

April 2026

Samen gezond leven makkelijk maken voor iedereen in West-Brabant

In kader van IZA regioplan actielijn 4 'Kansengelijkheid, leefstijl en gezonde leefomgeving'

Voorwoord

Samen gezond leven makkelijk maken voor iedereen

Ondanks diverse inspanningen blijven de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in West-Brabant groot. Mensen die leven in armoede of met een opleiding tot mbo 2 leven gemiddeld korter dan anderen. Zij worden eerder en langduriger ziek en hebben daardoor vaker zorg nodig, met hogere zorgkosten als gevolg. Tegelijkertijd krijgen zij niet altijd de best passende zorg. Deze verschillen hangen samen met structurele ongelijkheid, zoals verschillen in inkomen, opleidingsniveau, leefomgeving en toegang tot voorzieningen.

Het verkleinen van deze verschillen vraagt om een benadering waarin gezondheid wordt gezien als een gezamenlijke maatschappelijke opgave. Vanuit deze urgentie is het **project ‘Samen gezond leven makkelijk maken voor iedereen’** gestart: een samenwerking tussen GGD West-Brabant, gemeente Altena (namens de 16 gemeenten), Stichting Huh wat bedoelt u en Pharos. Het project sluit aan bij het thema kansengelijkheid binnen het IZA-regioplan en bestaat uit **twee sporen: een praktijkgericht spoor** (uitgevoerd door Stichting Huh wat bedoelt u?) **en een strategische verkenning** (uitgevoerd door Pharos).

Dit rapport richt zich op de **strategische verkenning** en brengt in beeld wat er in de regio al gebeurt en waar kansen liggen om gelijke kansen op gezondheid te versterken. Hiervoor zijn **vijftien interviews** gehouden met stakeholders, waaronder gemeenten, welzijns- en zorgorganisaties, een zorgverzekeraar en inwoners. In deze gesprekken ging het onder meer over visie en draagvlak voor kansengelijkheid, de mate van differentiatie en maatwerk, samenwerking met inwoners en leren van wat wel en niet werkt.

Het doel van de verkenning is om richting en focus te bepalen voor de regio en deze te vertalen naar bouwstenen voor een duurzame transformatie. Daarbij staat een fundamentele omslag centraal: anders denken, doen en organiseren. Dit betekent onder andere dat ervaringskennis beter wordt benut, dat zorg en ondersteuning aansluiten op de leefwereld van inwoners en dat professionals ruimte en vertrouwen krijgen voor hun vakmanschap.

De inzichten uit de verkenning zijn vertaald in **vier ontwikkelrichtingen** die deze omslag concreet en hanteerbaar maken. Tijdens de inspiratiebijeenkomst van 16 april 2026 zijn betrokken partijen met deze ontwikkelrichtingen aan de slag gegaan om te bepalen welke stappen zij – individueel en gezamenlijk – kunnen zetten. Samen met de bouwstenen in dit rapport vormen deze ontwikkelrichtingen een stevige basis voor een groeiende beweging waarin gezond leven voor iedereen in West-Brabant daadwerkelijk makkelijker wordt.

Inhoud



Rapport in het kort	4
Conclusie	5
Vertrekpunt en aanpak	9
Bevindingen	
<i>Visie op kansengelijkheid</i>	27
<i>Differentiatie en maatwerk</i>	35
<i>Samenwerken met inwoners</i>	44
<i>Leren en ontwikkelen</i>	53
Ontwikkelrichtingen	59
Advies vervolg	63
Bijlagen	69

Rapport in het kort

Vraagstelling

Wat gebeurt er momenteel al in regio West-Brabant om gezondheidsverschillen te verkleinen, waar liggen de concrete kansen en wat vindt men nodig voor een duurzame aanpak?

Doel

Bepalen richting en focus voor de regio en vertaling naar bouwstenen voor een duurzame transformatieaanpak waarin iedereen gelijkwaardige toegang tot gezondheid, zorg en ondersteuning heeft.

Aanpak

Het project volgt een tweesporenbeleid: een praktijkgericht spoor voor het ophalen van ervaringsverhalen en een strategische verkenning op basis van vijftien interviews met gemeenten, organisaties in zorg, welzijn, voorliggend veld, zorgverzekeraar en inwoners

Conclusie

De algemene conclusie is dat steeds meer gemeenten en organisaties bewust inzetten op kansengelijkheid, met groeiende aandacht voor maatwerk, begrijpelijke communicatie en samenwerking met mensen in kwetsbare situaties. Op verschillende plekken ontstaan veelbelovende initiatieven en is er een groeiende groep professionals en bestuurders die werkt aan een gelijkwaardige toegang tot gezondheid, zorg en ondersteuning. Juist deze groep kan als vliegwiel fungeren voor verdere ontwikkeling in de regio.

Om deze beweging te versterken is het noodzakelijk om expliciet en structureel te sturen en te faciliteren, in plaats van afhankelijk te blijven van tijdelijke projecten of de inzet van bevlogen individuen. Dat vraagt om een gerichte inzet op implementatie, versterking en opschaling, en om bewuste keuzes in beleid, samenwerking en de inrichting van systemen.

Ontwikkelrichtingen

Op basis van de bevindingen en visie zijn vier ontwikkelrichtingen voor de regio geformuleerd. Deze worden tijdens de inspiratiebijeenkomst van 16 april uitgewerkt in concrete acties:

1. Ervaringskennis actief benutten
2. De toegang tot zorg en ondersteuning begrijpelijker maken
3. Preventie laten aansluiten op het dagelijks leven
4. Professionals ruimte geven voor vakmanschap en lerend vermogen

Advies voor vervolg en bouwstenen transformatieaanpak

1. Beleg de regio regionaal: wijs een regionale trekker aan met een duidelijke bestuurlijke opdracht
2. Benut landelijke akkoorden en oormerk 15-20% van de AZWA/IZA-middelen voor kansengelijkheid
3. Maak kansengelijkheid een expliciet sturingscriterium met een kansengelijkheidstoets
4. Start met gerichte (wijk)aanpakken in co-creatie in samenhang met gezonde leefomgeving
5. Richt een lerende aanpak in
6. Borg het bestuurlijk eigenaarschap voor verankering visie, financiering, besluitvorming en monitoring

Conclusie

Conclusie

De algemene conclusie is dat steeds meer gemeenten en organisaties bewust inzetten op kansengelijkheid, met groeiende aandacht voor maatwerk, begrijpelijke communicatie en samenwerking met mensen in kwetsbare situaties. Op verschillende plekken ontstaan veelbelovende initiatieven en is er een groeiende groep professionals en bestuurders die werkt aan een gelijkwaardige toegang tot gezondheid, zorg en ondersteuning. Juist deze groep kan als vliegwiel fungeren voor verdere ontwikkeling in de regio.

Om deze beweging te versterken is het noodzakelijk om expliciet en structureel te sturen en te faciliteren, in plaats van afhankelijk te blijven van tijdelijke projecten of de inzet van bevlogen individuen. Dat vraagt om een gerichte inzet op implementatie, versterking en opschaling, en om bewuste keuzes in beleid, samenwerking en de inrichting van systemen.

Samen gezond leven makkelijk maken voor iedereen

Samenvatting bevindingen

	Wat gaat er goed?	Wat kan beter?
Visie op kansengelijkheid	• Gedeelde visie: Over de hele linie breed gedragen bewustzijn van kansengelijkheid • Gemeenschapsgericht werken: Verschuiving van individuele zorg naar buurtgericht en outreachend werken • Kritische reflectie: Blijvende aandacht voor het bereiken van de juiste doelgroep	• Kloof systeem–leefwereld: Beleid sluit nog onvoldoende aan op de dagelijkse realiteit en (digitale) vaardigheden van inwoners • Kwetsbare samenwerking: Leunt sterk op individuen en is daardoor fragiel • Integraal werken: Domeinoverstijgend samenwerken blijft lastig door weerstand en complexe financiering
Differentiatie en maatwerk	• Begrijpelijkheid: Inzet op heldere taal, digitale vaardigheden en toegankelijke ondersteuning (zoals spreekuren en tolken) • Passendheid: Maatwerk via brede blik, meedenkcoaches en integrale ondersteuning • Betaalbaarheid: Regelingen en slimme inzet van zorg om kosten te verlagen • Toegankelijkheid & innovatie: Digitale triage versnelt zorg en creëert ruimte voor kwetsbare groepen.	• Begrijpelijkheid & communicatie: Nog geen standaard; bereik en afstemming blijven uitdagend • Passendheid & maatwerk: Nog onvoldoende structureel en afhankelijk van individuen • Samenwerking: Afstemming tussen domeinen en rollen blijft complex • Betaalbaarheid & middelen: Toenemende druk zonder evenredige financiering • Diversiteit en vaardigheden: Cultuursensitief werken nog onvoldoende verankerd

Samenvatting bevindingen

	Wat gaat er goed?	Wat kan beter?
Samenwerken met inwoners	• De inwoner als ervaringsdeskundige: Steeds meer worden inwoners betrokken via adviesraden, cliëntenonderzoek, sleutelpersonen en direct contact • Werken in de leefwereld: Gemeenten en professionals zoeken inwoners steeds vaker op, bijvoorbeeld in moskeeën, buurtcentra en via sleutelpersonen • Buurthuiswerk: Informeel contact en samenwerken met vrijwilligers versterken bereik en signalering • Samenwerking met patiënten: Zorgorganisaties betrekken patiënten vaker, bijvoorbeeld bij toetsing apps, begrijpelijkheid van brieven en lotgenotengroepen	• Verbreding doelgroep: Meer focus nodig op jongeren en ondervertegenwoordigde groepen • Van projectmatig naar structureel: Inwoners nog te incidenteel betrokken; behoefte aan doorlopende co-creatie en echte invloed • Kennis & capaciteit: Behoeftte aan training, cultuursensitiviteit en structurele middelen binnen gemeenten • Inclusieve participatie: Betere representatie in inwonervertegenwoordiging, met passende vergoeding
Leren en ontwikkelen	• Ruimte voor leren & experimenteren: Steeds meer pilots, inzet van ervaringsdeskundigen en kleinschalige reflectie in de praktijk • Datagedreven werken: Monitoring en trendanalyse in samenwerking met GGD en andere partners • Structurele monitoring in het voorliggend veld: Bibliotheken, GGD en zorgorganisaties meten en delen inzichten, met groeiende focus op impact in de wijk	• Meer samen leren binnen en tussen domeinen: Behoeftte aan kruisbestuiving en gezamenlijke duiding met uitvoeringsorganisaties • Evaluatie en reflectie onder druk: Leren van pilots en evaluaties gebeurt nog beperkt door gebrek aan tijd en middelen • Randvoorwaarden en verschillen: Uitwisselen data is complex en inzet op vernieuwing en reflectie verschilt sterk per gemeente



Vertrekpunt en aanpak

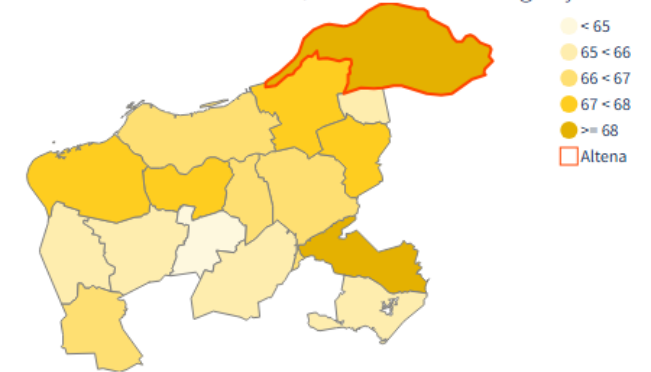
Het vertrekpunt: Kansengelijkheid in West-Brabant

In West-Brabant bestaan grote gezondheidsverschillen tussen inwoners

Het Regiobeeld West-Brabant uit 2023 laat zien dat gemeenten sterk uiteenlopen in SES-WOA-score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. Inwoners met een lage SES-WOA leven gemiddeld 4 jaar korter en 15 jaar minder in goede gezondheid. Daarnaast zijn er 1300 gezinnen met meervoudige problematiek en is het aandeel kwetsbare ouders in sommige wijken hoog.

Deze gezondheidsverschillen hangen nauw samen met sociaaleconomische status, opleidingsniveau en migratieachtergrond. Mensen met een laag inkomen, met een praktische opleiding of migratieachtergrond worden vaker en langduriger ziek, overlijden eerder en maken meer gebruik van zorg. De oorzaken liggen vooral in structurele ongelijkheid: verschillen in inkomen, onderwijs, werk, wonen en toegang tot voorzieningen bepalen in hoge mate de kansen op gezondheid.

Levensverwachting in goed ervaren gezondheid
Gemeenten in West-Brabant, levensverwachting in jaren



CBS & RIVM | 2020

Ondanks vele initiatieven blijven de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in West-Brabant groot. Daarom is het **doel van deze aanpak om gezondheid te benaderen als een collectieve en sociale opgave, gericht op omstandigheden en context in plaats van individueel gedrag**. Dit vraagt aandacht voor drie samenhangende factoren: chronische stressoren (sociale determinanten), sociale uitsluiting (ongelijke verdeling van kennis, vaardigheden, macht en middelen) en structurele drempels die toegang tot zorg en ondersteuning belemmeren.

Vertrekpunt aanpak

Deze aanpak is een gezamenlijke inzet van GGD, gemeente Altena, Stichting Huh Wat bedoelt u en Pharos om invulling te geven aan het **onderdeel 'Kansengelijkheid' van actielijn 4 'Kansengelijkheid, Leefstijl en Gezonde Leefomgeving' van het IZA regioplan**. Samen vormen zij de projectgroep die uitvoering geeft aan het project 'Samen gezond leven makkelijk maken voor iedereen'. De GGD is projectleider, gemeente Altena adviseur en Stichting Huh Wat bedoelt u en Pharos voeren beide een onderdeel van het project uit en hebben tevens een adviserende functie naar de projectleider.

Transitie in denken, doen en organiseren om gezondheidsverschillen te verkleinen

Uitgangspunt van de projectgroep is dat er, om gezondheidsverschillen echt te verkleinen, een fundamentele verandering in denken, doen en organiseren nodig is. Alleen met zo'n brede, gezamenlijke aanpak kunnen we toewerken naar een samenleving waarin iedereen eerlijke kansen heeft op gezondheid en meedoen, en waarin meer ruimte ontstaat voor groei en zelfredzaamheid.

Naar een structurele aanpak van gezondheidsverschillen

Er is een diepgaande transitie nodig om ongelijkheid écht te verkleinen, waarbij het vergroten van kansengelijkheid op gezondheid wordt benaderd als een collectieve opgave. Dit vraagt om drie essentiële verschuivingen:

Anders denken

We moeten gezondheid allereerst benaderen als een kwestie van rechtvaardigheid. Dit houdt in dat we erkennen dat omstandigheden zoals bestaanszekerheid, leefomgeving en sociale netwerken en veiligheid bepalend zijn voor iemands kansen op een gezond leven, niet slechts medische zorg of individuele keuzes.

Anders doen

We moeten over de grenzen van de eigen domeinen heen stappen en structureel samenwerken. Dit doen we samen: tussen beleidsmaker, professionals, informele partijen en mét de inwoners: hun ervaringsverhalen, behoeften en leefwereld vormen het vertrekpunt voor de dienstverlening, keuzes worden samen gemaakt.

Anders organiseren

We moeten preventie, zorg en ondersteuning anders organiseren. Weg van verkokerde (zorg)structuren en toewerken naar een samenhangende aanpak die lokaal ruimte biedt voor oplossingen en de belemmeringen in onze systemen wegneemt.

De aanpak

Tweesporenbeleid

Om gezondheidsverschillen te verkleinen en gezondheidsvaardigheden te versterken, werken we via een **tweesporenaanpak**. Beide sporen versterken elkaar en zorgen samen voor concrete verbeteringen én strategisch inzicht voor het lange termijn doel. In dit rapport ligt de focus op spoor 2: de strategische verkenning.

Spoor 1

Praktijkgericht

Leren van ervaringsverhalen met behulp van de methode **'Huh? Wat bedoelt u?'** – Dit spoor zorgt voor bewustwording bij professionals, directe verbeteracties én versterkt het lerend vermogen van organisaties in de regio op operationeel, tactisch en strategisch niveau. Dit spoor draagt eraan bij dat inwoners en ervaringsdeskundigen zich meegenomen en gehoord voelen waardoor vertrouwen groeit.



Spoor 2

Strategische verkenning

Bouwen aan een lange termijn aanpak onder leiding van **Pharos**. In dit spoor verkennen we de bredere context: wat gebeurt er al in de regio om gezondheidsverschillen tegen te gaan, waar liggen kansen, en wat belemmert verdere stappen? De inzichten uit dit spoor vormen de bouwstenen voor een duurzaam transformatieplan rond kansengelijkheid gericht op het versterken van de beweging anders denken, doen en organiseren via een meerjarige aanpak.



De tijdlijn



- **Opdrachtgever:** gemeente Breda (gemandateerd namens alle 16 gemeenten)
- **Stuurgroep:** wethouders gemeente Halderberge en gemeente Oosterhout, programmamanager IZA actielijn 4, directeur GGD West-Brabant en directeur WijZijn
- **Projectgroep:** GGD West-Brabant (projectleider), gemeente Altena (namens de 16 gemeenten), Huh wat bedoelt u en Pharos

Spoor 1: Ervaringsverhalen

Als je weet wat iemand niet begrijpt of lukt, dan kun je er iets aan doen!

Verkenning gericht op ophalen ervaringen van inwoners ten aanzien van:

- Begrijpelijkheid
- Digitale dienstverlening
- Meedoen en zelfredzaamheid
- Leefstijlinterventies

Ervaringen opgehaald bij:

- **Buurthuizen** in Altena, Woensdrecht, Rucphen, Oosterhout.
- **Digituin Bravis** en in **Amphia het Meldpunt voor onbegrijpelijke zaken**
- Inwoners en helpers van **Bibliotheek West-Brabant** en (informele)initiatieven zoals **Hello Breda, Quiet Breda, Sterren voor Morgen en La Femme Vitaal**
- Testen met ervaringsdeskundigen van **Wmo-websites en GGD-brieven**
- Gesprekken en reflectiesessies met **welzijn w.o. de start van voorzorgcirkels in Breda Noord**
- Vele gesprekken en reflecties op **leefstijlinterventies, zoals gezondheidstesten en bewegen voor volwassenen.**

Spoor 2: Interviews

15 interviews van ongeveer een uur met professionals en inwoners uit **regio West-Brabant**



Type*	Organisatie
Gemeente	Gemeente Roosendaal
	Gemeente Etten-Leur
	Gemeente Oosterhout
	Gemeente Steenbergen
	Inwoners gemeente Roosendaal
Welzijn	WijZijn
	Surplus
	Bravis leefstijlloket sociaal werk
Voorliggend veld	Bibliotheek West-Brabant
	GGD West-Brabant (2x)
Zorg	Amphia ziekenhuis leefstijl
	Zorroo
	Zorgverzekeraar CZ
	Huisartsencoöperatie West-Brabant

*De geïnterviewde organisaties zijn ingedeeld naar type organisatie. Formeel kan men ‘welzijn’ onder het ‘voorliggend veld’ beschouwen, maar voor de leesbaarheid van het rapport is er vanwege hun specifieke identiteit gekozen voor een aparte categorie. Dit geldt natuurlijk evengoed voor de GGD en de bibliotheek, echter zou het toekennen van een eigen categorie aan deze organisaties tot te veel verschillende types leiden.

Thema's interviews

Thema's in interviews strategische verkenning West-Brabant

- Belang kansengelijkheid
- Visie en draagvlak organisatie
- Differentiatie en maatwerk
- Samenwerking met inwoners
- Leren en ontwikkelen



Voor elk van de vijf thema's zijn thema-specifieke vragen opgesteld. De **volledige vragenlijst** is te vinden in Bijlage 1.

Input thema's

De thema's in de interviews zijn gebaseerd op de brede ervaring van Pharos met het duurzaam en effectief aanpakken van gezondheidsverschillen. Op basis van meer dan 30 jaar begeleiding en advies aan gemeenten heeft Pharos een set **bewezen principes** ontwikkeld. Tegelijk vraagt elke lokale situatie om maatwerk; de complexiteit van het vraagstuk laat zich niet vangen in één uniforme aanpak. Daarom zijn deze principes in West-Brabant uitgevraagd en samengebracht in vijf thema's.

Toelichting aanpak interviews

Werving

De deelnemers zijn geselecteerd op basis van vooraf bepaalde criteria. Hierbij is nadrukkelijk gestuurd op een **goede regionale spreiding (zowel stad als platteland), aandacht voor cultuurverschillen en variatie in kwetsbaarheid in de leefsituaties van inwoners**. Binnen deze kaders heeft de projectgroep een gewogen besluit genomen om te zorgen voor een goede balans. Ter voorbereiding is aan de geselecteerde partijen vooraf een informatiebrief gestuurd (zie Bijlage 2).

Er is gesproken met een breed palet aan stakeholders uit West-Brabant, variërend van gemeenten, leefstijlloketten, huisartsengroepen, welzijnsorganisaties, bibliotheken en zorgverzekeraar.

Er is één **focusgroep met inwoners** gehouden. In dit open gesprek met deelnemers van de stamtafel Roosendaal vertelden inwoners wat zij nodig en belangrijk vinden voor hun gezondheid.

Analyse

De interviews zijn met expliciete toestemming opgenomen en zo goed als in hun geheel uitgeschreven. Omdat de geïnterviewden niet herleidbaar (willen) zijn, zijn de bevindingen zorgvuldig geanonimiseerd.

Vervolgens zijn de **interviews geanalyseerd per thema, waarbij steeds de volgende verdeling is gehanteerd: wat gaat goed, wat kan beter en hoe kan het beter**. Uit de analyse kwam naar voren dat de respons per organisatie per thema zeer wisselend was; waar de ene organisatie veel input had, was dit bij de andere beperkt. Ook bleek dat niet overal direct een goed praktijkvoorbeeld voorhanden was en dat er op de laatste reflectievraag ('hoe kan het beter?') niet altijd input is gegeven.

Duiding

Met dit aantal interviews en de wisselende respons kan er geen uitputtend totaalbeeld worden geschetst, maar vormen de resultaten een dwarsdoorsnede van de regio. De bevindingen geven hiermee een **waardevol globaal beeld van hoe er in West-Brabant aan kansengelijkheid wordt gewerkt en waar de belangrijkste kansen voor verbetering liggen**.



Bevindingen

Weergave bevindingen

Dit hoofdstuk gaat in op de **inzichten uit de ervaringsverhalen (spoor 1) en de interviews (spoor 2)**.

Eerst wordt een selectie uit de opgehaalde **ervaringsverhalen** uitgelicht. Het totaalbeeld van de opgehaalde ervaringsverhalen is uitgebreid beschreven in een separaat verslag van Stichting Huh wat bedoelt u.

Vervolgens worden de **inzichten uit de interviews** beschreven. Per **thema** wordt weergegeven wat de respondenten vanuit de verschillende type organisaties hebben aangegeven. Per thema worden ook enkele **praktijkvoorbeelden** uitgelicht. De thema's persoonlijke relatie en belang van de geïnterviewde met het thema kansengelijkheid (1) en visie en draagvlak (2) zijn voor de leesbaarheid samengevoegd tot één thema. Goed om te weten is dat met het huidige aantal gesprekken slechts een globaal beeld uit de regio kan worden gegeven.



Enkele ervaringsverhalen uit spoor 1:

- A. Begrijpelijkheid
- B. Digitale dienstverlening
- C. Meedoen en zelfredzaamheid
- D. Leefstijlinterventies

Begrijpelijkheid

Praktijkverhaal:

Een mevrouw die geopereerd moet worden aan haar oog in het Amphia ziekenhuis, krijgt de MijnAmphia-app niet aan de praat en ontvangt daarom een geprinte folder van maar liefst 16 pagina's. Deze folder staat vol onbegrijpelijke medische termen zoals 'anesthesie' en 'Pre Operatieve Screening (POS)'. De verantwoordelijkheid om zélf de belangrijkste instructies uit de enorme hoeveelheid tekst te halen, zorgt voor een gevoel van overweldiging en grote angst voor haar naderende operatie.

Kernboodschap:

Communicatie vanuit instanties zit vaak vol jargon en is zo complex dat inwoners afhaken of de weg kwijtraken.

Verbeterkans:

Ontwikkel informatie samen met inwoners, hanteer consequent spreektaal (A2/B1-niveau) en zorg dat mensen bij vragen makkelijk in contact kunnen komen met een medewerker.



Digitale dienstverlening

Praktijkverhaal:

Bij het patiëntenportaal van Bravis loopt een inwoner vast op een systeemfout, waarna ze hulp zoekt in de bibliotheek. Als de inwoner naar de informatielijn belt, krijgt ze geen oplossing maar de vraag of ze zélf naar het ziekenhuis wil komen. Dit kost haar onnodig veel geld en reistijd, terwijl een medewerker er uiteindelijk achter komt dat het om een intern digitaal systeemfoutje gaat dat de mevrouw zelf nooit had kunnen oplossen.

Kernboodschap:

Niet alleen teksten, maar het gehele digitale contactproces (zoals portaal-logins of keuzemenu's) werkt vaak als een doolhof, wat leidt tot frustratie en uitsluiting.

Verbeterkans:

Test elke digitale stap structureel met inwoners, behoud de menselijke maat in het systeem en bied altijd een duidelijk, persoonlijk en direct bereikbaar alternatief, zoals een telefoonnummer.



Meedoen en zelfredzaamheid

Praktijkverhaal:

Een mevrouw wil haar kortingskaart voor het openbaar vervoer gebruiken, maar moet deze via de OV-Pay app koppelen aan haar bankapp. Ze geeft aan hier niets van te begrijpen en ziet zich daarom genoodzaakt het volle tarief te betalen in de bus. Hierdoor lopen de kosten voor de busrit naar het ziekenhuis voor haar hoog op, terwijl ze al krap bij kas zit.

Kernboodschap:

De toenemende verplichting om zaken digitaal te regelen werpt hoge drempels op en verkleint de zelfredzaamheid van mensen in een kwetsbare positie.

Verbeterkans:

Organiseer dienstverlening primair vanuit de leefwereld van de inwoner, werk intensief samen met bibliotheken en lokale netwerken (zoals zorgzame buurten), en zorg voor zichtbare en direct toegankelijke hulp in de buurt.



Leefstijlinterventies

Praktijkverhaal:

Een inwoner krijgt bij een leefstijlinterventie de instructie om een app te downloaden met Engelstalige filmpjes, wat direct al een te hoge drempel is. Bovendien geeft ze aan erg eenzaam te zijn, waarop het programma simpelweg adviseert om steun te zoeken in haar omgeving. Omdat dat netwerk juist ontbreekt, voelt zij zich ontzettend eenzaam en onbegrepen in haar situatie en besluit ze definitief met het programma te stoppen.

Kernboodschap:

Programma's voor een gezondere leefstijl vereisen veel zelfstandigheid, terwijl de werkelijke belemmeringen vaak liggen bij onderliggende problematiek zoals schulden, chronische stress of eenzaamheid.

Verbeterkans:

Maak veel meer ruimte voor flexibiliteit en maatwerk, en benut nadrukkelijk de momenten vóór en ná afspraken (de 'tussenruimte') door het sociale (buurt)netwerk van de persoon actiever in het programma te betrekken



Bevindingen uit spoor 2

- Belang, visie en draagvlak
- Differentiatie en maatwerk
- Samenwerken met inwoners
- Leren en ontwikkelen

Belang, visie en draagvlak kansengelijkheid

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Kritische reflectie.** Er worden de juiste, kritische vragen gesteld, zoals: "Bereiken we wel de mensen die het écht nodig hebben, in plaats van de mensen die het al goed hebben?".
- **Korte lijnen & integratie.** In kleine gemeenten helpen de korte lijnen met wethouders om snel te schakelen. Ook wordt er in sommige wijken succesvol gewerkt aan visies waarin het fysieke en sociale domein worden gecombineerd om een gezonde wijk te creëren.
- **Ongelijk investeren voor gelijke kansen** wordt als een vanzelfsprekende insteek beschouwd in de regio.

"Vraag jezelf af: komen er eigenlijk wel de mensen die het nodig hebben? Geef ruimte aan professionals en vrijwilligers die kunnen rammelen en kunnen zeggen: dit klopt niet, dit moet anders."

– Gemeente



Invloed van politieke kleur

“We hebben hier het geluk gehad dat we hier na een lange tijd rechtse bestuurders een PvdA bestuurder hadden. Die heeft de hele organisatie meegenomen van begin af aan en dat heeft hij tot het einde volgehouden. En waarschijnlijk gaan we straks weer richting wat meer rechts. Maar het was wel een genot om daarvoor te werken. Het armoedebeleid, de doelgroep moest omhoog naar 130%. We zagen dat Nederland gemiddeld zit op 120%, maar nee, het moest naar de 130 en bij energiearmoede was het hetzelfde. Er wordt voor 120% van minimum middelen verstrekt door het rijk en hij gunt de groep tot 135%.”

– Gemeente



Belang, visie en draagvlak kansengelijkheid

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat kan beter?

- **Interne weerstand en integraliteit.** Samenwerken over alle domeinen heen is complex. Er is soms sprake van collega's die met "de hakken in het zand staan". Integraliteit en denken in kansen is niet bij elke ambtenaar vanzelfsprekend, vooral langetermijnplanning in het fysieke domein is soms lastig te verenigen met het sociaal domein.
- **Financiën en investeringen.** Ongelijk investeren ten behoeve van kansengelijkheid staat soms op gespannen voet met het principe van gelijkgerichtheid (iedereen dezelfde behandeling). Ook vergt dit vaak extra middelen.

Hoe kan het beter?

- **Regie bij de inwoner.** Haal de behoeften direct op bij de inwoners, geef hen de regie en stimuleer hen om zelf initiatieven (zoals buurtbanen) te dragen. Ondersteun ook laagdrempelige, gratis initiatieven in de wijk.
- **Overzicht en bewustwording.** Gebruik een "doelenboom" om inzichtelijk te maken hoe verschillende afdelingen bijdragen aan kansengelijkheid, zodat de balans gewaarborgd blijft.
- **Houding en benadering professionals.** Train alle uitvoerende medewerkers in het voeren van open, gelijkwaardige gesprekken zonder drempels. Denk en werk meer vanuit de leefwereld: interventies zouden samen inwoners en professionals in de wijk ontwikkeld worden, aansluitend op hun behoeften en wat er al aan voorzieningen.

Belang, visie en draagvlak kansengelijkheid

*Wat hebben respondenten vanuit het **voorliggend veld** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Inclusieve bibliotheken.** De bibliotheek werkt vanuit het principe "iedereen doet mee", fungeert als ontmoetingsplek en legt actief contact in wijken en dorpen. Door de komst van de Wet stelsel openbare bibliotheekvoorzieningen (Wsob) is er wettelijke borging, wat hen een betrouwbare partner maakt.
- **Aandacht voor gezondheidsvaardigheden.** Bij de GGD groeit het bewustzijn. Er zijn interne werkgroepen voor gezondheidsvaardigheden en er wordt ingezet op duidelijke communicatie, bijvoorbeeld via het "klinkende taal" programma bij de JGZ.

Wat kan beter?

- **Bewustzijn rondom digitale vaardigheden:** Er is meer bewustzijn nodig, ook bij zorgverzekeraars, over de grote groep mensen die digitale zorg (zoals inloggen met DigiD) niet begrijpt of durft toe te geven. Het faillissement van COMED toonde aan dat de aanname dat iedereen digitaal vaardig genoeg is, onjuist is. Veel mensen kwamen naar de bibliotheek met vragen hoe ze zich konden aanmelden voor een nieuwe huisarts.
- **Structurele inbedding:** Binnen de GGD is een meer structurele aanpak nodig; idealiter een brede groep aandachtsfunctionarissen die structureel met gezondheidsvaardigheden aan de slag gaat.

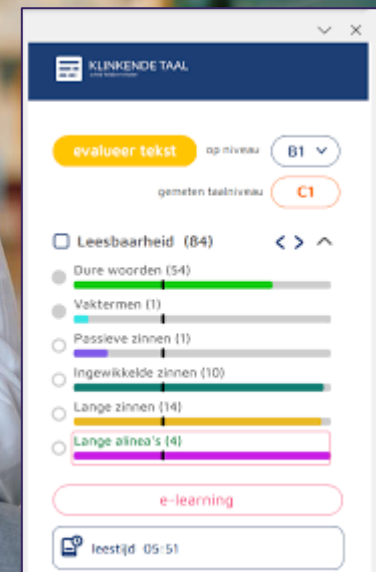
Hoe kan het beter?

- **Financiering:** De bibliotheek krijgt momenteel geen geld voor de rol die zij oppakken bij het helpen van mensen met digitale zorgvragen. Er moet commitment en budget komen.
- **Sturing van bovenaf:** Om bepaalde thema's goed neer te zetten is er een 'aanjager' nodig met sturing vanuit de regio of VWS. Lokale netwerken kunnen deze verandering niet uitsluitend zelf dragen.

Praktijkvoorbeeld

Klinkende taal

De GGD gebruikt het programma “Klinkende taal” van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden voor het testen van het informatiemateriaal in de jeugdgezondheidszorg. Met als doel om de informatiematerialen begrijpelijker en duidelijker te maken.



Belang, visie en draagvlak kansengelijkheid

*Wat hebben respondenten vanuit **welzijn** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Kansengelijkheid in het DNA.** Het denken vanuit kansengelijkheid en gelijkwaardigheid zit in de haarvaten van het sociaal werk.
- **Gemeenschapsbenadering.** Er is een positieve verschuiving zichtbaar: focus op individuele zelfredzaamheid naar opbouwwerk en gemeenschapsbenadering. Met concepten als "zorgzame buurten" richt welzijn zich meer op de krachten in de samenleving en het samen leven, in plaats van uitsluitend in te haken op de problemen van het individu.

Wat kan beter:

- **Versterken articulatievermogen:** "Jongerenwerkers hebben soms moeite zich uit te spreken [gaat van generatie op generatie], begint met geloof in jezelf en dat je er mag zijn en ruimte in mag nemen."
- **Aansluiting tussen systeem en leefwereld.** Er wordt momenteel veel op beleidsniveau overlegd, maar er is onvoldoende voeling met de praktijk van de inwoner. De afstand tussen zorgorganisaties en de inwoner is nog erg groot.
- **Verschil in denkwijze.** Zorgverzekeraars denken vaak sterk vanuit de systematiek van het medisch domein. Hoewel dit kansen biedt (zoals Welzijn op Recept), sluit dit niet altijd naadloos aan bij de gewenste sociale transformatie en het "elkaar goed verstaan".

Hoe kan het beter?

- **Gelijkwaardige samenwerking.** Er moet een gelijkwaardige samenwerking komen tussen het sociaal werk, de GGZ, de huisarts én de inwoner. Dit vereist dat professionals elkaar persoonlijk goed leren kennen.
- **Aansluiten bij behoefte.** We moeten aanhaken bij wat de samenleving en gemeenschap daadwerkelijk nodig heeft.

Belang, visie en draagvlak kansengelijkheid

*Wat hebben respondenten vanuit **zorg** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Bewustzijn.** Er is een breed gedragen bewustzijn van het belang van samenwerking tussen het medisch domein en het sociaal domein.
- **Aandacht voor bereiken kwetsbare groepen.** Er wordt nagedacht over hoe de kwetsbare groepen te bereiken. Voor valpreventie wordt veel geprobeerd om kwetsbare ouderen die niet uit huis komen te bereiken. Dit lukt wel met een brief over grieprik of coronaprik, maar niet met een brief over een vitaliteitsdag.

Wat kan beter?

- **Tijd en verloop.** Samenwerken op verschillende niveaus kost veel tijd. Vertrouwen opbouwen is essentieel, maar dit proces is erg kwetsbaar door frequente personeelwisselingen. "Relatie opbouw is niet in een kwartier gedaan".
- **Ketenaanpakken en prioriteit.** Het structureel van de grond krijgen van ketenaanpakken is moeilijk vanwege de vele belangen, afhankelijkheden en verkiezingen. Bij zorgverzekeraars lijkt kansengelijkheid bovendien nog niet altijd een expliciete prioriteit, maar eerder iets waarop ingezet wordt als de hoofdlijnen staan.

"Niet iedereen hoeft aan die tafel te komen. Als ik als zorgverzekeraar terugkoppel en verder zoek en de ander doet dat bij de gemeente en de ander bij eigen organisatie. Zo wordt het werkbaar. Dit zijn de samenwerkingsafspraken, waarbij we nu op alle ketenaanpakken op hetzelfde niveau zijn."

– Zorgverzekeraar

Belang, visie en draagvlak kansengelijkheid

*Wat hebben respondenten vanuit **zorg** over dit thema aangegeven?*

Hoe kan het beter?

- **Van persoonlijk naar organisatorisch.** De succesvolle samenwerking leunt nu nog te zwaar op specifieke individuen. Dit moet verschuiven naar structurele samenwerking namens de gehele organisatie, met de juiste mensen en competenties op de juiste plek.
- **Duidelijke kaders.** Er is behoefte aan duidelijke kaders van bovenaf. Kansengelijkheid moet als een duidelijke verplichting in actielijnen worden opgenomen, waarna professionals in de regio samen vanuit de leefwereld van de inwoner op zoek kunnen gaan naar de praktische oplossingen.



Differentiatie en maatwerk

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Begrijpelijkheid ondersteuning:** Het thema laaggeletterdheid wordt gezamenlijk regionaal opgepakt door alle gemeentes binnen het taalnetwerk West Brabant. Andere initiatieven zijn een commissie die meeleest met brieven die uitgestuurd worden, een opleiding heldere taal voor nieuwe medewerkers en het schrijven van het college programma op B1 niveau. In enkele subsidie regelingen is er aandacht voor heldere communicatie. Ook wordt er bij sommige gemeentes aandacht besteed aan anderstaligen door het delen van gemeente informatie in verschillende talen.
- **Passendheid ondersteuning:** Er zijn verschillende initiatieven benoemd om maatwerk te leveren waaronder na-belacties door gemeente ambtenaren en de inzet van meedenkcoaches. Inwoners die een hulpvraag hebben en niet weten waar ze terecht kunnen, kunnen contact opnemen. Deze coaches kennen het veld van regels en instanties goed, verwijzen door en laten pas los wanneer iemand echt daadwerkelijk wordt geholpen bij een passende partij.
- **Betaalbaarheid** ondersteuning: een goed voorbeeld is de gemeentepolis, waarbij het eigen risico afgekocht is.



Praktijkvoorbeeld

Meedenkcoaches Etten-Leur

De meedenkcoaches luisteren en denken mee met vragen waar inwoners zelf niet uitkomen. Ze maken inwoners wegwijs in de regels en instanties binnen de gemeente Etten-Leur.

“Maar wat ons wel uniek maakt is dat we hier een kleine gemeente zijn waarin we echt het veld heel goed kennen en die doorverwijzing kunnen maken en pas weer loslaten als iemand daar is aangekomen. Ik denk dat dat ten alle tijden ook belangrijk is, doorverwijzen oké, maar komt iemand ook daadwerkelijk aan? Ik denk dat daar ook winst te behalen is. Bij ons hebben de meedenkcoaches daar een hele belangrijke rol in. Dat zijn voor mij echt de gouden mensen in het veld om de link tussen het sociaal domein en het medisch domein samen te brengen.”

– Gemeente Etten Leur

Praktijkvoorbeeld

Na-bel actie in Steenbergen

Gemeente Steenbergen zocht contact met inwoners die geen gebruik maken van regelingen waar zij wél recht op hebben. Het ging om €550–€650 per huishouden. Wat bleek? Het was te ingewikkeld, in te moeilijke taal geschreven en men ervaarde wantrouwen. Voor de na-bel actie maakte slechts 30% er gebruik van; daarna steeg dit naar 70%. De na-belactie wordt nu jaarlijks herhaald.

"Ik ben trots op onze na-belactie. Als gemeenteambtenaar heb ik professionals die dicht bij de doelgroep staan gevraagd of zij mensen kennen die geen gebruik maken van regelingen waar ze wél recht op hebben. Zij gaven mijn telefoonnummer door, zodat ik met deze inwoners in gesprek kon."
- Gemeente Steenbergen

Differentiatie en maatwerk

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat kan beter?

- **Maatwerk nog geen standaard werkwijze.** Denken in kansen is nog niet bij alle medewerkers vanzelfsprekend. Het leveren van maatwerk wordt als lastig ervaren door de vele subgroepen in de samenleving. In veel gemeenten wordt nog onvoldoende structureel ingezet op anderstaligen. Daarbij spelen niet alleen taalproblemen, maar ook verschillen in verwachtingen tussen inwoners, zorg en overheid.
- **Rol zorgverzekeraar bij betaalbaarheid zorg en ondersteuning.** Er wordt aangegeven dat voor het thema betaalbaarheid eerder een verantwoordelijkheid ligt bij de zorgverzekeraar, en niet als een gemeente vraagstuk wordt ervaren.
- **Verskil ervaringen grote en kleinere gemeentes.** Grotere gemeenten geven aan dat kleinere gemeenten handelingsverlegenheid hebben in het leveren van maatwerk, terwijl kleinere gemeenten aangeven dat de lijntjes juist korter zijn om makkelijker maatwerk te leveren.
- **Verskil in doorlooptijd maakt domeinoverstijgend werken lastig.** Het fysieke domein heeft langere termijn planning en besluitvorming en dit maakt het lastig voor andere domeinen om samen te werken op het thema kansengelijkheid.
- **Directe contactmogelijkheden inwoners.** Veel inwoners hangen op als er belmenu's zijn.

'Een groot zorgpunt zijn de belmenu's. Daar hebben onze inwoners veel last van. Zoals je naar de huisarts belt dan moet je door een belbundel heen 'belt u voor een gewone afspraak, belt u voor de assistente, belt u voor spoed; druk 1, druk 2...'. Dat is voor mensen al vaak een moment voor afhaken, want dat gaat zo snel. Dan moet je én weten wat er wordt gezegd en je moet handelen ertoe 'druk op 1, 2,3 of 4' en dan moet je ook al je vraag paraat hebben.' – Gemeente

Differentiatie en maatwerk

*Wat hebben respondenten vanuit **voorliggend veld** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Tijd vrijmaken voor mensen in kwetsbare positie.** In bepaalde teams wordt er eerst gekeken hoe de grote groep slimmer en sneller geholpen kan worden, zodat er meer tijd over is voor consulten voor mensen in een kwetsbare positie.
- **Begrijpelijkheid.** Er zijn verschillende initiatieven voor begrijpelijkheid in het voorliggend veld. Bibliotheken bieden diverse inloopspreekuren aan, geven advies en trainingen over digitale zaken en krijgen daarin een steeds grotere rol, ook in wijken en in dorpen. Vanuit de GGD worden monitoringstools getest met de mensen om wie het gaat, is er samenwerking met taalpanels en inzet van tolken bij infectieziektebestrijding.
- **Outreachend werken:** Vanuit de GGD wordt geëxperimenteerd met meer outreachend werken bij infectieziektebestrijding om gericht met bepaalde doelgroepen in contact te komen.

Wat kan beter?

- **Inzet ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen.** Er ligt een ambitie om deze meer in te zetten maar het is nog een opgave om dat structureel onderdeel te maken van organisaties.
- **Financiële vergoeding voorliggend veld.** Er wordt vanuit steeds meer instanties doorgestuurd naar maatschappelijke organisaties in het voorliggend veld, zonder dat daar een financiële vergoeding tegenover staat.
- **Differentiatie is nog niet structureel.** Er is verschil tussen de verschillende teams en taakstelling van de GGD in hoeverre er aandacht is voor mensen in kwetsbare situatie.

Differentiatie en maatwerk

*Wat hebben respondenten vanuit **welzijn** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Maatwerk is de essentie van welzijnswerk.** De basiskwaliteit van sociaal werk is aandacht hebben voor het gesprek voordat je overgaat tot de ondersteunings- of zorgvraag.
- **Doorbraakmethode maakt nog passendere ondersteuning mogelijk.** Hierin zijn de systemen niet leidend zijn maar kunnen medewerkers echt rammelen aan systeemdeuren en kaders. Er wordt dan gekeken naar het brede perspectief, over domeinen heen.

Wat kan er beter?

- **Passendheid.** Persoonsgericht werken hangt nog erg van de medewerker af. De organisatie is nu toe aan meer community opbouwwerk, om een bredere representatie van groepen inwoners aan te spreken.
- **Financiën.** Meer middelen nodig voor domeinoverstijgende samenwerking



Differentiatie en maatwerk

*Wat hebben respondenten vanuit **zorg** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Begrijpelijkheid zorg en ondersteuning krijgt veel aandacht.** Er is met name aandacht voor digitale vaardigheden en laaggeletterdheid. Er worden verschillende verbetertools gebruikt om dit te bereiken zoals praktijkchecks en e-learning over begrijpelijk communiceren.
- **Passendheid van zorg en ondersteuning richt zich op persoonsgericht werken, gezondheidsvaardigheden en cultuur.** Er worden specifieke e-learning modules op deze thema's aangeboden en trainingen gezondheidsvaardigheden.
- **Doorverwijzing naar sociaal domein.** Er wordt veel gebruik gemaakt van brede gespreksvoering en het spinnenweb van positieve gezondheid om een compleet beeld te krijgen van de patiënt en door te verwijzen.
- **Toepassing digitale triage (AI triage).** Door het gebruik van digitale triage voor zorgvragen patiënten via app en website wordt er gefilterd op urgentie. Hierdoor wordt 90% van de patiënt sneller geholpen en blijft er meer tijd telefonisch en in het spreekuur beschikbaar voor mensen die dit nodig hebben. Er worden ervaringsonderzoeken ingezet voor groepen mensen voor wie het lastig is digitaal contact op te nemen (ouderen, anderstaligen, laaggeletterden).
- **Verskillende initiatieven verbetering betaalbaarheid.** Zo worden specialistische verpleegkundigen en gespecialiseerde huisartsen in de eerste lijn ingezet, waardoor ziekenhuisbezoeken en eigen bijdragen worden voorkomen. Voor chronische patiënten worden maatwerkafspraken met zorgverzekeraars gemaakt: één vast bedrag zonder verplicht standaardprotocol.

Praktijkvoorbeeld

Diversiteit in beeldmateriaal

In het Amphia ziekenhuis is er steeds meer aandacht voor diversiteit in de communicatie naar patiënten toe. Recent hebben zij nieuwe foto's laten maken met als doel een betere afspiegeling van de samenleving.



"Wij zijn onze fotografie vanuit communicatie nu aan het uitbreiden omdat we alleen maar blanke mensen op de foto hadden. En daar ben je helemaal niet bewust mee bezig maar op een gegeven moment ben je er wel bewust van, dit is helemaal geen goede afvaardiging van hoe de werkelijkheid is.

- Amphia ziekenhuis

Differentiatie en maatwerk

*Wat hebben respondenten vanuit **zorg** over dit thema aangegeven?*

Wat kan beter?

- **Begrijpelijk communiceren nog niet standaard.** Nog niet *alle* zorgverleners zijn getraind op begrijpelijk communiceren en schrijven op B1 niveau.
- **Diversiteit in teamsamenstelling.** Momenteel zijn de zorgverleners vaak wit en hoogopgeleid, wat passende zorg kan belemmeren. Hoewel er trainingen in cultuursensitief werken bestaan, gebeurt dit nog niet structureel.
- **Doorverwijzing naar passend en betaalbare ondersteuning in de wijk.** Nu wordt soms verwezen naar vergoede zorg uit de Zorgverzekeringswet (zoals GLI of een diëtist), terwijl dat niet altijd aansluit bij de daadwerkelijke behoefte van de patiënt. Wijkinitiatieven kunnen passender én goedkoper zijn. Daarnaast sluit het huidige doorverwijsaanbod van het medisch naar het sociaal domein niet altijd goed aan op alle doelgroepen en momenten.
- **Minder doorverwijzingen naar zorgverleners onderling.** Er kan minder worden doorverwezen als andere zorgverleners, zoals fysiotherapeuten en praktijkondersteuners, ook meer tijd per patiënt krijgen. Daarvoor is het wel nodig dat zorgverleners beter samenwerken over de verschillende domeinen heen en goed afspreken wie waarvoor verantwoordelijk is.

“Veel zorgverleners vinden het lastig om geldzorgen te bespreken. Er is weinig tijd in de spreekkamer en ze voelen zich niet getraind om dit gesprek te starten. Een informatiesessie voor de cliëntenraad kan helpen om meer bewustwording te creëren, omdat je dit niet altijd ziet als je er zelf niet mee te maken hebt.”

– Zorgorganisatie

Idee voor verbetering genoemd vanuit gemeente:

*“Er zijn veel voorbeelden van digitale hulpmiddelen benoemd: alleen al vanuit het medisch domein heb je apps van de apotheek, de huisarts, het ziekenhuis, **de Welbevinder**. Misschien moeten we alles bundelen en kenbaar maken wat het betekent voor de inwoner en wat het de inwoner kan opleveren samen met taalambassadeurs uit de regio. Dit zouden we ook voor het sociaal domein kunnen doen.”*

Samenwerken met inwoners

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*



Wat gaat goed?

- **Er is aandacht voor inwonerparticipatie.** Het ophalen van behoeften van inwoners gebeurt via sociale adviesraden, dorpsraden, cliëntenonderzoeken en direct contact met specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met dementie). Dit levert waardevolle inzichten op.
- **Gemeente op bezoek.** Gemeenten werken steeds vaker dichtbij inwoners door hen actief op te zoeken op plekken waar zij al zijn, zoals moskeeën, ontmoetingswinkels en buurtcentra, en door samen te werken met sleutelpersonen of wijkmakelaars.

"Wij zorgen dat het laagdrempelig is. Wij hebben een prachtig stadskantoor, maar we hebben ook een ontmoetingswinkel. Het zijn hele grote vierkante tafels waar mensen terecht kunnen voor gratis koffie, puzzelen of praten. We brengen informatie daar naar toe en halen dingen op. [...] Je moet het van dit soort initiatieven hebben in je omgeving."

- Gemeente

Samenwerken met inwoners

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat kan beter?

- **Focus op jongeren.** Meer samenwerking en co-creatie met jongeren, nu richten gemeenten zich met name op ouderen.
- **Structureel betrekken van inwoners.** Het betrekken van inwoners gebeurt vaak projectmatig, terwijl er juist behoefte is aan doorlopende co-creatie. Inwoners zouden meer moeten kunnen meepraten over beleidsstukken, bijvoorbeeld over het NPLV programma.
- **Communicatie van gemeente aan inwoners.** Als inwoners wordt gevraagd om mee te denken gebeurt dit vaak digitaal of per papieren flyer. Hiermee bereik je slechts een klein deel van de inwoners.

Wat is er nodig?

- **Structurele betrokkenheid van inwoners.** Zolang co-creatie met inwoners afhankelijk blijft van bevlogen individuen, blijft vooruitgang en vertrouwen in de gemeente kwetsbaar.



Praktijkvoorbeeld

Eén team met bewoners in Wijkaanpak 'Rookvrij Leven voor iedereen' in Breda

In Breda vormt een team van vier professionals en vier bewoners de drijvende kracht. Ze zoeken echt contact met de inwoners en luisteren naar wat ze nodig hebben.

In 38 wijken en dorpen is de Wijkaanpak Rookvrij Leven voor Iedereen uitgevoerd. De Regisseur Wijkaanpak werkte daar, in opdracht van de GGD, samen met inwoners en professionals uit zorg, sociaal werk en verslavingszorg. Samen bouwen zij aan een sterk netwerk en een integrale aanpak waarin de inwoner centraal staat. Er is bewust tijd en ruimte om relaties op te bouwen en te leren wat er echt speelt in de wijk.

Meer weten? Lees de handreiking ['Samen werken aan een rookvrije wijk'](#)



Samenwerken met inwoners

*Wat hebben respondenten vanuit het **voorliggend veld** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat goed?

- **Ambtenaren gaan steeds meer de wijken in.** De bibliotheek merkt dat inwonerbetrokkenheid eerder in gemeentelijke beleidsprocessen wordt opgepakt dan voorheen en dat ambtenaren steeds meer de wijken in gaan.
- **Meer aandacht voor participatie in onderzoek.** Er is door de GGD de ambitie uitgesproken om in onderzoek meer te gaan werken met co-creatietechnieken, ervaringsdeskundigheid of design thinking.

Wat kan beter?

- **Scholing omgaan met mensen in kwetsbare positie.** Er is onzekerheid over hoe je goed samenwerkt met mensen in kwetsbare situaties, dit vraagt om meer kennis, training en ondersteuning.
- **Inwonerparticipatie als doel op zich.** Betrokkenheid van inwoners is niet altijd gekoppeld aan een duidelijk doel of meerwaarde. Risico dat participatie een 'vinkje voor subsidie' wordt in plaats van echte invloed.
- **Onvoldoende capaciteit bij gemeenten.** Voorliggend veld merkt dat gemeenten worstelen met mankracht en capaciteit, vooral bij werken met kwetsbare groepen.

Samenwerken met inwoners

*Wat hebben respondenten vanuit **welzijn** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat al goed?

- **Door opbouw- en buurthuiswerk worden er steeds meer inwoners bereikt.** Structureel informeel contact tussen sociaal werk en inwoners is heel waardevol. Signalen vanuit inwoners kunnen hierdoor sneller worden opgepakt.
- **Er zijn veel vrijwilligers actief in de regio** (300 vrijwilligers op 50 sociaal werkers). Dit zijn deels vrijwilligers die zelf in een kwetsbare positie hebben gezeten.

Wat is er nodig?

- **Extra middelen voor opbouwwerk.** Om het contact met inwoners en het vertrouwen te behouden zijn er structurele middelen nodig voor welzijnsorganisaties.

Wat kan beter?

- **Passende beloning/vergoeding voor sleutelfiguren.** Financiële compensatie voor ervaringsdeskundigen of sleutelfiguren staat nu nog in de kinderschoenen.

"Ik vind het belangrijk om sleutelfiguren te stimuleren met een kleine beloning. Iedereen heeft het druk in het leven, als we iemand willen betrekken, moeten we ter motivatie iets belonen."

– Welzijnsorganisatie

- **Aandacht voor cultuursensitieve vaardigheden.** De meeste vrijwilligers zijn Nederlandstalig en hebben niet altijd de juiste cultuursensitieve vaardigheden.
- **Ervaringsdeskundigheid schuldenproblematiek.** Er moet meer gedaan worden met ervaringsdeskundigen rondom schuldenproblematiek.

Praktijkvoorbeeld

Stamtafels in Roosendaal

In verschillende buurthuizen in Roosendaal komen ouderen drie keer per week bijeen aan de stamtafel. Er wordt gekletst, geknutseld en samen gegeten. Vanuit de lokale welzijnsorganisatie is er altijd een sociaal werker aanwezig. Samen houden ze een oogje in het zeil, vormen een klein buurtnetwerk en helpen elkaar. Deze ouderen ervaren hierdoor minder eenzaamheid.



Samenwerken met inwoners

*Wat hebben respondenten vanuit de **zorg** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat goed?

- **Stappen worden gezet in samenwerking met patiënten.** Binnen zorgorganisaties is er de intentie om meer samen te werken met inwoners of patiënten. Dat gebeurt nu steeds vaker op kleine schaal. Zorgverleners zoeken bijvoorbeeld contact met patiëntengroepen met een vergelijkbaar ziektebeeld of bevragen patiënten met een specifiek doel zoals toetsing van een nieuwe app of het taalniveau van informatiebrieven.

Wat kan beter:

- **Er wordt nog veel 'namens de patiënt' gedacht.** Patiënten in het ziekenhuis worden nog te weinig bevraagd. Anderstaligen, ouderen en laaggeletterden in het bijzonder.
- **Representatie patiënten.** De meeste bewoners- en patiënten initiatieven (zoals cliëntenraad, patiëntenpanel) zijn geen goede afspiegeling van de samenleving. Zij bestaan uit voornamelijk hoogopgeleiden.



Praktijkvoorbeeld

Huisarts en bibliotheek werken samen met patiënten

Huisartsengroep laat patiënten meedenken over nieuwe digitale triage tool binnen de praktijk. In samenwerking met de lokale bibliotheek hebben ze drie doelgroepen geïnterviewd: ouderen, anderstaligen en laaggeletterden. Met als doel om de digitale triage tool te verbeteren en toegankelijker te maken.

“Er kwamen best wel wat punten naar voren waar we niet aan gedacht hadden. Het begint met hele simpele dingen. Mensen zien een plaatje en raken verward of begrijpen bepaalde woorden op het scherm niet. [...] Het onderzoek met de bibliotheek was heel waardevol voor ons.”

- Huisartsengroep

Focusgroep met inwoners uit Roosendaal

*Wat **inwoners** aangeven nodig te hebben voor hun gezondheid*

Met medewerking van de sociaal werker van WijZijn werd een gesprek gevoerd met een groep van tien deelnemers van de Stamtafel in het buurthuis. Het gesprek ging over wat de deelnemers belangrijk vinden voor hun gezondheid en wat zij nodig hebben om zich beter te voelen. Deelnemers deelden uitgebreid hun ervaringen en stelden het gesprek op prijs. “Komen jullie nog een keer terug? Dat zouden we fijn vinden”, gaven ze aan.

Zij geven aan **eenzaamheid te ervaren en behoefte te hebben aan informeel sociaal contact met mensen uit de buurt**. De Stamtafel in het buurthuis is voor deze mensen een uitkomst. Zij hebben hierdoor een leuk sociaal netwerk opgebouwd en kunnen altijd terecht bij dezelfde sociaal werker. Dit maakt het stellen van hulpvragen toegankelijk voor de inwoners. De groep is het er over eens dat sociaal contact (‘mensen ontmoeten’, ‘elkaar dagelijks spreken’, ‘oogje in het zeil houden’) essentieel is om gezond te blijven.

“Als je genoeg sociaal blijft, dan lost dat veel op.”

Zij zijn vroeger *“altijd sociaal geweest en willen dat zo houden”*, aldus de bezoekers.

Een aantal suggesties van de inwoners aan de gemeente:

“Kom een keer koffie drinken [bij de Stamtafel], de deur staat open.”

“Ik wil meer stamtafels voor ontmoeting, ook in andere gemeenten”

“Maak het vooral niet te groot. Het zit hem in de kleine dingen, zoals een praatje elke dag.”

Tip: Wil jij ook in gesprek met inwoners over gezondheid? Maak gebruik van ons draaiboek in Bijlage 3.

Leren en ontwikkelen

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat goed?

- **Ruimte voor uitproberen.** Binnen een aantal gemeenten is steeds meer ruimte en middelen voor pilots en nieuwe dingen uitproberen op het thema kansengelijkheid, met name aan de voorkant.
- **Leren van data samen met de GGD.** Het monitoren op thema's (zoals volksgezondheid, sport of armoede) gebeurt meestal in samenwerking met de GGD. Met regelmaat wordt er gekeken naar data en welke trends hierin te zien zijn.
- **Inzet van ervaringsdeskundigen.** Er zijn goede ervaringen met leren van de praktijk en/of reflectie op kleine schaal. Bijvoorbeeld door inzet van een taalpanel, ervaringsdeskundigen bevragen of de sociale adviesraad mee laten denken.



Praktijkvoorbeeld

Meetlat kansengelijkheid

In gemeente Oosterhout is kansengelijkheid een specifiek raadsthema en uitgangspunt bij het maken van beleid en uitvoeringsafspraken. De gemeente is voornemens om aan de hand van de 'meetlat kansengelijkheid' te toetsen in welke mate beleid, uitvoering en samenwerkingspartners in verschillende domeinen bijdragen aan kansengelijkheid. De meetlat is onderdeel van de nieuwe nota 'Bevorderen kansengelijkheid'.

Bijlage 2 Meetlat Kansengelijkheid

Kansengelijkheid is een uitgangspunt bij het maken van beleid en in uitvoeringsafspraken. Aan de hand van een meetlat met verschillende niveaus is na te gaan in welke mate beleid, uitvoering en samenwerkingspartners bijdragen aan kansengelijkheid. Daarbij geldt als niveau 0: kansengelijkheid staat niet beschreven in beleidsstukken en uitvoeringsafspraken. De meetlat is een hulpmiddel om het gesprek te voeren over het bevorderen van kansengelijkheid en te kijken waar nog mogelijkheden liggen ter verbetering.

Niveau 1: Aandacht voor kansengelijkheid in beleid en uitvoeringsafspraken.

Niveau 2: Dragen activiteiten en projecten bij aan de definitie van kansengelijkheid?

Niveau 3: Het stellen van meetbare doelen en hierop reflecteren. Bijvoorbeeld in het bereiken van de doelgroep. Uit een evaluatie kan ook blijken dat activiteiten onvoldoende aanslaan en afgeschaald moeten worden.



Bevorderen kansengelijkheid

Aanpak gemeente Oosterhout



Leren en ontwikkelen

*Wat hebben respondenten vanuit het **voorliggend veld** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat goed?

- **In het voorliggend veld wordt er veel gemonitord.** Voorbeelden hiervan zijn:
 - **Bibliotheken** hebben een monitorplicht vanuit landelijke organisatie Nationale Bibliotheek (KB) en Wet stelsel openbare bibliotheekvoorzieningen (Wsob). Daarnaast leggen zij met ingang van 2022 ook verantwoording af aan de gemeente.
 - **GGD** heeft vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) de taak om (in samenwerking met gemeenten) te monitoren. Intern doet de GGD aan kennisverbreding. Bijvoorbeeld door thematische studieochtenden (8 keer per jaar).
 - Het ziekenhuis draagt samen met de GGD de monitoring voor het **leefstijlloket**. Zij monitoren op algemeen gebruik, koppelen dit aan GGD data, pakken signalen op en geven door aan gemeente.

Wat kan beter?

- **Gegevensuitwisseling.** Het uitwisselen van data, bijvoorbeeld tussen de GGD en andere organisaties, is een uitdaging. Privacyrichtlijnen en technische uitdagingen maken het uitwisselen van data moeilijk.
- **Tijd maken voor evalueren.** Leren en evalueren is lastig door knelpunten in capaciteit en financiën.

Leren en ontwikkelen

*Wat hebben respondenten vanuit het **voorliggend veld** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat goed?

- **Medewerker impactgericht werken.** Een welzijnsorganisatie benoemt dat er sinds een jaar een medewerker impactgericht werken is aangesteld bij de gemeente, wat geresulteerd heeft in monitoring op wijk- en buurniveau aan de hand van de thema's van positieve gezondheid. Gesprekken voeren met de gemeente is hierdoor makkelijker.

Wat kan beter?

- **Verschillen tussen gemeenten.** Welzijnsorganisaties merken verschillen in hoeverre gemeenten open staan voor vernieuwing en aanpassing. Sommige gemeenten zijn zelf al meer bezig met wijkgericht werken en maakt daar budget voor vrij, terwijl andere gemeenten hier nog onvoldoende capaciteit voor hebben.



Leren en ontwikkelen

*Wat hebben respondenten vanuit **gemeenten** over dit thema aangegeven?*

Wat kan beter?

- **Kruisbestuiving in het gemeentehuis.** Er zou meer kruisbestuiving plaats moeten vinden tussen collega's in het gemeentehuis, niet alleen tussen fysiek en gezondheid, maar ook met bijvoorbeeld inclusie, armoede en huisvesting.
- **Leren van evaluaties.** Er wordt nog weinig gedaan met leren van evaluaties (lerend evalueren). Meeste projecten die starten als pilot worden niet goed geëvalueerd. Vaak door gebrek aan tijd en middelen.

"Er is ruimte voor pilots en uitproberen, ruimte aan de voorkant is er heel erg. Alleen het lerende van evalueren, dat is minder ontwikkeld, weinig ingericht. Of het wordt wat, of het bloed dood. Dat zijn we nu beter aan het ontwikkelen met een projectenbureau."

– Gemeente

- **Evalueren met uitvoeringsorganisaties.** Er is een wens uitgesproken om ook met uitvoeringsorganisaties vaker te evalueren en om hen te betrekken bij de duiding van data.

Wat is er nodig?

- **Voldoende tijd en middelen** voor leren en evalueren reserveren.
- **Vastleggen monitoring en evaluatie.** Maak monitoring en evaluatie een vast onderdeel van beleidsprocessen en begrotingen.
- **Reflecteren met partners.** Zorg dat er gelegenheid is voor reflectie met collega's binnen het gemeentehuis, maar ook met uitvoeringspartners.

Leren en ontwikkelen

*Wat hebben respondenten vanuit de **zorg** over dit thema aangegeven?*

Wat gaat goed?

- **Reflectie op kleine schaal.** Reflecteren rondom het thema kansengelijkheid in de zorg gebeurt wel, maar vaak (nog) op kleine schaal. Bijvoorbeeld een taalambassadeur bevragen over begripelijkheid van flyers, een lokale training over omgaan met agressie in de spreekkamer, praktijkcheck laaggeletterdheid of 1 op 1 contact tussen zorgverleners in ziekenhuis.

Wat is er nodig?

- **Meer tijd en middelen voor reflectie rondom kansengelijkheid in de zorg.** Idealiter zou je aandachtsfunctionarissen willen aanstellen hiervoor.

Wat kan beter?

- **Aandacht voor kwalitatieve evaluaties.** De focus op leren binnen een zorgorganisatie ligt veelal op de procesmatige kant, niet zo zeer de menselijke kant.
- **Reageren op signalen uit de praktijk.** Er wordt (nog) te weinig gedaan met opgepikte signalen in de dagelijkse praktijk. Pas als er signalen uit meerdere hoeken en structureel komen dan wordt er wat mee gedaan. Dat is een gemiste kans.
- **Behoeften ophalen bij zorgverleners.** Het ophalen van behoeften (bijvoorbeeld rondom nascholing) van zorgverleners in kwetsbare wijken gaat moeizaam. Het concreet formuleren of op papier zetten waar deze zorgverleners behoefte aan hebben blijkt lastig.
- **Structurele vastlegging van werkprocessen.** Binnen leefstijlloketten in ziekenhuizen is er vaak geen structurele vastlegging van werkprocessen, en daardoor ook geen structurele evaluatiemomenten.



Ontwikkelrichtingen

Vier ontwikkelrichtingen voor de regio

Op basis van de bevindingen uit de interviews en onze analyse formuleren we **vier ontwikkelrichtingen**.

Deze ontwikkelrichtingen vormen een hanteerbare vertaling van de opgehaalde inzichten. Ze maken het mogelijk om concrete vervolgstappen te formuleren, terwijl tegelijkertijd recht wordt gedaan aan de ambitie van 'anders denken, doen en organiseren'.

1. **Ervaringskennis beter benutten:** zorg ervoor dat inwoners actief meedenken en meedoen bij het maken, monitoren en uitvoeren van plannen.
2. **Zorg en ondersteuning makkelijker en begrijpelijker maken:** creëer eenvoudige toegang zorg en ondersteuning door drempels te verlagen en begrijpelijke taal te gebruiken.
3. **Preventie laten aansluiten bij het dagelijks leven:** bied (gemeenschapsgerichte) activiteiten en ondersteuning aan die daadwerkelijk passen bij de leefwereld, de behoeften en de capaciteiten van de mensen.
4. **Ruimte voor vakmanschap en lerend vermogen:** geef professionals de ruimte en het vertrouwen om te doen wat nodig is in de praktijk. Faciliteer dat zij kunnen reflecteren en gezamenlijk kunnen leren van wat wel en niet werkt.

Uitwerking ontwikkelrichtingen

Tijdens de **werksessie op 5 februari** hebben gemeenten en organisaties expliciet aangegeven dat zij behoefte hebben aan het volgende handelingsperspectief: wat kunnen betrokkenen anders doen, en welke eerste stap kan ieder zetten? Met genoemde ontwikkelrichtingen wordt die vraag concreet gemaakt en wordt voorkomen dat het blijft bij abstracte ambities.

Tijdens de **inspiratiebijeenkomst van 16 april 2026** gaan deelnemers met deze ontwikkelrichtingen aan de slag. In verschillende groepen werken zij per ontwikkelrichting uit welke concrete stappen zij op korte termijn kunnen zetten en wat er regiobreed nodig is om voortgang te realiseren.

De opbrengsten van deze bijeenkomst – uitgewerkt in een afzonderlijk verslag en analyse – vallen buiten de scope van deze verkenning, maar vormen een belangrijke bouwsteen voor de vervolgaanpak.



Pharos tools en handvatten per ontwikkelrichting

Ontwikkeldrichting	Doelgroep	Thema	Tool
Ervaringskennis beter benutten	Zorg- en welzijnsorganisaties en woningcorporaties	Samenwerken met de mensen om wie het gaat Duurzame inzet sleutelpersonen Samenwerken met inwoners aan gezonde leefomgeving Samenwerken met ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen aan geldzorgen Spiegeltrajecten: Aandachtig luisteren naar inwoners en co-creatie	E-learning samenwerken met de mensen om wie het gaat Handreiking voor organisaties en gemeenten die de samenwerking met sleutelpersonen duurzaam willen organiseren De Leefplekometer - Wat vind je van je leefplek? Samenwerken met ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen aan geldzorgen Spiegeltrajecten binnen kansrijke start
Zorg en ondersteuning makkelijker en begrijpelijker maken	Gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties	Begrijpelijke en toegankelijke dienstverlening Test: Hoe gezondheidsvaardig is jouw organisatie Checklist: Hoe toegankelijk is de zorg en ondersteuning binnen jouw organisatie? Methodiek om begrijpelijkheid na te gaan in gesprek Spel: Zelf ervaren hoe moeilijk de digitale zorg is voor veel mensen	De 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie Test: Hoe gezondheidsvaardig is mijn organisatie? Checklist 4 x toegang De terugvraagmethode Escapekoffer digitale inclusie
Preventie laten aansluiten bij het dagelijks leven	Professionals in zorg, preventie en welzijn	Cultuursensitieve leefstijlinterventies Inclusieve gezondheidszorg Stress-sensitief en cultuursensitieve trainingen Informatie over gezondheidseffecten chronische stress Brede gespreksvoering Signaleren van geldzorgen in huisartsenzorg en geboortezorg	Leefstijlinterventies voor iedereen: informatie en tips voor inclusieve interventies Interactieve gids 'Gezondheidszorg voor iedereen' Trainingen incompany en geaccrediteerd Leven met ongezonde stress Gesprekskaarten voor brede gespreksvoering Programma Preventie van Geldzorgen
Ruimte voor vakmanschap en lerend vermogen	Gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en zorgverzekeraar	Verkleinen gezondheidsverschillen in de transitie van zorg naar welzijn Aanbevelingen voor verkleinen gezondheidsverschillen in transitie van zorg naar welzijn Inclusief onderzoek Samenwerking medisch en sociaal domein: brugfuncties Lerend werken aan een gezonde leefomgeving	Checklist randvoorwaarden, beleid en werkprocessen (voor de monitoring en borging van beleid) Handreiking IZA - Naar een zorgeloze samenleving voor iedereen Vragenlijsten voor iedereen, de basis voor goede zorg Infosheet inclusieve richtlijnen Handreiking brugfuncties huisartsenzorg en sociaal domein GezondInnovatie: samen bouwen aan een gezonde leefomgeving in 2025 - Gezondin



Advies en vervolg

Bouwstenen transformatieaanpak

Kern van het advies

Om de huidige energie vast te houden en om te zetten in duurzame impact, is het noodzakelijk om kansengelijkheid expliciet te organiseren, te prioriteren en te operationaliseren. Zet daarom in op de volgende **zes bouwstenen** voor een succesvolle transformatieaanpak.

1. Organiseer voortgang op kansengelijkheid: versterk de rol van de programmamanager tot regionale trekker

- Stel een **regionale trekker kansengelijkheid** aan (0,5–1 fte). De regio beschikt al over een programmamanager met netwerk, mandaat en positionering. Door deze rol expliciet te verbreden naar regionaal trekker kansengelijkheid kan snel worden doorgepakt. Geef deze persoon een helder mandaat vanuit de bestuurders.
- Opdracht van de trekker: vertalen van opbrengsten uit de inspiratiebijeenkomst van 16 april naar een samenhangend plan van aanpak. Dit plan bevat in ieder geval hoe gewerkt wordt aan:
 - Stellen van prioriteiten (keuze voor een beperkt aantal aanpakken)
 - Verbinden met onderdeel 'leefstijl en gezonde leefomgeving'
 - Verbinden van gemeenten, zorg, welzijn en inwoners
 - Ondersteunen van organisaties die willen aansluiten
 - Bewaken van voortgang en samenhang
 - Organiseren van een lerende aanpak in de regio

Bouwstenen transformatieaanpak

2. Benut landelijke akkoorden én oormerk middelen voor kansengelijkheid

- Voorstel: **reserveer 15–20% van de AZWA-middelen voor inzet op kansengelijkheid**. De opgave om gezondheidsverschillen te verkleinen staat niet los van landelijke afspraken, zoals het *Integraal Zorgakkoord*, *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord*, *Gezond en Actief Leven Akkoord* en het *Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg*. Deze akkoorden bieden zowel bestuurlijke legitimatie als financiële ruimte om gezondheid, preventie en ondersteuning anders te organiseren. Deze middelen kunnen worden ingezet voor:
 - experimenten met inclusieve ketenaanpakken
 - regionale leer- en reflectiestructuren
 - versterking van samenwerking met inwoners
 - aanpak van structurele knelpunten (zoals toegang en bereik)
- Verbind voorwaarden aan de middelen, inzet moet aantoonbaar bijdragen aan:
 - Samenwerking met inwoners in kwetsbare situatie bij totstandkoming basisfunctionaliteit (passende zorg of ondersteuning voor mentale gezondheid, vitaal ouder worden, leefstijl, kansrijk opgroeien en gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen)
 - Deelname van mensen aan betreffende ondersteuning
 - Ervaren tevredenheid over deze ondersteuning (passend, begrijpelijk, betaalbaar, beschikbaar)
 - Verbetering in ervaren gezondheid en participatie van mensen in kwetsbare posities

Bouwstenen transformatieaanpak

3. Maak kansengelijkheid een expliciet sturingscriterium

- Neem kansengelijkheid op als **vast en verplicht onderdeel van de bestuurlijke besluitvorming**
- Maak bij elk plan expliciet:
 - wie profiteren?
 - wie (nog) niet?
 - wat doen we anders voor mensen in kwetsbare posities?
- Gebruik hiervoor een “kansengelijkheidstoets” op regioplannen of als standaard agendapunt/ toetspunt (bv reflectietool waardegedreven werken) in bestuurlijke overleggen. Beide in ontwikkeling door Pharos.

4. Start met gerichte, zichtbare aanpakken

- Ontwikkel **3–5 concrete aanpakken** in wijken/gebieden waar de opgave het grootst is
- Uitgangspunten:
 - samen met inwoners, professionals en informele en netwerken (co-creatie)
 - aansluiten op behoeften, bestaande netwerken en voorzieningen
 - gericht op o.a. toegankelijkheid, gemeenschapskracht en ondersteuning

Bouwstenen transformatieaanpak

5. Richt een lerende aanpak in:

Zorg dat de regio continu verbetert en het vakmanschap van professionals versterkt wordt.

- Organiseer een **structurele leer- en reflectiecyclus**. Professionals in de regio kunnen leren van elkaar.
- Periodiek (bijv. elke 6–8 weken):
 - reflectie met professionals, beleidsmakers en inwoners
 - inzicht in wat werkt, voor wie en waarom
- Doel: zodat best practices direct regionaal worden gedeeld en continu verbeteren en vakmanschap versterken mogelijk worden gemaakt.

6. Borg bestuurlijk eigenaarschap:

Wijs een bestuurlijk trekker aan

- Voor een duurzame transformatie mag kansengelijkheid geen apart project blijven, maar moet het hét uitgangspunt worden voor beleid en uitvoering.

Wijs daarom een bestuurlijk trekker aan die de visie op '*anders denken, doen en organiseren*' verankert op directie- en bestuurstafel. De bestuurlijk trekker heeft als taak de randvoorwaarden te creëren voor de hele aanpak, door:

- **Financiering te borgen:** Directe sturing op het oormerken van middelen uit landelijke akkoorden (**zie bouwsteen 2**).
- **Besluitvorming te sturen:** Het verplicht stellen van de kansengelijkheidstoets bij regioplannen en bestuurlijke keuzes (**zie bouwsteen 3**).
- **Uitvoering te mandateren:** Ervoor te zorgen dat de regionale trekker (**zie bouwsteen 1**) voldoende regie en mandaat heeft om de (wijkgerichte) aanpakken (**zie bouwsteen 4**) en de lerende reflectiecyclus (**zie bouwsteen 5**) succesvol aan te jagen.
- **Datagedreven te monitoren:** Een specifiek dashboard in te richten dat lokale gezondheidsverschillen in kaart brengt, zodat er kan worden bijgestuurd op het verkleinen van achterstanden in de meest kwetsbare wijken.

Ter inspiratie: Leren van andere IZA trajecten

Ook de ervaring van het Netwerk Leren Transformeren (NLT) is: **begin klein en leer wat werkt.**

Stel samen de vraag: wat is de eerstvolgende, zo groot mogelijke kleine stap?

- Maak die stap klein genoeg om morgen te beginnen
- Richt je op concreet gedrag, niet alleen op intenties
- Koppel acties aan eigenaarschap
- Maak stappen toetsbaar en ontwerp ze als experiment

Om beweging te creëren, is het belangrijk goed te begrijpen wat er speelt en wat nodig is om verder te komen. Stel daarbij vragen als:

- Wat heeft de ander nodig om mee te bewegen?
- Wie moet de boodschap overbrengen?
- Van wie is de opgave eigenlijk?

Bij het kiezen van aanpakken is het naast beschikbare tijd en middelen belangrijk om te kijken waar de grootste gezondheidswinst te behalen is. Zo ontstaat focus in de inzet van middelen. Wanneer meerdere aanpakken tegen dezelfde belemmeringen aanlopen, biedt dat aanknopingspunten om structurele knelpunten, zoals financiering aan te pakken. Dit vraagt om een continu leerproces, gebaseerd op kleine, effectieve stappen. Daarbij is het belangrijk om vooral te kijken naar de onderliggende werkzame mechanismen. Door deze succesfactoren toe te passen in nieuwe contexten, ontstaat duurzame impact.

Het **Netwerk Leren Transformeren (NLT)** is een landelijk initiatief van ZonMw en partners om de 38 IZA-regio's te ondersteunen bij domeinoverstijgende samenwerking. Via het programma 'Ondersteuning regionale samenwerking' hebben alle IZA-regio's subsidie ontvangen voor het versterken van hun regionale structuren. Het netwerk faciliteert kennisdeling en praktische hulp om de transitie van zorg naar gezondheid te versnellen, met betrokkenheid van ZN en VNG.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst interviews

Dit eerste gedeelte gaat over de persoonlijke relatie en belang van de geïnterviewde met het thema kansengelijkheid.

1. Hoe belangrijk vind jij het vergroten van kansengelijkheid in jouw werk. Kan je daar iets over vertellen?
2. Als je kijkt naar wat je nu doet binnen de organisatie, hoe draag jij vanuit jouw functie bij aan het vergroten van kansengelijkheid?
3. Waar ben je trots op wat je bereikt op het thema vergroten van kansengelijkheid binnen je organisatie?
4. Wat zou jij in een ideale situatie vanuit jouw positie beter willen doen?

Visie en draagvlak. *We starten met visie en draagvlak.*

1. Hoe kijkt de organisatie volgens jou aan tegen het vergroten van kansengelijkheid?
2. We hebben vooraf gevraagd of jullie documenten op konden sturen over de organisatiebrede visie en draagvlak. Hierbij zijn de volgende documenten naar ons toegestuurd. (afhankelijk wat ze toesturen en of er een visie is)
3. Hoe werkt deze visie in de praktijk door in het werk van de organisatie en specifiek op jouw werk?

Rekening houden met inwoners in een kwetsbare positie: *Differentiatie, maatwerk & persoonsgericht werken.*

Om kansengelijkheid te vergroten is het van belang dat je goed kijkt naar wat de behoefte, omstandigheden en vaardigheden is van inwoners in een kwetsbare situatie (denk aan leven met geldzorgen, gezondheidsproblemen, mindere taalvaardigheden).

1. Kan je aangeven of en hoe er vanuit jullie team of afdeling rekening wordt gehouden met mensen in een kwetsbare situatie? Denk bijvoorbeeld aan rekening houden met verschil in vaardigheden (denk aan lezen en schrijven) of het feit dat chronische stress effect heeft op het denken en doen van mensen in een kwetsbare situatie.
2. Hoe houdt jullie team of afdeling rekening met de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor mensen in kwetsbare sociaaleconomische omstandigheden? *(dat zorg en ondersteuning bereikbaar, beschikbaar, betaalbaar, passend en begrijpelijk is voor alle inwoners, ongeacht opleiding, inkomen, taal of etnische achtergrond?)*
3. Hoe houdt jullie team of afdeling rekening met de specifieke context van inwoners (bijvoorbeeld rekening houden met stress niveau, cultuur, werken vanuit vertrouwen en nabijheid)?

4. Is dit in ergens vastgelegd, bv in beleid of werkprocessen? Krijg je hiervoor bv. scholing, training of intervisie?
5. Waar ben jij trots op als het gaat over rekening houden met inwoners in een kwetsbare positie?

Samenwerking met inwoners: *Om goed te kunnen aansluiten op de behoefte van inwoners in een kwetsbare situatie, is het belangrijk dat er wordt samengewerkt met inwoners.*

1. Kan je aangeven of en hoe er vanuit jullie team of afdeling wordt samengewerkt met inwoners?
2. Is dit op beleidsniveau of meer op uitvoeringsniveau. Is daar beleid voor, zijn er vaste procedures?
3. Kan je aangeven hoe jij dit vormgeeft vanuit jouw functie? Bv. samenwerking met ervaringsdeskundigen vanuit de organisatie?
4. Waar ben jij trots op als het gaat over samenwerking met inwoners in een kwetsbare positie?
5. Wat kan er beter?

Leren over kansengelijkheid binnen de organisatie: *Om kansengelijkheid te vergroten weten we dat een lerende aanpak goed werkt.*

-
- 1. Kan je aangeven vanuit jouw functie hoe jullie leren over wat werkzaam is in de aanpak van vergroten kansengelijkheid?
- 2. Hoe monitoren jullie de aanpak in resultaat en proces?
- 3. Reflecteren jullie wel eens op jullie eigen werkwijze en passen jullie de aanpak dan ook daadwerkelijk aan?
- 4. Hoe wordt de ervaring van de inwoner meegenomen om te leren over de aanpak (bijvoorbeeld in monitoring en evaluatie van de aanpak)?
- 5. Dit was het laatste thema wat wij willen bespreken over het vergroten van kansengelijkheid. .
- 6. Wil jij zelf nog iets aan ons meegeven over waar je trots op bent of waar verbeterpunten zijn, wat we nog niet besproken hebben?

Bijlage 2: Informatiebrief deelnemers interviews

Onderwerp: Start aanpak 'Samen Gezond Leven Makkelijk Maken' – uitnodiging tot samenwerking

Beste samenwerkingspartners,

De regionale aanpak '**Samen gezond leven makkelijk maken voor iedereen in West-Brabant**' is met veel energie en betrokkenheid van start gegaan. De aanpak is in opdracht van gemeenten vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA), meer specifiek de actielijn Leefstijl, leefomgeving en kansengelijkheid. De aanpak focust op het bouwen aan een brede beweging, waarin we met elkaar werken aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en het versterken van gezondheidsvaardigheden in onze regio. De gezondheidsverschillen zijn namelijk groot en hardnekkig. De kansen op een goede gezondheid zijn in Nederland niet eerlijk verdeeld. Mensen met opleidingsniveau tot en met mbo-1, met minder geld of met een migratieachtergrond leven vaak jaren korter en hebben vaker en langduriger gezondheidsklachten. Dat komt onder andere, doordat zij vaker wonen in ongezonde of onveilige omstandigheden, zwaarder fysiek werk doen en meer stress ervaren. Dit vergroot de kans op ernstige aandoeningen zoals diabetes, longziekten, hart- en vaatziekten, overgewicht, stress en depressie. Verder is de gezondheidszorg voor veel mensen te ingewikkeld. Eén op de drie Nederlanders hebben moeite om informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Ondanks jarenlange inzet, zijn de verschillen nauwelijks kleiner geworden. Om gezondheidsverschillen echt te verkleinen is een fundamenteel andere aanpak nodig.

Anders denken, anders werken, anders organiseren

Het vraagt om een ander denkkader: dat we erkennen dat gezondheid niet uitsluitend het gevolg is van individuele keuzes of zorg, maar omstandigheden als armoede, huisvesting, scholing en sociale veiligheid medebepalend zijn voor iemands kansen op een gezond leven. Het betekent anders werken; meer maatwerk, over domeinen heen, samen met inwoners en organisaties, vanuit wat mensen zelf belangrijk vinden. En het vraagt om anders organiseren; minder verkokerd, minder complex, meer samenhang en ruimte voor lokale oplossingen. Zo bouwen we aan een regio waarin iedereen eerlijke kansen krijgt op gezondheid en meedoen.

Gezamenlijk aan de slag in twee sporen

Met alle partners in zorg, welzijn, onderwijs en samenleving gaan we werken aan deze verandering. Onze aanpak bestaat uit twee sporen:

Spoor 1 – Praktijkgericht leren van ervaringsverhalen

We verzamelen 15–20 verhalen van inwoners die vastlopen in systemen of communicatie. Deze verhalen bespreken we in co-creatiesessies met gemeenten, GGD en maatschappelijke partners. Samen zoeken we naar oplossingen die écht werken in de praktijk.

Spoor 2 – Strategische verkenning van kansen en belemmeringen

Door gesprekken met stakeholders in de regio brengen we in kaart wat er al gebeurt, waar het schuurt en wat gemeenten nodig hebben om samen verder te komen. Dit vormt de basis voor een gedeelde regionale koers.

Stakeholders en betrokkenheid

Bij beide sporen betrekken we een breed palet aan stakeholders: van gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties tot scholen, verzekeraars, sociale partners en werkgevers. We zorgen voor:

- Goede regionale spreiding (stad én platteland)
- Aandacht voor cultuurverschillen en variatie in kwetsbaarheid
- Gericht op knelpunten in leefsituaties van mensen die richting geven voor gemeenten en partners

De sporen komen samen in een brede co-creatiesessie in april 2026, waarin we gezamenlijke ambities en vervolgstappen met elkaar zullen vaststellen. De datum en uitnodiging hiervoor volgen nog.

Wat het oplevert: lokaal én regionaal

De aanpak sluit aan op het IZA-regioplan, de plannen van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid. Voor alle partners in de regio biedt het:

- Inzicht in waar inwoners vastlopen in systemen en communicatie
- Concrete verbeteracties in beleid en dienstverlening
- Versterking van lokale initiatieven rond gezondheid, inclusie en bestaanszekerheid
- Bouwstenen voor een gedeelde regionale visie

Vragen aan de gemeenten

- Voor spoor 1: Huh? Wat bedoelt u? zal een aantal van jullie benaderen voor co-creatie sessies. We vragen om je medewerking en hulp bij het betrekken van de lokale partners en netwerken.
- Voor spoor 2: Pharos gaat graag met een aantal van jullie in gesprek. We vragen om je medewerking te verlenen als Pharos met dit verzoek komt.
- Momenteel is Dennis Aerts (gemeente Altena) vooral vanuit de gemeenten betrokken bij deze beweging. Via deze brief inventariseren we graag wie ook interesse heeft om hier een meer actieve bijdrage aan te leveren. Je kan dit laten weten in een reactie op deze mail.

Samen verder

Het project wordt uitgevoerd door GGD West-Brabant (projectcoördinatie), Pharos (strategische verkenning) en Huh? Wat bedoelt u? (praktijkverhalen en co-creatie). De aansturing verloopt via de IZA-werkgroep Actielijn 4 Leefstijl, Leefomgeving en Kansengelijkheid, met betrokken gemeenten Altena, en partners als Surplus, WijZijn en de Taalhuizen.

Heb je vragen of suggesties? Neem gerust contact op met:

Fairy Bruynsteen (GGD West-Brabant)

f.bruynsteen@ggdwestbrabant.nl

Bijlage 3: Draaiboek focusgroep met inwoners over gezondheid

In gesprek met inwoners Roosendaal, wijkcentrum 't Dijksteeke

Programma (45 minuten) – Gesprek over gezondheid in het buurthuis

Groep: ±8 deelnemers

Doel: In kaart brengen wat gezondheid voor bewoners betekent, wat zij willen veranderen en wat in de leefomgeving kan helpen.

Methode: PLA – deelnemers denken zelf na, kiezen, prioriteren en vertellen.

Benodigd materiaal

- Uitgeprinte gesprekskaarten van Pharos: [Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden – Pharos](#)
- Maak aantekeningen of neem iemand hiervoor mee

1. Welkom en uitleg (5 minuten)

- Doel: uitleg en veilige sfeer creëren.
- Begeleider zegt bijvoorbeeld:
“Vandaag praten we samen over gezondheid. Er zijn geen goede of foute antwoorden. We horen graag wat voor u belangrijk is. We schrijven op wat er in algemene zin gezegd wordt, maar zonder namen. Niemand kan later zien wie wat heeft gezegd. We doen dit om beter te weten wat wij anders kunnen doen om de gezondheid van inwoners te verbeteren.”
- Korte vraag om te starten: “Wat maakt een dag voor u een goede dag?”

2. Wat betekent gezondheid voor u? (15 minuten)

- Werkvorm: kaart kiezen
- Leg de gesprekskaarten van Pharos op tafel (bijv. bewegen, eten, stress, geld, slapen, familie, medicijnen).
- Vraag deelnemers: kies een kaart die u belangrijk vindt voor uw gezondheid.
- Als iedereen een kaart gekozen heeft, vraag: wie wil zeggen waarom hij/zij deze kaart gekozen heeft?
- Andere vragen: Wat betekent gezondheid voor u? Wanneer voelt u zich gezond?
- Laat deelnemers desnoods eerst kort met de buurman/buurvrouw praten, daarna plenair delen.

3. Wat zou u willen veranderen? (15 minuten)

- Werkvorm: prioriteren
- Vraag: “Als u één ding zou mogen veranderen om gezonder te leven, wat zou dat zijn?”
- Laat deelnemers ideeën noemen

4. Wat heeft u daarvoor nodig? (15 minuten)

- Werkvorm: samen oplossingen bedenken
- Vraag: Wat zou u helpen?
- Doorvragen:
 - Wie kan helpen?
 - Wat kunt u zelf doen?
 - Wat kan het buurthuis doen?
 - Wat maakt het moeilijk om dit te doen?
 - Wat zou het makkelijker maken?
- Schrijf ideeën op.

5. Wat kan de buurt doen? (8 minuten)

- Vraag: Wat in de buurt helpt u om gezond te blijven?
- Doorvragen: Wat mist u in de buurt?
Denk aan voorbeelden, zoals:
 - plek om te wandelen
 - activiteiten
 - ontmoetingsplek
 - betaalbaar gezond eten
 - veilige straten
- Laat deelnemers 1 wens voor de buurt noemen.

6. Afronding (2 minuten)

- Vraag: “Wat vond u belangrijk om vandaag te zeggen?” “Hoe heeft u het gesprek ervaren?”
- Bedank deelnemers.
- Vertel wat er met de ideeën gebeurt, bijvoorbeeld: delen en bespreken met buurthuis en de gemeente. Geef aan wanneer en hoe je terugkoppelt wat er met de informatie is gebeurd.

Tips voor begeleiding

- Stel één vraag tegelijk en geef mensen tijd om te denken
- Gebruik eenvoudige taal
- Laat mensen elkaar aanvullen
- Neem wat lekkers mee en een attentie voor de medewerker die het gesprek mogelijk heeft gemaakt.

Dit rapport is uitgegeven door Pharos in het kader van het thema Kansengelijkheid uit Actielijn 4 van het IZA regioplan: 'Kansengelijkheid, Leefstijl en Gezonde Leefomgeving'.

Publicatie: April 2026

Irene Lottman
Noortje van Langen
La Toya Bel

Voor meer informatie, neem contact op met:
Irene Lottman, i.lottman@pharos.nl

Samen voor gelijke kansen op gezondheid
