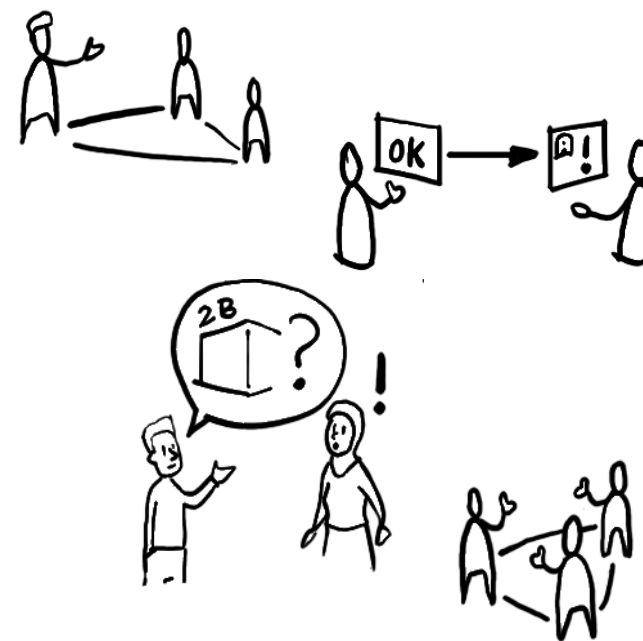




Samen werken aan gezondheid

Handreiking domeinoverstijgend
samenwerken

8 juni 2026



Voor wie is deze handreiking bedoeld?

Deze handreiking is bedoeld voor iedereen in de zorg die betrokken is bij of een rol wil spelen in domeinoverstijgende samenwerking voor het bevorderen van gezondheid. Het biedt concrete handvatten voor verschillende rollen en situaties:



Zorg- en leefstijlprofessionals

Denk aan artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verpleegkundig specialisten, diëtisten, POH's, leefstijlcoaches en andere professionals die (meer) willen werken aan het bevorderen van gezonde leefstijl.

Rol:

Je werkt waarschijnlijk al samen met andere disciplines binnen jouw vakgebied en je wilt jouw impact vergroten door meer structureel samen te werken met andere domeinen, zoals het sociale of publieke domein.



Bruggenbouwer van een samenwerkingsverband

Voor mensen die het initiatief willen nemen of al nemen om samenwerking over domeinen heen te organiseren.

Rol:

Je houdt je bezig met het opzetten, begeleiden of versterken van een samenwerkingsverband. Je jaagt activiteiten aan, verbindt partijen en zorgt voor een gezamenlijke koers.



Beleidsmakers en strategisch adviseurs

Voor mensen die werken bij zorgorganisaties, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten of andere organisaties en die domeinoverstijgende samenwerking willen stimuleren of faciliteren.

Rol:

Je werkt aan organisatiebeleid of -advies op het gebied van gezond leven. Je wilt inzicht in het hoe en wat van domeinoverstijgende samenwerking, zodat je de randvoorwaarden kunt creëren waarbinnen jouw organisatie dit succesvol kan uitvoeren.

We doen het voor de patiënt. Voor Sam...

Gezien vanuit Sam, 36 jaar

- Hij voelt al langere tijd dat hij vastloopt in zijn dagelijkse leven.
- Hij kampt met slaapproblemen en heeft een chronisch gebrek aan energie.
- Dit maakt zijn werk en vaderschap zwaar.

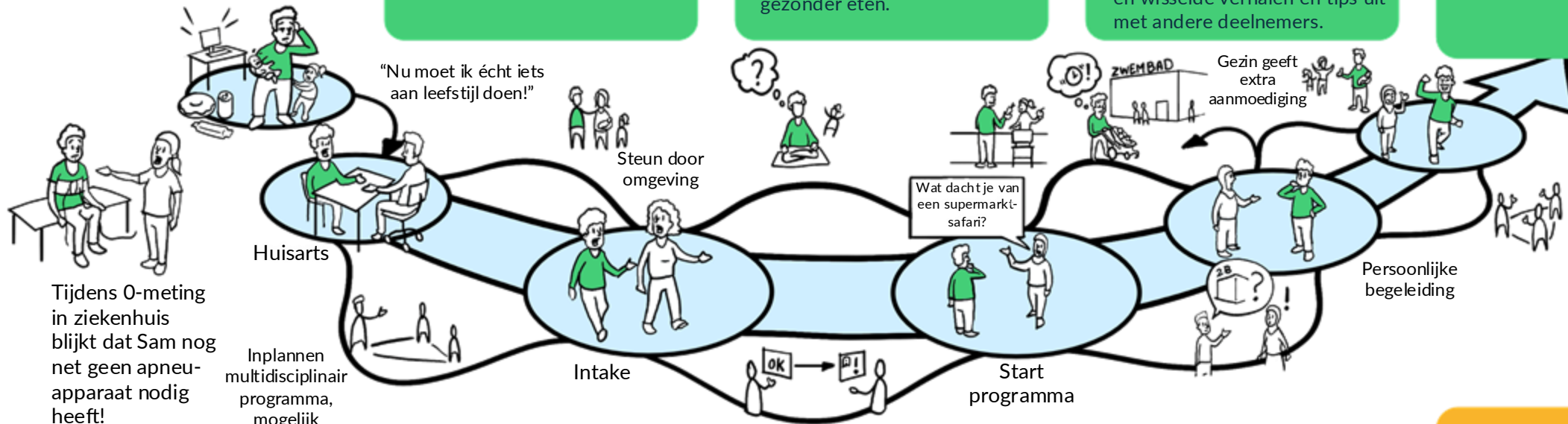
Huisarts vertelde Sam dat een multidisciplinair programma zou kunnen helpen om zijn slaap te verbeteren en energieniveau en mentale veerkracht te herstellen.

- Diëtist verwees door naar een lokale leefstijlcoach.
- Sam leerde met zijn kinderen koken en ontdekte het als nieuwe hobby
- Kinderen gingen daardoor ook gezonder eten.

- Sam voerde kleine, haalbare veranderingen door, zoals een betere avondroutine.
- Voor ouder-kind zwemmen kreeg hij extra aanmoediging.
- Hij bezocht ook groepsessies en wisselde verhalen en tips uit met andere deelnemers.

Winst voor Sam

- Blijvende gedragsverandering.
- Energieker en zelfverzekerder.
- Apneu-apparaat niet nodig.
- Gezin profiteert mee.



Gezien vanuit zorgprofessionals

- Bij de intake stonden doelen en behoeften van Sam centraal.
- Op basis daarvan zijn professionals vanuit verschillende expertises betrokken.

- Bedrijfsarts kon Sams dossier digitaal inzien (met toestemming)
- En paste Sams werktijden aan, voor goede deelname aan het programma.

- Leefstijlcoach hoort van badmeester dat Sam ouder-kind zwemmen probeerde, maar nu niet meer komt.
- Leefstijlcoach koppelt dit terug aan Sam, hij voelt zich gezien.

Winst voor zorgprofessionals

- Patiënten komen minder terug met dezelfde problemen.
- Druk op de zorg (tijd en materiaal) lager.
- Kwaliteit van geleverde zorg wordt hoger.

Inhoudsopgave

Domeinoverstijgende samenwerking op het gebied van gezondheid speelt een belangrijke rol in de transformatie naar een toekomstbestendig zorgsysteem. Door meer in te zetten op wat mensen zelf kunnen doen en waar nodig mensen te ondersteunen bij gezondere keuzes, kunnen we ook de zorg beter voorbereiden op de toekomst. Maar wat is domeinoverstijgend samenwerken? En wat moet je doen om succesvol samen te werken over domeinen heen? Zijn er concrete tools die hierbij kunnen helpen? Allemaal belangrijke vragen die stap voor stap aan bod komen in deze handreiking.

1. Wat is domeinoverstijgend samenwerken?

2. Wat kun je zoal doen?

3. Waar wil je antwoord op?

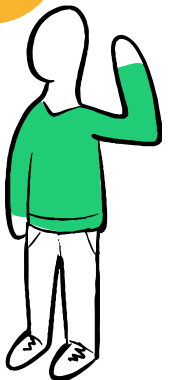
4. Hulp van de Coalitie Leefstijl in de Zorg

In deze handreiking kun je klikken op een onderwerp dat je interesseert. Net zoals in deze inhoudsopgave, probeer maar.

Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Het helpt mensen om een goed leven te leiden, zelf en met elkaar. Wanneer de gezondheid wankelt, wil iedereen kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning op basis van de (para)medische, verpleegkundige en gemeentelijke expertise. Die zorg staat echter toenemend onder druk. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen. We moeten daarom aan de slag. De zorgsector, de politiek en de samenleving als geheel; alleen samen kunnen we de zorg toekomstbestendig maken.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023

De rest van de quotes in deze handreiking komen uit interviews met patiënten, beleidsmedewerkers, zorg- en hulpverleners.



Wat is domeinoverstijgend samenwerken?

Domeinoverstijgend samenwerken

Gezondheid wordt niet alleen beïnvloed vanuit de spreek- of behandelkamer, maar vooral door de omgeving waarin mensen leven. Om gezondheidsuitdagingen aan te pakken, is samenwerking over de grenzen van verschillende domeinen heen noodzakelijk. Want door als zorgorganisatie samen te werken met organisaties uit het sociaal domein, komen patiënten sneller en beter bij passend leefstijlaanbod terecht. Zodat patiënten daar een stap naar een gezonder leven kunnen zetten. Bij domeinoverstijgend samenwerken slaan zorgprofessionals, sociaal werkers, beleidsmakers en/of andere betrokkenen de handen ineen.

Domeinoverstijgend samenwerken biedt oplossingen die verder gaan dan symptoombestrijding. Zodat chronische ziekten voorkomen kunnen worden, behandelingen beter aanslaan, en/of de ziekte omgekeerd wordt. Dit betekent niet alleen een betere kwaliteit van leven voor mensen, maar ook minder druk op de zorg.

Verschil met netwerksamenwerking

Netwerksamenwerking verwijst naar een samenwerkingsvorm waarbij verschillende partijen hun krachten bundelen binnen een gedeeld netwerk. Dit netwerk biedt ruimte voor het uitwisselen van kennis, middelen en expertise, en het verbinden van partijen rond gemeenschappelijke doelen.

Hoewel netwerksamenwerking essentieel is om samenwerking tussen organisaties te bevorderen, betekent dit niet automatisch dat het domeinoverstijgend of integraal is. Netwerken kunnen bijvoorbeeld opereren binnen één domein, zoals enkel binnen de zorg, of zonder dat er een gedeelde verantwoordelijkheid is voor gezamenlijke interventies of activiteiten. De focus ligt vaak meer op het verbinden van partijen dan op een geïntegreerde aanpak.

In dit document wordt bewust gekozen voor de term **domeinoverstijgend samenwerken** in plaats van netwerksamenwerking, omdat domeinoverstijgend samenwerken altijd een vorm van netwerksamenwerking is, maar niet andersom. Netwerken kunnen waardevol zijn binnen een enkel domein, maar domeinoverstijgend samenwerken gaat verder. Het overstijgt de grenzen van afzonderlijke sectoren en richt zich op integrale oplossingen voor complexe maatschappelijke uitdagingen.

Wat is domeinoverstijgend samenwerken?

Domeinoverstijgend samenwerken wordt gestimuleerd door de overheid vanuit meerdere akkoorden en krijgt een financiële impuls vanuit verschillende regelingen. Hiernaast zie je hoe deze akkoorden en regelingen zich tot elkaar verhouden.

Integraal Zorgakkoord (IZA)

Dit akkoord, gesloten in 2022, richt zich op het verbeteren van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Het benadrukt regionale en domeinoverstijgende samenwerkingen tussen zorgorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars, en het verschuiven van de focus van ziekte naar gezondheid. Voor de ouderenzorg is er de WOZO.

Transformatiegelden

Zorgorganisaties kunnen financiering aanvragen bij de zorgverzekeraar voor initiatieven die bijdragen aan passende en toegankelijke zorg, regionale samenwerking of andere doelstellingen die zijn vastgelegd in het IZA.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Een verdere concretisering van het IZA gericht op preventie en gezondheid. Het doel is een gezonde generatie in 2040, met aandacht voor gezondheidsachterstanden, sociale basis, en een gezonde leefomgeving. GALA stimuleert samenwerking tussen partijen op lokaal niveau.

Specifieke uitkeringen GALA en IZA

Voor zowel het GALA als het IZA is tot en met 2026 financiering beschikbaar. Voor het GALA de 'Regeling specifieke uitkering sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023-2026' (voor gemeenten).

Voor het IZA de 'Regeling specifieke uitkering IZA-doelen 2023-2026' (voor samenwerkingsverbanden).

Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)

Dit akkoord is een uitbreiding op IZA en GALA. Het formuleert een versnelling en verdieping op deze doelstellingen. Met specifieke aandacht voor de versterking van de samenwerking tussen

medisch en sociaal domein om meer preventief en wijkgericht te kunnen werken.

Zes bouwstenen van domeinoverstijgend samenwerken

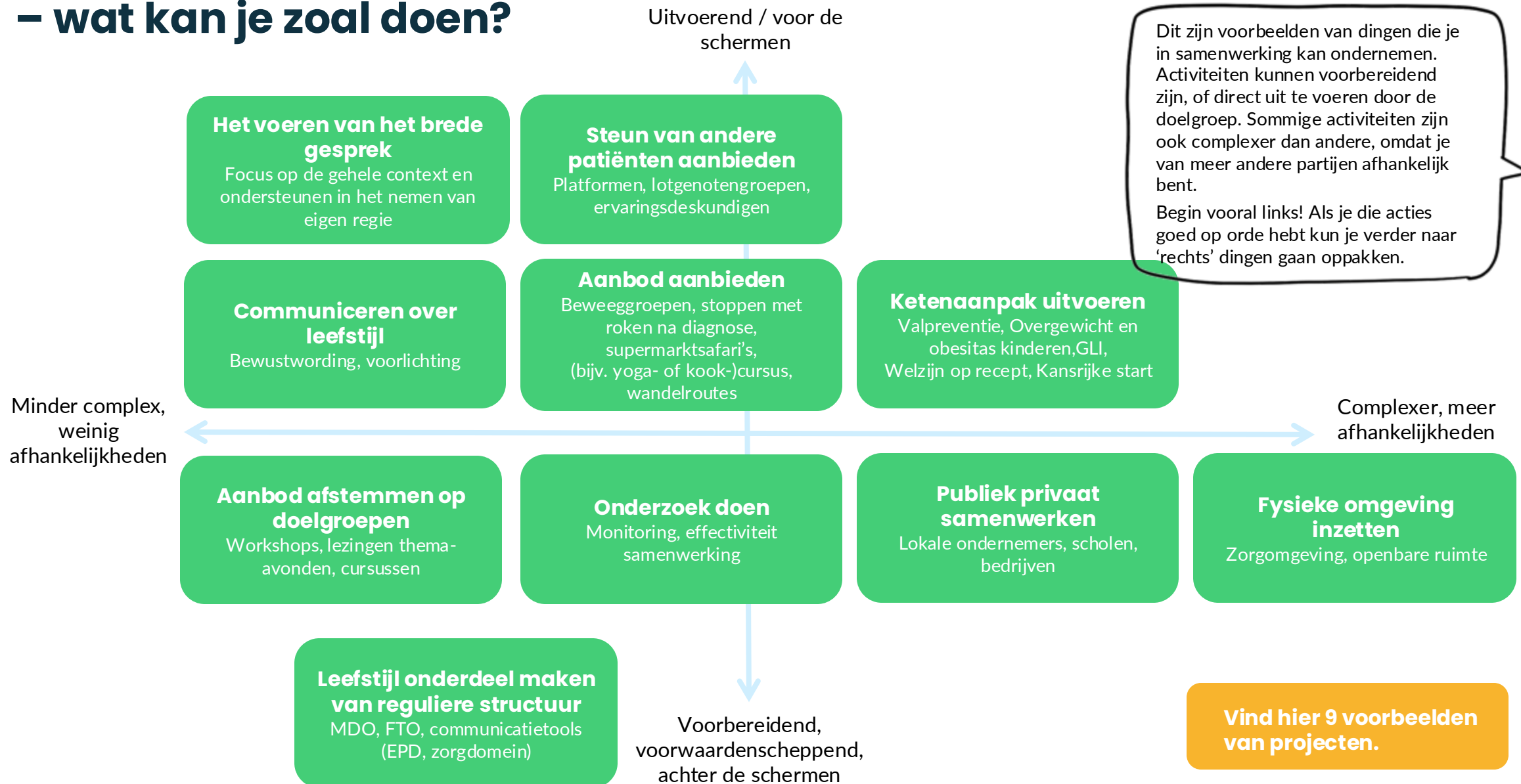
Vanuit het landelijk lerend netwerk "Leren Transformeren van zorg naar gezondheid" hebben organisaties zoals het RIVM, Alles is Gezondheid, NZa, Pharos, HealthHolland, VWS en ZonMw **zes bouwstenen** voor domeinoverstijgend samenwerken geformuleerd. Deze bouwstenen vormen het uitgangspunt voor deze handreiking. In de volgende pagina's worden ze verder uitgewerkt in de context van leefstijl, aangevuld met praktische tools.

Ben je benieuwd naar de achterliggende gedachte en onderbouwing van domeinoverstijgende samenwerking en de stappen?

[Lees hier de kennissynthese](#)

Domeinoverstijgend samenwerken aan gezondheid

– wat kan je zoal doen?



Sara, de bruggenbouwer, deelt haar ervaringen

Ik zag al langere tijd dat mensen zoals Sam tussen de wal en het schip dreigen te vallen. Ik wist dat samenwerking tussen domeinen essentieel is om deze mensen echt te kunnen helpen.

Met dat idee ben ik gestart met het **voorbereiden** van een samenwerkingsverband.

Na het **beginnen** maakte de hoge werkdruk het lastig om iedereen betrokken te houden. Wisselingen in personeel ook. Sommige nieuwe collega's waren niet zo enthousiast over samenwerken.

Uiteindelijk **overwon** ik obstakels door het vasthouden aan mijn visie, en door kleine successen te zien en te vieren. Mensen zoals Sam zetten met onze gezamenlijke hulp goede stappen!

Deze sterke samenwerking is niet alleen een middel, maar ook een krachtig doel op zichzelf. Samen kunnen we namelijk problemen aanpakken die we alleen nooit hadden kunnen oplossen.

En elke keer als mensen hun leven verbeteren door onze inspanningen, weet ik: Het is de moeite waard geweest!

Sara is bruggenbouwer en heeft zelf ervaren wat er komt kijken bij het opzetten van een domeinoverstijgend samenwerkingsverband. Ze leidt ons door de verschillende fases en geeft antwoord op jouw vragen.

Voorbereiden

Kennismaken

Beginnen

Versterken

Mijn rol als fysiotherapeut gaf me toegang tot breed lokaal professioneel netwerk. Ik ben gaan **kennismaken** met huisartsen, diëtisten, buurtsportcoaches, welzijnscoaches en slaapoefentherapeuten.

Daarbij heb ik telkens de dubbele winst benadrukt: samenwerking verbetert kwaliteit van zorg én kan werkdruk verlagen!

Samenwerken is geen rechte lijn. Soms leek het ook alsof we geen vooruitgang boekten.

Het hielp toen voor het **versterken** van de samenwerking om terug te kijken naar die kleine successen, en te onthouden dat verandering tijd kost.

Deze samenwerking is een stevig fundament geworden in onze gemeente: professionals werken samen vanuit gedeelde verantwoordelijkheid en weten elkaar te vinden. Dit heeft niet alleen Sam geholpen, maar ook tientallen anderen.

Het voelt goed om hieraan te hebben bijgedragen!

Waar wil je antwoord op?

Domeinoverstijgende samenwerking doorloopt verschillende fases. Per fase spelen er andere vragen.

Welke vragen heb jij?
Klik op de vraag waar
je het antwoord op wil
weten.



Vorbereiden

Moet er iemand het voortouw nemen, en zo ja wie?

Met welke partijen kan ik samenwerken?

Hoe willen we patiënten betrekken?

Kennismaken

Hoe leer je elkaar en jullie ambitie goed kennen?

Hoe bereiken we patiënten?

Beginnen

Hoe werken we goed samen?

Hoe moeten we monitoren?

Hoe kunnen we financiering regelen om te beginnen?

Versterken

Hoe zorgen we voor structurele financiering?

Hoe vieren we onze successen?

Hoe worden we geen praatclub?

Hoe kunnen we als samenwerking blijven leren?

Moet er iemand het voortouw nemen, en zo ja wie?

Lees verder op de volgende pagina 

Ja! Het aanstellen van een bruggenbouwer biedt duidelijke sturing en versterkt de samenwerking. Deze persoon fungeert als projectleider en verbindende schakel tussen zorgprofessionals, welzijnsorganisaties, sportaanbieders en andere betrokkenen.

“Het is belangrijk om een duidelijk aanspreekpunt te hebben die de leiding neemt in samenwerkingen en knopen doorhakt.” (arts)

Wil of kun je zelf niet de bruggenbouwer zijn?

Als dit bijvoorbeeld niet past binnen je functie. Ga op zoek naar iemand. Er is vast iemand in de buurt die hier enthousiast over is. Zoek verbinding met een (potentiële) bruggenbouwer. Vraag lokaal na of er al iemand bezig is met het opzetten van een samenwerking bij bijvoorbeeld de:

- GGD – gezondheidsmakelaar/afdeling gezond leven
- Gemeente – beleidsadviseur gezondheid
- Sportservice - buurtsportcoach
- Welzijnsorganisatie – projectleider
- 1^e lijn – Coördinator hechte wijkverbanden

Wat kan een bruggenbouwer?

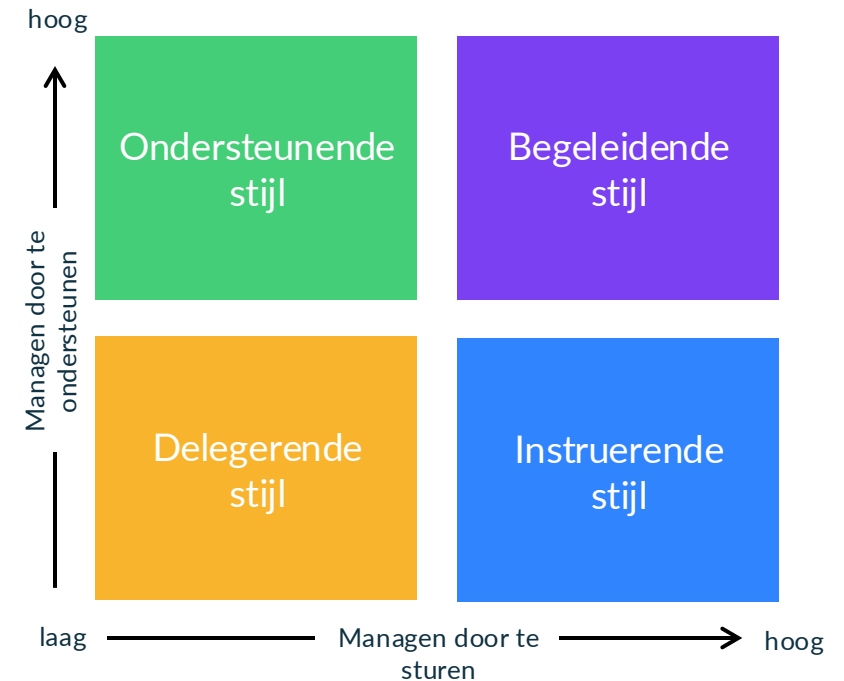
Kies een bruggenbouwer met sterke communicatieve vaardigheden, die verbindend en empathisch is, maar ook stevig in de schoenen staat en goed overzicht heeft over het speelveld en de te betrekken professionals.

Buurtsportcoaches, gezondheidsmakelaars, ketenregisseurs kennen het zorg- en sociaal domein en kunnen goede bruggenbouwers zijn.

Hoe neem je het voortouw?

Als bruggenbouwer wil je een goede start faciliteren en achterhalen waarvoor, met wie, waarom en hoe je gaat samenwerken. Hiervoor is het belangrijk om goed in gesprek te gaan met elkaar en de juiste vragen te stellen. De logische niveaus en vragen van **Bateson & Dilts [1]** kunnen je daarbij helpen. Op basis van de niveaus zijn **81 vragen** opgesteld die je kunt gebruiken om als bruggenbouwer het gesprek te leiden.

Als je weet wat het doel is van de samenwerking, dan is het de kunst om op de juiste manier het voortouw te nemen. Er zijn vier leiderschapsstijlen (zie afbeelding) die je kunt toepassen volgens het model van **Hersey & Blanchard [2]**.



Moet er iemand het voortouw nemen, en zo ja wie?

Welke stijl je het best in kunt zetten is afhankelijk van de deskundigheid en motivatie van het samenwerkingsverband ten aanzien van de taak die er ligt. Zo past een ondersteunende stijl goed bij een samenwerkingsverband dat deskundig is in de taak die zij wil volbrengen, maar hier nog niet helemaal zeker over zijn.

Kan ik een goede bruggenbouwer zijn?

Om erachter te komen of jij de vaardigheden beheerst om een goede bruggenbouwer te zijn kun je gebruikmaken van deze tools:

- **Model 'De Vijf Principes van inspirerend het voortouw nemen'**. [3]
- **Vragenlijst inspirerend het voortouw nemen**. [4]

De vragenlijst kun je zelf invullen, maar is ook bedoeld voor de professionals waarmee je samenwerkt. Het biedt je inzicht in hoe het wordt ervaren dat je het voortouw neemt en waar je je nog verder in kunt ontwikkelen.

Wat doet een bruggenbouwer?

Als bruggenbouwer is het belangrijk om structureel contact te onderhouden met alle partners en stakeholders. Door bijvoorbeeld maandelijkse overleggen te organiseren, houd je iedereen betrokken bij de samenwerking.

“Betrek en informeer als bruggenbouwer continu alle partijen, en houd de lijnen kort. Leg de nadruk op resultaten en blijf binnen het budget; dit versterkt vertrouwen en eerlijkheid, zelfs in uitdagende situaties.” - (buurtsportcoach)

Dit betekent niet dat je als bruggenbouwer alle acties oppakt en verantwoordelijk bent voor het eindresultaat. Je coördineert en betreft alle samenwerkingspartners om samen de gestelde doelen te bereiken. Hierin pak je een faciliterende rol doordat je goed weet wat iedereen kan bijdragen vanuit zijn/haar functie.

Blik op het werkveld

De bruggenbouwer houdt goed overzicht over het werkveld in de regio en weet welke stakeholders betrokken moeten zijn. De bruggenbouwer houdt iedereen scherp om ondersteuning of zorg passend in te zetten en niet onnodig te medicaliseren. Een dokter gaat bijvoorbeeld niet zelf wekelijks een rondje met een patiënt wandelen. Een dokter draagt wel warm over naar bijvoorbeeld de buurtsportcoach die een wandelgroep heeft opgezet of naar een wandelgroep die gaat starten vanuit de Diabetes Challenge.

Een bruggenbouwer kan kansen herkennen, doelen formuleren, draagvlak creëren, belanghebbenden stimuleren, agenda's opstellen, leiderschap tonen, veranderingen managen, de verantwoordelijkheid nemen, capaciteiten en aansprakelijkheid van teamleden versterken, en interpersoonlijke communicatie faciliteren.



Met welke partijen kan ik samenwerken?

Er zijn veel partijen waarmee je vanuit de zorg kunt samenwerken. Deze zijn veelal te vinden in de sociale basis of in het sociaal domein. Maar ook met private organisaties kan samengewerkt worden. Op deze pagina vind je partijen en functies waar je aan kunt denken per leefstijlthema. Vraag na bij de beleidsmedewerker gezondheid in jouw gemeente of er al een sociale kaart is uitgewerkt, dit kan een mooi startpunt zijn.

Hiernaast vind je per leefstijlthema de professionals en organisaties die betrokken kunnen worden buiten het zorgdomein.



Hoe willen we patiënten betrekken?

Bepaal welke patiënten je wil betrekken

Focus binnen een project op specifieke patiënten om de domeinoverstijgende samenwerking effectief te maken. Wie heeft het het meeste baat bij de domeinoverstijgende gezondheidsaanpak?

Je kunt jullie project op basis van bijvoorbeeld aandoening, risicoprofiel, leeftijd of wijk richten op specifieke patiënten. Gebruik hiervoor gegevens zoals gezondheidsrapporten, wijkprofielen en GGD-informatie om te ontdekken waar de meeste gezondheidsrisico's liggen, zoals bij jongeren in wijken met hoge werkloosheid.

“Daarmee beschik je over de data, waarmee je op persoons- of wijkniveau mensen veel gerichter kan begeleiden, bijvoorbeeld door groepen of wijken specifiek aan te pakken. Dat is precies de crux.”
(leefstijlspecialist)

Bepaal hoe je patiënten wil betrekken bij (het opzetten van) de samenwerking

Denk ook na over hoeveel invloed je patiënten geeft in dit proces. Hoe meer invloed zij hebben, hoe meer betrokken ze zijn. Dat zorgt voor vertrouwen en uiteindelijk voor beleid of een aanpak die echt aansluit bij wat patiënten nodig hebben en willen. Mogen zij bijvoorbeeld alleen toehoren, of ook meedenken en meebeslissen? De participatieladder kan je hierbij helpen, omdat die verschillende niveaus van betrokkenheid laat zien.

Als een patiënt aangeeft mee te willen werken dan kun je de **participatiematrix** en de bijbehorende **participatiematrix checklist [6]** gebruiken om samen te bepalen hoe de patiënt kan bijdragen.

Tip: Via **patiëntenorganisaties** en bij de **regionale zorgbelangorganisaties** kun je patiënten en/of patiënten uitnodigen mee te werken. Zij worden opgeleid om niet alleen vanuit hun persoonlijke situatie te spreken, maar vanuit een bredere groep.



Hoe leer je elkaar en jullie ambitie goed kennen?

Leer elkaar en elkaars domein kennen

Organiseer een bijeenkomst en luister naar elkaars ambitie op het gebied van gezondheid. Stel tijdens de bijeenkomst bijvoorbeeld deze vragen:

- Wat wil iedere partner betekenen op het gebied van gezondheid voor de patiënt?
- Hoe kan samenwerken daaraan bijdragen?
- Welk verhaal over leefstijl heeft tot nu toe het meest indruk gemaakt op jou?
- Wat vinden jullie goede zorg?
- Iedereen kiest vanuit eigen perspectief de belangrijkste waarden voor de samenwerking uit deze **lijst** en deelt deze met de rest. Daarna stemt iedereen op de belangrijkste waarden voor de samenwerking
- Kijk samen naar de **afbeeldingen** in de bijlage en stel elkaar de vraag: wat zie jij hier? Als je allemaal in hetzelfde domein werkt, beeld je dan in wat iemand uit een ander domein zou zeggen.

Tip: Wat ook goed werkt is bij elkaar een kijkje in de keuken nemen.

Samen de richting bepalen

Om de rest van de samenwerking vorm te geven is het goed om een gezamenlijke richting te bepalen. Dit kan op verschillende manieren.

Bijvoorbeeld met dit **kompas [5]** voor samenwerking. Dit kompas kan richting en ondersteuning bieden gedurende het proces. Organiseer bij de start een kick-off bijeenkomst met alle samenwerkingspartners om dit **kompas** gezamenlijk te bespreken. Bespreek de verschillende onderdelen en maak afspraken over hoe jullie deze samen gaan uitvoeren.

Tip: Er kan heel veel! Bepaal samen jullie eerste project. Daar kun je **deze** opzet voor gebruiken. Begin daarbij lokaal en kies een specifieke doelgroep. Als dat goed loopt kun je gaan uitbreiden. Vind **hier** een aantal voorbeelden.

Leg de gezamenlijke richting vast in bijvoorbeeld een **praatplaat of een verhaal**, zodat hierop in elk volgend overleg kan worden teruggegrepen: staan alle neuzen nog dezelfde kant op?

*“Het is in de opstartfase heel belangrijk om innovaties te hebben en uren waarin je elkaar kan leren kennen, zodat je niet langs elkaar heen gaat werken.”
(systeemtherapeut en gezinscoach)*

Zitten alle partners aan tafel?

Bepaal op basis van een stakeholderanalyse, zoals die in de **bijlage**, of alle benodigde partners betrokken zijn.

*Let op! Als je dit niet doet, kan de patiënt daar last van krijgen: “Ik had het fijn gevonden als de huisarts nauwer betrokken was bij mijn leefstijlinterventie; tegen de huisarts durf ik toch eerlijker te zijn.”
(patiënt)*

Bespreek of er iemand is die:

- **Bruggenbouwer** wil zijn.
- Goed is met het vinden van startfinanciering.

Het is belangrijk om deze rollen binnen het samenwerkingsverband te vervullen.

Hoe bereiken we patiënten?

Bereik patiënten via bestaande kanalen

Geef organisaties die contact hebben met de doelgroep, zoals scholen en buurtcentra, duidelijke informatie zodat zij mensen kunnen doorverwijzen. Ga daarnaast naar plekken waar jouw doelgroep komt, zoals buurthuizen of sportclubs, en leg daar helder uit wat je interventie inhoudt.

Er zijn al veel buurtinitiatieven waarbij je mogelijk zou kunnen aansluiten, zoals:

- Jeu-de-Boules avond bij een wooncomplex.
- Wandelroutes met vaste tijdstippen waarop deze gewandeld worden.
- Moestuin die met de wijk wordt aangelegd en waarbij workshops worden gevolgd over gezonde en duurzame voeding
- Fietsgroep die elke week start vanaf het gezondheidscentrum.
- Appgroepen waarin mensen afspreken om bijvoorbeeld te gaan wandelen, fietsen of gezonde maaltijden te delen als iemand iets over heeft.

Stem je communicatie af op de doelgroep en gebruik waar nodig simpele uitleg of visuele hulpmiddelen.

Je kunt de volgende tools van Pharos gebruiken om de communicatie aan te laten sluiten bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden:

- [Online Checklist Toegankelijke Informatie \[7\]](#)
- [Checklist bereiken en betrekken patiënt \[8\]](#)

Zorg wel dat de bijeenkomst toegankelijk is voor iedereen. Een handige checklist vind je [hier \[9\]](#). Een andere optie is het organiseren van informele bijeenkomsten, zoals een gezamenlijke maaltijd of een wandelactiviteit.

Bereid de deelnemers van tevoren goed voor met een korte uitleg over het onderwerp en de belangrijkste punten. Zo weten zij wat er van hen wordt verwacht. Geef ruimte voor vragen en check regelmatig of alles duidelijk is.

“Ik gebruik folders en publicaties in de lokale krant om het belang van leefstijlinterventies te benadrukken en nieuwe mensen te werven. Veel mensen in het dorp lezen deze krant, dus zo bereik ik de groep goed. De kracht van herhaling speelt hierbij een belangrijke rol.” (buurtsportcoach)

“Wij zetten het groots uit via de huisartspraktijk en social media en nodigen mensen uit voor bijeenkomsten. In gesprekken vragen we wat zij belangrijk vinden en nemen dat als uitgangspunt.” (huisarts)

Hoe werken we goed samen?

Regelmatig afspreken

Om de samenwerking goed te laten verlopen is het van belang dat jullie elkaar leren kennen en dat je weet waar je samen aan werkt. Spreek regelmatig af, liefst ook een keer zonder agenda, en bepaal wat jullie eerste project wordt en begin klein.

Werken volgens de PDCA-cyclus geeft veel structuur. In de bijlage vind je vier voorbeeldplannen.

1. Stel duidelijke doelen en werk een stappenplan uit. Wat willen jullie bereiken?



2. Voer uit volgens plan en observeer wat er gebeurt.

4. Pas het plan aan op basis van de evaluatie en zet verbeteringen in gang.

3. Evalueer de voortgang en resultaten. Wat werkt wel en wat niet?

Afspraken maken

Extra afspraken over taken en verantwoordelijkheden kun je maken door de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke taken en verantwoordelijkheden heeft iedereen? Gebruik bijvoorbeeld de **RACI-matrix**.
- Hoe communiceren we, hoe vaak en op welke manier (gezamenlijke online omgeving, whatsappgroep, via e-mail etc.)?
- Hoe nemen we besluiten? Wie mag er mee beslissen?
- Hoeveel tijd investeert iedereen in de samenwerking?

Spelregels

Het is belangrijk om vanaf het begin duidelijke spelregels met elkaar af te spreken. Geef met elkaar antwoord op de volgende vragen:

- Hoe spreken we elkaar aan bij spanningen?
- Hoe geven we elkaar feedback?
- Hoe leven we afspraken met elkaar na?
- Hoe evalueren we onze overleggen?
- Hoe voorkomen we dat we vertragingen oplopen door interne raadplegingen?
- Hoe evalueren we de samenwerking?

De samenwerking kun je evalueren door periodiek onderstaand invulblad te gebruiken.

Het periodiek evalueren van de samenwerking zorgt ervoor dat de samenwerking steeds verder kan ontwikkelen. Hobbels worden vroegtijdig gesignaleerd en overwonnen. Het biedt een moment om met elkaar stil te staan bij de successen die behaald zijn. Het is belangrijk om in de evaluatie stil te staan bij de doelen, afspraken en spelregels die opgesteld zijn. In de bijlage staat een voorbeeld invulblad dat je kunt aanpassen qua onderwerpen en vragen.

Vanuit de Coalitie is er een werkvorm gemaakt om je eigen monitoringsplan op te stellen, gericht op de samenwerking en het resultaat, [bekijk de werkvorm](#)



Hoe moeten we monitoren?

Plan

Monitoring is in de basis gericht op het evalueren van de samenwerking en niet op de effectiviteit van de bevordering van gezonde leefstijl zelf. Bepaal samen wat de doelen, succesfactoren en de afspraken zijn van de samenwerking. Bij succesfactoren kun je denken aan:

- Hoeveel patiënten hebben gebruikgemaakt van onze samenwerking?
- Beschikbaarheid van samenwerkingspartners in #dagen wachttijd?
- Hoe vaak wisten we iemand uit een ander domein te vinden?
- Hoe tevreden zijn de patiënten over onze samenwerking (niet over de leefstijlondersteuning)?
- Houden we ons aan onze eigen processen?

Bepaal samen hoe je de succesfactoren gaat monitoren. Houdt iedereen een lijstje bij, houdt één iemand het bij of is er meer nodig?

Doen

Ga volgens plan aan het werk en volg de afspraken die jullie hebben gemaakt.

Check

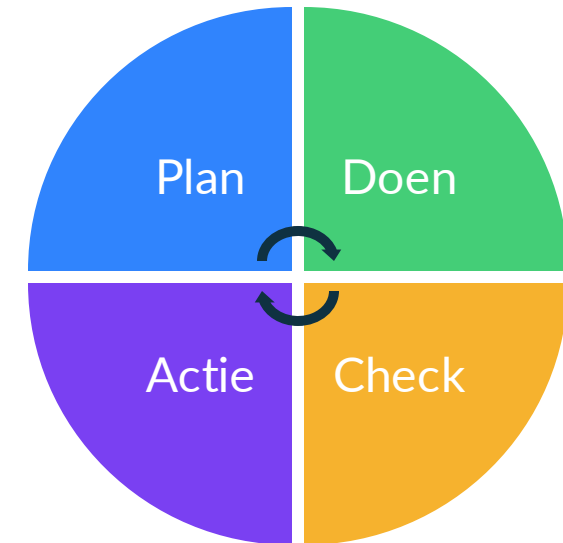
Controleer of jullie goed bezig zijn door de succesfactoren te monitoren. Hoe concreter jullie succesfactoren hoe makkelijker deze fase is. Hier vind je een **methode** om dit te doen.

Vergeet daarbij niet na te vragen hoe patiënten het ervaren. Bel enkele weken na het contact met een patiënt op om te bespreken hoe iemand jullie samenwerking heeft ervaren.

Actie

Evalueer. Pas de afspraken of doelen aan op basis van de check.

“Maak succesfactoren duidelijk en begrijpelijk, zodat iedereen ze snapt. Vertaal ze naar concrete, kleine doelstellingen en maak ze visueel om ze toegankelijker en makkelijker te begrijpen te maken.” (leefstijlspecialist en projectleider)



Voorbeeld:

Plan: jullie hebben afgesproken om patiënten in het pre-diabetes stadium een programma aan te bieden waarin ze met de fysio, diëtist en buurtsportcoach aan de slag gaan. Jullie houden bij hoeveel patiënten er doorverwezen zijn.

Doen: Jullie gaan een paar maanden aan de slag.

Check: Na een paar maanden checken jullie hoe het is gegaan en zien dat er amper doorverwijzingen zijn geweest.

Actie: Jullie passen de criteria voor doorverwijzing aan, want niemand bleek daar aan te voldoen.

Hoe kunnen we financiering regelen om te beginnen?

Past het binnen jullie huidige werkzaamheden?

Vaak is het zo dat de werkzaamheden voor domeinoverstijgende samenwerking aansluiten bij iemands reguliere werkzaamheden of taken. Daar is geen extra financiering voor nodig.

Is er voor de samenwerking nog meer financiering nodig?

De volgende financieringsmogelijkheden kunnen helpen bij het financieren van het opzetten van de samenwerking zelf, zoals het organiseren van overlegstructuren, gezamenlijke visieontwikkeling en het uitwerken van praktische werkwijzen. Deze financiering is niet afhankelijk van het succes van de domeinoverstijgende samenwerking.

- **Financiering vanuit het ziekenhuis**
Bijvoorbeeld innovatiegelden die niet alleen gericht zijn op medische zorg, maar ook op het creëren van samenwerkingsstructuren met andere domeinen.
- **Financiering vanuit de gemeente**
Bijvoorbeeld door brede SPUK-gelden of de komende doorbraakmiddelen in te zetten voor de organisatie en coördinatie van de samenwerking, of via leefstijlcoaches die als

schakel kunnen fungeren tussen verschillende domeinen, en gefinancierd zijn vanuit de gemeente.

- **Financiering vanuit de Zvw**
Door afspraken met de zorgverzekeraar te maken in het kader van de veranderopgave naar inzet op gezondheid, specifiek gericht op het faciliteren van overleg, coördinatie en gezamenlijke besluitvorming tussen zorg- en welzijnspartijen.
- **Subsidies**
Verken welke subsidies beschikbaar zijn voor jouw samenwerkingsverband, specifiek gericht op het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden, en controleer of de voorwaarden aansluiten bij de richting die jullie willen inslaan.
- **Beleidsregel [10] domeinoverstijgende samenwerking**
Met deze beleidsregel kunnen jullie de tijd en middelen financieren die nodig zijn voor overleg en coördinatie tussen professionals uit verschillende domeinen om zorg en ondersteuning anders in te richten. Dit biedt ruimte om afspraken op het niveau van patiëntgroepen te maken en gezamenlijke

doelen te formuleren.

- **Cofinanciering**
Zoek partijen buiten je eigen domein die overlappende doelen hebben en baat hebben bij het succes van het project. Denk bijvoorbeeld aan woningcorporaties, werkgeversorganisaties of onderwijsinstellingen die ook belang hebben bij gezondere en vitalere populaties.

*“Investeren in uitvoeringskracht is nodig. Je hebt mensen nodig die echt de tijd en ruimte krijgen om de plannen uit te voeren. Dat betekent ook dat je moet investeren in de juiste mensen. Vaak zie ik dat bij projecten de meest junior medewerkers, net van school, worden ingezet. Maar zij hebben nog niet de ervaring om bijvoorbeeld subsidieaanvragen te schrijven of de juiste ondersteuning te vinden. Je moet dus goed nadenken wie je waar voor inzet.”
(programmamanager)*

Hoe zorgen we voor structurele financiering?

Inzet op duurzame financiering en continuïteit

Om een duurzame samenwerking op te bouwen, is structurele financiering nodig voor de borging de lange termijn. Overweeg om verschillende financieringsstromen te combineren, zoals het opzetten van een sociale onderneming of coöperatie van waaruit je diensten kan aanbieden en bijdragen van zorgverzekeraars kan ontvangen. Dit zorgt voor een stabielere financiële basis. Bespreek binnen het team regelmatig de financiering en kijk samen naar nieuwe kansen. Door hier proactief mee bezig te zijn en creatief te denken, bouw je aan een duurzaam financieel fundament voor de samenwerking.

Maak gebruik van bestaande betaaltitels

Het is rendabel om te kijken of er initiatieven zijn die al structureel gefinancierd worden. Hoe meer je je eigen initiatief passend maakt op bestaande betaaltitels hoe eerder je definitieve financiering krijgt. In dit [rapport van Equalis \[11\]](#) vind je hoe bestaande initiatieven op gebied van leefstijl nu gefinancierd worden.

Effectieve monitoring en bewijslast versterken de financieringsbasis

Voor het behouden of uitbreiden van financiering, is het belangrijk om de effectiviteit van het samenwerkingsverband goed te monitoren en te delen. Werk jullie voortgang en resultaten bijvoorbeeld uit in een infographic, zodat financiers in een oogopslag zien wat de effectiviteit is. Deel daarbij ook de eerder beschreven zachte indicatoren om financiers en samenwerkingspartners op een aansprekende manier inzicht te geven in de voortgang. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het afnemen van interviews met patiënten: wat is de ervaring van de patiënten die een interventie hebben gevolgd? Vraag daarnaast zorgverleners om een logboek bij te houden om inzichtelijk te krijgen hoe zij het vinden gaan.

Organisatievorm en governance zijn van belang voor goede financiering

Het kunnen verkrijgen van (duurzame) financiering is ook afhankelijk van de manier waarop het samenwerkingsverband zich organiseert. Denk na over de schaalgrootte van jullie samenwerking: zorgverzekeraars vinden het

vaak pas interessant om te investeren als het samenwerkingsverband een bepaalde omvang heeft.

Zorg er daarnaast voor dat er mensen in het samenwerkingsverband aanwezig zijn die creatief kunnen omgaan met het vinden en combineren van financiering. En kennis hebben over bijvoorbeeld het schrijven van een subsidieaanvraag.

“Met een goed team kun je veel bereiken, maar om zo'n team bij elkaar te brengen én een sterke subsidieaanvraag op te stellen, dat is weer een heel ander vak. Het vraagt om goed leiderschap, inzicht in wet- en regelgeving, en een scherp begrip van wat er precies wordt gevraagd.”
(leefstijlspecialist)

Hoe vieren we onze successen?

Successen vieren en samen leren

Het actief vieren van successen en het zichtbaar maken van voortgang zijn belangrijke elementen om betrokkenen gemotiveerd en geïnformeerd te houden binnen een samenwerkingsverband. Het zorgt er bovendien voor dat iedereen de impact van zijn of haar inspanningen kan zien en waarderen, wat leidt tot het behouden en vergroten van enthousiasme.

“Succesverhalen van deelnemers geven me de motivatie om door te gaan. Ze laten echt de impact van de interventie zien.” (huisarts)

Een praktische manier om dit te doen, is door regelmatig momenten te creëren waarop successen worden gedeeld. Een werkvorm om successen te vieren is het organiseren van een projectfestival, waarin betrokkenen samenkomen om de behaalde resultaten te bespreken en te reflecteren op de samenwerking. In deze sessies kunnen successen worden benoemd en kan er worden nagedacht over vervolgstappen en nieuwe kansen.

“Het vieren van successen is een must-have, geen nice-to-have.” (arts en projectleider)

Daarnaast kun je informele activiteiten organiseren, zoals een gezamenlijke lunch of een jaarlijks diner, om het teamgevoel te versterken.

“We vieren successen samen. Het lijkt klein, maar het versterkt het teamgevoel en helpt om successen te delen. Elk jaar gaan we met de hele club uit eten. Dat informele contact helpt enorm om cultuurverschillen te overbruggen en zorgt ervoor dat we elkaar beter begrijpen.” (programmamanager)

Toen we ons eerste gezamenlijke project succesvol afronden, namen we de tijd om dit samen te markeren met alle partners. Dit moment van erkenning gaf ons niet alleen trots, maar zorgde ook voor hernieuwd vertrouwen in wat we samen nog meer kunnen bereiken.



Hoe worden we geen praatclub?

Zonder een duidelijke aanpak bestaat het risico dat overleggen zich beperken tot praten zonder concrete resultaten. Om dit te voorkomen, is het essentieel om de samenwerking praktisch, doelgericht en resultaatgericht te organiseren. Hier zijn enkele belangrijke stappen om dat te bereiken:

Begin klein: start met een concreet project

Een goede samenwerking begint met een eerste stap. Start met een klein, duidelijk omljnd project dat haalbaar en overzichtelijk is. Dit biedt de kans om vertrouwen en samenwerking op te bouwen, en om successen te behalen die motiveren om verder te gaan.

“Denk groot, maar begin klein en boek snel een eerste succes.” (programmamanager)

Werk actiegericht: wat ga je doen?

Het volgen van de **PDCA-cyclus** kan hierbij helpen. Deze aanpak dwingt je om actiegericht te werken en voorkomt eindeloze discussies zonder besluitvorming. Ook monitor je de vooruitgang en stuur je bij wanneer nodig. Monitoring kan met tools zoals dit **spinnenweb**.

Hou werksessies in plaats van vergaderingen. De bruggenbouwer bespreekt en houdt in de gaten wie voor de volgende sessie een actieve werkvorm voorbereidt.

Breid uit: de ambitie is groot genoeg

Zodra het eerste project goed loopt, is het tijd om verder te kijken. Een domeinoverstijgende samenwerking heeft een ambitie die groter is dan één plan, er is altijd iets waar jullie mee verder kunnen. Begin daarom aan een nieuw project terwijl het eerste doorgaat. Uiteindelijk kun je meerdere projecten tegelijkertijd draaien, elk gericht op verschillende aspecten van de gezamenlijke ambitie.

Zorg dat de cyclus blijft draaien

De kracht van samenwerking zit in continu leren en verbeteren. Houd de PDCA-cyclus in stand bij elk project en bespreek regelmatig de voortgang. Dit creëert een dynamische werkwijze waarin niet alleen ideeën, maar vooral acties centraal staan.

Maak acties een vast onderdeel van elk overleg

Een veelvoorkomend struikelblok is dat vergaderingen vrijblijvend worden. Voorkom dit door bij elk overleg concrete acties en verantwoordelijkheden af te spreken. Begin elk overleg met een terugblik: welke acties zijn uitgevoerd en wat hebben ze opgeleverd?

Voer direct de acties uit die binnen 2 minuten kunnen.

Hoe kunnen we als samenwerking blijven leren?

Werk volgens de PDCA-cyclus

Blijf de samenwerking met elkaar evalueren en verbind daar acties aan. Je vindt een aantal voorbeelden in de bijlage.

Volg samen een training

Om elkaar en de mogelijkheden van domeinoverstijgende samenwerking beter te leren kennen kun je gezamenlijke trainingen volgen. Denk aan trainingen over het inzetten van het leefstijlroer of het spinnenweb van positieve gezondheid, het voeren van een leefstijlgesprek, het motiveren van patiënten of het inzetten van technologie zoals beweegapps.

Leer van elkaar en van anderen

Vaak is er al een schat aan kennis over en ervaring met leefstijlinterventies beschikbaar. Maak hier gebruik van! Organiseer structurele kennissessies, waarbij telkens een ander domein de rol van gastheer op zich neemt. Tijdens deze sessies presenteert de gastheer zijn of haar specifieke expertise en deelt de aanpak die zij hanteren.

Daarnaast kun je werkbezoeken organiseren bij andere domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden of bij andere domeinen

binnen jouw eigen samenwerkingsverband. Tijdens deze bezoeken leer je van de aanpak van collega's, ontdek je nieuwe methoden en werkwijzen, en doe je inspiratie op die je binnen je eigen samenwerkingsverband kunt toepassen.

“Wij komen twee keer per jaar samen met verschillende disciplines voor een themabespreking. Ik ga altijd weg met een breder beeld van het probleem dan waarmee ik kwam, en we spreken weer elkaars taal.” (huisarts)

Leertraject bruggenbouwer

Het is belangrijk dat de bruggenbouwer blijft leren tijdens de duur van de samenwerking. Hoe deze persoon dat kan doen vind je [hier](#).

Nog te weinig ervaring met leiderschap om bruggenbouwer te zijn?

Vraag na of je vanuit jouw organisatie een persoonlijk leiderschapstraining of -opleiding kan volgen.

Of vraag bijvoorbeeld 360-graden feedback uit aan collega's, leidinggevenden, samenwerkingspartners en mogelijk patiënten.

Stel deze personen allemaal een aantal dezelfde vragen zoals bijvoorbeeld deze:

- Hoe zou je de samenwerking met mij omschrijven?
- Heb ik een goed overzicht over het leefstijlwerkveld?
- Wat kan ik nog verbeteren?

Bronnen

- [1] <https://hetnlpcollege.nl/logische-niveaus-bateson-robert-dilts-nlp/>
- [2] <https://www.house-of-control.nl/situationeel-leiderschap-taakbekwaamheid-hersey-blanchard.html>
- [3] <https://www.porchlightbooks.com/globalassets/changethis/196--january-2021/pdfs/196.03.extraordinaryleadership.pdf>
- [4] https://www.han.nl/projecten/2021/handboek-ebp/toolbox-ebp/hulpmiddelen/ebp_vragenlijst_lpi.pdf
- [5] <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/publicaties/2024/handreiking-aan-de-slag-met-regionale-governance-april-2024.pdf>
- [6] <https://www.kcrutrecht.nl/wp-content/uploads/2018/09/Checklist-voor-gebruikers.pdf>
- [7] <https://www.pharos.nl/kennisbank/checklist-toegankelijke-informatie/>
- [8] <https://www.pharos.nl/kennisbank/checklist-voor-gemeenten-hoe-inwoners-met-een-lage-ses-en-of-migrantenachtergrond-bereiken-en-betrekken/>
- [9] <https://pluutpartners.nl/wp-content/uploads/2024/06/Checklist-voor-het-organiseren-van-een-inclusieve-bijeenkomst.pdf>
- [10] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_764185_22/
- [11] <https://leefstijlcoalitie.nl/wp-content/uploads/2024/09/Eindrapportage-Inventarisatie-financiering-leefstijlinterventies.pdf>

Ontwikkeld door :



Onder redactie van:

- Eva Smit (Team Praktijkimplementatie en Kwaliteit, Vereniging Arts en Leefstijl)
- Anouk Knops (Team Praktijkimplementatie en Kwaliteit, Patiëntenfederatie Nederland)

Concept, ontwerp en tools: Heartbeat Ventures, Paulien Klap en Bob Groeneveld

Voor meer informatie kijk op leefstijlcoalitie.nl

Met dank aan

De informatie, praktische tips, voorbeelden en adviezen in dit document komen vanuit:

- Interviews met zestien patiënten over hun ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking rondom hun leefstijlprogramma
- Zeven (groeps)interviews met in totaal tien (zorg)professionals, die werkzaam zijn in verschillende samenwerkingsverbanden, met de volgende achtergrond:
 - Buurtsportcoach
 - Medisch specialist
 - Operations manager leefstijlhub
 - Projectleider
 - Fysiotherapeut
 - Coördinator netwerkzorg eerstelijns
 - Slaapoefentherapeut
 - Wijkadviseur
 - Kwartiermaker gezondheid en leefstijl
 - Huisarts
 - Psycholoog
 - Gezinscoach
 - Programmamanager
- Adviezen van de klankbordgroep, bestaande uit professionals die zelf werkzaam zijn in DOS:
 - Bianca Braakhuis
 - Nanda de Jong
 - Arjo Mans
 - Marc Loffeld
 - Miriam de Werd
 - Lian Tjon Soei Len

Hartelijk dank voor jullie inbreng van informatie, praktische tips, voorbeelden, adviezen, kennis en ervaring.

Bijlagen

ga terug naar waar
je vandaan kwam



Bijlage – waarden

- Arceer welke 5 waarden vanuit jouw perspectief het belangrijkste zijn voor deze samenwerking.
Het is niet makkelijk om direct 5 waarden te kiezen. Doe het daarom stap voor stap:
 - Onderstreep alle waarden die je aanspreken voor deze samenwerking.
 - Lees deze nog een keer en omcirkel welke je écht aanspreken.
 - Lees ze nog eenmaal en arceer de 5 die het allerbelangrijkst zijn voor jou.
- Deel de 5 gekozen waarden met de rest van de groep. Leg uit waarom je voor deze hebt gekozen.
- Wanneer iedereen dit gedaan heeft schrijf je alle waarden die genoemd zijn op losse post-its of A4'tjes.
- Nu is het tijd om te stemmen. Iedereen krijgt drie stemmen.
- De 5 waarden met de hoogste score vormen de waarden van jullie samenwerking.

Aandacht	Energiek	Kwaliteit	Rationaliteit	Verdraagzaamheid
Affectie	Enthousiasme	Leiderschap	Rechtvaardigheid	Vergeving
Assertiviteit	Erkenning	Leraarschap	Respect	Vernieuwing
Authenticiteit	Essentie	Levenslust	Resultaat	Vertrouwen
Autonomie	Fijnzinnigheid	Liefde	Rijkdom	Vindingrijkheid
Avontuur	Flexibiliteit	Loyaliteit	Rust	Virtuositeit
Balans	Geborgenheid	Mededogen	Samenwerken	Vitaliteit
Barmhartigheid	Geduld	Meesterschap	Samenzijn	Volharding
Bekwaamheid	Geestkracht	Meeveren	Schenken	Volmaaktheid
Betrouwbaarheid	Gehoorzaamheid	Mildheid	Schoonheid	Vrede
Bescheidenheid	Geleerdheid	Moed	Simpelheid	Vreugde
Bescherming	Gelijkwaardigheid	Mogelijkheden	Solidariteit	Vriendschap
Betrokkenheid	Geloof	Mondigheid	Souplesse	Vrijgevigheid
Bevrijding	Geluk	Muzikaliteit	Soevereiniteit	Vrijheid
Bewustzijn	Gemak	Nederigheid	Speelsheid	Waardering
Bezieling	Genuanceerdheid	Nuchterheid	Spiritualiteit	Waardevol
Bloei	Gevoeligheid	Onbaatzuchtigheid	Spontaniteit	Waardevrij
Collegialiteit	Gezag	Onafhankelijkheid	Stabiliteit	Waardigheid
Communicatie	Gezamenlijkheid	Ondernemend	Stilte	Waarheid
Competitie	Gezondheid	Ontdekken	Tederheid	Wijsheid
Continuïteit	Gratie	Onthechting	Tevredenheid	Zekerheid
Creativiteit	Groei	Ontmoeten	Toegankelijkheid	Zelfbehoud
Daadkracht	Harmonie	Ontspanning	Toewijding	Zelfkennis
Dankbaarheid	Heelheid	Ontvouwen	Tolerantie	Zelfstandigheid
Degelijkheid	Hulpvaardigheid	Ontwikkeling	Traditioneel	Zelfvertrouwen
Deskundigheid	Humor	Onvoorwaardelijk	Transformatie	Zingeving
Deugdzaamheid	Inlevingsvermogen	Openheid	Troost	Zorgvuldigheid
Dienstbaarheid	Innerlijke vrede	Optimisme	Trouw	Zorgzaamheid
Discipline	Innovatie	Ordelijkheid	Uitdaging	Zuiverheid
Doelgerichtheid	Inspiratie	Originaliteit	Uitmuntendheid	
Duidelijkheid	Integriteit	Overgave	Veelzijdigheid	
Duurzaamheid	Intimiteit	Overvloed	Veerkracht	
Eenheid	Inzet	Passie	Veiligheid	
Eenvoudigheid	Inzicht	Persoonlijke ontwikkeling	Verantwoordelijkheid	
Eerlijkheid	Kennis	Pionieren	Verbeeldingskracht	
Effectiviteit	Klantgerichtheid	Plezier	Verbetering	
Efficiëntie	Klantvriendelijkheid	Prestigieus	Verbinding	
Eigenheid	Kunstzinnigheid	Puurheid	Verbondenheid	

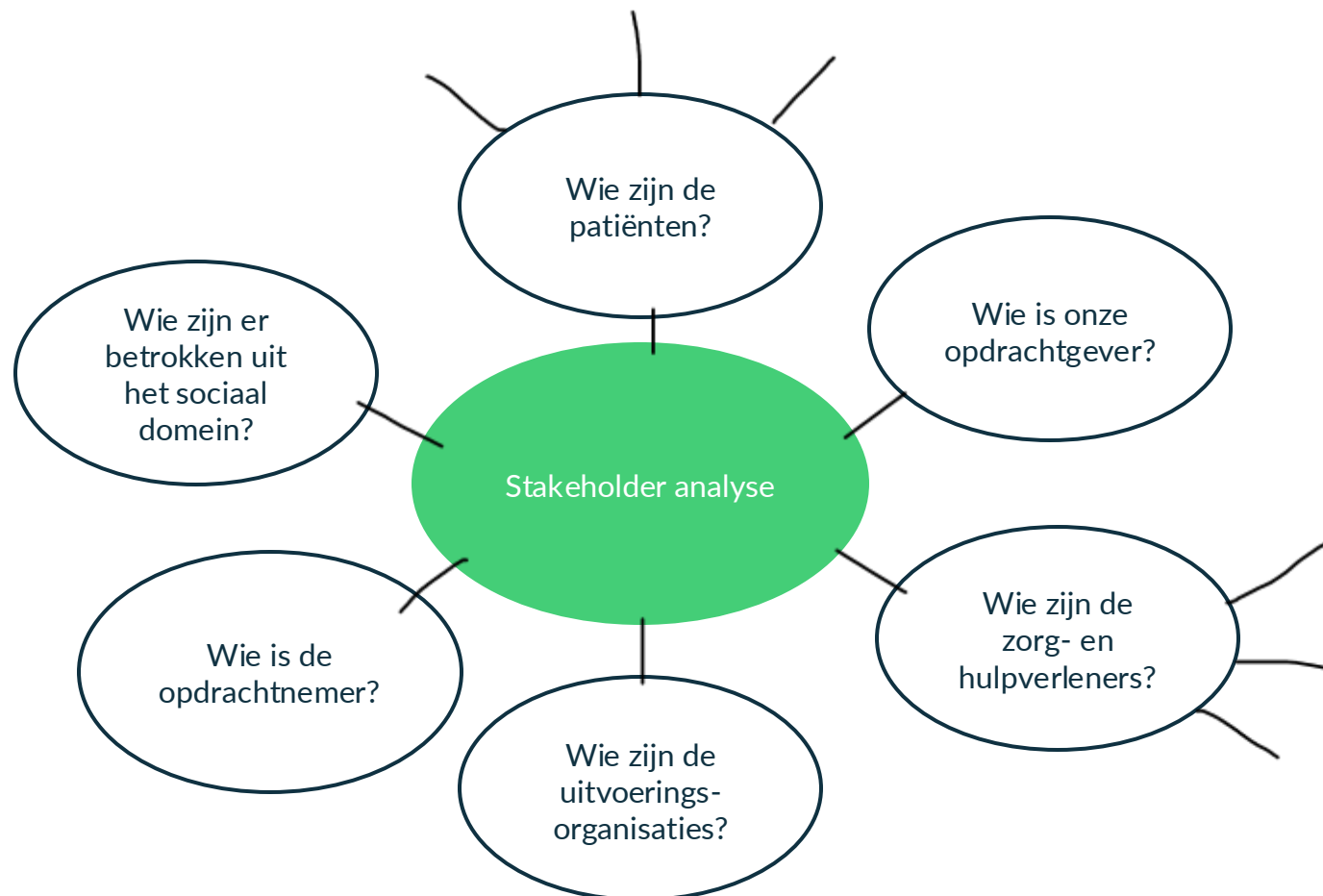
Bijlage – Wat zie jij?

Kijk samen naar bijvoorbeeld deze afbeeldingen en stel elkaar de vraag: wat zie jij hier? Als je allemaal werkzaam bent binnen hetzelfde domein, beeld je dan in wat iemand uit een ander domein zou zeggen.



Bijlage – Stakeholdermap maken

Maak samen een stakeholdersmap. Hierdoor krijg je een goed beeld van het veld waar jullie in gaan werken.



Toelichting:

Begin met het uittekenen van de stakeholdermap. Beantwoord daarna met elkaar de volgende vragen.

- Hebben we écht alle spelers rondom de opgave in beeld?
- Hebben we de rollen van de spelers rondom de opgave in beeld?
- Hebben we de belangen van alle spelers rondom de opgave in beeld?
- Hebben we de invloed van alle spelers rondom de opgave in beeld?
- Horen en werken we met de stem van de minderheid?
- Is het helder welke rol vanuit de overheid nodig is rondom deze opgave?

Je kunt deze **tool** van 'kind naar gezonder gewicht' gebruiken om het stakeholder veld in detail uit te werken. Dit is echter niet altijd nodig.

Bijlage – hoe bereik ik en werk ik samen met patiënten?

Deze tabel kun je gebruiken om te bepalen hoe je samenwerkt met patiënten en bij welke activiteit.

		Activiteit	Rol in het samenwerkingsverband				
			Meebeslissen	Samenwerken	Adviseren	Meedenken	Toehoren
Fase van samenwerking	Voorbereiden	Samenwerkingspartners benaderen					X
		Kiezen bruggenbouwer					X
	Kennismaken	Ambitie bepalen	X				
						
	Starten	...					
						
	Versterken					
						

Veel participatie



Weinig participatie

Bijlage – PDCA-voorbeeldplannen

Stap 1 van de PDCA-cyclus is een plan maken. Dit format kun je daarvoor gebruiken. Op de **volgende pagina's vind je negen voorbeeldplannen.**

Huidige situatie / Aanleiding en oorzaak

Omschrijf wie er lokaal bij jullie baat hebben bij bevordering van welk gezond gedrag.

Doelen

Stel doelen op en de bijbehorende norm.

Voorgestelde oplossing

Wie/ Wat/Waar/Wanneer/Hoe

Procesafspraken

Taken en verantwoordelijkheden

Communicatie naar betrokkenen Wie/ Wat/Waar/Wanneer/Hoe
Monitoring, hoe ga je meten / analyseren/ wie gaat dit doen en hoe vaak?

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 1 – invoeren centraal MDO voor CVRM

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Patiënten die vallen onder het protocol Cardio Vasculair Risicomanagement (CVRM) hebben te maken met meerdere professionals. De huisarts is het centrale aanspreekpunt en stelt een behandelplan op. Op dit moment bestaat dat vaak uit controles bij de praktijkondersteuner, voedingsadvies bij de diëtist en eventueel de ondersteuning van een fysiotherapeut als iemand zelf niet aan de slag kan met de bewegeadvies. Toch zien we in de praktijk dat de leefstijl van patiënten niet verandert en dat hier ook andere problemen aan ten grondslag liggen, zoals financiële problematiek, huisvesting en het niet nemen van medicatie. Dit is niet inzichtelijk voor iedere betrokken zorgprofessional en bovendien zijn patiënten maar kort zichtbaar voor een zorgprofessional.

Doelen

Patiënten die onder het CVRM protocol vallen hebben na 6 maanden een leefstijlverandering eigen gemaakt door meer te bewegen en/of gezonder te eten.

Voorgestelde oplossing

Om beter zicht te krijgen op de leefstijlverandering worden er MDO's ingesteld, hierbij sluiten naast de huisarts, praktijkondersteuner, diëtist en fysiotherapeut, ook de leefstijlcoach van sportservice, de sociaal werkers van het wijkteam, de apothekersassistente en mogelijk de patiënt zelf aan.

Er vindt een warme overdracht plaats van de zorg naar het aanbod in het sociaal domein, zoals stoppen met roken consulenten, bewegegroepen en supermarktsafari's.

Patiënten die nog niet voldoende gemotiveerd zijn of niet weten waar ze aan deel kunnen nemen worden uitgebreider gecoacht door de leefstijlcoach.

Voeding en bewegeadvies wordt met elkaar gedeeld via OZO verbindzorg zodat er geen conflicterende adviezen worden gegeven.

Procesafspraken

De praktijkondersteuner plant de MDO overleggen maandelijks in met daarop de nieuwe patiënten en de betrokken zorgprofessionals koppelen terug over patiënten die al gestart zijn.

Monitoring

- Wordt elke nieuwe CVRM patiënt besproken in het MDO?
- Is de patiënt zelf aanwezig bij het MDO?
- Wordt er een plan van aanpak opgesteld?
- Bespreekt de huisarts het plan van aanpak met de patiënt?
- Patiënt vult de voedingsvragenlijst in bij de start bij de diëtist en na 6 maanden.
- Patiënt vult een bewegevragenlijst in bij de start bij de POH of fysiotherapeut en na 6 maanden.

De POH houdt de registratie en uitkomsten bij zodat deze elk halfjaar teruggekoppeld kunnen worden in het MDO.

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 2 – aanvullend aanbod naast de GLI

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Het aantal mensen met overgewicht en obesitas neemt toe. Voor veel mensen is de gecombineerde leefstijlinterventie een geschikte interventie. Er zijn echter ook steeds meer mensen die aangeven niet vast te willen zitten aan een tweejarig programma of die nog niet voldoen aan de criteria voor de gecombineerde leefstijlinterventie.

Doelen

Patiënten met overgewicht verbeteren hun leefstijl door deel te nemen aan regulier aanbod in de wijk.

Voorgestelde oplossing

Patiënten hebben de mogelijkheid om deel te nemen aan wekelijkse informatieavonden in een cyclus van 6 over de pijlers van het leefstijlroer, waarbij zij zich steeds kunnen aanmelden voor aanbod dat past bij de pijler. Denk aan een stoppen met roken programma, wandelen in de wijk, kookworkshops, vrijwilligerswerk, enz. Wanneer deelnemers het lastig vinden om deze stap te maken kunnen zij gebruik maken van

maximaal 3 leefstijlgesprekken bij de leefstijlcoach van het sportbedrijf of worden zij begeleid door de sportcoach of welzijnscoach naar passend aanbod.

Procesafspraken

In 3 werksessies stellen we de inhoud van de informatieavonden vast, hierbij zijn ook 4 patiënten aanwezig.

De GGD is verantwoordelijk voor het plannen en geven van de informatieavonden

Het aanbod voor deelnemers wordt in kaart gebracht door de gezondheidsmakelaar en up to date gehouden door alle deelnemers van de samenwerking.

Alle bij de samenwerking betrokken professionals verwijzen personen met overgewicht door naar de informatieavonden.

Bij elke informatieavond wordt aan de deelnemers gevraagd hoe zij het vonden, dit wordt uitgedrukt in een cijfer. Daarnaast wordt om tips en tops gevraagd.

Monitoring

- Het aantal doorverwijzingen naar de informatieavonden.
- Het aantal deelnemers van de informatieavonden.
- De doorstroom van deelnemers aan het aanbod per pijler.
- De ervaring van deelnemers aan de informatieavonden.

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 3 – burn-out

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Het komt met regelmaat voor dat een huisarts iemand op het spreekuur krijgt met een burn-out. Vaak vallen deze mensen uit op het werk en valt ook de dagstructuur weg. Hierdoor is het lastiger om je beter te voelen, terwijl we weten dat een goede leefstijl waar onderling contact en zingeving een onderdeel van zijn, helpen bij het traject. Als huisarts adviseer je mensen vaak om rust te nemen en in beweging te blijven. Dit geeft echter een drempel: mensen moeten het op eigen kracht volbrengen, wat vaak langer duurt en soms niet lukt.

Doelen

Patiënten met burn-out verschijnselen die uitgevallen zijn op het werk wordt een dagstructuur geboden en ondersteuning door andere patiënten.

Voorgestelde oplossing

Door een samenwerking te zoeken met de welzijnsorganisatie worden mensen met een burn-out opgevangen in een groep. Binnen deze groep wordt aandacht besteed aan zingeving en het stellen van doelen. De dagelijkse structuur wordt geboden doordat zij als vrijwilligers aan de slag kunnen bij activiteiten die hen aanspreken. Op die manier komen zij in contact en hebben zij een aantal keer per week een dagactiviteit. Iedereen krijgt een buddy, zodat ze bij elkaar kunnen informeren hoe het gaat, maar ook kan vragen hoe de ander zich ergens doorheen heeft geworsteld. Hierbij is ook de mogelijkheid om nieuwe elementen toe te voegen aan de activiteiten door de patiënten.

Procesafspraken

De huisarts bepaalt of het aanbod geschikt is in samenspraak met de patiënt.

De huisarts staat met de welzijnswerker in contact via OZO verbindzorg om zicht te houden op de voortgang, ondersteuning te bieden of bij te sturen wanneer nodig.

De welzijnsorganisatie is verantwoordelijk voor de begeleiding van de groep en schat in of de patiënt vrijwilligerswerk kan uitvoeren bij de gekozen activiteit. Bij de kennismaking wordt door de welzijnswerker gekeken wie een goede buddy is voor de patiënt.

De praktijkondersteuner draagt zorg voor de monitoring.

Monitoring

- Het aantal patiënten dat met burn-out klachten is gezien in de praktijk en is uitgevallen bij zijn/haar werkzaamheden
- Het aantal deelnemers bij de welzijnsorganisatie
- De ervaring van de deelnemers bij deelname
- De ervaring van de uitvoering bij de welzijnsorganisatie
- De tijd tot terugkeer in eigen werkzaamheden
- Het terugvalpercentage naar burn-out na deelname aan het programma

Bijlage – PDCA Voorbeeldplan 4 – inzetten op dezelfde taal spreken

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

We hebben sinds 6 maanden een samenwerkingsverband met een huisarts, fysiotherapeut, diëtist, leefstijlcoach en welzijnscoach. We zijn ervan overtuigd dat we met elkaar in moeten zetten op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij patiënten in de wijk. Bij het bepalen van de missie lopen we alleen vast. Op de een of andere manier komen we niet tot een gezamenlijke ambitie met bijbehorende doelen. Vaak slaan we aan op de woorden die gebruikt worden en dat we het net even anders zien. Het ontbreekt ons aan een gemeenschappelijke taal.

Doelen

Het doel is dat we elkaars belangen begrijpen en tot een gemeenschappelijk belang kunnen komen, verwoord in een ambitie waar iedereen achter kan staan.

Voorgestelde oplossing

Door gezamenlijk een opleiding 'Verklarende analyse' te volgen willen we elkaars taal leren en een gemeenschappelijke taal ontwikkelen. De opleiding zal ook stimuleren om op eenzelfde manier te kijken naar het gemeenschappelijke probleem om de gezondheid van patiënten te bevorderen. Je krijgt inzicht in elkaars kennisniveau, kan elkaars inbreng benutten en zorgt voor een gezamenlijke ambitie. Deze gezamenlijke ambitie is het eindresultaat van de opleiding zodat we een mooi startpunt hebben om op voort te bouwen.

Procesafspraken

De fysiotherapeut zorgt voor het inplannen van de scholing.

Iedereen zorgt dat hij/ zij aanwezig is bij de scholing

Na de scholing worden er maandelijkse meetings ingepland voor het samenwerkingsverband om te werken aan deze ambitie.

Monitoring

- Aanwezigheid bij de scholing
- Er ligt een gezamenlijk geformuleerde ambitie waar iedereen mee ingestemd heeft.

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 5 – de inzet van peersupport

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Binnen de GGZ, met name bij patiënten met milde tot matige depressieve en/of angstklachten, blijkt het lastig om gedragsverandering en herstel duurzaam vol te houden. Behandeling richt zich vaak op individuele begeleiding, terwijl factoren zoals eenzaamheid, gebrek aan structuur en beperkte sociale steun een belangrijke rol spelen in het herstelproces.

Daarnaast wordt ervaringsdeskundigheid en onderlinge steun tussen patiënten nog beperkt structureel ingezet. Terwijl juist binnen deze doelgroep herkenning, lotgenotencontact en gedeelde ervaringen kunnen bijdragen aan motivatie en het doorbreken van isolement.

De samenwerking tussen GGZ en het sociaal domein wordt hierbij nog onvoldoende benut, terwijl daar passend groepsaanbod en participatiemogelijkheden beschikbaar zijn.

Doelen

Het inzetten van peer support als structureel onderdeel binnen de GGZ-behandeling voor patiënten met milde tot matige psychische klachten.

Het versterken van herstel, eigen regie en sociale verbondenheid van patiënten.

Het verbeteren van de aansluiting tussen GGZ en sociaal domein.

Het verminderen van terugval en zorggebruik door duurzame ondersteuning.

Voorgestelde oplossing

Binnen dit project wordt peer support georganiseerd in de vorm van groepsbijeenkomsten en buddy-structuren, gericht op patiënten met depressieve en/of angstklachten.

GGZ-professionals signaleren geschikte patiënten en verwijzen hen door naar een groepsaanbod, georganiseerd in samenwerking met welzijnsorganisaties of herstelinitiatieven.

Binnen de groepen staat het delen van ervaringen, het versterken van copingvaardigheden en het bieden van onderlinge steun centraal, onder begeleiding van een ervaringsdeskundige.

Daarnaast worden deelnemers gestimuleerd deel te nemen aan activiteiten in het sociaal domein, zoals ontmoeting, beweging of vrijwilligerswerk.

Procesafspraken

De GGZ-professional bepaalt samen met de patiënt of deelname passend is en verzorgt de verwijzing.

De welzijnsorganisatie of herstelinitiatief organiseert en begeleidt de groepsbijeenkomsten en koppelt buddy's.

Er vindt afstemming plaats tussen GGZ en sociaal domein over deelname en voortgang.

De regiebehandelaar bewaakt de voortgang en samenhang.

Monitoring

- Aantal deelnemers aan peer support trajecten
- Mate van deelname en uitval
- Ervaren steun, herstel en sociale verbondenheid
- Ervaren meerwaarde door professionals
- Doorstroom naar activiteiten in het sociaal domein en mate van terugval

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 6 – valrisico signaleren op de polikliniek

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Valincidenten bij ouderen leiden regelmatig tot letsel, ziekenhuisopnames en verminderde zelfredzaamheid. Tegelijkertijd wordt valrisico nog beperkt systematisch gesignaleerd bij patiënten die het ziekenhuis poliklinisch bezoeken. Hoewel deze patiënten vaak al een verhoogd risico hebben (door leeftijd, multimorbiditeit of medicatiegebruik), blijft preventie onderbelicht omdat de focus ligt op de medische hulpvraag. Daarnaast ontbreekt een eenduidige werkwijze voor signalering en doorverwijzing naar passende interventies buiten het ziekenhuis. De samenwerking tussen ziekenhuis, eerstelijnszorg en sociaal domein is hierbij nog onvoldoende ingericht, waardoor kansen voor vroegtijdige interventie en valpreventie worden gemist.

Doelen

Het structureel signaleren van valrisico bij oudere patiënten op de polikliniek.

Het realiseren van een effectieve verwijfsroute naar valpreventieve interventies.

Voorgestelde oplossing

Binnen dit project wordt een werkwijze ontwikkeld waarbij zorgprofessionals op de polikliniek valrisico signaleren met behulp van een korte screeningsvragenlijst die ook in de eerste lijn wordt gebruikt. Bij een verhoogd risico wordt de patiënt verwezen naar passend aanbod buiten het ziekenhuis, zoals valpreventietrainingen of beweegprogramma's in de eerstelijns of het sociaal domein. Er wordt een duidelijke verwijfsstructuur ingericht, inclusief een actuele sociale kaart en afspraken over terugkoppeling. Fysiotherapeuten en andere aanbieders verzorgen de interventies en begeleiden de patiënt verder. De aanpak wordt gestart in een pilot op de geriatrie en daarna opgeschaald binnen het ziekenhuis.

Daarnaast wordt er 2 keer per jaar een screening bij de voordeur van het ziekenhuis gedaan door aanbieders van de interventies. Middels een kraam worden bezoekers en patiënten van het ziekenhuis op de hoogte gesteld van het beweegaanbod en de valpreventietrainingen en kunnen zij zich aanmelden.

Procesafspraken

De polikliniekmedewerker signaleert valrisico en bespreekt dit met de patiënt.

Bij verhoogd risico volgt verwijfsing naar passend aanbod via de sociale kaart.

De huisarts wordt geïnformeerd over de signalering en verwijfsing.

Monitoring

- Aantal gescreende patiënten op de polikliniek
- Aantal patiënten met verhoogd valrisico
- Aantal en type doorverwijfsingen
- Deelname en uitval bij interventies
- Samenwerking zoals ervaren door ziekenhuis, eerstelijns en sociaal domein

Bijlage – PDCA Voorbeeldplan 7 – het goede gesprek over leefstijl

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Binnen de huidige zorgpraktijk wordt leefstijl nog niet structureel en eenduidig besproken. Professionals ervaren belemmeringen zoals tijdsdruk, handelingsverlegenheid en beperkt inzicht in het beschikbare aanbod binnen het sociaal domein. Hierdoor blijft het gesprek vaak gericht op klachten en behandeling, terwijl bekend is dat aandacht voor motivatie, gedrag en context essentieel is voor duurzame gezondheidswinst.

Daarnaast wordt de verbinding tussen zorg en welzijn nog onvoldoende benut, waardoor passende ondersteuning niet altijd tijdig wordt ingezet en kansen voor preventie en gedragsverandering onbenut blijven.

Doelen

Het structureel implementeren van het 'goede gesprek' over leefstijl binnen reguliere zorgcontacten.

Het versterken van de competenties van professionals in het voeren van dit gesprek.

Het verbeteren van de doorverwijzing naar en benutting van het leefstijlaanbod binnen het sociaal domein.

Het vergroten van eigen regie en motivatie van patiënten.

Voorgestelde oplossing

Binnen dit project worden zorg- en welzijnsprofessionals gefaciliteerd om het goede gesprek te voeren, onder andere door scholing in motiverende gespreksvoering en het gebruik van praktische hulpmiddelen (zoals gesprekskaarten en positieve gezondheid).

Parallel hieraan wordt de sociale kaart geactualiseerd en toegankelijk gemaakt, zodat professionals gericht kunnen doorverwijzen. Er worden afspraken gemaakt over warme overdracht en terugkoppeling tussen zorg en welzijn.

De interventie wordt gestart in een pilotsetting, de huisartsenpraktijk, met als doel het testen, evalueren en optimaliseren van de werkwijze alvorens opschaling plaatsvindt.

Procesafspraken

De zorgprofessional voert het goede gesprek en bepaalt samen met de patiënt of doorverwijzing passend is.

Bij doorverwijzing wordt gebruikgemaakt van de sociale kaart en vindt waar mogelijk warme overdracht plaats.

De ontvangende partij (welzijn/coaching) neemt contact op en biedt passende ondersteuning.

Er vindt afstemming plaats tussen betrokken professionals over voortgang en eventuele bijsturing.

De praktijkondersteuner of projectcoördinator bewaakt de voortgang van de pilot.

Monitoring

- Aantal gevoerde leefstijlgesprekken
- Aantal en type doorverwijzingen
- Ervaren kwaliteit van het gesprek door patiënten
- Ervaren handelingsbekwaamheid van professionals
- Bereik en gebruik van leefstijlaanbod binnen het sociaal domein

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 8 – een inclusieve wandelgroep

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Voor mensen met milde tot matige mentale klachten wordt wandelen steeds vaker ingezet als onderdeel van herstel. In de praktijk blijkt dat de beweegprofessionals en vrijwilligers die de wandelgroepen begeleiden, onvoldoende kennis en handelingszekerheid ervaren in het omgaan met psychische kwetsbaarheid. Daarnaast ervaren mensen met mentale klachten vaak drempels door klachten zoals angst, somberheid of overprikkeling om deel te nemen aan de wandelgroep.

Tegelijkertijd hebben GGZ-professionals beperkt zicht op het aanbod en de geschiktheid ervan voor hun patiënten. Hierdoor wordt het potentieel van laagdrempelige interventies zoals een wandelgroep onvoldoende benut en vindt doorverwijzing beperkt of niet plaats.

Doelen

De bestaande wandelgroep passend en toegankelijk maken voor mensen met mentale klachten.

Het vergroten van kennis en vaardigheden van begeleiders in het omgaan met deze doelgroep.

Het versterken van de samenwerking tussen GGZ en sociaal domein.

Het inrichten van een structurele verwijzroute naar de wandelgroep.

Voorgestelde oplossing

Binnen dit project wordt een bestaande wandelgroep doorontwikkeld in samenwerking met een psycholoog. De psycholoog adviseert over de opzet, groepsgrootte, begeleiding en omgang met deelnemers met mentale klachten. Hierdoor is er bewuste aandacht voor structuur, sociale veiligheid en ruimte voor ontmoeting.

Begeleiders van de wandelgroep worden getraind in het signaleren van psychische klachten, het bieden van een veilige setting en het adequaat omgaan met deelnemers.

Daarnaast wordt een duidelijke verwijzstructuur opgezet. GGZ-professionals kunnen gericht verwijzen en ontvangen informatie over het verloop.

Procesafspraken

De GGZ-professional bepaalt samen met de patiënt of deelname passend is en verwijst door.

De psycholoog ondersteunt bij de inrichting en training van de wandelgroepbegeleiders

De begeleiders signaleren bijzonderheden en verzorgen elke 6 weken een terugkoppeling.

Er vindt afstemming plaats tussen het aanspreekpunt van de GGZ en de wandelgroepbegeleiders.

Monitoring

- Aantal deelnemers aan de wandelgroep
- Aantal verwijzingen vanuit de GGZ
- Mate van deelname en uitval
- Ervaren veiligheid en steun door deelnemers
- Ervaren handelingsbekwaamheid van begeleiders en tevredenheid van verwijzers

Bijlage – PDCA voorbeeldplan 9 – Benutten van de fysieke omgeving

Aanleiding en oorzaak – huidige situatie

Voor veel patiënten die (tijdelijk) in het ziekenhuis verblijven of de polikliniek bezoeken, is bewegen beperkt onderdeel van hun zorgtraject. Terwijl bekend is dat laagdrempelig bewegen bijdraagt aan herstel en het voorkomen van achteruitgang van conditie en zelfstandigheid.

Daarnaast is de stap naar bewegen na ontslag vaak groot. Patiënten zijn onvoldoende bekend met mogelijkheden in hun eigen leefomgeving en missen motivatie of structuur om dit zelfstandig op te pakken.

De verbinding tussen ziekenhuis, eerstelijns en sociaal domein kan hierin beter worden benut door de fysieke omgeving actief in te zetten als onderdeel van herstel en leefstijlondersteuning.

Doelen

Het stimuleren van beweging tijdens en na een ziekenhuistraject.

Het vergroten van bekendheid met lokale wandelroutes en voorzieningen.

Het bevorderen van duurzame gedragsverandering na ontslag.

Voorgestelde oplossing

Binnen dit project wordt een wandelroute in het ziekenhuis gerealiseerd, waarbij patiënten via foto's en informatie kennismaken met verschillende wandelroutes in de omgeving. De route binnen het ziekenhuis kent, net als buiten, variaties in afstand en intensiteit.

De gemeente faciliteert de ontwikkeling van de routes en het beeldmateriaal. Tijdens het verblijf of bezoek worden patiënten gestimuleerd om de route te lopen en geïnformeerd over mogelijkheden na ontslag.

Na ontslag kunnen patiënten aansluiten bij vaste wandelmomenten vanuit het gezondheidscentrum. Op deze momenten is een wijkbewoner het aanspreekpunt en zorgt voor een start- en afsluitmoment. Elke dag op een vaste tijd, waardoor structuur en sociale ondersteuning worden geboden. Ook de andere professionals uit de wijk leiden mensen toe naar deze groepen.

Procesafspraken

Verpleegkundigen en fysiotherapeuten lopen met patiënten de wandelroute en stimuleren deelname tijdens het reactiveren.

De gemeente ontwikkelt en beheert de routes en bijbehorende materialen.

Eerstelijnsprofessionals leiden patiënten naar de wandelmomenten..

Welzijnsorganisaties faciliteren de wijkbewoners in de opstart van de groepswandelingen op vaste momenten.

Monitoring

- Gebruik van de wandelroute binnen het ziekenhuis
- Aantal deelnemers aan wandelgroepen
- Ervaring van patiënten (motivatie, bekendheid met aanbod)
- Ervaren samenwerking tussen betrokken partijen

Bijlage – RACI matrix

De **RACI-matrix*** (responsible, accountable, consulted, informed) is een hulpmiddel om rollen en verantwoordelijkheden binnen een project of proces helder in kaart te brengen. Het voorkomt verwarring over wie wat doet en helpt om samenwerking soepel te laten verlopen. Vul per activiteit en per persoon de rollen in. De rollen staan onder de tabel beschreven.

Vul hier de namen in van de mensen in de samenwerking

Activiteit						

***R = Responsible (Verantwoordelijk):**

De persoon die de taak uitvoert en ervoor zorgt dat deze wordt afgerond. Er kan meer dan één "Responsible" zijn, maar dit moet wel duidelijk worden afgestemd.

A = Accountable (Aansprakelijk):

De persoon die eindverantwoordelijk is voor de taak en de beslissingen hierover. Deze rol is uniek: er mag maar één "Accountable" zijn per taak.

C = Consulted (Geconsulteerd):

Personen die om input of advies worden gevraagd voordat beslissingen worden genomen of acties worden uitgevoerd.

I = Informed (Geïnformeerd):

Personen die op de hoogte worden gehouden van de voortgang of het resultaat, maar niet actief deelnemen aan de uitvoering of besluitvorming.

Bijlage – samenwerken

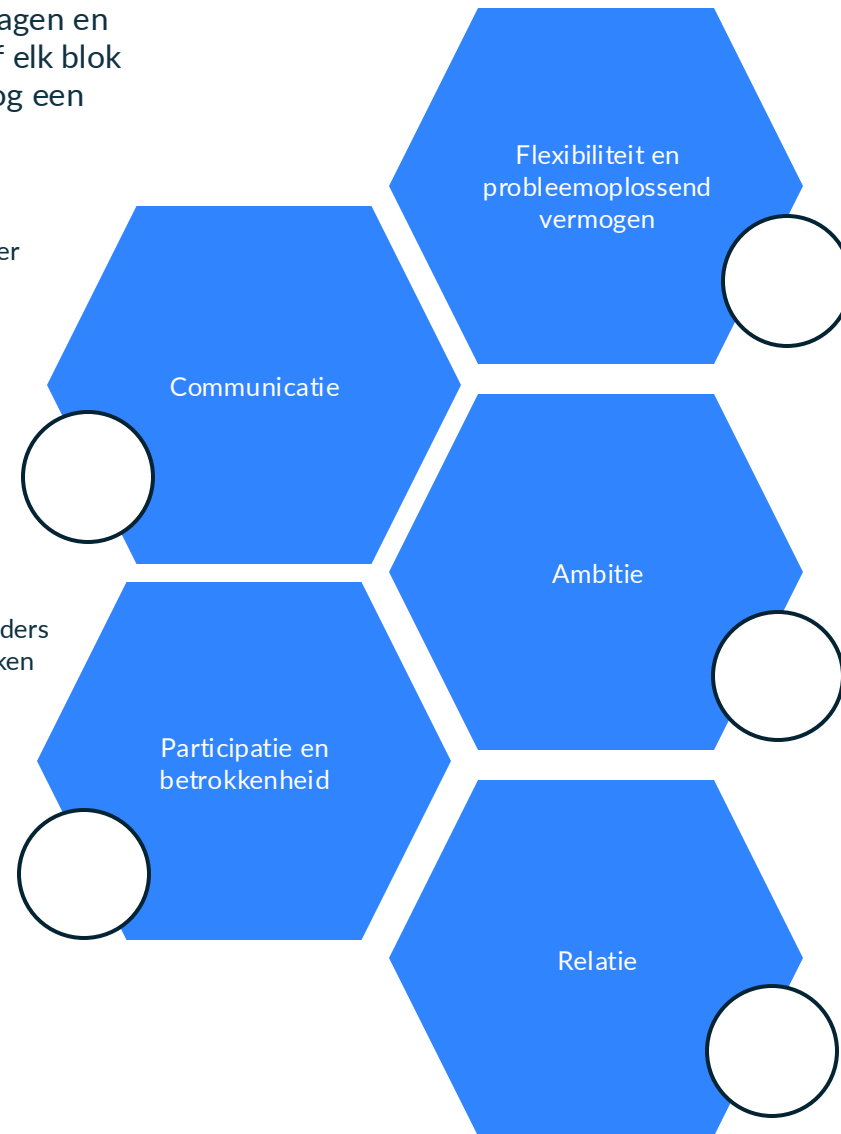
Beantwoord gezamenlijk of individueel de vragen en schrijf de uitkomst in steekwoorden op. Geef elk blok een cijfer. Jullie kunnen zelf natuurlijk ook nog een thema toevoegen.

Hoe goed wordt belangrijke informatie gedeeld?
Zijn er duidelijke afspraken over hoe en wanneer er gecommuniceerd wordt?
Ervaar je dat jouw input wordt gehoord?

-
-
-
-

Hoe gelijkwaardig voelt de samenwerking? Wordt ieders bijdrage gewaardeerd? Hoe goed is iedereen betrokken bij besluitvorming? Is de doelgroep goed vertegenwoordigd in de samenwerking?

-
-
-
-



Hoe flexibel is de samenwerking in het omgaan met onverwachte problemen?
Worden obstakels en conflicten op een constructieve manier opgelost?

-
-
-
-

Zijn de doelstellingen van de samenwerking duidelijk en voor iedereen begrijpelijk?
In hoeverre zijn we het hier over eens?

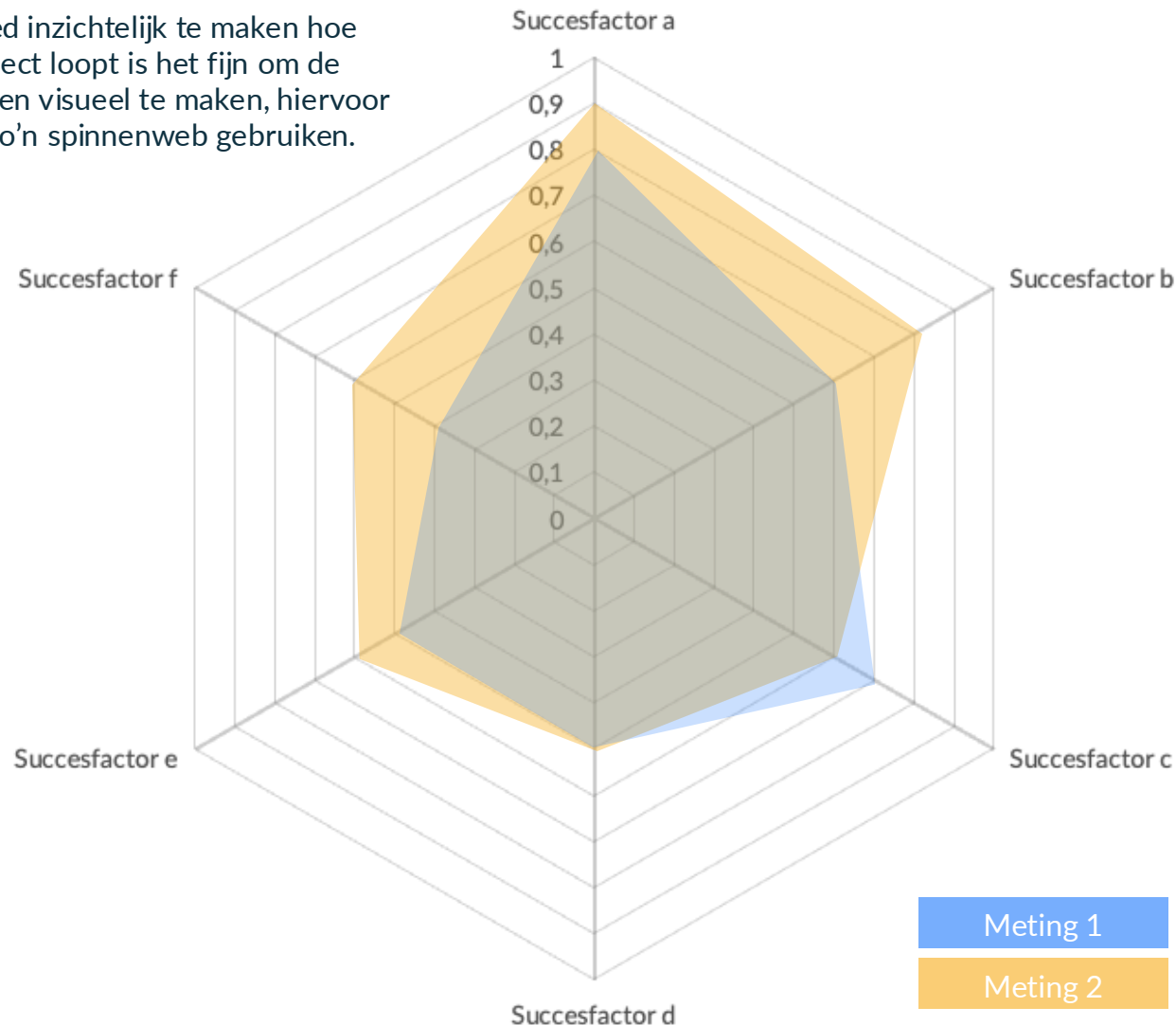
-
-
-
-

Hoe zou je de relatie in deze samenwerking beschrijven?
Vertrouw je erop dat de andere partners eerlijk en betrouwbaar handelen?

-
-
-
-

Bijlage – monitoring op basis van voorbeeldplan 1

Om goed inzichtelijk te maken hoe het project loopt is het fijn om de resultaten visueel te maken, hiervoor kun je zo'n spinnenweb gebruiken.



Succesfactor	Waarde	Score
A Wordt elke nieuwe CVRM patiënt besproken in het MDO?	nee = 0 of ja = 1	= totaal aantal punten/aantal casussen
B Wordt er een plan van aanpak opgesteld?	nee = 0 of ja = 1	= totaal aantal punten/aantal casussen
C Bespreekt de huisarts het plan van aanpak met de patiënt?	nee = 0 of ja = 1	= totaal aantal punten/aantal casussen
D Patiënt vult de voedingsvragenlijst in bij de start bij de diëtist en na 6 maanden.	nee = 0 of ja = 1	= totaal aantal punten/aantal casussen
E Patiënt vult een beweegvragenlijst in bij de start bij de POH of fysiotherapeut en na 6 maanden.	nee = 0 of ja = 1	= totaal aantal punten/aantal casussen
F Is de patiënt aanwezig bij gekozen aanbod?	nee = 0 of ja = 1	= totaal aantal punten/aantal casussen