Rapport

Leven met medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH)

hoofd pijnnet

NieuwZorgen

storyconnect

01-05-2026 / Versie 0.9

Voorwoord

Als hoofdpijnpatiënt weet je als geen ander hoe moeilijk het kan zijn om je medicatiegebruik in balans te houden. Om daar meer inzicht in te krijgen, verzamelde Hoofdpijnnet verhalen van mensen over hun medicatie(over)gebruik bij hoofdpijn. We hadden veel vragen: hoe ontwikkelt het medicatiegebruik zich? Wat kunnen hoofdpijnpatiënten bij overgebruik zelf doen om medicatie te verminderen of geheel af te bouwen? En hoe wordt dat proces ervaren? Welke aanpassingen doen mensen om in hun dagelijks leven om te kunnen gaan met de pijn?

We hebben gekozen voor een participatief narratief onderzoek. *Participatief* wil zeggen: samen met de hoofdpijnpatiënten, *narratief* wijst op de verhalen die zij delen en het onderzoek richt zich op het begrijpen van het vraagstuk *vanuit de vertellers*. Zo ontsluiten we ervaringskennis van de patiënten en geven hen een stem.

Gaandeweg ontdekten we dat oplossingen niet alleen bij de patiënt zelf liggen, maar zeker ook bij de wijze waarop de hoofdpijnzorg in ons land is ingericht. De opgedane inzichten en patiëntenkennis zullen wij gebruiken voor voorlichting, lotgenotencontact en om samen met zorgverleners stappen te zetten richting verantwoord medicijngebruik. We gaan hiervoor graag de samenwerking aan met de huisartsen, apothekers en neurologen.

We danken iedereen die bereid was zijn of haar verhaal te delen. Tevens wil ik onze partner Story Connect bedanken voor de prettige samenwerking en het geduld waarmee ze ons de methodiek van narratief onderzoek hebben eigen gemaakt. Het leverde een hoeveelheid aan informatie waar we komende jaren nog zeker veel profijt van zullen hebben.

Nelleke Cools, directeur Hoofdpijnnet

Inhoud

Samenvatting 2

Resultaten Duidingssessie 4

Sleutelverhalen 8

Kwantitatieve informatie 10

01

Samenvatting

storyconnect

Samenvatting

Het participatief narratief onderzoek “Leven met medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH)” is een initiatief van patiëntenvereniging Hoofdpijnnet in samenwerking met StoryConnect en NieuwZorgen, gefinancierd door de Coalitie Leefstijl in de Zorg. Dit rapport beschrijft de resultaten en de bevindingen.

Achtergrond

MOH is hoofdpijn die ontstaat door overgebruik van medicatie. Doordat de werkzaamheid van, bijvoorbeeld, migrainemedicatie afneemt en de migraineaanvallen toenemen, belanden patiënten in een vicieuze cirkel: ze blijven pijnmedicatie slikken, die de MOH weer stimuleert. De behandeling van MOH omvat het volledig stoppen met de pijnmedicatie. Dat wordt omschreven als een ‘helse weg’.

Doel

Het doel van dit initiatief is om via de verhalen van de hoofdpijnpatiënten beter inzicht te krijgen in:

> Hoe MOH **ontstaat**;
> Hoe het **stoppen** met pijnmedicatie wordt ervaren; en
> Hoe **leefstijlaanpassingen** helpen om MOH te voorkomen of klachten te minderen.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek is gebaseerd op de ervaringen van de deelnemende hoofdpijnpatiënten met MOH en met hun experimenten met leefstijlaanpassingen. De focus is vooral op hun praktijken (wat ze echt doen) en de impact die dat had op hun leven. De beoordeling of een interventie werkt of niet heeft minder aandacht.

In de periode van medio november 2025 tot eind december 2025 zijn er 159 verhalen gedeeld via het online Vertelpunt dat door StoryConnect en NieuwZorgen is ontwikkeld voor dit initiatief. Vertellers konden verhalen delen als antwoord op drie verschillende ‘uitlokkingsvragen’:

> Op welk moment ontdekte je dat je mogelijk te veel pijnmedicatie was gaan gebruiken?
> Wat deed het verminderen of geheel afbouwen van pijnmedicatie met je?
> Heb je iets veranderd in je dagelijks leven om minder pijnmedicatie te gaan gebruiken en wat was het effect daarvan?

Aanvullend beantwoordden de vertellers in het online Vertelpunt duidingsvragen over hun verhaal en vragen over hun situatie.

De gedeelde narratieve informatie is gevisualiseerd in een interactief dashboard. Deze kwantitatieve informatie is weergeven in **Hoofdstuk 4**.

De verhalen zijn door mensen met hoofdpijn en professionals onderzocht tijdens een duidingswerksessie op 13 februari 2026. **Hoofdstuk 2** beschrijft het verloop van de werksessie en de resulterende inzichten.

Overkoepelende inzichten

Een terugkerend geluid is de behoefte van hoofdpijn-patiënten aan goede begeleiding vanuit de zorg. Zo wisten veel van hen van tevoren niet van het risico op MOH. Ook bestaat er vaak onduidelijkheid over de juiste hoeveelheid medicijnen, hoe zij ervoor kunnen zorgen dat ze niet te veel nemen en of er nog andere manieren zijn om pijn te verminderen.

Een veelvoorkomende en behulpzame stap in het voorkomen van MOH is het bijhouden van de exacte medicatie-inname. Patiënten krijgen daardoor een duidelijk beeld van hoeveel medicijnen ze nemen en kiezen daardoor bewuster wanneer dat wel of niet kan.

Veel van de vertellers waren gebaat bij het inbouwen van rust en aanpassingen in werk. Door zoveel mogelijk stressfactoren te elimineren, ervaren zij minder druk en nemen de hoofdpijnklachten vaak af. Voor sommige hoofdpijnpatiënten is het experimenteren met voeding, beweging en meditatie ook behulpzaam.

02

Resultaten Duidingssessie

storyconnect

Resultaten Duidingssessie

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van het verloop en de bevindingen van de duidingswerksessie op 13 februari 2026.

Verloop van de duidingssessie

Aan de werksessie namen negen personen deel: vier hoofdpijn- en migrainepatiënten (waaronder een bestuurder van Hoofdpijnnet en iemand van het Adviespunt Leven met hoofdpijn), twee neurologen, een fysiotherapeut, een verpleegkundig specialist en de directeur van Hoofdpijnnet. Facilitators van StoryConnect en NieuwZorgen begeleidden de sessie.

De deelnemers onderzochten in twee subgroepen met een vergelijkbare samenstelling 45 voorgeselecteerde verhalen (15 per uitlokkingsvraag).

Tijdens de gezamenlijke bespreking van de bevindingen, viel het op dat professionals en patiënten de toon van dezelfde verhalen heel verschillend kunnen interpreteren. Juist het herkennen en erkennen van de verschillende perspectieven zorgde ervoor dat deelnemers zich beter in elkaar konden verplaatsen. Alle deelnemers waren zonder uitzondering enthousiast over de sessie en onderschreven de waarde van het werken met patiëntverhalen.

De beide groepen doorliepen parallel aan elkaar hetzelfde proces. Deelnemers lazen de verhalen en noteerden hun observaties op post-it notes, waarbij elke uitlokkingsvraag een eigen kleur kreeg. Daarna werden de post-its geclusterd en van een titel voorzien.

Patiëntenperspectieven

Uit de verhalen en de duidingssessie kwamen drie patiëntenperspectieven naar voren:

> het **ontstaan** van MOH
> **detoxen** bij MOH
> **leefstijlaanpassingen** bij MOH

Deze zijn hierna verder uitgewerkt.

Het ontstaan van MOH

Het valt op dat informatievoorziening over het risico op MOH sterk varieert. Waar de ene patiënt voorafgaand aan het gebruik van pijnmedicatie goed is voorgelicht, wordt de ander pas bij de diagnose door deze mogelijkheid overvallen.

Wanneer hoofdpijnpatiënten wél op de hoogte zijn van de risico's op MOH, roept overgebruik vaak schaamte en schuldgevoelens op. Sommige vertellers beschrijven een gebrek aan keuzevrijheid: de pijn tijdens een aanval is soms zo onverdraaglijk dat het te moeilijk is om niks in te nemen, ondanks kennis van het risico op MOH bij overschrijding van de richtlijnen.

Veel vertellers vinden het lastig om te beslissen wanneer zij wel of geen medicatie zullen innemen. Hierbij spelen twee factoren een hoofdrol. Enerzijds willen hoofdpijnpatiënten graag binnen de grenzen van 'verantwoord gebruik' blijven: 'Neem ik nu een triptaan, of bewaar ik die voor later deze week?' Anderzijds moeten zij ook rekening houden met sociale en professionele verplichtingen of wensen: 'Ik wil de bruiloft van mijn dochter niet missen' of 'Ik kan deze werkbijeenkomst echt niet overslaan.'

Hoewel hoofdpijnpatiënten vaak het advies krijgen niet te lang te wachten met het innemen van medicatie, kiezen ervaren patiënten er soms bewust voor de pijn eerst even aan te kijken. De onzekerheid over het wel of niet innemen van pijnmedicatie wordt versterkt door tegenstrijdige adviezen van verschillende artsen over wat 'acceptabel gebruik' precies inhoudt. Dit leidt bij patiënten tot boosheid en verwarring.

Detoxen bij MOH

De verhalen schetsen een duidelijk beeld van hoe intens en zwaar een afkickperiode voor (mogelijke) MOH-patiënten kan zijn. Veel mensen ervaren het detoxen als een hel en zijn er ook bang voor. Toch heeft ieder een unieke ervaring: een paar mensen lopen betrekkelijk soepel door het traject en zijn daarna in staat tot beheerst medicatiegebruik. Andere patiënten moeten meerdere keren detoxen, soms zonder resultaat. Veel vertellers ervoeren tijdens de detox geen of te weinig professionele begeleiding, terwijl adequate hulp door velen als noodzakelijk wordt beschreven. Dit gebrek aan ondersteuning wordt ervaren als een groot gemis. Verder bestaat er onduidelijkheid over de precieze reden voor een detox. Wordt het ingezet om de 'echte' onderliggende diagnose te kunnen stellen, of is het puur een noodzakelijke stap om terug te keren naar normaal medicatiegebruik?

Communicatie van artsen over de behandeling speelt ook mee in de ervaring van de patiënt. Het geforceerd worden om te stoppen met pijnmedicatie wordt bijvoorbeeld door de ene patiënt als positief gezien ('Het hielp me weer te functioneren') en door de andere patiënt als dwang ('Als u niet stopt, kunnen we niets voor u doen.')

Het is voor de hoofdpijnpatiënten belangrijk om gezien en gehoord te worden in hun angst voor de detox, hun MOH en hun hoofdpijnklachten.

Leefstijlaanpassingen bij MOH

Mensen met hoofdpijnklachten hebben vaak zoveel ballen in de lucht dat het idee van nóg iets moeten te veel is. Tegelijkertijd doet bijna iedereen aanpassingen in zijn leven, of het nou als 'leefstijlaanpassing' wordt gezien of niet. Een voorbeeld hiervan is het minderen of stoppen met werken: de ene groep deelnemers zag dit als een ziektegevolg, de andere als een actieve leeftijdsaanpassing.

De meest genoemde leefstijlaanpassing om MOH te (proberen te) voorkomen en medicatiegebruik te verminderen is het nauwgezet bijhouden van het medicatiegebruik, eventueel aangevuld met een hoofdpijndagboek. Voor veel vertellers was het niet duidelijk wat zij nog meer konden doen om hun proces te helpen.

Een belangrijke factor in het bewust aan de slag gaan met leefstijlaanpassingen is de houding die vertellers hebben tegenover hun aandoening en het zijn van een hoofdpijnpatiënt. Het besef dat een chronische aandoening niet overgaat, maar dat men wel invloed kan uitoefenen op het verloop, opent de deur naar nieuwe mogelijkheden.

Leefstijlaanpassingen

Hieronder zijn de verschillende leefstijlaanpassingen die hoofdpijnpatiënten toepassen beschreven. Het is belangrijk om te benoemen dat er naast de succesverhalen ook verschillende vertellers zijn die veel aanpassingen hebben uitgeprobeerd, maar nog steeds afhankelijk zijn van medicatie om met hun pijn te kunnen leven.

Monitoring en bewuste medicatieplanning

Veel vertellers proberen grip te krijgen op hun medicatiegebruik door actieve registratie en planning van

hun inname. Zo houden patiënten bijvoorbeeld een hoofdpijndagboek bij om inzicht te krijgen in de patronen en triggers van de hoofdpijn en de hoeveelheid medicatiegebruik. Ook 'managen' patiënten hun medicatiedagen door pillen te bewaren voor belangrijke gebeurtenissen (zoals werk en sociale uitjes) en de pijn op andere dagen uit te zitten. Sommigen leggen medicatie buiten direct bereik (bijvoorbeeld niet meer in het nachtkastje) om impulsief gebruik te voorkomen. De afweging om wel of geen medicatie te nemen, kan soms leiden tot het uitstellen van inname, waardoor bepaalde medicatie minder effectief is.

Bewustwording over de hoeveelheid medicatie die patiënten nemen is voor een deel van de vertellers zeer behulpzaam bij het minderen van medicatiegebruik. Tegelijkertijd ervaren sommigen de verantwoordelijkheid om zelf te bepalen of ze wel of geen medicatie mogen nemen als stressvol.

Minder werk en meer rust

Voor veel hoofdpijnpatiënten is het noodzakelijk om aanpassingen te maken in hun dag- en weekindeling om de druk te verminderen. Zo zijn verschillende vertellers gestopt met werken, hebben hun uren verminderd of zijn overgestapt naar een minder stressvolle baan met regelmatige tijden. Dat geeft hun ruimte om meer rust te nemen om hun hoofdpijn en medicatiegebruik te managen.

Meerdere hoofdpijnpatiënten ervaren dat het hen helpt om niet te veel in te plannen op één dag. Sommigen creëren ook structurele rustmomenten om de klachten te verminderen. Bijvoorbeeld door regelmatig even te gaan liggen of een prikkelarme ruimte op te zoeken, ook op werk. Anderen kiezen bewust voor een vrije dag op woensdag, zodat zij een 'breek in de week' hebben, waardoor ze het werk beter aankunnen. Rondom belangrijke, onverzetbare afspraken creëren sommige patiënten extra tijd en ruimte voor rust.

Patiënten benadrukken het belang van zelfzorg en proberen daar ook prioriteit aan te geven. Velen hadden in periodes van drukte, stress en overspanning veel last van hun hoofdpijn en geen tijd of ruimte om te letten op hun medicatie-inname.

Acceptatie, mindfulness en coaching

Voor verschillende vertellers maakte het accepteren van hun situatie een groot verschil. Veel patiënten voelen zich lang schuldig over hun medicatiegebruik. Wanneer het besef indaalt dat zij niks kunnen doen aan het wel of niet hebben van een chronische ziekte, worden ze minder hard voor zichzelf en kunnen positiever kijken naar wat er wél mogelijk is.

Een aantal vertellers gebruikt mindfulnesstechnieken zoals meditatie en ademhalingsoefeningen om minder aanvallen te krijgen of beter met de aanvallen om te kunnen gaan. Coaching trajecten gericht op de 'mind-body connectie' worden door verschillende vertellers als zeer succesvol ervaren.

Voeding en alternatieve middelen

Gezond en regelmatig eten om de levenskwaliteit te verbeteren is een wederkerend thema in de verhalen.

Veel van de vertellers schrappen bepaalde uitlokkers van hoofdpijn zoals suiker uit hun dieet. In het bijzonder worden het stoppen met alcohol, koffie en/of cafeïne- en suikerhoudende frisdranken vaak genoemd. Dat leidt bij sommigen tot minder onvoorspelbare hoofpijnpieken.

Een aantal hoofdpijnpatiënten volgen een specifiek dieet, bijvoorbeeld een koolhydraatarm dieet. Een intensieve vorm hiervan is het vetrijke ketogeen dieet dat bij een paar vertellers tot verbeteringen leidt. Vanwege de gezondheidsrisico's moet het nauwgezet en onder goede begeleiding worden gevolgd. Maar voor henmaakt dat niet uit: 'liever een lastig dieet dan migraine.'

Een paar vertellers gebruikt THC- en/of CBD- olie bij pijnaanvallen, wat vaak tot verlichting van de pijn leidt. Een enkele verteller heeft door het slikken van magnesium langdurig bijna geen migraineaanvallen meer.

Beweging en fysieke therapie

Verschillende hoofdpijnpatiënten vertellen actief bezig te zijn met hun welzijn door middel van sporten zoals wandelen, zwemmen en krachttraining. Ook hebben veel patiënten positieve ervaringen met begeleiding van een manuele of fysiotherapeut.

03

Sleutelverhalen

storyconnect

Sleutelverhalen

Dit hoofdstuk presenteert een aantal verhalen die een goed beeld geven van de verschillende thema's uit dit onderzoek: de zogenoemde sleutelverhalen.

Medicijngebruik en een balans vinden

Ik heb jarenlang veel stress gehad over de vraag: neem ik nou een triptan of niet. Hoeveel heb ik er deze maand al genomen? En hoeveel verwacht ik er nog nodig te hebben? Als ik er nu een neem, moet ik dan morgen de migraine gaan uitzitten? Vaak nam ik dan toch een trip.

Ik heb vanaf mijn puberteit migraine, mijn moeder ook. Nu inmiddels 68 jaar. Ongeveer 20 jaar geleden las ik dat ik niet meer dan 10 sumatriptan kon slikken. Nooit aangehouden. Ik werkte 5 dagen, voedde 3 kinderen alleen op en had een vader die 101 is geworden (ook nog mantelzorger geweest). Kon me geen migraine veroorloven. Soms slik ik er 15 tot 20 in de maand, soms maar 6. Doordat ik meer slik, heb ik misschien ook meer migraine, maar hoe komt het dan dat ik soms maar 6 dagen per maand migraine heb? Ik heb er mee leren leven.

Maar ik ben nu de hele tijd bezig om niet te veel te nemen. Dit is wel een dilemma, want ik ben bang dat ik te laat een triptaan inneem, dan ben ik te laat en dan is de pijn niet te doen. Maar ik stel het nu toch vaker wel iets uit, om te kijken of het haalbaar is zonder de medicatie. Soms pakt dat goed uit en dat scheelt dan een keer dat ik dus niets inneem. Die dag moet ik dan wel mijn planning aanpassen, ik ga dan vaak slapen een paar uur. Ik ben ook minder gaan werken.

Het besef van overgebruik en de mentale gevolgen

Ik denk dat bij zorgverleners niet altijd duidelijk is wat het betekent voor een patiënt als er wordt gezegd: je moet afkicken. En hoeveel schaamte erbij kan komen kijken. Ik vond het moeilijk en stom van mezelf dat het mij kennelijk zelf niet lukte om mijn situatie te veranderen. Ik schaamde me dat ik het zover had laten komen dat ik 'verslaafd' was.

Begeleiding vanuit de zorg bij een detox of minderen

Het feit dat je losgelaten wordt en het zelf maar moet uitzoeken vind ik erg kwalijk. Iemand met zoveel pijn moet goede begeleiding krijgen en er moet meer nagedacht worden over andere opties om het dragelijker te maken of om te kijken naar andere behandelopties

Gebrek aan eenduidige regels zorgen voor onduidelijkheid en verwarring bij de patiënt

Ik tobde al een tijd met migraine, ben meerdere keren bij de huisarts geweest. Daar specifiek gevraagd: 'Kan het kwaad dat ik zo regelmatig triptanen gebruik?' 'Nee,' was het antwoord.

Ik mocht het gewoon gebruiken zoveel ik wilde. Wat ben ik daarna boos geweest, toen ik hoorde dat het wel kwaad kon! Overigens moest ik bij deze huisarts ook ontzettend aandringen op een verwijzing naar de hoofdpijnpoli, daar konden ze toch niks meer doen dan dat hij al deed?

Later helaas toch nog een keer MOH ontwikkeld. Nadat ik doorverwezen was naar een andere hoofdpijnpoli, ----. Daar hadden ze strengere criteria voor triptanen gebruik. Ik moest weer afkicken. Daarna had ik nog maar 2 aanvallen per maand, waarbij ik 2 dagen per aanval triptanen gebruikte. Nu heb ik een neuroloog die toch weer wat losser is.
Erg verwarrend.

04

Kwantitatieve informatie

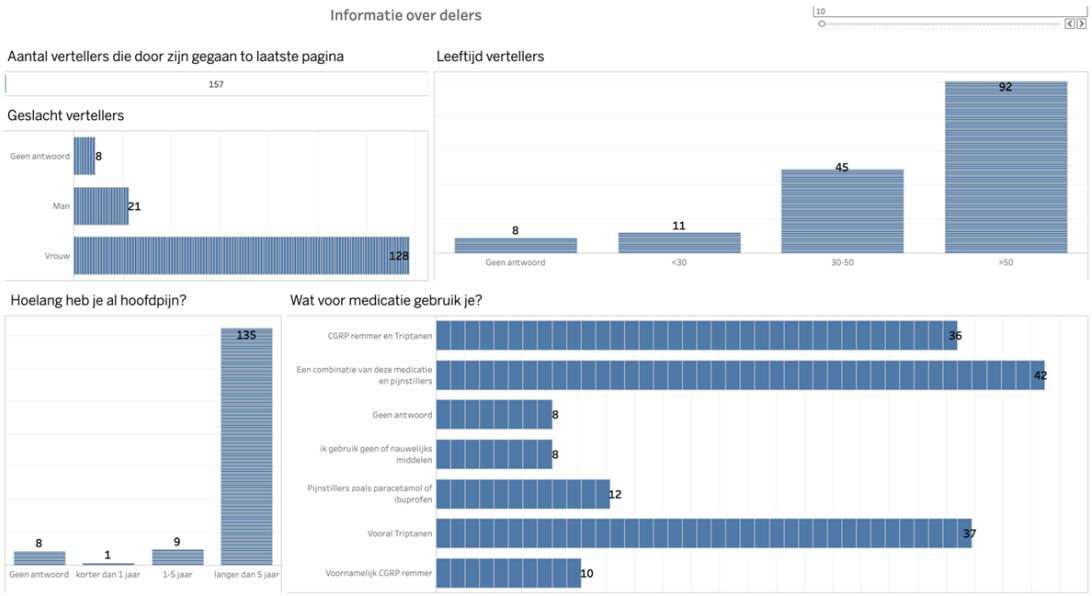
storyconnect

Kwantitatieve informatie

Dit hoofdstuk biedt een systematisch overzicht van de 159 verhalen die voor dit onderzoek zijn verzameld via het MOH Vertelpunt. De verhalen zijn door de vertellers zelf voorzien van duidingsinformatie. De grafieken van de duidingsinformatie illustreren de kwantitatieve patronen achter de narratieven.

Vertellers (Figuur A) - De vertellers zijn overwegend vrouw, ouder dan 50, heeft meer dan 5 jaar hoofdpijn en gebruikt de zwaardere middelen.

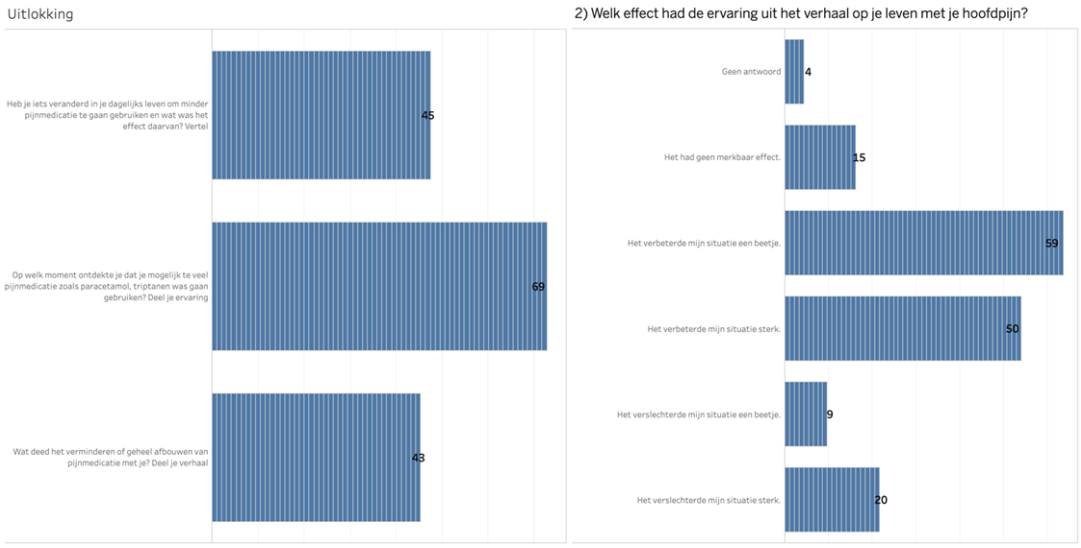
Er zijn echter ook verhalen van mannen, van mensen onder de 50 en van mensen die gewone pijnstillers, zoals paracetamol gebruiken.



Figuur A: Informatie over de delers van de verhalen

Uitlokkingsvragen en effect (Figuur B) - Over alle drie de uitlokkingsvragen zijn 43 tot 69 verhalen gedeeld.

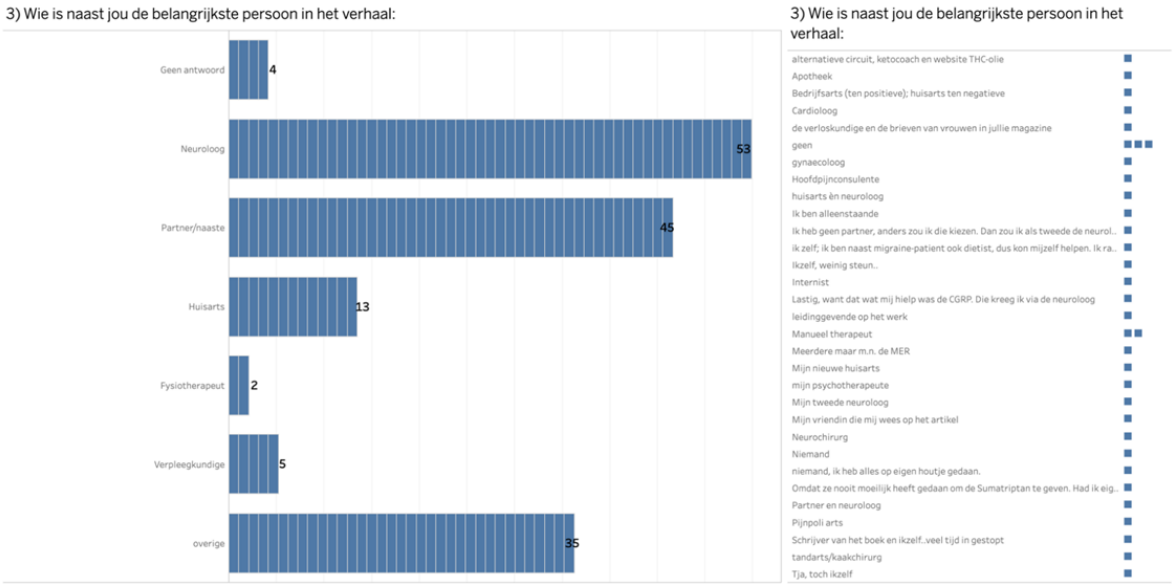
Opvallend genoeg is het aantal verhalen met een **positief ervaren effect** veel groter dan met negatieve effecten.



Figuur B: Informatie over de gekozen uitlokkingvragen en het ervaren effect van het verhaal

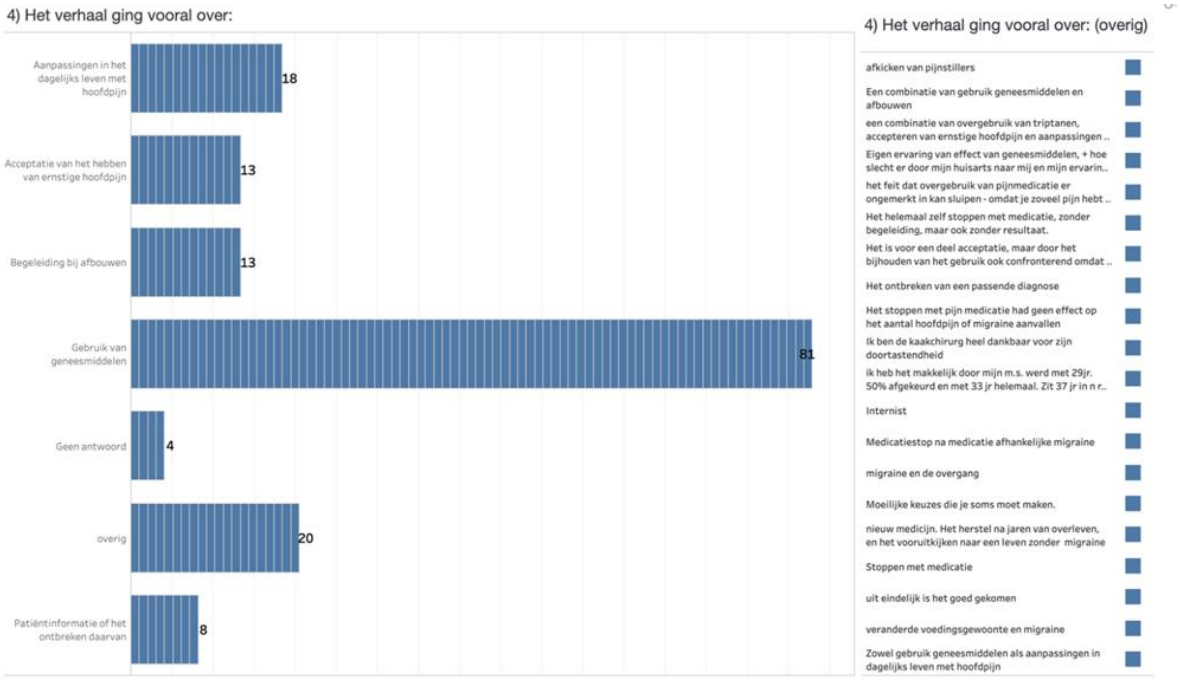
Belangrijkste personen (Figuur C) - Niet alleen de primaire zorgverlener speelt een belangrijke rol in de verhalen.

Met name de directe naaste is belangrijk voor hoofdpijnpatiënten.



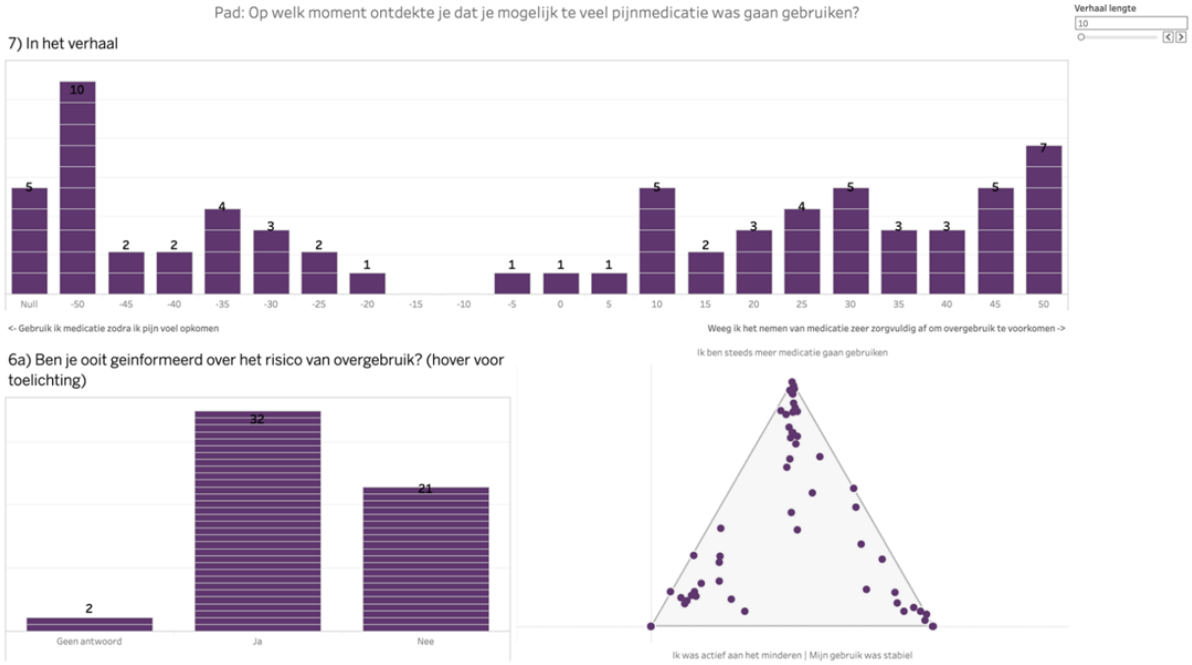
Figuur C: De belangrijkste persoon in het verhaal

Belangrijkste thema (Figuur D) - De meeste verhalen gingen over het medicatiegebruik van de verteller.



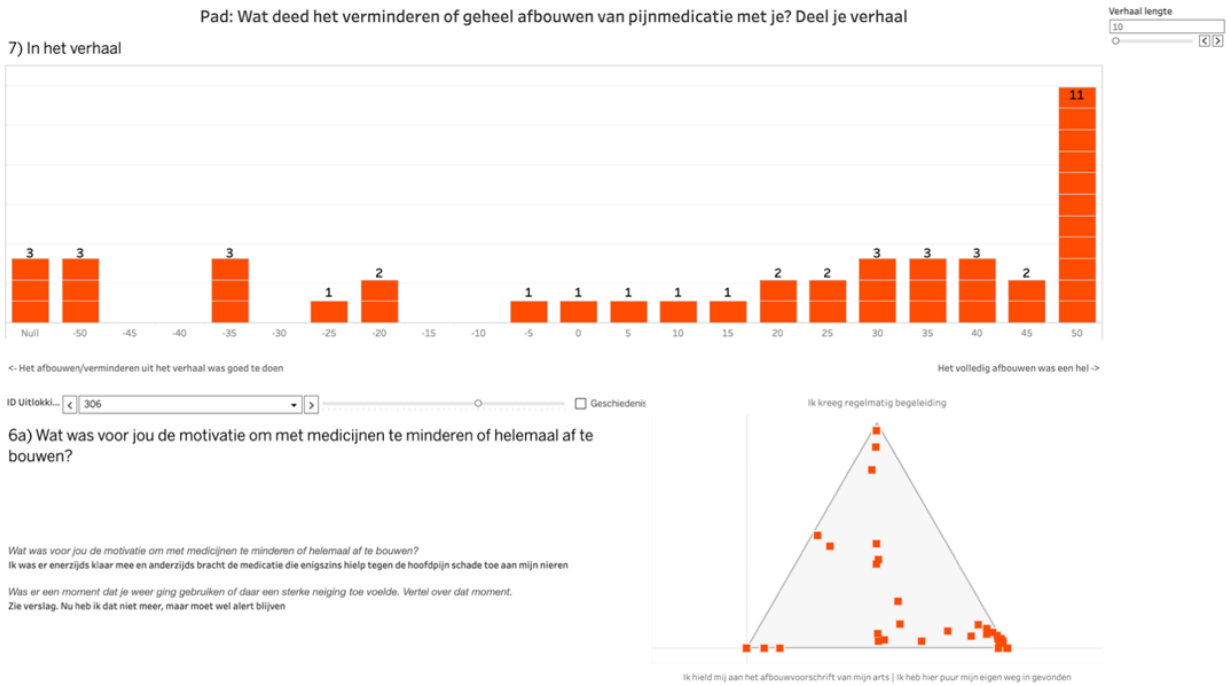
Figuur D: Onderwerpen van de verhalen

Medicatiegebruik (Figuur E) - Bij de verhalen over medicatiegebruik valt op dat de vertellers het medicatiegebruik verschillend aanpakken. Sommigen nemen meteen pijnstilling wanneer ze de pijn voelen opkomen, terwijl anderen langer wachten. De verdeling van de fase waarin hoofdpijnpatiënten zaten tijdens het verhaal is gelijkmatig verdeeld: van steeds meer slikken tot actief minderen tot stabiel gebruiken. Ook bevestigen deze zelf-ingevoerde duidingsdata dat een groot deel van de vertellers vooraf niet waren gewaarschuwd over het risico van medicatiegebruik.



Figuur E: Duidingsdata bij uitlokkingsvraag over medicatiegebruik

Detoxen (Figuur F) - Bij de uitlokkingsvraag over detoxen wordt duidelijk dat de ervaring 'het afbouwen was een hel' breed gedeeld wordt. Ook moesten de meeste hoofdpijnpatiënten het vooral zelf uitzoeken en was er bij weinig mensen sprake van regelmatige begeleiding of het heel strikt houden aan een afbouwvoorschrift van een arts.



Figuur F: Duidingsdata bij de verhalen over het afbouwen van de pijnmedicatie

Leefstijlaanpassingen (Figuur G) - Bij de verhalen over de uitlokkingsvraag over leefstijlaanpassingen valt op dat patiënten ook hier vooral zelf aan het zoeken zijn. Er is een kleine piek bij mensen die aanvullend op de medicatie leefstijlaanpassingen inzetten. De piek helemaal rechts laat zien dat veel mensen het gevoel hebben niet toe te komen aan leefstijlaanpassingen.

Figuur G: Duidingsdata bij de uitlokkingsvraag over leefstijlaanpassingen

Colofon

Dit onderzoek is gefinancierd door de Coalitie Leefstijl in de Zorg, een coalitie van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en kennisinstellingen die zich inzet voor een bredere inbedding van leefstijlinterventies in de reguliere zorg. De coalitie stelt zich ten doel om bewijs te verzamelen, partijen te verbinden en de voorwaarden te scheppen waaronder leefstijl als volwaardig onderdeel van behandeling en preventie een plek krijgt.

Onderzoekers
Arno Terra, veranderkundige en narratief onderzoeker, NieuwZorgen
Gusta Timmerman, coördinator patiëntenparticipatie Hoofdpijnnet, Marco Koning StoryConnect

Co-auteur
Lisa Belt, redacteur en journalist, StoryConnect

Datum: 1 mei 2026
© StoryConnect

Als patiëntenvereniging biedt Hoofdpijnnet mensen met hoofdpijn en hun omgeving een veilige plek voor steun en begrip. We helpen hen in de zoektocht naar herkenning, betrouwbare informatie en passende oplossingen. We verbinden mensen die hetzelfde meemaken en werken samen aan betere zorg, erkenning en kwaliteit van leven. Zo zijn we een sterke stem richting zorg en samenleving.

https://hoofdpijnnet.nl/

De Coalitie Leefstijl in de Zorg is een coalitie van organisaties in de zorg, patiënten, onderwijs, wetenschap en beleid. Samen werken zij aan leefstijl integraal onderdeel maken van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte. Door het doen van onderzoek, het inventariseren van kansen en knelpunten op het gebied van financiering, richtlijnen, onderwijs en het ontwikkelen van (patiënten)voorlichting werken wij samen met zowel zorgprofessionals als patiënten toe naar implementatie van leefstijl in de gezondheidzorg.
https://leefstijlcoalitie.nl/

Verhalen maken zichtbaar wat cijfers missen.
Bij StoryConnect geloven we dat de meest waardevolle inzichten al aanwezig zijn: in de verhalen van mensen. Door vanuit verschillende perspectieven te luisteren en te duiden, maken we zichtbaar wat er écht leeft. Samen zetten we deze inzichten om in gerichte verbeteringen die merkbaar verschil maken en zorgen we dat ze duurzaam worden geborgd in een systemische aanpak.
https://storyconnect.nl/

NieuwZorgen brengt veranderkunde, zorgethiek en het werken met verhalen bij elkaar.

Transformeren van zorg begint met zicht op hoe het echt gaat. Dat vraagt om tellende informatie over geld en productie. Dat vraagt om verhalende informatie over wat zorg doet. Deze informatie is de input in samenwerkings-, transformatie- en verantwoordingsdialogen.

Zo kan er samengewerkt worden aan de zorg van morgen.

https://nieuwzorgen.nl

storyconnect