handvatten en praktijkvoorbeelden voor gemeentelijk beleid om met bovenstaande aanbevelingen aan de slag te gaan.

In 2017 is tevens het project 'Koplopers cliëntondersteuning' van start gegaan. Dit project is een initiatief van de VNG, Ieder(in) en de Koepel Adviesraden Sociaal Domein, met financiering door het ministerie van VWS. In dit project zijn 14 gemeenten geselecteerd die cliëntondersteuning hoog op de agenda hebben staan, burgers betrekken bij de ontwikkeling van cliëntondersteuning en innovatief zijn. De 14 koplopergemeenten gaan aan de slag met het informeren en inspireren van andere gemeenten in hun regio op het gebied van onafhankelijke cliëntondersteuning. Hiervoor ontvangen de gemeenten een inspiratiegids, waarmee zij uitwisseling met andere gemeenten tot stand kunnen brengen.⁷

⁷ Movisie. Inspiratiegids cliëntondersteuning voor gemeenten. 11 werkvormen om regionaal samen te werken. oktober, Utrecht: Movisie, 2017.

1.3 Cliëntondersteuning in de curatieve zorg

Hoewel in het wettelijk kader het domein ‘zorg’ nadrukkelijk genoemd wordt, lijkt de focus van cliëntondersteuning binnen de zorg vooral op het sociaal domein en thuiszorgvoorzieningen te liggen, en minder (ook) op cliëntondersteuning in de *curatieve zorg*. Met curatieve zorg bedoelen we de zorg die zich richt op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. De zorg wordt geleverd door ziekenhuizen en huisartsen, maar ook door onder andere praktijkondersteuners (bijvoorbeeld POH-GGZ), paramedici, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen.

De vraag is in hoeverre deze focus terecht is en of aandacht voor de ondersteuning in de curatieve zorg niet meer aandacht behoeft. Ook binnen de curatieve zorg zal niet elke burger zelf in staat zijn om in het contact met een zorgverlener de gegeven informatie te begrijpen of de weg te vinden in het aanbod van zorg. In Nederland is ongeveer 2,5 miljoen burgers (16+) laaggeletterd. Drie op de tien Nederlanders heeft moeite met het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie.^{8,9} Ook ontbreekt het patiënten vaak aan vaardigheden om goed te communiceren met de zorgverlener en bijvoorbeeld samen te beslissen over een behandelkeuze. Verder laat onderzoek zien dat één op de twee Nederlanders moeite heeft met een actieve patiëntenrol die meer en meer van burgers verwacht wordt.¹⁰ Kunnen lezen en schrijven, in staat zijn om informatie te kunnen vinden, begrijpen en toe te passen en het hebben van voldoende bagage om een actieve patiëntenrol te kunnen vervullen worden ook wel aangeduid als gezondheidsvaardigheden.¹¹ Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite om informatie van de arts of verpleegkundige te begrijpen en om zelf regie over hun gezondheid en leefsituatie te nemen. Daardoor gaat er ook vaker iets mis in hun zorgproces, met negatieve gevolgen voor hun gezondheid en maatschappelijk functioneren. Ook zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak minder tevreden over de zorg die zij hebben gekregen, met name over de onderdelen informatievoorziening en communicatie.⁷ Voor deze groep lijkt cliëntondersteuning

⁸ Algemene Rekenkamer. Aanpak van Laageletterdheid. Den Haag, 2016.

⁹ Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, on behalf of the HLS-EU consortium. Comparative report on health literacy in eight EU member states (The European Health literacy Project HLS-EU 2009-2012). Wien, 2012.

¹⁰ Nijman J, Hendriks M, Brabers A, Jong J de, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2014; 19(8): 955-969.

¹¹ Rademakers J. Kennissynthese: Gezondheidsvaardigheden; niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: NIVEL, 2014.

bij uitstek opportuun. In het beleid en de uitvoeringspraktijk van gemeenten zou hier wellicht ook aandacht voor moeten zijn.

Voor de Tweede Kamerleden Bruins Slot en Bouwmeester was bovenstaande observatie over de aanwezigheid van beperkte gezondheidsvaardigheden onder een groot deel van de Nederlandse bevolking aanleiding voor het indienen van een motie over onafhankelijke cliëntondersteuning in de curatieve zorg (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 45, d.d. 10 november 2016). De inhoud van de motie luidde als volgt:

'De Kamer, gehoord de beraadslaging,

overwegende dat bijna een op de drie Nederlanders moeite heeft om de zorg voor de eigen gezondheid te begrijpen en te organiseren;

overwegende dat veel patiënten ondersteuning kunnen gebruiken bij de voorbereiding op een consult met een arts, het begrijpen van de informatie die de arts geeft tijdens een consult, en het organiseren van de zorg in het vervolg op een consult;

overwegende dat er in de Wet maatschappelijke ondersteuning sprake is van onafhankelijke cliëntondersteuning;

verzoekt de regering, in lijn met de onafhankelijke cliëntondersteuning zoals die in de Wmo georganiseerd is, met patiëntenorganisaties in overleg te gaan over hoe dit ook in de curatieve zorg kan worden ingevoerd.'

1.4 Kennisvraag Cliëntondersteuning in de curatieve zorg

Mede als gevolg van deze motie is door het Ministerie van VWS (Directie Patiënt en Zorgordening) aan het Nivel gevraagd in kaart te brengen hoe het gesteld is met de cliëntondersteuning in de curatieve zorg in Nederland, of er zogenaamde *best practices* zijn in gemeenten waar andere gemeenten door geïnspireerd kunnen worden en of er voorbeelden zijn van effectieve cliëntondersteuning in het buitenland die mogelijk ook in de Nederlandse context gebruikt zouden kunnen worden.

Ter beantwoording van deze vragen hebben we een aantal activiteiten ontwikkeld:

- 1 *Literatuurstudie.* In onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten is nagegaan wat er al bekend is over cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Voor Nederland zijn daarvoor met name beleidsdocumenten en resultaten van Nederlands

onderzoek bestudeerd die verwerkt zijn in dit hoofdstuk. Voor het buitenland is een *Quickscan* van de literatuur naar cliëntondersteuning in de curatieve sector uitgevoerd waarbij met name gelet is of er iets bekend is over de effectiviteit en werkzame bestanddelen van cliëntondersteuning.

- 2 *Interviews*. Er zijn interviews gehouden met organisaties in Nederland die betrokken zijn bij cliëntondersteuning. Aan hen is gevraagd in hoeverre cliëntondersteuning in de curatieve zorg in Nederland plaats vindt, op welke manier en door wie het gegeven wordt en op welke doelgroepen deze ondersteuning gericht is. Daarnaast werd gevraagd of men goede voorbeelden kent die kunnen dienen ter inspiratie voor verdere invulling van cliëntondersteuning in de curatieve zorg (best practices).
- 3 *Inventarisatie 'Best practices'*. Op basis van gesprekken met een drietal gemeenten zijn best practices van cliëntondersteuning in de curatieve zorg in kaart gebracht.¹²
- 4 *Invitational conference*. Met beleidsmakers uit gemeenten, cliëntondersteuners en organisaties die cliëntondersteuning aanbieden, zorgaanbieders en vertegenwoordigers van patiënten/cliënten(organisaties) zijn de inzichten uit het onderzoek getoetst en zijn gezamenlijk aanbevelingen geformuleerd.

Deze kennisvraag richt zich zowel op professionele als vrijwillige cliëntondersteuning, mits die in een professioneel kader (gemeente, (zorg)organisatie, stichting/vereniging) is vormgegeven. Het gaat dus niet om mantelzorg of andersoortige ondersteuning die door individuen of het eigen netwerk wordt gegeven bij een hulpvraag.

In hoofdstuk 2 worden de resultaten van de studie naar internationale literatuur beschreven. In hoofdstuk 3 doen we verslag van de interviews en geven we enkele voorbeelden van *best practices* die daarin naar voren kwamen. In hoofdstuk 4 worden de conclusies en aanbevelingen voor cliëntondersteuning in de curatieve zorg op basis van het onderzoek en de invitational conference weergegeven.

¹² De bedoeling was aanvankelijk om vijf goede voorbeelden te schetsen aan de hand van interviews en desk research. Uiteindelijk zijn in totaal vier interviews gehouden in gemeenten waar daadwerkelijk voorbeelden waren van cliëntondersteuning in de curatieve zorg (Den Haag, Rotterdam, Lelystad, Soest).

2 Quickscan naar vormen van cliëntondersteuning in de curatieve zorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt omschreven hoe cliëntondersteuning wordt vormgegeven op basis van de bevindingen in buitenlands onderzoek. We hebben ons daarbij specifiek op cliëntondersteuning in de curatieve zorg gericht. Onder curatieve zorg verstaan we de zorg die zich richt op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke en psychische aandoeningen.

Cliëntondersteuning hebben we geoperationaliseerd volgens de definitie van de WHO van *community health worker*. Een *community health worker* in de Engelstalige literatuur lijkt een overkoepelende term voor wat in het Nederlands aangeduid wordt met ‘cliëntondersteuner’:

*“Community health workers should be members of the communities where they work, should be selected by the communities, should be answerable to the communities for their activities, should be supported by the health system but not necessarily a part of its organization, and have shorter training than professional workers.”*¹³

De volgende vragen stonden in het literatuuronderzoek centraal:

- Welke doelstellingen van cliëntondersteuning in de curatieve zorg worden beschreven?
- Hoe wordt cliëntondersteuning in de curatieve praktijk vorm gegeven?
- Op welke doelgroepen is de cliëntondersteuning gericht?
- Wat zijn kenmerken van cliëntondersteuners binnen de curatieve zorg?
- Hoe wordt effectiviteit van cliëntondersteuning gemeten?
- Wat is er daadwerkelijk bekend over de effectiviteit van cliëntondersteuning in de curatieve zorg?

¹³ Organization WH. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO Study Group [meeting held in Geneva from 2 to 9 December 1987]. 1989.

2.2 Omschrijving van geïncludeerde studies

In totaal werden 20 systematische reviews bekeken. Een overzicht van deze studies staat weergegeven in tabel 2.1.¹⁴ Een beschrijving van de methode en zoekstrategie is te vinden in Appendix A. Bijna alle systematische reviews hadden betrekking op interventiestudies waarin de effecten van cliëntondersteuning onderzocht werden, bijvoorbeeld door ze te vergelijken met reguliere zorg. Het ging daarbij om initiatieven van cliëntondersteuning die in het kader van onderzoek waren opgezet en onderzocht en veelal nog niet structureel ingebed waren in de reguliere zorg. De meeste studies binnen de reviews werden uitgevoerd in de Verenigde Staten (VS), maar ook in Australië, Canada, Verenigd Koninkrijk (VK), Ierland, Spanje en Nederland. De duur van de interventies die in de studies beschreven werden varieerde van 3 weken tot 4 jaar. De doelgroep bestond met name uit kwetsbare populaties, gedefinieerd als ‘kwetsbaar voor’ of ‘vatbaar voor’ een verwonding of ziekte, waaronder mensen met een laag sociaal economische status (SES), niet-verzekerden, mensen met een migratieachtergrond, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of ouderen (Kim et al., 2016; Sokol en Fisher, 2016). In tegenstelling tot de cliëntondersteuning in Nederland richtten de interventies zich vaak op specifieke patiëntengroepen, zoals patiënten met multiborbiditeit, (pre-)diabetes (Perry et al., 2014; Quinones et al., 2015; Shah et al., 2013; Little et al., 2014; Najafizada et al., 2015), een psychische aandoening (Pockett et al., 2015; Valaitis et al., 2017; Corrigan et al., 2014), cardiovasculaire aandoening (Perry et al., 2014; Laucker en Hutchinson, 2016), beroerte, HIV (Perry et al., 2014; Okeke et al., 2014; Salam et al., 2014) of astma, maar ook op patiënten die een risico lopen op chronische ziekten of kanker (Jack et al., 2017; Roland et al., 2017).

¹⁴ De volledige lijst met referenties van de geïncludeerde studies is toegevoegd in Appendix B.

Tabel 2.1 Overzicht systematische reviews

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Malcarney et al., 2017 [16] (VS; niet bekend)	Zorgprofessional ondersteunen bij gebrek aan tijd, gemis culturele affiniteit of een relatie met de gemeenschap	Gezondheidseducatie; patiënten motiveren om actief deel te nemen aan hun zorg; hulp bij zorgcoördinatie; empowerment	Kwetsbare groepen	<i>Community health workers</i>	Niet gerapporteerd	Omschrijving van plaats, instellingen, financiering, competenties en dienstverband (effectiviteit niet van toepassing)
Okeke et al., 2014 [12] (VS; 51 studies)	Relatie met de gezondheidszorg en zorgbetrokkenheid bij HIV patiënten verbeteren	Counseling; motiverende interviews; hulp bij navigeren; transport coördineren naar zorginstelling	HIV patiënten	<i>Peer navigators en paraprofessionals</i> (getraind om zorgprofessional te ondersteunen)	Varieert tussen 90 dagen en 12 maanden	Verbeterd zorgbetrokkenheid, afspraken werden gemaakt en nagekomen, verbeterd therapietrouw
Perry et al., 2014 [3] (VS; niet bekend)	Zorg toegankelijk maken voor kwetsbare groepen (<i>outreach</i>); belangenbehartiging	Toegang bevorderen; ondersteunen van professionals in de eerstelijnszorg	Mensen met een laag inkomen; mensen met een migratie-achtergrond	<i>Community health workers</i>	Niet gerapporteerd	Verbeterd hypertensie- en diabetescontrole, vermindert cardiovasculair risico, verbeterd therapietrouw, vermindert mogelijk virale belasting en verhoogt mogelijk CD4-gehalte

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Pockett et al., 2015 [8] (Australië, Canada, Ierland, Nederland, VK, VS; 25 studies)	Tijdig verwijzen naar psychosociale hulpverlening en maatschappelijk werk	*Psychosociale interventies; emotionele en sociale ondersteuning; informatieverschaffing; doorverwijzing; hulp bij navigeren *interventies waren ter aanvulling op de medische behandeling	Kankerpatiënten met name met een migratieachtergrond of lage SES	Maatschappelijk werkers <i>Patiënt navigators</i> begeleid door maatschappelijk werkers Getrainde <i>peer mentors</i> (ex-kankerpatiënten)	Gedurende de behandeling	Kwaliteit van leven was verbeterd, mits de interventie voor een periode van 12 weken werd aangehouden en de relatie tussen patiënt en arts goed is. Psychologische stressniveau door trauma: het aantal consulten met maatschappelijk werkers en psychologen was verminderd maar de afspraken werden uitgesteld.
Quiñones et al., 2015 [4] (VS; niet bekend)	Gezondheidsverschillen verminderen	Hulp bij patiëntinteracties met de gezondheidszorg; gezondheidseducatie	Veteranen	<i>Community health workers, peer health educators, peer mentors,</i> verpleegkundig zorgmanager	Niet gerapporteerd	Afro-Amerikaanse veteranen gekoppeld aan een <i>peer mentor</i> hadden een verbeterde glucoseregulatie en diabetescontrole vergeleken met de gebruikelijke zorg.

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Ranaghan et al., 2015 [17] (VS, Canada; 4 studies)	Kwalitatieve zorg op een cultureel gevoelige manier mogelijk maken	Hulp bij vertalen; coördinatie van zorg; toegang tot de zorg bevorderen	Patiënten die poliklinische ambulante zorg ontvangen	Getrainde <i>patient navigator</i> in ambulante zorginstellingen kan zowel een professional (maatschappelijk werker, verpleegkundige) als vrijwilligers zijn	2 maanden tot 4 jaar	Zorgcoördinatie is verbeterd, verbeterde resultaten van continuïteit van zorg, empowerment en lagere angstniveaus. Sterke correlatie tussen hoge patiënttevredenheidsscores en de aanwezigheid van een <i>patient navigator</i> , met name bij mensen met een migratieachtergrond en patiënten met een laag inkomen
Shommu et al., 2016 [18] (vooral VS, 1 studie uit Canada; 30 studies)	Gezondheidsverschillen verminderen	Cultureel aangepaste educatieve ondersteuning; hulp bij communicatie tussen patiënten en artsen; wegnemen van barrières; verkrijgen van passende gezondheidszorg	Mensen met een migratie-achtergrond	Getrainde (<i>peer navigators</i>) werkzaam in de gezondheidszorg of geselecteerd uit de gemeenschap	3 weken tot 88 maanden	Op 4 studies na verbeterde de uitkomsten gerelateerd aan zelfmanagement bij chronische aandoeningen

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Salam et al., 2014 [13] (VS; 39 studies)	Bewustzijn over HIV/aids risicofactoren; belang van therapietrouw vergroten	Gezondheidseducatie; counselingsessies; huisbezoeken	Populatie die mogelijk een risico loopt op HIV of al met HIV besmet is	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Effectief in het verbeteren van kennis en attitudes
Tan et al., 2015 [19] (VS; 3 studies)	Zorgen voor een veilige en patiëntgerichte zorg binnen een ziekenhuis	Gezondheidseducatie; zorgcoördinatie; hulp bij patiëntinteracties met andere zorgverleners, sociaal en maatschappelijke diensten; sociale ondersteuning	Kankerpatiënten	Zorgverleners of niet-professionals die zijn opgeleid als <i>patiënt navigator</i>	Niet gerapporteerd	Ervaringen van volwassen kankerpatiënten die een <i>patient navigation</i> programma hebben gebruikt (effectiviteit niet van toepassing)

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Valaitis et al., 2017 [9] (vooral VS, maar ook VK, Canada, Australië; 34 studies)	Patiënten in contact brengen met de juiste zorg; meer persoonsgerichte zorg leveren; identificeren en wegnemen van barrières die patiënten ervaren bij hun zorggebruik	<i>Patient navigation</i> programma's binnen de eerstelijnszorg	Diverse kwetsbare groepen in de samenleving (chronisch zieken, ouders van zieke kinderen, slachtoffers van huiselijk geweld, mensen met psychische of verslavingsproblematiek)	Professionele zorgverlener en niet-professionals die getraind zijn voor de rol van cliëntondersteuner of een team van individuen rond een patiënt	Niet gerapporteerd	Positieve effecten voor cliënt op algemene gezondheid en welbevinden, zelfmanagement, tevredenheid met zorg, betere toegang tot zorg, meer zorg op maat. Voor zorgverleners een betere samenwerking onderling, meer kennis en tevredenheid, betere relatie met patiënt. Voor zorgsysteem: efficiënter gebruik van zorg, minder beroep op spoedeisende zorg
Corrigan et al., 2014 [10] (VS; 8 studies)	Verbeteren van toegang tot de psychische zorg voor kwetsbare groepen; leren omgaan met barrières	Praktische en emotionele support voor mensen die verschillende psychiatrische rehabilitatieprogramma's doorlopen	Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening	Getrainde <i>peer navigators</i>	Niet gerapporteerd	Navigators lijken bij te dragen aan het zelfmanagement waardoor gezondheidsuitkomsten verbeteren

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Hale et al., 2017 [20] (VS; 27 studies)	Doelen stellen en zorgmanagement van chronische ziekten	<i>Health coaching</i>	Verzekerden met een chronische aandoening, met name mensen met laag inkomen	Gekwalificeerde <i>health coach</i> en verpleegkundigen	Niet gerapporteerd	Zelfmanagement van chronische ziekten, huidige literatuur toont niet aan dat <i>health coaching</i> leidt tot kostenbesparing
Jack et al., 2016 [14] (VS; 34 studies)	Kwaliteit van de zorg verbeteren, rekening houdend met de kosten	Gezondheidseducatie; management van chronische aandoening	Kwetsbare groepen	<i>Community health worker</i>	2 weken tot 2 jaar	5 van de 12 RCT's tonen vermindering bezoek spoedeisende hulp en ziekenhuisopnames aan
Lauckner et al., 2016 [11] (VS, Australië, Canada; 71 studies)	Sociaal netwerk vergroten; stigma bij mensen met een chronische aandoening verminderen; empowerment verhogen; vaardigheden aanleren	Om stigma te reduceren werd er gebruik gemaakt van telecommunicatie (website, mail- of telefonische contact)	Volwassenen met een chronische aandoening wonende in een platteland omgeving	Getrainde <i>peer leaders</i> met ervaringen in het leven met een chronische aandoening	Niet gerapporteerd	8 van de 9 studies resulteerden in positieve uitkomsten gerelateerd aan waardering van sociale aspecten van het programma, meer beweging en gewichtsafname en verbeterde eigen effectiviteit
Sokol et al., 2016 [2] (VS; 47 studies)	Gezond eetpatroon en therapietrouw aanmoedigen	Emotionele, sociale en praktische ondersteuning	Moeilijk bereikbare groepen	Nonprofessionals	Niet gerapporteerd	Kwetsbare groepen worden beter bereikt

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Roland et al., 2017 [15] (VS; 24 studies)	Gezondheidsverschillen verminderen en gezondheidsuitkomsten gerelateerd aan kanker verbeteren	Sociale ondersteuning; gezondheidseducatie; navigeren binnen gezondheidszorg; belangenbehartiging	Medisch kwetsbare groepen	<i>Community Health Workers en patient navigators</i>	Niet gerapporteerd	Mogelijk verhoogde deelname aan borst-, baarmoederhals- en dikke darmkanker screening
Shah et al., 2013 [5] (VS; niet bekend)	Gezondheidsuitkomsten gerelateerd aan diabetes verbeteren	Gezondheidseducatie; ondersteuning bij zorgcoördinatie; sociale ondersteuning	Mensen met een laag inkomen; mensen met een migratie-achtergrond	<i>Community health worker</i>	6 tot 24 maanden	Kennis over diabetes zelfmanagement, en leefstijl was verbeterd Verbetering in bewegingsactiviteit, dieet en BMI Antropometrische uitkomsten waren niet consistent bij de 12 maanden follow-up
Little et al., 2014 [6] (VS; 12 studies)	Bevorderen van diabetes zelfmanagement	Gezondheidseducatie; ondersteuning bij zelfmanagement; sociale ondersteuning	Latijns-Amerikanen met diabetes type 2	<i>Community Health Worker</i>	1,5 tot 24 maanden	Verbetering werd aangetoond in diabetes kennis, zelf gerapporteerde gezondheid, eigen effectiviteit

Bron (setting; aantal studies binnen review)	Doel	Vorm van ondersteuning	Doelgroep	Cliëntondersteuner	Duur interventie	Effectiviteit en bevindingen
Kim et al., 2016 [1] (VS; 67 studies)	Gezondheidsuitkomsten en gedrag bevorderen	Gezondheidseducatie; counseling; navigeren; hulp bij zelfmanagement; sociale ondersteuning	Kwetsbare groepen met chronische, niet overdraagbare aandoeningen	<i>Community Health Worker</i>	Niet gerapporteerd	Bloeddruk, gewicht en bloedglucose werden verlaagd Kostenbesparing
Najafizada et al., 2015 [7] (Canada, VK, Spanje, Nederlanden Australië; 68 studies)	Brug vormen naar de professionele zorg en sociaal maatschappelijk werk	Hulp bij navigeren; gezondheidseducatie	Kwetsbare groepen	<i>Community Health Worker</i>	Niet gerapporteerd	Positieve gezondheidsuitkomsten (zoals diabetes- en astmamanagement, lagere bloeddruk) effectief gebruik van zorg, vermindert mogelijk gezondheidsverschillen bij kwetsbare groepen Vermindert mogelijk kosten door onjuist gebruik van ambulante zorg

2.3 Doelen en vormen van cliëntondersteuning in de curatieve zorg

In de literatuur worden diverse redenen genoemd om met cliëntondersteuning in de curatieve zorg te starten. De belangrijkste reden voor cliëntondersteuning in westerse landen was om armoede en sociale problemen die in relatie staan tot gezondheid aan te pakken. Cliëntondersteuners vormen in deze landen een brug naar de professionele zorg en sociaal maatschappelijk werk (Najafizada et al., 2015). Ze vormen een aanvulling op de reguliere zorg en kunnen zorgverleners ondersteunen bij complexe zorgvragen of wanneer zij bijvoorbeeld tekort komen aan tijd, maar ook indien zorgverleners specifieke kennis van de cultuur van een cliënt missen (Malcarney et al., 2017). Onderzoek toont aan dat cliëntondersteuning in de curatieve zorg zeer breed is (Sokol en Fisher, 2016). Als aanvulling op de zorg, biedt de cliëntondersteuner sociale en emotionele ondersteuning. Daarnaast bieden cliëntondersteuners ook regelmatig praktische hulp, zoals het maken van afspraken met de juiste zorgverlener, navigeren naar en binnen klinische of maatschappelijke organisaties (Kim et al., 2016; Shah et al., 2013; Little et al., 2014; Corrigan et al., 2014), coördineren van zorg (Shah et al., 2013) en het meegaan naar consulten (Roland et al., 2017). Naast de emotionele, sociale en praktische ondersteuning helpen cliëntondersteuners mee aan het verbeteren van de kennis over bijvoorbeeld ziektebeelden en het identificeren en aanpakken van barrières (Roland et al., 2017), zoals taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden, financiële problematiek, niet bekend zijn met het gezondheidszorgsysteem of culturele en religieuze verschillen (Shommu et al., 2016).

Belangrijke doelen voor cliëntondersteuning in de curatieve zorg op basis van internationale literatuur:

- Verbeteren van de toegankelijkheid tot de zorg.
- Belangenbehartiging van cliënten die daar zelf niet toe in staat zijn door hulp te verlenen aan groepen die een hoog risico lopen op ongelijkheid in de zorg.
- Vergroten van het bewustzijn en kennis over bijvoorbeeld risicofactoren.
- Onder de aandacht brengen van het belang van therapietrouw.
- Helpen navigeren binnen de zorg.
- Sociale en emotionele steun.
- Empowerment, vergroten eigen kracht van cliënt.

2.4 Cliëntondersteuners

Cliëntondersteuners helpen bij gezondheidsgerelateerde vragen van burgers en begeleiden hen door het vaak complex georganiseerde gezondheidssysteem. Het gaat vooral om probleeminventarisatie en helpen navigeren binnen de zorg. In veel landen helpen ze bijvoorbeeld bij problemen die ontstaan door gebrek aan een passende eerstelijnszorg, wat kan leiden tot inadequaat gebruik van duurdere zorg (Najafizada et al., 2015). In de meeste studies worden cliëntondersteuners betaald voor hun werk (Roland et al., 2017). Andere studies omschrijven cliëntondersteuners als vrijwilligers (Kim et al., 2016; Little et al., 2014) die te werk gaan in een setting die laagdrempelig is en voor de cliënt gemakkelijk te bereiken, zoals bij de cliënt thuis, in een kliniek, buurthuis, geloof-gebaseerde organisaties (Kim et al., 2016) of via telefonisch contact (Kim et al., 2016; Sokol en Fisher, 2016; Little et al., 2014). Door de gesprekken met de cliënt in een voor hen vertrouwde omgeving te voeren, voelt de cliënt zich op zijn gemak en zal hij de locatie als neutraal zien.¹⁵

Cliëntondersteuners in de curatieve zorg zijn vaak professionals die onafhankelijk van een zorginstelling opereren (bijvoorbeeld een maatschappelijk werker) (Sokol en Fisher, 2016; Roland et al., 2017), maar ook ervaringsdeskundigen of vrijwilligers die een brug vormen tussen de cliënt (en vaak ook de mantelzorgers) en het zorgsysteem (Shah et al., 2013; Corrigan et al., 2014; Roland et al., 2017). In Nederland worden professionele cliëntondersteuners, formele cliëntondersteuners genoemd. Cliëntondersteuners verlenen zelf geen klinische zorg, maar inventariseren samen met de cliënt de zorgvraag en welke ondersteuning en regelingen daar het beste bij zouden passen en zorgen ook voor toeleiding naar die passende zorg.

Niet-professionele cliëntondersteuners

Niet-professionele cliëntondersteuners kunnen vrijwilligers of ervaringsdeskundigen zijn. Ervaringsdeskundigen hebben ervaringen (gehad) met dezelfde aandoening als de cliënt of kennen iemand met dezelfde aandoening als de cliënt (Lauckner en Hutchinson, 2016; Roland et al., 2017). Naast ziekte specifieke kenmerken delen ze vaak ook de taal, etniciteit of sociaal economische status en soms ook de aandoening met de cliënt met wie zij samenwerken. Doordat ze vaak in dezelfde gemeenschap als de cliënt werken, hebben ze een goed beeld van de gemeenschap en een nauwe en vertrouwde band met de cliënt (Kim et al., 2016; Shah et al., 2013; Little et al., 2014).

¹⁵ Lucke-Wold B, et al. A critical examination of the use of trained health coaches to decrease the metabolic syndrome for participants of a community-based diabetes prevention and management program. *Journal of Healthcare Communications*, 2016; 1(4).

In veel programma's werken ze samen met de cliënten om doelen te stellen en te bereiken (Sokol en Fisher, 2016). Het doel van de interventie bepaalt mede de criteria die een organisatie of onderzoeksteam aan de cliëntondersteuner stelt. Bij interventies die zich richtten op aandoeningen die alleen bij vrouwen voorkomen, werden bijvoorbeeld alleen vrouwen als cliëntondersteuner geïnccludeerd (Kim et al., 2016; Little et al., 2014). Bij een interventie waarbij taal een rol speelde, was het van belang dat de cliëntondersteuner tweetalig was om zo ook de taal van – in dit geval – niet Engelstaligen te spreken (Kim et al., 2016).

Professionele cliëntondersteuners

Professionele cliëntondersteuners kunnen zorgverleners zijn die getraind zijn voor de rol van cliëntondersteuner. Daarnaast kunnen het ook leden uit de gemeenschap zijn die onder begeleiding van en/of in samenspraak met een zorgverlener, onderzoeksmedewerker of een senior maatschappelijk werker te werk gaan (Kim et al., 2016; Shah et al., 2013; Corrigan et al., 2014). Cliëntondersteuners in de curatieve zorg zijn vaak niet-klinische professionals (zoals een maatschappelijk werker), dat wil zeggen dat zij zelf geen klinische zorg leveren (Shah et al., 2013). In de VS wordt het aantal cliëntondersteuners bijgehouden door de *Federal labor policy*, waarbij sommige staten een formele training en standaarden hebben waar cliëntondersteuners aan dienen te voldoen.¹⁶

Net zoals in Nederland volgen cliëntondersteuners om de zorgvraag van cliënten te kunnen beantwoorden vaak een training. In de geïnccludeerde studies wordt het gefaciliteerd door het onderzoeksteam, zorginstelling of de organisatie dat cliëntondersteuning biedt en hebben ze minimaal een middelbare schooldiploma (Shah et al., 2013; Lauckner en Hutchinson, 2016). In Nederland geldt de eis om minimaal een HBO diploma te hebben. De cliëntondersteuners worden bijvoorbeeld getraind om een eHealth applicatie of website te gebruiken, gezondheidsinformatie te geven over het omgaan met bepaalde aandoeningen en informatie te geven over lokale faciliteiten. In andere programma's worden cliëntondersteuners getraind om participanten te motiveren om zelf problemen op te lossen en hoe als cliëntondersteuner non-directief te zijn (Lauckner en Hutchinson, 2016). Sommige cliëntondersteuners hebben al ervaring opgedaan in de gezondheidszorg (Roland et al., 2017) of hebben ervaring opgedaan met dezelfde gemeenschap waardoor een training niet nodig is (Kim et al., 2016; Shah et al., 2013; Little et al., 2014; Roland et al., 2017).

¹⁶ Johnson SL, Gunn VL. Community health workers as a component of the health care team. *Pediatric Clinics*, 2015; 62(5):1313-1328.

2.5 Doelgroepen van cliëntenondersteuning

De doelgroep van cliëntenondersteuning bestaat vooral uit kwetsbare groepen die vaak moeilijk te bereiken zijn en een hoog risico lopen op een niet gelijke toegang tot de zorg (Roland et al., 2017) ofwel omdat de toegankelijkheid voor hen te ingewikkeld is of omdat ze zelf minder goed in staat zijn hun zorgvraag te verwoorden, passende zorg te vinden of om een relatie te onderhouden met zorgverleners (Corrigan et al., 2014). Deze kwetsbare groep bestaat relatief vaak uit niet-verzekerden, mensen met een migratieachtergrond, een laag opleidingsniveau (lager dan middelbare school opleiding) (Kim et al., 2016; Sokol en Fisher, 2016; Little et al., 2014), beperkte gezondheidsvaardigheden of burgers die in medisch, sociaal en/of economisch opzicht kwetsbaar zijn (Jack et al., 2017).

Bereik van doelgroepen

De doelgroepen worden in de gevonden studies op verschillende manieren bereikt, bijvoorbeeld door middel van brieven verstuurd door zorgverleners, telefonisch contact door het onderzoeksteam, directe verwijzing door een zorgverlener en/of promotie in wachtruimtes. Maar ook werd er bekendheid gegeven aan cliëntondersteuning via massamedia zoals radio, televisie, internet, kranten en tijdschriften, of mond-tot-mond reclame (Little et al., 2014; Lauckner en Hutchinson, 2016). Het kwam ook voor dat doelgroepen heel gericht en soms ook selectief benaderd werden afhankelijk van het doel van de studie: bijvoorbeeld de doelgroep mensen met een lage sociaal economische status via klinieken, ziekenhuizen, gezondheidscentra of kerken (Little et al., 2014), of alleen vrouwen, alleen volwassenen of alleen patiënten met een specifieke aandoening (Lauckner en Hutchinson, 2016; Jack et al., 2017).

2.6 Effectiviteit

Effectiviteit van cliëntondersteuning werd op verschillende manieren gemeten, namelijk aan de hand van veranderingen in (Sokol en Fisher, 2016) klinische gezondheidsuitkomsten (bijvoorbeeld bloedwaardes) (Kim et al., 2016; Shah et al., 2013; Little et al., 2014; Roland et al., 2017), tevredenheid van cliënten met de ondersteuning (Little et al., 2014), zorgmanagement (het maken van afspraken), kwaliteit van leven, kennis, attitude en vertrouwen en kosteneffectiviteit (aantal (her)opnames tijdens de studie) (Shah et al., 2013; Corrigan et al., 2014). Kwetsbare of moeilijk bereikbare groepen, zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of mensen met een migratieachtergrond hadden het meeste profijt van de interventies (Sokol en Fisher, 2016; Shah et al., 2013; Corrigan et

al., 2014). Uit een peer support interventie voor diabetes management bleek bijvoorbeeld dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden het meest profiteerden van de cliëntondersteuning en hun bloedglucose beter onder controle hadden dankzij de interventie dan bij de reguliere zorg (Sokol en Fisher, 2016). Ook bij kankerpatiënten droegen navigators bij aan een betere therapietrouw en verbeterde gezondheidsuitkomsten specifiek bij mensen met een migratie-achtergrond (Corrigan et al., 2014).

Gezondheidsuitkomsten

Klinische gezondheidsuitkomsten waren vaak gerelateerd aan diabetes en cardiovasculaire aandoeningen; enkele studies keken ook naar gezondheidsuitkomsten gerelateerd aan HIV, astma of kanker. De effecten van de interventies waren veelal positief. De studies die gericht waren op diabetes of cardiovasculaire aandoeningen toonden een verbetering aan in hypertensie- en diabetescontrole bij de groep die een vorm van cliëntondersteuning kreeg aangeboden naast de reguliere zorg (Perry et al., 2014; Quinones et al., 2015; Najafizada et al., 2015). Ook werd verbetering aangetoond in het zelfmanagement van patiënten (medicatiegebruik, therapietrouw, follow-up afspraken bijhouden) (Shah, 2013; Little et al., 2014; Valaitis et al., 2017; Corrigan et al., 2014; Shommu et al., 2016; Hale en Giese, 2017).

Voorkeuren van cliënten en cliëntondersteuners

Mensen verschillen in hun voorkeuren voor een type cliëntondersteuner. De mensen die de voorkeur geven aan een ervaringsdeskundige willen graag iemand die wat betreft achtergrond en problematiek op hen lijkt. De raakvlakken tussen een cliënt en ondersteuner zitten dan niet alleen op cultureel vlak, maar ook bijvoorbeeld in levensomstandigheden en het delen van dezelfde ervaringen op medisch gebied. Mensen die de voorkeur geven aan professionals doen dat vaak vanwege hun vermeende kennis en ervaring (Little et al., 2014; Corrigan et al., 2014). Naarmate een cliëntondersteuner als persoon beter past bij de wensen en behoeften van de cliënt, is de cliënt ook meer tevreden over de uiteindelijke ondersteuning. Aan de kant van de cliëntondersteuners draagt professionele, teamgerichte training en financiële compensatie bij aan meer tevredenheid onder de ondersteuners zelf, een groter arbeidsethos en een sterker gevoel dat persoonlijke behoeften die nodig zijn om cliënten te blijven ondersteunen, vervuld worden (Little et al., 2014).

Zorgmanagement

Uit verschillende studies bleek dat de continuïteit van de zorg door cliëntondersteuning werd verbeterd. Mensen maakten op tijd hun afspraak en kwamen deze ook na. Het aantal consulten werd verminderd, een enkele studie gaf echter aan dat afspraken werden uitgesteld (Pockett et al., 2015).

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is nog weinig onderzocht. Wanneer kwaliteit van leven verbeterde hing dit samen met de duur van de interventie. Pockett et al. (2015) toonde bijvoorbeeld aan dat kwaliteit van leven verbeterde, mits de interventie voor een periode van 12 weken werd aangehouden en de relatie tussen patiënt en arts goed is (Pockett et al., 2015).

Kennis, attitude en eigen effectiviteit

Verbeterde kennis werd aangetoond door het geven van gezondheidseducaties (Shah, 2013; Little et al., 2014; Valaitis et al., 2017; Salam et al., 2014). Mensen voelden zich betrokken en hadden meer vertrouwen bij hun eigen zorg (Shah, 2013; Little et al., 2014; Lauckner en Hutchinson, 2016; Okeke et al., 2014; Salam et al., 2014; Ranaghan et al., 2015). Ook was de perceptie van de kwaliteit van zorg rond chronische ziekten positief (Valaitis et al., 2017).

Kosteneffectiviteit

Studies die naar kosteneffectiviteit hebben gekeken zijn schaars (Shah et al., 2013; Hale en Giese, 2017). De meeste interventies waarin gekeken is naar kosteneffectiviteit bleken inderdaad kosteneffectief (Kim et al., 2016). Ook zijn er effecten gevonden op het zorggebruik, bijvoorbeeld in een lager aantal heropnames in ziekenhuizen¹⁷ en een verbeterde toegang tot de zorg (Corrigan et al., 2014). Uit gerandomiseerde gecontroleerde trials die het aantal bezoeken aan ambulante zorg, ziekenhuisopnames, en urgente zorg onderzochten, bleek minstens één van de drie uitkomsten significant af te nemen ten opzichte van de controlegroep. De conclusies van deze systematische review werden echter voorzichtig geformuleerd, omdat de interventies, uitkomsten en studiekwaliteit van de geïncludeerde studies erg varieerden (Jack et al., 2017).

Effectieve elementen

Elementen die bijdragen aan de effectiviteit van de interventies zijn flexibiliteit en voldoende tijd voor cliënten (Sokol en Fisher, 2016; Roland et al., 2017), onderling respect en vertrouwen¹⁷, samenwerking van cliëntondersteuners met professionele zorgverleners, het betrekken van cliënten bij de ontwikkeling en het vormgeven van cliëntondersteuning (Shah et al., 2013; Lauckner en Hutchinson, 2016), het betrekken van cliëntondersteuners met ervaring tot de betreffende zorgvraag (Corrigan et al., 2014) en cliëntondersteuners met een zelfde achtergrond als de cliënt (Sokol en Fisher, 2016). *Community health workers* waren bijvoorbeeld een relevant component in de behandeling van diabetes omdat zij een nauwe relatie hadden met en kennis hadden van de cliënten (Little et al., 2014). Andere kenmerken voor succes waren empathie, warmte en acceptatie.¹⁷ Sommige patiënten gaven aan dat

emotionele ondersteuning, er voor iemand zijn, het gevoel krijgen dat er naar hem/haar geluisterd wordt essentiële eigenschappen zijn voor een succesvolle *navigator*, omdat deze eigenschappen niet altijd bij professionals wordt ervaren (Corrigan et al., 2014). Wanneer cliëntondersteuners een uitgebreide training kregen, werden de uitkomsten gerelateerd aan kankerpreventie en cardiovasculaire risicoreductie aanzienlijk verbeterd (Kim et al., 2016).

Factoren die bijdragen aan een betere toegankelijkheid van cliëntondersteuning voor alle typen patiënten, dus ook voor de kwetsbaardere groepen, waren rekrutering van cliëntondersteuners uit dezelfde gemeenschap als cliënten, cliëntondersteuning die fysiek makkelijk te bereiken is voor cliënten zoals de verstrekking van cliëntondersteuning thuis, gratis dienstverlening, diensten gericht op arme huishoudens en betere verwijzing naar lokale faciliteiten.

2.7 Samenvattend

Cliëntondersteuning in de curatieve zorg in westerse landen is vaak bedoeld om kwetsbare groepen op weg te helpen binnen de gezondheidszorg. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met een migratieachtergrond of burgers die in medisch, sociaal en/of economisch opzicht kwetsbaar zijn. In die zin is cliëntondersteuning dus gericht op dezelfde groepen als centraal staan binnen de Wmo in Nederland. Cliëntondersteuning dient niet ter vervanging van de reguliere zorg, maar is aanvullend daarop en vooral bedoeld om toegang tot zorg te verbeteren bij groepen die zelf minder goed in staat zijn passende zorg te vinden bij hun ondersteuningsvraag. In de literatuur wordt cliëntondersteuning dan ook vaak omschreven als een brug naar de juiste zorg en ondersteuning. Naast het helpen navigeren binnen de zorg zijn belangenbehartiging van kwetsbare cliënten, het geven van informatie en het versterken van de eigen vaardigheden van een cliënt (empowerment) belangrijke doelstellingen van cliëntondersteuning.

De internationale literatuur laat verschillende positieve uitkomsten zien van cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Niet alleen draagt cliëntondersteuning bij aan betere gezondheidsuitkomsten en een hogere tevredenheid met zorg, ook lijkt het bij te dragen aan een efficiënter en daardoor meer kosteneffectief zorggebruik, al zijn studies hiernaar schaars. Bovendien laten studies zien dat kwetsbare cliënten zich meer betrokken voelen bij de eigen zorg wanneer zij in contact komen met een cliëntondersteuner, en dat hun kennis en therapietrouw verbetert.

Ondanks dat er verschillende vormen van cliëntondersteuning bestaan en deze in onderzoek ook effectief blijken, blijkt uit buitenlands onderzoek ook dat ze binnen

de reguliere zorg vaak nog onbekend zijn en niet standaard aangeboden waardoor er nog weinig gebruik van wordt gemaakt. In de gevonden studies werd cliëntondersteuning vooral incidenteel of in het kader van een onderzoek aangeboden. Om de bekendheid en gebruik van cliëntondersteuning te vergroten, zou het meer standaard aangeboden moeten worden als een extra service binnen de curatieve zorg. De mogelijkheden lijken daarvoor ook aanwezig omdat er steeds meer interesse is in cliëntondersteuning vanuit beleidsmedewerkers en zorgverleners die in die sector werkzaam zijn en geconfronteerd worden met complexe problematiek (Shommu et al., 2016).

Afbakening en een heldere definiëring van wat cliëntondersteuning is, voor wie het bedoeld is en door wie het gegeven kan worden gewenst en zou ook kunnen helpen om de bekendheid en het gebruik van cliëntondersteuning te vergroten, zo blijkt uit de literatuur. In de geïncludeerde studies wordt aangegeven dat een overzicht van vormen van cliëntondersteuning ontbreekt, de term cliëntondersteuning op een verschillende manier wordt ingevuld en daardoor niet herkend wordt, een standaard curriculum voor cliëntondersteuners ontbreekt, alsmede een registratie van beschikbare cliëntondersteuners. Ook is onduidelijk hoeveel en wat voor soort cliëntondersteuning nodig is om aan de hulpvragen te kunnen voldoen (Valaitis et al., 2017). Op al deze punten is dan ook een verbeterslag te maken.

3 Inzichten uit interviews en selectie van *best practices*

3.1 Inleiding

Om een verdere indruk te krijgen van hoe de cliëntondersteuning in de curatieve zorg in Nederland door gemeenten wordt vormgegeven zijn een aantal interviews gehouden. Deze interviews vonden plaats met vertegenwoordigers van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Ieder(In), een tweetal kennisorganisaties (Movisie en Pharos), met een organisatie die zelf cliëntondersteuning aanbiedt (MEE) en met de Beroepsvereniging van cliëntondersteuners voor mensen met een beperking (BCMB).

Met vertegenwoordigers van deze organisaties is ingegaan op de volgende vragen:

- Welke plaats neemt cliëntondersteuning in de curatieve zorg in binnen het geheel van cliëntondersteuning binnen gemeentes?
- Waaruit bestaat cliëntondersteuning in de curatieve zorg nu of zou deze moeten bestaan?
- Op welke doelgroepen zou cliëntondersteuning in de curatieve zorg zich moeten richten?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van de organisatie van cliëntondersteuning in de curatieve zorg?

Hieronder wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen.

3.2 Cliëntondersteuning en de curatieve zorg

Tijdens de interviews werd eerst in algemene zin gesproken over cliëntondersteuning binnen gemeenten. In grote lijnen kwam hieruit hetzelfde beeld naar voren als ook uit het onderzoek van Movisie in 2016.¹⁷ Door alle geïnterviewden werd benadrukt dat het organiseren van cliëntondersteuning, zoals gedefinieerd in de Wmo, voor veel gemeenten nog steeds niet gemakkelijk is en er een grote variatie bestaat in de wijze waarop cliëntondersteuning wordt vormgegeven¹⁸. Bij het vormgeven van cliëntondersteuning in de eigen gemeente loopt men tegen een aantal uitdagingen aan.

¹⁷ Movisie/VNG. Inventarisatie cliëntondersteuning. Utrecht/Den Haag, maart 2016.

¹⁸ Bergen A van, Konijn E. Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een inventarisatie van verschijningsvormen in 29 gemeenten. Utrecht/Den Haag: Movisie/VNG, 2016.

Uitdaging 1: onafhankelijkheid

De gemeente moet cliëntondersteuning ter beschikking stellen en deze ondersteuning dient onafhankelijk en vanuit het perspectief van de burger te worden aangeboden. De wet bepaalt dat het belang van de burger het enige belang moet zijn dat meetelt voor de cliëntondersteuner. Cliëntondersteuning dient dus niet alleen onafhankelijk te zijn van het besluit dat de gemeente uiteindelijk neemt om een inwoner wel of niet een maatwerkvoorziening toe te kennen, het moet ook onafhankelijk zijn van het belang van de zorgaanbieder. Over de onafhankelijkheid van de cliëntondersteuning is sinds de invoering van de Wmo veel te doen. Veel cliënten ervaren onduidelijkheid of hebben het idee dat de beschikbare cliëntondersteuning onvoldoende los staat van de gemeente. Dit komt deels doordat cliëntondersteuning in een aantal gemeenten gegeven wordt door cliëntondersteuners die ook deel uitmaken van sociale wijkteams. Deze sociale wijkteams zijn niet onafhankelijk, maar bijvoorbeeld ook betrokken bij indicatie voor zorg in de thuissituatie. Enerzijds is het goed als de cliëntondersteuner de weg kent in de gemeente, goed weet hoe dat werkt in het sociale wijkteam, en goed weet hoe de gemeente de protocollen met betrekking tot de gesprekken en beschikkingen heeft geregeld; de cliëntondersteuner zal de cliënt dan beter kunnen adviseren. Anderzijds kan voor de burger de indruk ontstaan dat de cliëntondersteuner er te dicht bovenop zit en geen onafhankelijke rol heeft als hij bijvoorbeeld ondersteuning biedt in het gesprek met de gemeente. Idealiter zouden cliëntondersteuners organisatorisch gezien een losse functie moeten hebben in gemeenten naast de wijkteams, maar in veel gemeenten is dat dus (nog) niet het geval. De constructie dat binnen een sociaal wijkteam een onderscheid wordt gemaakt tussen een medewerker die cliëntondersteuner is en een medewerker die cliëntondersteuning toewijst, lijkt in de ogen van cliënten soms gekunsteld. Gemeenten hebben de onafhankelijke cliëntondersteuning behalve bij de sociale wijkteams ook vaak ondergebracht bij MEE of bij een lokale welzijnsorganisatie. Dit zijn organisaties die betaald en aangestuurd worden door de gemeenten. Daardoor kan ook hier bij cliënten de indruk ontstaan dat cliëntondersteuning vanuit deze organisaties niet geheel onafhankelijk is. Gemeenten zouden door de wijze waarop ze cliëntondersteuning organiseren en contracteren de voorwaarden kunnen scheppen zodat cliëntondersteuners hun onafhankelijkheid ook kunnen laten zien naar cliënten toe. De beroepsgroep voor cliëntondersteuners (BCMB) heeft een register waar cliëntondersteuners ingeschreven staan als ze aan de beroepsstandaarden, waaronder onafhankelijkheid, voldoen en waar de gemeente dus uit kan putten. De wijze waarop cliëntondersteuning in veel gemeenten momenteel georganiseerd is, geeft de cliënt onvoldoende zekerheid richting onafhankelijkheid.

Uitdaging 2: levensbreed

Ook de levensbrede of integrale dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen, komt nog niet in alle gemeenten van de grond. Voor de meeste gemeenten geldt dat ondersteuning zich beperkt tot ondersteuning in het sociale domein, gericht op de zorg en ondersteuning thuis. De verbreding naar de bredere zorg, onderwijs, arbeid, jeugdwet ontbreekt in veel gemeenten.

Daarnaast zorgt het feit dat ondersteuning vanuit de Wmo of Wlz apart georganiseerd wordt er voor dat integrale zorg vanuit het perspectief van de cliënt lastiger te organiseren is. Momenteel wordt vanuit de Wmo cliëntondersteuning ingekocht door de gemeente. Vanuit de Wlz wordt cliëntondersteuning ingekocht door zorgkantoren. De gemeente is verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning tot en met het moment dat iemand een indicatie van Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) heeft gekregen. Binnen de cliëntondersteuning die de gemeente kan bieden valt nog wel het voorbereiden van en het meegaan naar het gesprek met CIZ. Daarna houdt deze ondersteuning op. Dit kan voor cliënten een rare knip zijn, want dan moeten ze op zoek naar een andere cliëntondersteuner binnen het Wlz domein. Ieder(in) merkt op dat over de invulling van cliëntondersteuning door gemeenten te weinig overlegd wordt met vertegenwoordigers van inwoners met ondersteuningsvragen, terwijl in de Wmo wel is vastgelegd dat gemeenten overleg moeten voeren met cliënten. Hierdoor hebben gemeenten onvoldoende zicht op het brede palet van vragen die spelen en is de ondersteuning vaak te eenzijdig gericht op ondersteuning in het sociale domein.

Uitdaging 3: bekendheid en toegankelijkheid

Gemeenten moeten zorgen dat onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar is en de cliënt erover informeren als hij een melding voor maatschappelijke ondersteuning heeft gedaan. De indruk is echter dat gemeenten nog weinig bekendheid geven aan onafhankelijke cliëntondersteuning. De VNG geeft aan dat veel gemeenten bang zijn dat teveel mensen een beroep gaan doen op onafhankelijke cliëntondersteuning en dat die ondersteuning op die manier onbetaalbaar wordt.

Het gevolg van de beperkte informatie is dat onafhankelijke cliëntondersteuning nog weinig bekend is. Uit onderzoek door o.a. Ieder(in) blijkt dat twee derde van de burgers eigenlijk niet weet dat er cliëntondersteuning bestaat en als ze er al van gehoord hebben dat ze niet weten bij wie ze moeten zijn.¹⁹ Dit onderzoek bevestigde dat er door gemeenten niet (actief) gewezen wordt op de mogelijkheden van cliëntondersteuning.

¹⁹ Samenwerkende cliëntorganisaties. Rapport Clientondersteuning bij gemeenten, 2015.

Er zijn gemeenten die MEE of Zorgbelang inhuren voor cliëntondersteuning als het om meer complexe vragen gaat, maar het is onbekend of dit aanbod voldoende aansluit op de vragen van alle burgers. In de gesprekken met MEE consulenten kwam naar voren dat burgers MEE niet altijd gemakkelijk kunnen vinden voor cliëntondersteuning als daar wel behoefte aan is. Met betrekking tot de beschikbaarheid van cliëntondersteuning bestaat er ook een verschil in visie tussen belangenverenigingen en de gemeenten: veel gemeenten vinden dat cliëntondersteuning al laagdrempelig wordt aangeboden, maar dat er geen gebruik van wordt gemaakt. Volgens belangenverenigingen (ouderenbonden, patiëntorganisaties) zijn de mogelijkheden onvoldoende zichtbaar of toegankelijk.

Door de decentralisatie wisselt per gemeente ook hoe de communicatie over cliëntondersteuning is geregeld, wat de functie van een cliëntondersteuner is en waar cliëntondersteuning gepositioneerd is. Sommige gemeenten plaatsen cliëntondersteuning bijvoorbeeld in het wijkteam en anderen bieden cliëntondersteuning als onafhankelijke takenpakket. Door deze variatie is cliëntondersteuning niet gemakkelijk vindbaar of herkenbaar. Tijdens de interviews is een meerderheid van mening dat de vindbaarheid moet worden verbeterd. Gemeenten en andere instanties moeten veel actiever voorlichting geven en zich niet beperken tot zorg in het sociale domein. En de dienst moet herkenbaar zijn voor alle doelgroepen. Een oudere zal bijvoorbeeld niet snel uit zichzelf naar MEE gaan. Behalve dat cliëntondersteuning niet heel bekend is, komt uit de interviews naar voren dat cliëntondersteuning, zowel door de cliënten zelf als diegenen die de ondersteuning leveren, als een verwarrende term wordt ervaren omdat het een hulpverlenersrelatie veronderstelt die er niet is. Een cliëntondersteuner geeft immers zelf geen zorg maar helpt bij het vinden van zorg. Alternatieve termen als regieondersteuning lijken beter te passen. Gezocht zou moeten worden naar een term die herkenbaar is voor alle potentiële vragers naar cliëntondersteuning en die duidelijk maakt dat cliëntondersteuning gratis en onafhankelijk is.

Om de vindbaarheid te vergroten is ieder(in) van mening dat onafhankelijk cliëntondersteuning binnen ieder levensdomein aangeboden en onder de aandacht zou moeten worden gebracht op een plek die logisch is en aansluit bij de specifieke problemen of vraag naar ondersteuning (bijvoorbeeld bij huisartsen, ziekenhuizen en gezondheidscentra daar waar het gaat om curatieve zorg, bij werkgevers, UWV, bedrijfsartsen daar waar het gaat om problemen met werk, door bijvoorbeeld de belastingdienst, uitkeringsinstanties als het gaat om inkomen). En niet zoals nu vaak gebeurt: geïntegreerd in een wijkteam van de gemeente waar vooral reactief wordt gereageerd als een burger een melding doet van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning en niet proactief en op meerder terreinen waar ondersteuning zinvol zou kunnen zijn. Over dit punt zijn de meningen overigens verdeeld. Sommige

geïnterviewden zijn van mening dat cliëntondersteuning wel voldoende levensbreed vanuit de gemeenten georganiseerd wordt.

Unaniem is men het er over eens dat cliëntondersteuning actiever onder de aandacht gebracht zou moeten worden. Dit vraagt gerichte communicatie op de groepen waar je op koerst. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat deze communicatie vooral centraal via de overheid zou moeten lopen, aangezien per gemeente cliëntondersteuning anders wordt georganiseerd. De VNG ziet daarentegen liever een op maat aanpak die past bij de lokale omstandigheden.

Uitdaging 4: professionals of vrijwilligers

De VNG geeft aan dat een belangrijk thema binnen de cliëntondersteuning is in hoeverre het mogelijk en wenselijk is om vrijwilligers of ervaringsdeskundigen in te schakelen als cliëntondersteuner. Nu wordt cliëntondersteuning vooral gegeven door medewerkers van MEE, welzijnsorganisaties of door medewerkers van de sociale wijkteams. Hier werken veelal professionals die geregistreerd staan bij de beroepsgroep. Maar er zijn ook ZZP-ers die cliëntondersteuning aanbieden en ook patiëntenorganisaties of ouderenorganisaties zetten ervaringsdeskundigen in om cliëntondersteuning te bieden. Met MEE en met de sociale wijkteams zijn contracten afgesloten en zijn voorwaarden gesteld aan cliëntondersteuning, waardoor de kwaliteit van de ondersteuning meer gegarandeerd is. In geval van vrijwilligers zijn er deze contracten niet. Vanuit cliëntorganisaties is er een beweging op gang gekomen om eigen ervaringsdeskundigen in te zetten, wanneer cliënten niet weten hoe ze verder moeten of bij welk loket ze moeten zijn. Op dat moment speelt de vraag, wanneer wordt een professional ingeschakeld en wanneer een vrijwilliger? En hoe kan je sturen op kwaliteit als je geen inkooprelatie hebt?

Daarnaast wordt aangegeven dat de functie cliëntondersteuning en wat het in zou moeten houden niet helder genoeg in de wet omschreven is. Gemeenten kunnen daarin nog teveel kanten op en dat zie je in de praktijk ook gebeuren. De rolopvatting over cliëntondersteuning wordt in gemeenten vaak erg versmald en dat maakt dat de gemeente veel restricties legt op de functie. Ook is de onafhankelijke positie niet altijd goed gewaarborgd. Een heldere omschrijving van de functie zou daarom veel waarde hebben.

Uitdaging 5: voor wie is cliëntondersteuning bedoeld?

In de Memorie van Toelichting van de Wmo staat dat gemeenten zorg dienen te dragen dat informatie, advies en (kortdurende) ondersteuning voor al haar inwoners beschikbaar en toegankelijk is. Tegelijkertijd, zo geeft bijvoorbeeld de BCMB aan, wil je niet dat iedereen aanklopt voor cliëntondersteuning, bijvoorbeeld alleen omdat het gratis en wel handig is. Er zou een creatief plan bedacht moeten worden om cliëntondersteuning af te bakenen, zodat niet alle burgers cliëntondersteuning gaan

aanvragen en het daardoor onbetaalbaar wordt. In de interviews wordt aangegeven dat cliëntondersteuning vooral een navigerende functie heeft en dat het moet helpen om burgers meer in hun kracht te zetten. In die zin zijn de drie levensgebieden die genoemd worden in de Handreiking onafhankelijke cliëntondersteuning een goede kapstok voor afbakening²⁰: cliëntondersteuning zou zich moeten richten op mensen met beperkingen die hulp nodig hebben bij een oriëntatie op hun eigen wensen, ambities en levensvragen, op mensen die moeite hebben met het zelfstandig vinden van passende zorg en/of ondersteuning en mensen die hulp nodig hebben bij het daadwerkelijk gebruik van die zorg of ondersteuning. Vaak zal het daarbij gaan om kwetsbare mensen met lichamelijke of psychische beperkingen of om mensen die beperkt gezondheidsvaardig zijn; maar ook andere burgers kunnen onder invloed van belangrijke levensgebeurtenissen (verlies van werk, overlijden, ernstige ziektes, faillissement) ondersteuning nodig hebben. Daarnaast kan cliëntondersteuning ook een rol spelen in conflictsituaties. Wie precies ingeschakeld kan worden in welke situaties is binnen gemeenten niet uniform geregeld. De ene burger die heeft een advocaat als familielid en hoeft geen cliëntondersteuning in te schakelen. De ander heeft een rechtstandverzekering afgesloten of goede ervaring opgedaan met de ombudsman. Dat zijn allerlei afstemmingsgebieden waar gemeenten naar moeten kijken of dat wenselijk is dat er zoveel mogelijkheden zijn.

Meerwaarde cliëntondersteuning

Tijdens de interviews wordt ook de meerwaarde van cliëntondersteuning benadrukt die nu nog te weinig benut wordt. Cliëntondersteuning zou een belangrijke rol kunnen spelen bijvoorbeeld voor het halen van de doelstellingen uit het VN verdrag. Cliëntondersteuners zouden ook gebruikt kunnen worden om signalen vanuit de gemeenschap op te halen die nodig zijn om de samenleving inclusiever te maken. Deze signalen kunnen ook voor het gemeentelijk beleid veel informatie geven. Er zijn ook gemeenten met hele goede voorbeelden van cliëntondersteuning. Deze gemeenten kunnen gebruikt worden om andere gemeenten te inspireren.

3.3 Cliëntondersteuning in curatieve sector

Curatieve zorg vaak (nog) geen thema bij cliëntondersteuning in gemeenten

Uit de inventarisaties met zowel Movisie, Pharos als Ieder(in) blijkt dat cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg als specifiek aandachtspunt binnen het geheel van cliëntondersteuning (nog) niet herkend wordt en mede daardoor

²⁰ VNG. Handreiking onafhankelijke cliëntondersteuning. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2017.

weinig aandacht krijgt. Ook binnen de gemeenten die deelnemen aan het project ‘Koplopers cliëntondersteuning’ is cliëntondersteuning in de curatieve zorg geen onderwerp van gesprek. Tijdens de interviews komen weinig tot geen voorbeelden van cliëntondersteuning in de curatieve zorg naar voren. Wel wordt aangegeven dat als er iets gebeurt op het gebied van curatieve zorg, vooral in de koplopergemeenten gezocht kan worden naar goede voorbeelden.

Ook de BCMB geeft aan dat op het gebied van curatieve zorg niet veel vragen binnenkomen bij cliëntondersteuners. De vragen die wel binnen komen op het gebied van zorg zijn heel divers en gaan bijvoorbeeld over het gebruik van een persoonsgebonden budget of over het vinden van een passende zorgaanbieder bij een zorgvraag. Veelal is de aanleiding echter een sociale vraagstuk, zoals een vraag om ondersteuning bij eenzaamheid of naar vrije tijdsinvulling als je een beperking hebt of vragen rond werk. Ook komen er financiële vraagstukken binnen, bijvoorbeeld wanneer mensen in de schulden terecht zijn gekomen en schuldhulpverlening niet goed aansluit op de beperking waardoor dingen mislopen en problematiek verergert. Bij een bredere inventarisatie van de hulpvraag komen dan soms ook problemen binnen de curatieve zorg naar voren.

Hulpvraag binnen de curatieve zorg is er echter wel degelijk

Hoewel specifieke hulpvragen in relatie tot curatieve zorg niet rechtstreeks bij gemeenten binnen komen zijn ze er volgens de geïnterviewde wel degelijk. Voor bepaalde groepen cliënten is het contact met de curatieve zorg heel ingewikkeld. Denk bijvoorbeeld aan de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen die de Nederlandse taal niet spreken, mensen met verstandelijke beperkingen of ernstige lichamelijke of psychische stoornissen zoals mensen met hersenletsel, dementie of psychiatrische problematiek. Vaak is er voor deze mensen een ander taalgebruik, een ander type uitleg en meer tijd nodig. Dat is er zelden. Dan kan een onafhankelijk cliëntondersteuner een belangrijke aanvulling zijn. Het lijkt er echter op dat vragen om ondersteuning op het gebied van curatieve zorg meer indirect via zorgverleners binnen de curatieve zorg gesteld worden of via patiëntenverenigingen, ouderenbonden, Ieder(in), Zorgbelang, MEE, welzijnswerk en maatschappelijk werk en niet via een ondersteuningsvraag aan de gemeente. Vaak bereiken deze ondersteuningsvragen de gemeente ook helemaal niet maar worden ze opgelost binnen de curatieve zorg zelf. Daarom worden ze op gemeenteniveau ook niet goed herkend.

Tijdens de interviews wordt aangegeven dat zorgverleners het beste zicht hebben op de ondersteuningsbehoeften van cliënten en daarom een verbinding kunnen leggen tussen de concrete vragen van cliënten en het aanbod van zorg of het aanbod van cliëntondersteuning in de gemeente. Cliënten zelf nemen in de curatieve zorg zelden

het initiatief tot onafhankelijke cliëntondersteuning, ook omdat ze niet weten dat het bestaat.

Om goed zicht te krijgen op de behoefte aan cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg, lijkt het zinvol om de instanties binnen de curatieve zorg (koepelorganisatie van huisartsen, ziekenhuizen) te benaderen met de vraag in hoeverre zij vragen tegen komen waarbij onafhankelijke cliëntondersteuning gewenst is, zelf wijzen op cliëntondersteuning en in hoeverre zij merken dat er gebruik van wordt gemaakt. Een dergelijk onderzoek zou ook relevant zijn onder bijvoorbeeld cliëntorganisaties, patiëntenverenigingen, ouderenbonden, Ieder(in), ZorgBelang, MEE, welzijnswerk en maatschappelijk werk omdat de verwachting is dat deze organisaties laagdrempeliger zijn voor cliënten om ondersteuning te zoeken. Of er dan ook werkelijk onafhankelijke cliëntondersteuning geboden wordt, is afhankelijk van de samenwerkingsverbanden die er bestaan tussen zorgverleners in de curatieve zorg en organisaties en instanties die cliëntondersteuning bieden in de betreffende gemeente. Bijvoorbeeld in een gemeente als Soest is er een nauwe samenwerking tussen praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH) en onafhankelijke cliëntondersteuners van MEE. Indien de POH in Soest cliënten heeft met complexe zorgvragen die niet binnen de consulttijd behandeld kunnen worden, worden cliëntondersteuners gevraagd om mee te kijken.

Mogelijkheden voor onafhankelijke cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg nagenoeg onbekend

Gemeenten hebben vooral de neiging om cliëntondersteuning aan te bieden aan mensen die een beroep doen op de Wmo of in aanmerking komen voor Wlz. De meeste gemeenten reageren dus reactief en nog weinig proactief. Burgers zijn vaak ook niet bekend met cliëntondersteuning in het algemeen en zeker niet binnen de curatieve zorg.

De vraag wat er al allemaal bestaat aan cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg is een lastige. Er vinden al veel initiatieven plaats binnen het domein van de curatieve zorg die ook onder de noemer cliëntondersteuning zouden kunnen vallen zoals maatjesprojecten, taalpunten of vrijwilligers in ziekenhuizen maar die niet als zodanig benoemd worden. Het zou goed zijn om deze initiatieven in kaart te brengen en te kijken of ze ingezet kunnen worden als vorm van cliëntondersteuning. Niet alles hoeft via gemeenten te lopen, geven de geïnterviewden aan en het verdient aanbeveling om gebruik te maken van wat er al is. Er zijn bijvoorbeeld ook allerlei lokale cliëntenbelangenverenigingen, zoals de lokale diabetesvereniging of de lokale ALS vereniging. Bij sommige ziektebeelden bestaat een hele actieve lokale cliëntenbeweging die cliënten ondersteunen met raad en daad, lotgenotencontacten enzovoort. Daarom zijn veel gemeenten in de vernieuwingslag, die nu gaande is,

aan het kijken hoe dat spontane burgerinitiatief, vrijwilligerswerk, lotgenoten, ervaringsdeskundigen zich verhoudt tot de strak gereguleerde cliëntondersteuning die wordt ingekocht. Het lijkt er op dat cliëntondersteuning een te onduidelijke term is en dat deze specifieker moet worden geformuleerd en afgebakend om herkend te worden.

De bekendheid van de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg zouden vergroot kunnen worden via de curatieve zorg zelf (bijvoorbeeld via wachtkamers van ziekenhuizen, huisartsen of gezondheidscentra en door zorgverleners zelf), maar ook via de gemeentelijke instanties. Cliëntenorganisaties, patiëntenvereniging, ouderenbonden en maatschappelijk werk kunnen een belangrijke rol spelen in de bekendheid van cliëntondersteuning. Burgers kunnen namelijk door hen verwezen worden naar cliëntondersteuners bijvoorbeeld bij MEE of Zorgbelang. Burgers moeten weten dat cliëntondersteuning er is, dat je er gebruik van kan maken, dat het gratis is en ze moeten inzicht hebben in wat het je kan bieden. Binnen de eerstelijnszorg zijn de mogelijkheden van cliëntondersteuning praktisch onbekend en is het aanbod afhankelijk van lokale initiatieven.

Is actief beleid op cliëntondersteuning vanuit de gemeente wenselijk?

Over het belang van ondersteuning bij het navigeren binnen de zorg verschillen de meningen. Sommige zeggen dat cliëntondersteuning binnen de eerste lijn minder noodzakelijk is omdat de eerstelijnszorg zonder verwijzing toegankelijk is. Eén van de functies van cliëntondersteuning is de weg helpen vinden in het zorglandschap en ondersteuning bieden bij het toegang krijgen tot zorg. Bij de eerstelijnszorg lijkt ondersteuning om toegang te krijgen minder relevant. Anderen zeggen dat er wel een noodzaak tot ondersteuning aan burgers in de curatieve zorg is door de veranderende beroepspraktijken van huisartsen. Praktijken met een enkele huisarts en assistent zijn er bijna niet meer. Het zijn grotere gezondheidscentra aan het worden met allerlei praktijkondersteuners waar je terecht kan als je specifieke vragen hebt over bijvoorbeeld diabetes, cardiovasculair of ggz problematiek. Deze complexere zorgorganisaties zijn vaak ingewikkeld voor mensen. Over het algemeen is men overigens wel van mening dat zorgaanbieders er zelf voor moeten zorgen dat ze goed toegankelijk zijn.

Als het gaat om het meeluisteren en het begeleiden van een patiënt in een gesprek met een zorgverlener of het bieden van informatie dan kan cliëntondersteuning daar een rol in spelen bij groepen cliënten die dat nodig hebben. Al vindt een deel van de geïnterviewden dat dat vooral ook een taak is van zorgverleners zelf. Ieder(in) geeft aan dat er sprake zou moeten zijn van een soort getrapte vorm van ondersteuning.

Binnen de curatieve zorg zou er een universele benadering moeten zijn die mensen helpt om binnen de zorg te navigeren en die mensen die daar aan behoefte hebben extra ondersteunt om wegwijs te worden. Bij ingewikkelde zorgvragen of zorgvragen die niet binnen de reguliere consulttijd kunnen worden opgepakt zou een cliëntondersteuner ingeschakeld kunnen worden. Zij kunnen dan helpen met het verhelderen van de zorgvraag of samen met een patiënt zoeken naar passende zorg. Echter is men van mening dat veel binnen de zorg opgevangen kan worden en hoort tot de basistaken van zorgverleners. Hier past weer de eerder gemaakte opmerking dat cliëntondersteuning moet worden aangeboden op een logische plek. Opgemerkt wordt dat ook mantelzorgers veel ondersteuning kunnen bieden daar waar het gaat om curatieve zorg. Zij kunnen meegaan naar een gesprek en hun partner of familielid ondersteunen bij het vinden van de juiste zorg. Zowel zorgverleners als het sociale netwerk kunnen heel veel van de ondersteuningsvragen afvangen.

Welke groepen hebben baat bij cliëntondersteuning in de curatieve sector?

Er worden diverse groepen genoemd tijdens de interviews die baat kunnen hebben bij cliëntondersteuning in de curatieve zorg:

1. De mensen die door de aanwezigheid van een beperking moeilijk in staat zijn om zelfstandig hun eigen zorg te regelen. te denken valt aan mensen met een verstandelijke beperking, met hersenletsel of dementerende ouderen.
2. Mensen zonder zichtbare beperking, maar die wel kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld omdat ze onvoldoende gezondheidsvaardig zijn, laag opgeleid, moeite hebben met het verwerken van gezondheidsinformatie of psychische problemen hebben. deze vorm van kwetsbaarheid wordt binnen de curatieve zorg vaak minder goed herkend waardoor deze groepen tussen wal en schip dreigen te vallen.
3. De groep mensen met een beperkt sociaal netwerk. binnen de curatieve zorg kunnen, zoals aangegeven, veel ondersteuningsvragen opgepakt worden door het eigen sociale netwerk maar als dat er niet is kunnen mensen behoefte hebben aan cliëntondersteuning.
4. Mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen die actief bezig zijn om het leven zo in te richten dat zij ook met hun handicap optimaal kan functioneren. vaak vraagt dit om ondersteuning op meerdere terreinen en kan een cliëntondersteuning helpen om de juiste zorg te vinden bij de diverse aspecten van de hulpvraag.
5. Zorgmijders of mensen die genoeg hulpverleners hebben gezien en niets met geïnstitutionaliseerde hulp te maken willen hebben.
6. Dak- en thuislozen.
7. De groep mensen die eigenlijk vinden dat het goed met hun gaat, wanneer dat niet het geval is. Tijdige ondersteuning kan escalatie van problemen voorkomen.

In het algemeen zouden gemeenten meer bedacht moeten zijn op bovenstaande groepen en niet wachten tot mensen zelf voor een ondersteuningsvraag aankloppen. Alleen het beschikbaar stellen van een loket of spreekuur, waar een cliënt naar toe kan gaan en waar omheen hulp wordt georganiseerd is niet voldoende. Voor veel mensen is de stap naar een loket te groot of te ingewikkeld.

Wat vraagt cliëntondersteuning van de cliëntondersteuner?

Een cliëntondersteuner moet volgens de Wmo 2015 ondersteuning kunnen bieden in de vorm van informatie, advies en algemene ondersteuning op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening. Een onafhankelijke cliëntondersteuner staat daarbij naast de cliënt. Hij biedt volgens de wettekst zelf geen zorg of ondersteuning, maar werkt met een cliënt toe naar oplossingen die bij hem of haar passen.

Er bestaan professionele en niet-professionele cliëntondersteuners en momenteel is het een actuele vraag of de cliëntondersteuning ook door niet-professionals geleverd kan worden. De gemeente moet ervoor zorgen dat er op alle leefgebieden en voor alle doelgroepen ook laagdrempelige, informele cliëntondersteuning beschikbaar is. Sommige geïnterviewden geven aan dat deze informele onafhankelijke cliëntondersteuning eigenlijk een nieuwe naam is voor vrijwilligerswerk wat al jaren bestaat. Het gaat bijvoorbeeld om vrijwillige ouderenadviseurs, cliënten- en familieorganisaties, lotgenoten, mantelzorgers, maatjes, buddy's, straatadvocaten, vrijwilligers met ervaringsdeskundigheid etc. Zij kunnen op verschillende manieren en op verschillende niveaus bijdragen. Wat nieuw is voor deze niet-professionele cliëntondersteuners is dat zij nu ook te maken krijgen met de uitgangspunten van de Wmo. Zij moeten ook laagdrempelig, onafhankelijk en levensbreed ondersteuning kunnen bieden.

In de interviews komt meerdere malen ter sprake dat de toetsing van de werkzaamheden van niet-professionele of informele cliëntondersteuners aan de wet ingewikkelder is dan bij professionele cliëntondersteuners. Professionele cliëntondersteuners, vaak werkzaam bij MEE of welzijnsorganisaties als Zorgbelang moeten namelijk voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen om ook als cliëntondersteuner geregistreerd te staan. Zij hebben bijvoorbeeld minimaal HBO afgerond en moeten een verklaring omtrent goed gedrag kunnen overleggen. Daarnaast krijgen ze intervisie, supervisie en volgen scholing en bijscholing. Competentieprofielen van cliëntondersteuners zijn beschikbaar via de Beroepsverenging van Cliëntondersteuners. Bij niet-professionals zijn deze eisen er

niet structureel al bieden organisaties als MEE wel trainingen aan voor ervaringsdeskundigen die cliënt ondersteuning willen bieden. Niet professionals worden ook door MEE gescreend alvorens ze hun werk als cliëntondersteuner kunnen doen.

Tijdens de interviews wordt aangegeven dat niet-professionals een eigen unieke bijdrage kunnen leveren, omdat ze mensen kunnen ondersteunen bij de normalisatie van hun leven en daarbij hun persoonlijke kwaliteiten en ervaringen kunnen inzetten die ze in hun leven hebben opgedaan. Ze brengen meer dan professionals hun eigen deskundigheid en hebben daardoor een unieke impact, naast die van de formele cliëntondersteuning. Onderzoek van Movisie laat zien dat niet-professionele en professionele cliëntondersteuners complementair aan elkaar zijn: ze zijn op zichzelf staand met eigen waarden, beide effectief en aanvullend.²¹ Niet professionals doen dit zonder dat ze een passende beroepsopleiding hebben gevolgd. Het contact met een niet-professionele cliëntondersteuner is bovendien vaker laagdrempeliger en meer vertrouwd. Vrijwilligers hebben zelf regie over wat ze doen, nemen meer de tijd en kennen geen productiviteitseisen. Zij zijn vaak beter in staat om een ingang te vinden bij burgers die niet snel zelf hulp zullen zoeken omdat zij zich door eigen ervaring beter in de leefwereld kunnen inleven en dezelfde taal spreken. Algemeen geldt dat een cliëntondersteuner iemand is die naast de patiënt staat en kan meedenken en handelen vanuit het belang van de patiënt. De cliëntondersteuner is bij voorkeur deskundig op het gebied van de ondersteuningsvraag. Het is wenselijk om vakkennis van cliëntondersteuners te vergroten. Koploper gemeenten kunnen andere gemeenten inspireren en kennis delen, maar hier ligt ook een taak van VWS, aldus de geïnterviewden.

Wat zou cliëntondersteuning in de curatieve sector moeten inhouden?

Grofweg komen er in de interviews drie functies van cliëntondersteuning in de curatieve zorg naar voren:

1. Helpen navigeren en toegang krijgen tot zorg.
2. Hulp bieden bij het formuleren van zorgvraag en krijgen van zorg op maat.
3. Mensen meer in hun eigen kracht zetten, zodat ze beter in staat zijn om de zorg te krijgen die ze nodig hebben.

De vraag naar ondersteuning die mensen hebben zal zich echter zelden beperken tot de zorg. Een cliënt komt bijvoorbeeld bij een huisarts met pijnklachten, maar daarnaast is er ook sprake van arbeidsproblematiek en schuldenproblematiek. Juist

²¹ Bergen A van, Maat JW van de, Hurkmans M. Cliëntondersteuning, een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners. Utrecht: Movisie/Vilans, 2016.

omdat het vaak om complexe, meervoudige problematiek gaat zal een zorgverlener in de curatieve zorg de hulp van een cliëntondersteuner inroepen, omdat zij onvoldoende ondersteuning kunnen bieden op alle vlakken. Daarvoor ontbreekt vaak de tijd en de expertise.

Ook binnen de curatieve zorg moet cliëntondersteuning daarom levensbreed ingestoken worden. Ondersteuning kan zich richten op meerdere levensgebieden: zingeving, wonen, financiën, participatie, sociale relaties, ADL-taken, lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. Cliëntondersteuners helpen cliënten om weer grip te krijgen op hun leven en te kunnen functioneren in de dagelijkse leefomgeving of om passende ondersteuning te vinden.

De BCMB geeft aan dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak worden gezien. Deze mensen hebben hulp nodig tijdens het consult of ter voorbereiding van het consult omdat ze bijvoorbeeld moeite hebben met de taal of het verwerken van informatie. Ook bij hen zal de hulpvraag zich vaak breder uitstrekken dan de zorg alleen. Het komt voor dat de cliëntondersteuner die betaald wordt door Wmo met cliënten meegaat naar bijvoorbeeld huisartsen. Andersom komt het voor dat een cliëntondersteuner die bij de cliënt zit vanwege een Wmo aanvraag, er in het contact achter komt dat er een groter probleem speelt of ook een probleem ligt op het gebied van werk of uitkering. Dan zou de cliëntondersteuner een keer mee kunnen gaan naar de bijstandsconsulent of wanneer er eigenlijk een gezondheidsprobleem is een keer meegaan naar de huisarts.

Momenteel is het idee dat er niet heel gericht beleid bestaat voor ondersteuning in de curatieve zorg. Het beleid kijkt in het kader van het paradigma cliëntondersteuning levensbreed. Een cliëntondersteuner kan in het contact met een burger erachter komen dat er bijvoorbeeld sprake is van een beginnende dementie, net zoals de huisarts er ook achter kan komen. Noch een cliëntondersteuner, noch een huisarts zal het helemaal zelf op zijn schouder gaan nemen. Zij kunnen bijvoorbeeld op zoek gaan naar een casemanager dementie die het kan overnemen.

De functie van cliëntondersteuner is niet overal op dezelfde manier omschreven. Sommige gemeenten geven invulling aan cliëntondersteuning zoals bedoeld in de wet, dus ook levensbreed. Andere gemeenten hebben er een hele smalle functie van gemaakt, alleen als een cliënt ergens bezwaar tegen wil maken komt er een onafhankelijke cliëntondersteuner bij. De BCMB geeft aan dat dat in hun ogen niet is zoals de functie van cliëntondersteuner bedoeld is. Cliëntondersteuners versterken ook de kracht van mensen. De functie heeft een grote preventieve werking. De meerwaarde van cliëntondersteuning is meer zicht krijgen op de eigen

mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt en die ook beter te leren accepteren, zodat hun eigen kracht wordt versterkt. Het gaat om ondersteunen, activeren en iemand in eigen kracht zetten. Wanneer het iemand niet lukt om dingen zelf aan te pakken dan wordt de cliënt doorverwezen naar een aanbieder die dat soort ondersteuning structureel kan bieden.

3.4 Best practices

Tijdens de interviews met de VNG, Ieder(In), Movisie, Pharos en BCMB is gevraagd naar concrete voorbeelden van cliëntondersteuning in de curatieve zorg die als *best practice* konden worden aangemerkt of naar gemeenten waarvan bekend is dat ze cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg aanbieden. Uit deze gesprekken zijn een aantal gemeenten naar voren gekomen waarvan aangenomen werd dat zij *best practices* aanbieden of die als zogenaamde koplopergemeente op het gebied van cliëntondersteuning in de curatieve zorg werden bestempeld. Het ging om de gemeenten Almere, Lelystad, Den Haag, Soest, Rotterdam en Eindhoven. Met deze gemeenten is contact gezocht voor een interview waarin we op zoek wilden naar *best practices* op het gebied van cliëntondersteuning binnen de curatieve zorg in iedere gemeente. De bedoeling was aanvankelijk om in totaal vijf goede voorbeelden te schetsen aan de hand van twee interviews per gemeente (één interview met een beleidsmaker/ambtenaren en één met een cliëntondersteuner). Bij het benaderen van de gemeenten liepen we tegen het probleem aan dat gemeenten zich weinig konden voorstellen bij cliëntondersteuning in de curatieve zorg en frequente hulpvragen op dat gebied binnen de eigen gemeenten ook niet echt herkenden. Hierdoor was de bereidheid om deel te nemen aan een interview ook niet altijd aanwezig. Uiteindelijk zijn interviews gehouden met beleidsmedewerkers van de gemeente Den Haag, Rotterdam en Lelystad en met MEE-consulenten van de gemeente Soest en Lelystad. In een aantal van deze gemeenten zijn creatieve oplossingen bedacht voor de signaleerde uitdagingen.

Actief beleid op cliëntondersteuning in de curatieve zorg

Zoals al eerder aangegeven is de curatieve zorg binnen het vormgeven van cliëntondersteuning in gemeenten geen expliciet thema. Cliëntondersteuning in de curatieve zorg wordt door de meeste gemeenten ook niet als hun taak gezien maar meer als een taak van de curatieve sector zelf. Er is dus geen actief beleid of structureel aanbod in de meeste gemeenten op het gebied van cliëntondersteuning in de curatieve zorg. In Rotterdam werd de noodzaak tot ondersteuning wel erkend, maar ook niet structureel georganiseerd vanuit de gemeente. In plaats daarvan wordt ondersteuning geboden in de vorm van losse projecten of initiatieven die niet

structureel zijn ingebed in beleid of de organisatie van zorg. Vooral voor ouderen, mensen met een psychische problemen en migranten is ondersteuning heel hard nodig aldus de Gemeente Rotterdam. Kinderen of naasten zijn niet altijd aanwezig om te ondersteunen in het contact met zorgverleners. Binnen sommige huisartspraktijken zijn daarom cliëntondersteuners actief. Specialisten en huisartsen kunnen daarvan gebruik maken door complexe of kwetsbare patiënten direct door te sturen naar de cliëntondersteuners die in hetzelfde gebouw aanwezig zijn. Hier wordt cliëntondersteuning dus aangeboden op een logische plek. Patiënten vinden het prettig wanneer iemand meekijkt zonder dat degene banden heeft met zorgaanbieder. Een cliëntondersteuner kan voor een stevige positie van de patiënt zorgen in het contact met een zorgverlener bijvoorbeeld door belangenbehartiging en kijkt breed naar de vraag. Daarnaast vinden mensen met een beperking het ook fijn dat de zorgverlener precies weet wat er aan de hand is als een cliëntondersteuner mee gaat om dat duidelijk te maken omdat ze het zelf niet goed kunnen verwoorden.

Toegankelijkheid cliëntondersteuning

Van oudsher zijn het mensen met een lichamelijke, psychische of verstandelijke beperking of een combinatie van meerdere psychosociale problemen die baat hebben bij cliëntondersteuning. Voor deze mensen is de stap naar de gemeente voor hulp vaak groot en ingewikkeld. Het is dan belangrijk dat hulp dicht bij huis wordt geboden.

In Waterwijk (Lelystad) wonen bijvoorbeeld veel laaggeletterden, sociaal zwakke gezinnen en mensen met een buitenlandse achtergrond die op verschillende levensdomeinen problemen ervaren. Vaak hebben zij bijvoorbeeld al financiële problemen en wordt in het loop van het traject waargenomen dat er meer nodig is dan alleen financiële ondersteuning. Hulp wordt dan laagdrempelig dicht bij huis aangeboden. In Den Haag zijn servicepunten in de wijk opgericht. Mensen kunnen hier naar toe komen als ze behoefte hebben aan hulp of ondersteuning.

Wat vraagt cliëntondersteuning van de cliëntondersteuner?

Binnen de servicepunten XL in Den Haag vindt vraagverheldering plaats. Er wordt samen met de cliënt gekeken naar wat het probleem is en wat iemand zelf kan doen, eventueel samen met het eigen netwerk. Er vindt een brede probleeminventarisatie plaats op alle levensterreinen. Er wordt geen zorg gegeven maar er wordt wel geholpen bij een toeleiding tot zorg, ondersteuning of een algemene voorziening. De relatie tussen cliënt en cliëntondersteuner is in principe kortdurend, totdat de vraag verhelderd is en een cliënt de regie over zijn of haar leven heeft hervonden, eventueel met professionele ondersteuning. Er is geen sprake van een langdurige begeleiding.

Afhankelijk van de vraag van de cliënt, werkt de gemeente Den Haag samen met partijen die iets kunnen betekenen bij die ondersteuningsvraag: er wordt dus gezocht naar mogelijkheden voor ondersteuning op maat, gegeven de vraag. De cliëntondersteuners informeren cliënten over algemene voorzieningen. De cliëntondersteuner helpt om de weg te vinden in mogelijkheden voor zorg- en ondersteuning en voorzieningen in Den Haag. De cliëntondersteuner is er voor alle Hagenaars die hulp vanuit de Wmo willen en kan:

- helpen met uitzoeken wat de vragen en wensen zijn en deze onder woorden brengen;
- helpen bij het opstellen van een persoonlijk plan voor zorg en ondersteuning vanuit de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en maken van eigen keuzes;
- helpen als iemand het oneens is met de zorg en/of ondersteuning die men krijgt;
- meedenken en helpen zoeken naar oplossingen met mensen in de eigen omgeving;
- meedenken en helpen zoeken naar mogelijkheden in de buurt;
- uitleggen wat de procedures zijn bij het aanvragen van zorg en ondersteuning op maat;
- meegaan naar een persoonlijk gesprek met de gemeente of zorgaanbieder.

Onafhankelijkheid waarborgen en toegankelijkheid vergroten

In Den Haag wordt cliëntondersteuning niet aangeboden via de sociale wijkzorgteams, juist om de onafhankelijkheid te waarborgen. In de wijkcentra met een Servicepunt XL wordt algemene maatschappelijke ondersteuning geboden door cliëntondersteuners, maatschappelijk werkers en ouderenconsulenten. De servicepunten zijn er voor iedereen met vragen over wonen, werk, inkomen, zorg of ondersteuning, dus levensbreed. De servicepunten zijn gratis. Daarnaast bieden de servicepunten vrijwillige diensten, zoals burenhulp, begeleiden en rijden, hulp bij administratie en geldzaken, beweegactiviteiten voor ouderen en sociaal, culturele activiteiten. Het advies dat de cliëntondersteuner geeft is onafhankelijk van beschikkingen rond zorg van de gemeente.

Ook in gemeente Lelystad wordt cliëntondersteuning onafhankelijk van de sociale wijkteams aangeboden, namelijk via MEE consulenten. In Lelystad zijn er bijvoorbeeld ook MEE-consulenten actief die niet gekoppeld zijn aan een wijk- of jeugdteam. Hierin verschilt de MEE-consulent in functie van andere MEE-medewerkers. Door de onafhankelijkheid van de cliëntondersteuner kan hij/zij nadat de casus bijvoorbeeld is voorgelegd aan het CIZ vervolgens met de cliënt de verschillende mogelijkheden/opties bespreken.

Optimale aansluiting bij ondersteuningsvraag cliënt door samenwerking van professionele en niet-professionele ondersteuners

Hiervan zijn goede voorbeelden te vinden in Den Haag, Lelystad en Soest. Aan de Haagse Hogeschool wordt een module voor vrijwilligers georganiseerd om hen beter toe te rusten voor de rol van cliëntondersteuning. In de gemeente zijn er expertisegroepen opgericht waarin ervaringsdeskundige cliëntondersteuners met professionele cliëntondersteuners casuïstiek bespreken en kennis delen. Daarnaast is in Lelystad een poule van ervaringsdeskundigen in ontwikkeling. Zij hebben naast kennis van de doelgroep ook eigen ervaring die ze kunnen gebruiken.

Ook in Soest vinden ervaringsdeskundigen het contact op lotgenootniveau. Op het moment dat een professionele cliëntondersteuner met een burger in gesprek gaat, dan kan het zijn dat de professional de focus legt op het vormgeven van de zorg. Een ervaringsdeskundige die in dezelfde situatie zit of heeft gezeten kan dan op emotioneel vlak ondersteuning geven. Door de samenwerking tussen de professional en ervaringsdeskundige kan op beide vlakken ondersteuning geboden worden, waardoor de cliënt weer een stap verder kan zetten nadat hij zijn verhaal kwijt heeft gekund. Bij de inzet van ervaringsdeskundige wordt er vooral op gelet of zij hun ervaringen in dienst kunnen stellen aan een ander zonder daar zelf aan onderdoor te gaan. Daar zit een screeningsproces aan vast en daar helpt training ook bij.

Samenwerking met eerstelijnszorg

MEE consultants van de gemeente Soest geven aan dat in hun gemeente huisartsen steeds beter hun weg vinden naar MEE. Huisartsen zijn veel meer open voor cliëntondersteuning door ook te kijken naar het sociaal en psychische vlak van de patiënt. De toegang via ziekenhuizen verloopt echter nog moeizaam. Zij geven de hulpvraag vaak terug aan de huisarts. Hierbij speelt de vraag waar ligt het onderscheid tussen curatief en sociaal en bij wie ligt de verantwoordelijkheid.

Binnen de gemeente Soest bestaat er bijvoorbeeld een structureel samenwerkingsverband tussen praktijkondersteuners in de eerste lijn en cliëntondersteuners van MEE. Bij complexe problematiek vraagt de praktijkondersteuner de cliëntondersteuner om mee te kijken en een bredere vraagverheldering te doen. De bedoeling is zo kortdurend mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis, zodat mensen het zo snel mogelijk weer zelf kunnen. In sommige gemeenten kan dat na vier gesprekken, maar er zijn ook mensen bij wie dingen wat langer duren en meer tijd nodig is.

In Lelystad bestaat de Multifunctionele accommodatie (MFA) waar het gezondheidscentrum (de huisartsen, fysiotherapeut, praktijkondersteuners), het wijkinformatiepunt, het sociale wijkteam en het wijkcentrum in hetzelfde gebouw zitten. Dat heeft gemaakt dat daar al heel lang een goede samenwerking is tussen het gezondheidscentrum en het wijkteam. De huisarts geeft een aanzet voor het gesprek

en ziet dat als hij/zij niet meeloopt dat de stap om zelf naar het wijkinformatiepunt te gaan voor de cliënt te groot is.

In Den Haag werken huisartsen en servicepunten XL ook samen via het programma Welzijn op Recept. Voor mensen met psychosociale problemen werkt de huisarts samen met een welzijnscoach. De welzijnscoach is het aanspreekpunt voor de huisarts. De welzijnscoach kent het aanbod in de wijk en maakt deel uit van een multidisciplinair welzijnsteam. Bij doorverwijzing via Welzijn op recept nodigt de welzijnscoach de patiënt uit voor een gesprek. Vervolgens is er een aanbod op het gebied van welzijn van meer bewegen, samen eten, vrije tijd en advies/ondersteuning.

Ook in een aantal gebieden in Rotterdam biedt het welzijnswerk in samenwerking met apothekers en de eerstelijnszorg ondersteuning in de vorm van medicijncheckspreekuren. Het welzijnswerk heeft de opdracht om mensen met een laag sociale positie te bereiken en te activeren. Dan gaat het vaak om mensen die laaggeletterd zijn. Het welzijnswerk wordt door de gemeente gefinancierd en het welzijnswerk zelf bepaalt hoe zij hun opdracht invullen, soms leidt dat tot ondersteuningsinitiatieven zoals de genoemde medicijncheckspreekuren.

Een andere vorm van samenwerking die onafhankelijk van de gemeente wordt uitgevoerd, is Stichting Voorlichters Gezondheid (Rotterdam). Bij Stichting Voorlichters Gezondheid werken zowel professionals als vrijwilligers. Hun kernwaarden zijn kennis en motivatie. De patiënt wordt door de stichting geholpen om de juiste vragen te stellen aan een arts. De stichting betreft hierbij ook de mensen in het netwerk van de patiënt die indirect invloed hebben op de patiënt. De voorlichters zijn gevestigd in een gezondheidscentrum, waardoor de POH patiënten naar hen kan doorsturen. Zij selecteren patiënten die bijvoorbeeld vaak terugkomen of sociaal wenselijke antwoorden geven.

Cliënten betrekken bij vormgeving

Cliënten worden in Rotterdam betrokken bij de vormgeving van het Wmo beleid via de Brede Raad. De Brede Raad bestaat uit vertegenwoordiging van cliëntgroepen, zoals mensen met een beperking, psychische problematiek, of chronische ziekte. Zij geven de gemeente advies en werken samen met de gemeente om het Wmo beleid vorm te geven. De Brede Raad adviseert over doorontwikkeling van zorg, welzijn en jeugdhulp.

Ook is de zienswijze van MEE om naast de cliënt te staan. De cliënt blijft de houder van zijn of haar eigen leven en daarmee ook van hun eigen problemen. Indien nodig

wordt het overgenomen. De ondersteuning wordt samen met het netwerk van de cliënt vormgegeven. De bedoeling is zo kortdurend mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis, zodat mensen het zo snel mogelijk weer zelf kunnen.

Vernieuwende aanpakken in de curatieve zorg

In de interviews werden verschillende initiatieven binnen de zorg genoemd die onder de noemer cliëntondersteuning zouden kunnen vallen. Denk bijvoorbeeld aan maatjesprojecten, mantelzorgmakelaars, vrijwilligers in ziekenhuizen, taalpunten etc. In Lelystad biedt MEE bijvoorbeeld naast de één-op-één gesprekken ondersteuning in groepsverband, zoals het autisme café en de bijeenkomst waar mensen met partners met een niet aangeboren hersenletsel bij elkaar komen. In Rotterdam worden er op verschillende manieren aandacht besteed aan de curatieve zorg, één daarvan is het programma: Taal en gezondheid. Het programma ‘Taal en Gezondheid’ wordt vanuit Taal gefinancierd. Deze twee domeinen zijn aan elkaar gekoppeld. Op het moment dat men taalcursussen krijgt, krijgen ze binnen de taalcursus informatie over de gezondheidszorg, hoe dat georganiseerd is in Nederland, over hun eigen lichaam en over ziekte en gezondheid. Deze cursus is met name bedoeld voor migranten en laaggeletterden.

“De gemeente heeft de opdracht om iets te doen aan taalverbetering en die opdracht hebben we verbonden aan gezondheidsdoelen.”

In Amsterdam zijn straatmakelaars actief. Cliëntondersteuners die met name dak- en thuislozen aanspreken en ondersteunen indien nodig.

Zijn er ook initiatieven die richten op een specifiek ziektebeeld?

De nota publieke gezondheid is gebaseerd op de grootste gezondheidsproblemen en die zijn in Rotterdam overgewicht, diabetes en depressie. Hiervoor worden incidenteel projecten of trainingen voor georganiseerd. De GGZ preventie instellingen in Rotterdam, zoals Indigo en Avant sanare, bieden bijvoorbeeld groepstrainingen aan professionals over het herkennen van psychische klachten en hoe daarmee om te gaan. Ook bieden zij trainingen depressiepreventie voor Rotterdammers met depressieve klachten. Voor diabetes type 2 worden trainingen gegeven over voeding en leefstijl. Binnenkort starten, gefinancierd door VGZ, trainingen Keer Diabetes type 2 Om, gericht op het verminderen van medicatie of zelfs genezen van dit type diabetes door andere voeding.

3.5 Samenvattend

Uit de interviews komt naar voren dat cliëntondersteuning in de curatieve zorg als aparte vorm van ondersteuning weinig aandacht krijgt binnen gemeenten. Cliënten die zich melden met een vraag om ondersteuning komen vaak met een vraag op een

ander terrein. Bij de probleeminventarisatie stuit men dan soms ook op problemen in de curatieve sector. Doordat gemeenten vooral reactief reageren als er een ondersteuningsvraag is en terughoudend zijn in het proactief aanbieden van cliëntondersteuning zal cliëntondersteuning in de curatieve zorg ook niet vanzelf van de grond komen.

Er wordt wel erkend dat er groepen burgers zijn die baat zouden hebben bij ondersteuning in de curatieve zorg maar de verantwoordelijkheid voor die ondersteuning wordt vooral binnen de curatieve zorg zelf gelegd en/of bij het sociale netwerk van een cliënt. Het lijkt zinvol om binnen de curatieve zorg een inventarisatie te doen naar het type en de omvang van de ondersteuningsbehoeften en welke rol cliëntondersteuning daarin nu speelt of kan spelen. Daar bestaat te weinig zicht op. Op die manier kunnen hiaten worden blootgelegd en een ondersteuningsaanbod ontwikkeld worden.

Daarbij wordt opgemerkt dat er van oudsher al vele vormen van ondersteuning beschikbaar zijn die ingezet kunnen worden in het kader van onafhankelijke cliëntondersteuning op maat. Goede voorbeelden in een aantal gemeenten laten zien dat cliëntondersteuners een waardevolle aanvulling kunnen leveren op de zorgverleners in de curatieve zorg en integrale zorg die past bij zorgvraag van een cliënt mede vorm kunnen geven. De inzet van professionele en niet-professionele cliëntondersteuners lijkt daarbij het meest waardevol omdat zij ieder een unieke bijdrage kunnen leveren.

4 Conclusies en aanbevelingen

Het doel van deze kennisvraag was in kaart te brengen hoe het gesteld is met de cliëntondersteuning in de curatieve zorg in Nederland, of er zogenaamde *best practices* zijn in gemeenten waar andere gemeenten door geïnspireerd kunnen worden en of er voorbeelden zijn van effectieve cliëntondersteuning in het buitenland die mogelijk ook in de Nederlandse context gebruikt zouden kunnen worden. We zullen deze drie punten afzonderlijk bespreken en afsluiten met een aantal aanbevelingen die in samenspraak met vertegenwoordigers van bij het onderzoek betrokken organisaties tijdens een *invitational conference* over de bevindingen van de kennisvraag naar voor kwamen.

1. *Stand van zaken met betrekking tot cliëntondersteuning in de curatieve zorg*

Cliëntondersteuning in de curatieve zorg blijkt over het geheel genomen geen aandachtspunt bij gemeenten. Wel wordt erkend dat er groepen burgers zijn die ondersteuning nodig hebben in contact met de curatieve zorg. Kwetsbare groepen zijn onder andere mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen die op meerdere terreinen problemen ervaren zoals bijvoorbeeld op het gebied van werk, inkomen en huisvesting, migranten die de Nederlandse taal niet spreken, mensen met lichamelijke of psychische stoornissen en met een complexe zorgvraag (bijvoorbeeld dementerenden, mensen met hersenletsel, psychiatrische patiënten), mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een klein sociaal netwerk, dak- en thuislozen en zorgmijders. Vragen vanuit deze groepen voor ondersteuning op het gebied van curatieve zorg komen echter zelden rechtstreeks bij de gemeente binnen, bijvoorbeeld via het Wmo loket. Ook melden mensen zichzelf zelden spontaan bij cliëntondersteuners van bijvoorbeeld MEE met een gerichte vraag rond curatieve zorg. Ofwel mensen vragen hulp bij ondersteuning thuis of op het gebied van bijvoorbeeld werk en inkomen en dan blijkt dat mensen ook ondersteuning kunnen gebruiken bij hun contact met de curatieve zorg, ofwel zorgverleners komen patiënten tegen die een vraag op het gebied van curatieve zorg hebben, maar waarbij ook problemen op sociaal emotionele vlak of in de thuissituatie spelen. Dit roept ook de vraag op waar cliëntondersteuning in de curatieve zorg het beste kan worden ondergebracht: bij gemeenten (in het kader van de Wmo) of bij de curatieve zorg zelf. Het is ook duidelijk dat het bij deze groepen meestal niet om een enkelvoudige ondersteuningsvraag gaat maar om ondersteuning op meerdere gebieden.

Concluderend kunnen we zeggen dat onafhankelijk cliëntondersteuning op het gebied van curatieve zorg dus niet structureel of automatisch wordt aangeboden

vanuit gemeenten. Patiënten en cliënten worden niet op de mogelijkheid gewezen, ook niet bij kwetsbare groepen. Mede daardoor bestaat er weinig inzicht in de omvang van het probleem en de behoefte aan aparte cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Deze potentiële behoefte zou verder verkend moeten worden.

2. Best practices in gemeenten waar andere gemeenten door geïnspireerd kunnen worden

Na veel zoeken is het gelukt om een aantal *best practices* te identificeren. De volgende gemeenten werden door anderen genoemd als ‘goed voorbeeld’: Almere, Lelystad, Den Haag, Soest, Rotterdam en Eindhoven. Opvallend is dat een aantal van deze gemeenten zélf zich weinig konden voorstellen bij cliëntondersteuning in de curatieve zorg en frequente hulpvragen op dat gebied binnen de eigen gemeente ook niet echt herkenden. Het is duidelijk dat ook in deze gemeenten geen actief beleid op cliëntondersteuning in de curatieve zorg gevoerd werd. Wel werden initiatieven die er in de curatieve zorg op dit gebied waren vanuit de gemeente ondersteund. Er werd opgemerkt dat er van oudsher al veel verschillende activiteiten en initiatieven op dit gebied bestaan (maatjesprojecten, vrijwilligers in ziekenhuizen etc.). In het algemeen werd intensieve samenwerking met de eerstelijnszorg als belangrijk element bestempeld. Daarmee is er dan een korte lijn tussen de zorgverlener en de ondersteuners. De gemeenten denken vooral in termen van specifieke groepen die extra hulp en ondersteuning kunnen gebruiken, en dat er ook vaak sprake is van een complexe ondersteuningsvraag die ook andere levensgebieden omvat. Omdat juist voor kwetsbare groepen de stap naar de gemeente te groot kan zijn werd benadrukt dat de toegang tot de cliëntondersteuning dichtbij de mensen georganiseerd moet worden, bijvoorbeeld in de wijk (bijvoorbeeld met laagdrempelige servicepunten) of via de huisarts. Er wordt in de gemeenten zowel gewerkt met professionele als met niet-professionele ondersteuners. Een aantal van de geïnterviewde gemeenten is nadrukkelijk bezig met het werven en trainen van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, zodat zij de rol van ondersteuner op zich kunnen nemen. Een belangrijk aandachtspunt is verder dat het belangrijk is de doelgroep te betrekken bij de manier waarop cliëntondersteuning wordt vorm gegeven. Daarbij wordt benadrukt dat de ondersteuning zo kortdurend mogelijk moet zijn, zodat mensen het zo snel mogelijk weer zelf kunnen. Doel is dat mensen zélf uiteindelijk de regie over hun eigen leven en zorg voeren. De term ‘regieondersteuning’ wordt door meerdere personen ook als passender ervaren dan cliëntondersteuning.

3. Voorbeelden zijn van effectieve cliëntondersteuning in het buitenland

De internationale literatuur laat verschillende positieve uitkomsten zien van cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Niet alleen draagt cliëntondersteuning bij aan betere gezondheidsuitkomsten en een hogere tevredenheid met zorg, ook lijkt

het bij te dragen aan een efficiënter en daardoor meer kosteneffectief zorggebruik, al zijn studies hiernaar schaars. Kwetsbare of moeilijk bereikbare groepen, zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of mensen met een migratieachtergrond hadden het meeste profijt van de interventies. Bovendien laten studies zien dat kwetsbare cliënten zich meer betrokken voelen bij de eigen zorg wanneer zij in contact komen met een cliëntondersteuner, en dat hun kennis en therapietrouw verbetert.

Elementen die bijdragen aan de effectiviteit van de interventies zijn flexibiliteit en voldoende tijd voor cliënten, onderling respect en vertrouwen, samenwerking van cliëntondersteuners met professionele zorgverleners, het betrekken van cliënten bij de ontwikkeling en het vormgeven van cliëntondersteuning, het betrekken van cliëntondersteuners met ervaring tot de betreffende zorgvraag en cliëntondersteuners met een zelfde achtergrond als de cliënt.

Ook in het buitenland zijn de verschillende vormen van cliëntenondersteuning echter vaak onbekend bij zorgverleners en worden ze niet standaard aangeboden waardoor er nog weinig gebruik van wordt gemaakt. Om de bekendheid en gebruik van cliëntondersteuning te vergroten, zou het meer standaard aangeboden moeten worden als een extra service binnen de curatieve zorg.

Cliëntondersteuning in de curatieve zorg in het buitenland is vaak gericht op kwetsbare groepen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met een migratieachtergrond of burgers die in medisch, sociaal en/of economisch opzicht kwetsbaar zijn. In die zin is cliëntondersteuning dus gericht op dezelfde groepen als centraal staan binnen de Wmo in Nederland. Cliëntondersteuning dient niet ter vervanging van de reguliere zorg maar aanvullend daarop en is vooral bedoeld om toegang tot zorg te verbeteren bij groepen die zelf minder goed in staat zijn passende zorg te vinden bij hun ondersteuningsvraag. In de literatuur wordt cliëntondersteuning dan ook vaak omschreven als een brug naar de juiste zorg en ondersteuning. Naast het helpen navigeren binnen de zorg zijn belangenbehartiging van kwetsbare cliënten, het geven van informatie en het versterken van de eigen vaardigheden van een cliënt (empowerment) belangrijke doelstellingen van cliëntondersteuning.

4. Aanbevelingen

Bovenstaande bevindingen zijn besproken in een *invitational conference*. Op basis van onze onderzoeksresultaten en van de discussie die daar plaatsvond kunnen we een aantal aanbevelingen formuleren.

- a. Er moet meer duidelijkheid komen wie de verantwoordelijkheid heeft voor de organisatie van cliëntondersteuning in de curatieve zorg. Zijn het de gemeenten

(in het kader van de Wmo), zijn het de zorgverleners en -instellingen, of dient hier, juist vanwege het feit dat er vaak sprake is van een complexe ondersteuningsbehoefte op meerdere terreinen, sprake te zijn van een intensieve samenwerkingsrelatie op lokaal niveau (binnen gemeenten en mogelijk zelfs op wijkniveau)? Op grond van de *best practices* in ons onderzoek lijkt de laatste vorm het meest geëigend. Beleid kan dan op twee niveaus plaatsvinden, bijvoorbeeld door cliëntondersteuners te integreren in een gezondheidscentrum waarbij de zorgverleners een signaleringsrol hebben wie er feitelijk ondersteuning nodig lijkt te hebben. De gemeente blijft daarnaast verantwoordelijk voor levensbrede cliëntondersteuning waarbij de primaire vraag op een ander domein ligt.

- b. Er moet ook een goede definiëring komen wat er allemaal precies onder cliëntondersteuning in de curatieve zorg verstaan wordt, en hoe deze georganiseerde vorm van ondersteuning zich verhoudt tot reeds bestaande initiatieven (bijvoorbeeld vrijwilligers in ziekenhuizen) en het eigen sociale netwerk van een patiënt. Het lijkt vooral te gaan om zaken als vraagverheldering, het maken van een probleeminventarisatie, in kaart brengen wat iemand zelf kan doen, eventueel samen met het eigen netwerk. Er wordt geen zorg gegeven maar er wordt wel geholpen bij een toeleiding tot zorg, ondersteuning of een algemene voorziening. Ook kan, in incidentele gevallen, mee gegaan worden naar een persoonlijk gesprek met de gemeente of een zorgaanbieder. In de *invitational conference* werd opgemerkt dat de ondersteuner de voorkeuren en wensen ten aanzien van samen beslissen samen met de cliënt in kaart kan brengen, zodat deze zo goed mogelijk is voorbereid om aan het samen beslissen deel te nemen. Voorafgaand kan een cliëntondersteuner het gesprek samen met de cliënt voorbereiden. Ook kan de cliëntondersteuner het consult met de cliënt nabespreken, zodat de cliënt goed geïnformeerd is en in staat is om zelf een beslissing te maken. Daarnaast is het ook belangrijk om te kijken naar de beleving van de patiënt/cliënt. Sommige patiënten hebben liever dat de arts voor hen beslist, omdat hij of zij de deskundige is. In alle gevallen gaat het om de patiënt of cliënt te ondersteunen bij de eigen regievoering. Daarom wordt door sommigen de term 'regieondersteuning' als duidelijker ervaren.
- c. De bekendheid met bestaande vormen van cliëntondersteuning in de curatieve zorg moet verder vergroot worden, zowel bij zorgverleners als bij de doelgroep. Op dit moment is nog onduidelijk hoe groot de vraag is, en naar wat voor soort ondersteuning. Dit zou nader onderzocht moeten worden bij patiënten en cliënten.
- d. Het definiëren van een doelgroep is niet eenvoudig. Aan de ene kant kan gesteld worden dat alle burgers wettelijk recht hebben op cliëntondersteuning, maar is het duidelijk dat de behoefte groter is bij sommige groepen die als kwetsbaar of

moeilijk bereikbaar worden aangeduid. Deze groepen, zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (waaronder ouderen) of mensen met een migratieachtergrond, blijken ook het meest te hebben aan de ondersteuning, zo blijkt uit de literatuurstudie. Mede gezien het oogpunt van efficiency en financiën lijkt het wenselijk de ondersteuning vooral op die groepen te focussen, én om de ondersteuning in overleg met hen te ontwikkelen en vorm te geven. Overigens is tijdens de *invitational conference* benadrukt dat de problemen die mensen kunnen ervaren in de curatieve zorg niet geïndividualiseerd moeten worden: het is ook de verantwoordelijkheid van zorgverleners om bijvoorbeeld informatie duidelijk over te brengen aan een patiënt of van het systeem om de regels niet te ingewikkeld te maken. Op deze manier worden de meeste problemen ondervangen en wordt voorkomen dat de vraag naar cliëntondersteuning te groot wordt. Daarnaast zou ook het sociaal netwerk van de cliënt in beeld gebracht en versterkt kunnen worden.

- e. Op de vraag wie de ondersteuning moet bieden lijkt een combinatie van professionele en niet-professionele cliëntondersteuners het meest waardevol. Belangrijk is wel dat ook de niet-professionele ondersteuners goede scholing krijgen. De taken van de cliëntondersteuner moeten SMART geformuleerd worden, zodat duidelijk is op welke manier de ondersteuner aanvullend kan zijn op het reguliere zorgsysteem. Bij ouderen moet er bijvoorbeeld gekeken worden dat er geen overlap is tussen de zorg die wordt geboden door de wijkverpleging en de taken van de cliëntondersteuner.
- f. Tenslotte is het van belang om een interventie of ondersteuningsmethode te evalueren, bijvoorbeeld door middel van een vragenlijst voor en na de interventie of door middel van interviews. Het is belangrijk de meerwaarde van de cliëntondersteuning als aanvulling op de reguliere zorg duidelijker in beeld te brengen. Uit buitenlands onderzoek weten we al iets over de effectiviteit, maar in Nederland is daar nog geen onderzoek naar gedaan. Ook zijn er nauwelijks studies over de kosteneffectiviteit van adequate ondersteuning.

Samenvattend kunnen we de vraag uit de titel: 'Cliëntondersteuning in de curatieve zorg; is gerichte aandacht nodig?' bevestigend beantwoorden. Er lijkt ook in Nederland een behoefte aan ondersteuning bij bepaalde doelgroepen. Uit de literatuur weten we dat cliëntondersteuning diverse positieve effecten heeft. De vorm van de ondersteuning, de bekendheid daarmee en de onderlinge afstemming tussen de gemeente en de zorgsector verdienen nog gerichte aandacht. Goed onderzoek naar de behoefte aan en naar de effectiviteit van cliëntondersteuning in de curatieve zorg is nog nodig. Dit geldt ook voor het betrekken van de beoogde cliënten bij het ontwikkelen van passend aanbod.

Appendix A Methode literatuursearch

Om een indruk te krijgen van wat er in het buitenland gebeurt op het gebied van cliënt ondersteuning is een *quickscan* van de internationale literatuur uitgevoerd. Deze *quickscan* is zoals de naam al zegt niet uitputtend maar geeft op hoofdlijnen een beeld van de wijze waarop cliëntondersteuning in de curatieve zorg in het buitenland wordt vormgegeven en van de effectiviteit daarvan. Het zoekproces verliep iteratief: we zijn begonnen met een handmatige zoekstrategie vooral om een beeld te krijgen van de juiste zoektermen voor cliëntondersteuning; naarmate de bekendheid met de literatuur toenam, werden de zoektermen gherdefinieerd wat uiteindelijk resulteerde in zoekblokken die gebruikt konden worden voor een systematische zoekstrategie. De volledige zoekblokken zijn weergegeven in box A.1. Voorbeelden van Engelstalige zoektermen van cliëntondersteuning die werden gebruikt zijn: *'patient navigation'*, *'health advocate'*, *'health educator'* en *'peer counselor'*.

Gezien de korte doorlooptijd van dit project (zes maanden) hebben we ons beperkt tot systematische reviews. De inclusiecriteria waren (1) Engelstalige publicaties; (2) systematische reviews; (3) uit de periode 2013 tot en met 2017; (4) over cliëntondersteuning in de curatieve zorg en (5) bij volwassenen. Aangezien wij ons wilden beperken tot de curatieve zorg, werden studies gericht op preventie van ziekten bij de algemene bevolking uitgesloten. Het ging daarbij bijvoorbeeld om studies gericht op het verbeteren van de leefstijl of deelname aan screeningsprogramma's. Daarnaast werden studies uitgevoerd in niet-westerse landen eveneens geëxcludeerd. Deze landen hebben vaak een zorgsysteem dat anders georganiseerd is en/of een populatie met specifieke problemen die minder spelen in een land als Nederland.

De in eerste instantie handmatige- en later systematische zoekstrategie resulteerde in 624 artikelen waarin systematische reviews werden beschreven. Na het lezen van de titels en abstracts werden 46 systematische reviews geselecteerd waarvan de volledige tekst is doorgenomen. Op basis daarvan vielen nog 26 systematische reviews af wat resulteerde in 20 systematische reviews (zie figuur A.1 voor flowchart).

Zoekblok 1: Position/role

"Community Health Workers"[Mesh] OR "Patient Navigation"[Mesh] OR "Counselors"[Mesh] OR "Health Educators"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR adherence supporter*[tiab] OR barefoot doctor*[tiab] OR consejer*[tiab] OR embajador*[tiab] OR health aide*[tiab] OR health advis*[tiab] OR health advocate*[tiab] OR health coach*[tiab] OR health communicator*[tiab] OR health counselor*[tiab] OR health educator*[tiab] OR health guide*[tiab] OR health representative*[tiab] OR health volunteer*[tiab] OR health worker*[tiab] OR healthcare support worker*[tiab] OR healthcare worker*[tiab] OR navigat*[tiab] OR outreach worker*[tiab] OR peer counselor*[tiab] OR peer educator*[tiab] OR peer leader*[tiab] OR promotor*[tiab] OR promoter*[tiab]

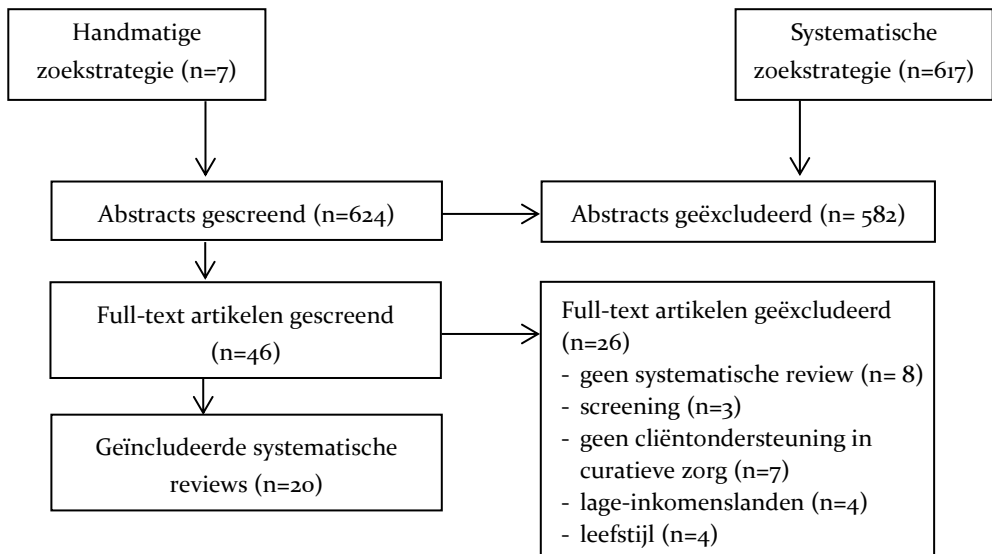
Zoekblok 2: Clinical setting

"Community Health Centers"[Mesh] OR "Outpatient Clinics, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR community health center*[tiab] OR FQHC*[tiab] OR neighborhood health center*[tiab] OR neighborhood health clinic*[tiab] OR neighbourhood health cent*[tiab] OR neighbourhood health clinic*[tiab] OR tribal health center*[tiab] OR tribal health clinic*[tiab] OR Indian Health Service clinic*[tiab] OR IHS clinic*[tiab] OR migrant health center*[tiab] OR migrant health clinic*[tiab] OR healthcare for the homeless[tiab] OR Nurse Managed Health Clinic*[tiab] OR NMHC*[tiab] OR nurse managed health cent*[tiab] OR public health clinic*[tiab] OR urban health center*[tiab] OR rural health cent*[tiab] OR urban health clinic*[tiab] OR rural health clinic* OR satellite cent*[tiab] OR hospital*[tiab] OR primary care[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR primary health care[tiab]

Search	Query	Items found
#10	Search #7 AND #8 Filters: published in the last 5 years	4550
#9	Search #7 AND #8	11087
#8	Search "Community Health Centers"[Mesh] OR "Outpatient Clinics, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR community health center*[tiab] OR FQHC*[tiab] OR neighborhood health center*[tiab] OR neighborhood health clinic*[tiab] OR neighbourhood health cent*[tiab] OR neighbourhood health clinic*[tiab] OR tribal health center*[tiab] OR tribal health clinic*[tiab] OR IHS clinic*[tiab] OR migrant health center*[tiab] OR migrant health clinic*[tiab] OR healthcare for the homeless[tiab] OR Nurse Managed Health Clinic*[tiab] OR NMHC*[tiab] OR nurse managed health cent*[tiab] OR public health clinic*[tiab] OR urban health center*[tiab] OR rural health cent*[tiab] OR urban health clinic*[tiab] OR rural health clinic* OR satellite cent*[tiab] OR hospital*[tiab] OR primary care[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR primary health care[tiab]	1331288

#7	Search "Community Health Workers"[Mesh] OR "Patient Navigation"[Mesh] OR "Counselors"[Mesh] OR "Health Educators"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR adherence supporter*[tiab] OR barefoot doctor*[tiab] OR health aide*[tiab] OR health advis*[tiab] OR health advocate*[tiab] OR health coach*[tiab] OR health communicator*[tiab] OR health counselor*[tiab] OR health educator*[tiab] OR health guide*[tiab] OR health representative*[tiab] OR health volunteer*[tiab] OR health worker*[tiab] OR healthcare support worker*[tiab] OR healthcare worker*[tiab] OR navigat*[tiab] OR outreach worker*[tiab] OR peer counselor*[tiab] OR peer educator*[tiab] OR peer leader*[tiab] OR promotor*[tiab] OR promoter*[tiab]	285067
----	--	--------

Figuur A.1 Flowchart van selectieprocedure



Appendix B Overzicht buitenlandse literatuur

- [1] Kim K, et al. *Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: a systematic review*. American Journal of Public Health (ajph), 2016
- [2] Sokol R, Fisher E. *Peer Support for the hardly reached: a systematic review*. American Journal of Public Health (ajph), 2016
- [3] Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. *Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness*. Annual Review Public Health, 2014; 35:399-421
- [4] Quinones AR, et al. *Interventions that reach into communities--promising directions for reducing racial and ethnic disparities in healthcare*. Journal of Racial Ethnicity Health Disparities, 2015; 2(3):336-340
- [5] Shah M, Kaselitz E, Heisler M. *The role of community health workers in diabetes: update on current literature*. Current Diabetes Reports, 2013; 13(2):163-171
- [6] Little TV, et al. *Community health worker interventions for Latinos with type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials*. Current Diabetes Reports, 2014; 14(12):558
- [7] Najafizada SA, et al. *Community health workers in Canada and other high-income countries: a scoping review and research gaps*. Canadian Journal of Public Health, 2015; 106(3):e157-e164
- [8] Pockett R, Dzidowska M, Hobbs K. *Social work intervention research with adult cancer patients: a literature review and reflection on knowledge-building for practice*. Social Work in Health Care, 2015; 54(7):582-614
- [9] Valaitis RK, et al. *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, 2017; 17(1):116
- [10] Corrigan PW, et al. *Peer navigators and integrated care to address ethnic health disparities of people with serious mental illness*. Social Work in Public Health, 2014; 29(6):581-593
- [11] Lauckner HM, Hutchinson SL. *Peer support for people with chronic conditions in rural areas: a scoping review*. Rural Remote Health, 2016; 16(1):3601

- [12] Okeke NL, Ostermann J, Thielman NM. *Enhancing linkage and retention in HIV care: a review of interventions for highly resourced and resource-poor settings*. Current HIV/AIDS Report, 2014; 11(4):376-392
- [13] Salam RA, et al. *Impact of community-based interventions on HIV knowledge, attitudes, and transmission*. Infectious Diseases of Poverty, 2014; 3:26
- [14] Jack HE, et al. *Impact of community health workers on use of healthcare services in the United States: a systematic review*. Journal of General Internal Medicine, 2017; 32(3):325-344
- [15] Roland KB, et al. *use of community health workers and patient navigators to improve cancer outcomes among patients served by federally qualified health centers: a systematic literature review*. Health Equity, 2017; 1(1):61-76
- [16] Malcarney MB, et al. *The changing roles of community health workers*. Health Services Research, 2017; 52(suppl 1):360-382
- [17] Ranaghan CP, et al. *The effectiveness of a patient navigator on patient satisfaction in adult patients in ambulatory care settings: a systematic review protocol*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 2015; 13(8):54-69
- [18] Shommu NS, et al. *What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review*. International Journal of Equity Health, 2016; 15:6
- [19] Tan CH, Wilson S, McConigley E. *Experiences of cancer patients in a patient navigation program: a qualitative systematic review*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 2015; 13(2):136-168
- [20] Hale R, Giese J. *Cost-effectiveness of health coaching: an integrative review*. Professional Case Management, 2017; 22(5):228-238



Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Postadres	Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
Bezoekadres	Otterstraat 118-124, Utrecht
Telefoon	(030) 27 29 700
Fax	(030) 27 29 729
Website	www.nivel.nl www.nivel.eu



@nivel_research