

OP ZOEK NAAR DE RANDVOORWAARDEN VOOR SUCCESVOLLE PREVENTIE IN DE REGIO



OP ZOEK NAAR DE RANDVOORWAARDEN VOOR SUCCESVOLLE PREVENTIE IN DE REGIO

Deel 1: zes blokkades die preventie in de weg staan

De afgelopen jaren wordt steeds vaker gesproken over preventie en gezondheidsbevordering. De termen preventie en gezondheidsbevordering zijn als twee kanten van dezelfde medaille, want het stimuleren van gezondheid (bevordering) voorkomt ziekte (preventie). De coronacrisis maakt dit nog maar eens pijnlijk zichtbaar, gezien de relatie tussen een ongezonde leefstijl en het ziektebeeld bij coronabesmetting.¹ Daar komt bij dat de zorg tijdens de coronacrisis overvraagd wordt, waardoor we eens te meer gedwongen worden om na te denken hoe we ons zorgstelsel duurzaam beschikbaar en betaalbaar kunnen maken. Het preventiedebat geeft dan ook een nieuw perspectief op het zorgdomein, dat traditioneel meer is ingericht op *ziektezorg* dan op *gezondheidszorg*.

De vraag is hoe we kunnen komen tot een nieuwe werkwijze waarmee we het doel (betere gezondheid en minder zorggebruik) bereiken op de meest effectieve wijze. De rijksoverheid zet in op een regionale en lokale aanpak.² Toch blijkt het in de praktijk moeilijk om tot aantoonbaar effectieve en duurzaam gefinancierde lokale of regionale preventieprogramma's te komen. Dit artikel is het eerste deel van een tweeluik over succesvolle preventieprogramma's. In dit eerste deel staan we stil bij de belangrijkste blokkades: waarom is het zo moeilijk om tot preventieprogramma's te komen die op grote schaal het gewenste effect sorteren? In deel twee gaan we in op de vraag wat de randvoorwaarden zijn om preventieprogramma's wel tot een succes te maken.

¹ SCP (2021), Een jaar met corona. Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona

² Paul Blokhuis (7 juli 2021), Kamerbrief bouwstenen voor fundament onder toekomstig preventiebeleid

Paper gebaseerd op gesprekken met negen experts en ervaringsdeskundigen.

We vroegen onze gesprekspartners wat volgens hen de belangrijkste blokkades zijn om lokale en regionale preventie-initiatieven tot een duurzaam succes te maken. We spraken met:

- **Prof. dr. Cornelis Boersma:** bijzonder hoogleraar Duurzame Zorg en Innovatie aan de Open Universiteit
- **Sabrina Eijk:** Senior Health Advisor Gemeente Nieuwegein
- **Dr. Eric van der Hijden:** Strategisch Beleidsadviseur Zilveren Kruis, Projectleider "Samen kiezen voor gepaste zorg" Vrije Universiteit van Amsterdam
- **Dr. Miriam de Kleijn:** Onderzoekscoördinator Institute for Positive Health (IPH) en Adviseur Trimbos-instituut
- **Saskia Kloet:** Programmamanager VeiligheidNL, o.a. gericht op valpreventie bij ouderen
- **Annegien Langedijk-Wilms:** Adviseur en projectleider bij Pharos
- **Fimke Wiersma:** Bestuurder bij Elaa, een regionale ondersteuningsstructuur (ROS)
- **Anja Zantinge en Roselien Elema:** Coördinator preventie & Programmaleider preventie in het zorgstelsel bij Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Gezondheid en aandoeningen gerelateerd aan leefstijl zijn ongelijk verdeeld in Nederland

In Nederland wordt 20% van de ziektelast veroorzaakt door ongezond gedrag als roken, ongezonde voeding, te weinig bewegen en alcoholgebruik.³ Daarbij treden grote verschillen op tussen bevolkingsgroepen. Mensen met een lage sociaal economische status (SES) die moeite hebben met rondkomen hebben een slechtere gezondheid dan mensen met een hogere SES.⁴ Laagopgeleide Nederlanders:⁵

- Leven ruim 6 jaar korter en leven bijna 15 jaar minder in goede gezondheid dan hoogopgeleide Nederlanders;
- Hebben 6 keer zo vaak diabetes, 2-3 keer zo vaak COPD en ruim 2,5 keer zo vaak obesitas;
- Hebben ruim 2 keer zo vaak last van chronische stress, angst of depressie

³ VWS (2020), Discussienota Zorg voor de Toekomst

⁴ World Health Organization (2013), Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.

⁵ CBS, [Gezonde levensverwachting](#)

De houdbaarheid van toegankelijke en goede zorg staat onder druk

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) concludeerde deze zomer wat al langer wordt geroepen: de houdbaarheid van goede, toegankelijke zorg staat onder druk omdat we steeds meer en duurdere zorg gebruiken.⁶ De aanhoudende groei van zorg is het gevolg van vergrijzing, een toename in het aantal chronisch zieken en leefstijlfactoren zoals overgewicht.

Op dit moment betaalt elke volwassen Nederlander jaarlijks gemiddeld 6.161 euro aan zorg, gelijk aan 25% van het inkomen voor een gemiddeld huishouden.⁷ In 2020 is 116 miljard euro uitgegeven aan zorg en welzijn, of 14,5% van het bruto binnenlands product (bbp).⁸ Als er niks verandert zullen de kosten tot 2060 zelfs verdrievoudigen; we geven dan collectief ca. 20% van het bbp uit aan zorg.⁹ Op individueel niveau betekent dit dat we onze welvaartsgroei moeten uitgeven aan hogere premies, belastingen of eigen betalingen. En op collectief niveau verdringen stijgende zorguitgaven de bestedingsruimte voor andere beleidsdoelen zoals klimaat, onderwijs en veiligheid.

Ook de gevolgen voor de arbeidsmarkt zijn immens. Eén op de zeven werknemers in Nederland is momenteel werkzaam in de zorg en het is nu al bijzonder moeilijk om alle vacatures op te vullen. Als de zorggroei aanhoudt zal over 40 jaar één op de drie werknemers in de zorg actief moeten zijn. De competitie die dit teweeg brengt met andere (publieke) sectoren zal weer tot tekorten leiden in die sectoren, waardoor de competitiviteit van onze economie onder druk komt te staan.

⁶ WRR (2021), Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak

⁷ Volkskrant (25 oktober 2021), 'De rem moet op de zorg, maar wie vertelt het aan de kiezers?'

⁸ CBS (2021), Zorguitgaven, inclusief steunmaatregelen, stegen in 2020 met 8,3%

⁹ RIVM (2021), Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Deel 1: toekomstprojecties

De vraag: waarom komt succesvolle preventie zo moeizaam tot stand?

Staatssecretaris Paul Blokhuis (VWS) schreef deze zomer in zijn brief aan de Tweede Kamer dat goede gezondheid de druk op sociale zekerheid en zorg vermindert.¹⁰ Hij constateert dat de tijd rijp is om de beweging naar meer gezondheid en preventie in Nederland verder te brengen. We moeten ons daarbij niet op één piek blindstaren, vindt hoogleraar duurzame zorg en innovatie Cornelis Boersma: “We moeten niet alleen reactief bezig zijn met het zo laag mogelijk maken van de piek in zorg door de vergrijzing, we moeten ook verder vooruit kijken. Er ontstaan nu veel psychosociale problemen bij jongeren die op de lange termijn een nieuwe piek op zullen leveren.”

In dit paper richten we ons daarom op de vraag waarom het nu slecht lukt om succesvolle programma's op te zetten en op te schalen. We definiëren een preventieprogramma als succesvol wanneer het:

- aantoonbaar preventieve of vitaliteitsbevorderende werking heeft;
- de (kwetsbare) doelgroepen voor wie het programma is opgericht weet te bereiken;¹¹
- schaalbaar is;
- duurzaam gefinancierd en uitgevoerd wordt

¹⁰ Paul Blokhuis (7 juli 2021), Kamerbrief bouwstenen voor fundament onder toekomstig preventiebeleid

¹¹ Inclusief mensen met een laag opleidingsniveau, beperkte gezondheidsvaardigheden of migrantenachtergrond.

De analyse: zes blokkades die succes in de weg zitten

“Ik geloof niet in pilots, pilots, pilots.”

– Cornelis Boersma (hoogleraar duurzame zorg en innovatie)

1. Vrijblijvendheid

‘Weg van de vrijblijvendheid’ is een van de criteria van het ministerie van VWS bij het onderzoeken van financiële instrumenten die preventie en gezondheidsbevordering stimuleren.¹² Verwey Jonker constateert dat de vrijblijvendheid op lokaal, regionaal én landelijk niveau te groot is geweest in voorbije jaren.¹³ Het ontbrak aan duidelijke kaders en normen, regionale verplichtingen zijn niet vastgelegd, samenwerkingsafspraken zijn niet bindend en er wordt lokaal weinig gebruik gemaakt van wetenschappelijk onderbouwde kennis.

Preventieprogramma’s zijn daardoor vaak tijdelijk van karakter. Een terugkerend probleem bij maatschappelijke innovatie – inclusief preventieprogramma’s – is het tijdelijke karakter van pilots en het onvermogen om innovatiekracht op te schalen.¹⁴ En de afhankelijkheid van individuen maakt projecten kwetsbaar: wanneer zij om wat voor reden dan ook wegvallen sterft het initiatief een stille dood. Dat is niet alleen zonde van de tijd, het geld en de energie die in de initiatieven is gestopt. Het doet ook reputatieschade aan preventieve interventies: de instabiliteit en tijdelijkheid van pilots maakt huisartsen en andere zorgprofessionals huiverig om mensen door te verwijzen.¹⁵

Bewezen interventies worden niet structureel aangeboden. Met zijn onderzoeksteam heeft Eric van der Hijden (VU) in kaart gebracht hoeveel bewezen effectieve interventies in het Nederlandse zorgstelsel zijn geïntegreerd. Ze maken hiervoor gebruik van de database van de [U.S. Preventive Services Task Force](#). De conclusie van het onderzoek: vrijwel alle interventies met de hoogste graad van bewijs zijn bekend en verwerkt in richtlijnen. Maar de systematische aanpak en structurele screening die nodig is om preventie te laten slagen ontbreekt, waardoor het onduidelijk is of zorgaanbieders de interventies ook consequent aanbieden en toepassen.

¹² AEF (2021), Hoe financieren we preventie met het oog op gezondheidsbevordering?

¹³ Verwey Jonker (2021), Versterking van de publieke gezondheid

¹⁴ Purpose (2018), De pilot voorbij: maatschappelijke innovatie met meer impact

¹⁵ Interview Dr. Miriam de Klein (23 september 2021)

“Preventie is nog erger dan het Nederlands elftal: iedereen heeft er een mening over en iedereen heeft er verstand van. Terwijl het vaak onduidelijk is wat we precies bedoelen met preventie.”

– Eric van der Hijden (Zilveren Kruis)

2. Onbekendheid met het wat, wie en waarom van preventie

Een vruchtbare samenwerking begint bij een gemeenschappelijk beeld van het op te lossen probleem én de oplossingsrichting. In de praktijk is er helaas nogal eens onduidelijkheid over het wat, wie en waarom van preventie.

Onduidelijkheid over wat preventie is en wie daarvoor verantwoordelijk is. Preventie is een containerbegrip waaronder veel verschillende interventies geschaard kunnen worden. Een behulpzame classificatie van preventievormen en -verantwoordelijkheden is een indeling per doelgroep.¹⁶ In principe is collectieve preventie het terrein van de (lokale) overheid, gericht op een gezonde bevolking (universele preventie) of groepen met een verhoogd risico (selectieve preventie). Individuele preventie is het terrein van zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren en richt zich op mensen met beginnende klachten (geïndiceerde preventie) en mensen met een vastgestelde ziekte (zorggerelateerde preventie). Maar wettelijke verantwoordelijkheden en taken zijn globaal geformuleerd en bieden vaak weinig houvast waardoor eigenaarschap in de praktijk ontbreekt of onderwerp van discussie is.¹⁷

Onbekendheid met de regionale urgentie. Onder betrokken partijen in de zorg bestaat consensus over de urgentie om de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg te waarborgen. Toch is de aard en de omvang van gezondheidsproblemen in de eigen regio niet altijd bekend. Met andere woorden: het is onduidelijk wat het probleem is dat preventie moet voorkomen en wat er gebeurt als er niks aan dat probleem gedaan wordt. Dit is problematisch, want zonder een gedeeld besef van urgentie is het moeilijk om gerichte verandering door te voeren. Verschillende gemeenten en zorgverzekeraars zijn daarom aan de slag gegaan met het opstellen van regiobeelden: regionale data die inzicht geven in de huidige en toekomstige situatie van volksgezondheid, zorg en welzijn. Maar er is nog winst te behalen in het gelijktrekken van het niveau van de beelden, het vastleggen van verantwoordelijkheden bij de totstandkoming daarvan en het rapporteren op postcodeniveau.¹⁸

Onbekendheid met wat er al gedaan wordt op het gebied van preventie. Lokale initiatiefnemers zijn niet altijd goed op de hoogte van succesvolle initiatieven en/of willen het wiel opnieuw uitvinden in plaats van te investeren in bewezen interventies.

¹⁶ [Preventie in Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info) | [Wat is preventie?](https://www.volksgezondheidenzorg.info) | [Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info)

¹⁷ Paul Blokhuis (7 juli 2021), Kamerbrief bouwstenen voor fundament onder toekomstig preventiebeleid

¹⁸ WVS (2020), Discussienota Zorg voor de Toekomst

“Als de financiering stopt valt het programma stil.”

– Anja Zantinge & Rosalien Elema (Ministerie van VWS)

3. Financiering niet ingericht op preventie

Financiering is tijdelijk van aard. Er zijn op dit moment weinig financiële prikkels voor zorgaanbieders en zorgfinanciers om te investeren in preventie. De bekostiging van zorg per uur, verrichting of behandelcode leidt tot productieprikkel waarin het voorkomen van zorg niet (financieel) beloond wordt. Financieringsmogelijkheden voor preventie door zorgverzekeraars zijn beperkt tot geïndiceerde preventie.¹⁹ De financiering van preventie en gezondheidswinst is meestal (te) afhankelijk van gemeenten, die veel beleidsvrijheid hebben en vooral op projectbasis financieren. Het lukt daardoor meestal wel om tijdelijke bekostiging te organiseren voor preventieprogramma's, maar zodra de financiering stopt valt ook het programma stil.

Het is lastig vast te stellen waar en wanneer de baten van preventie vallen. De bekostiging van preventie is een investering in de volksgezondheid en investeringen koppelen we het liefst aan harde besparingen. Maar financierende partijen zijn er niet zeker van dat (en wanneer) de baten bij hen vallen. De traditionele discussie is daarom die tussen gemeenten en zorgverzekeraars: gemeenten vrezen dat wanneer zij investeren het vooral de zorgverzekeraars zijn die profiteren van een teruglopende zorgvraag. Zorgverzekeraars, op hun beurt, vinden nog wel eens dat gemeenten hen om (onverantwoorde) investeringen vragen in niet-bewezen interventies. De consensus over wanneer een interventie 'bewezen' is verschilt bovendien (zie ook blokkade 5). Met als gevolg dat zorgverzekeraars niet betrokken kunnen of willen zijn bij de (tijdelijke) financiering van programma's.

Verzekerde interventies dekken niet alle benodigde kosten. Er zijn preventieve interventies die wel onder de verzekerde zorg (gaan) vallen: de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), Stoppen met Roken programma's en in de nabije toekomst wellicht Valpreventie.²⁰ Maar voor deze verzekerde zorg moeten er in de wijk afspraken gemaakt worden over wie de doelgroep identificeert, wie de mensen motiveert en eventuele drempels voor deelname verlaagt, wie mensen waarnaartoe verwijst, wie monitort of mensen daadwerkelijk aankomen bij de interventies en hoe programma's op elkaar aansluiten. De organisatie hiervan kost geld, maar valt niet onder de verzekerde zorg. Daar komt bij dat verzekerde interventies op zichzelf niet altijd voldoende effect sorteren. Om verandering in leefstijl te bewerkstelligen is vaak een combinatie van interventies nodig, terwijl maar een beperkt aantal interventies vergoed wordt. Het gevolg hiervan is dat het gewenste resultaat – een gezonde leefstijl die leidt tot betere gezondheid – niet of onvoldoende bereikt wordt.

¹⁹ Verwey Jonker (2021), Versterking van de publieke gezondheid

²⁰ Zorginstituut Nederland neemt momenteel in overweging of valpreventie geduid moet worden als zorgplicht binnen de Zorgverzekeringswet.

“De oorzaak van een ongezonde leefstijl ligt vaak buiten de zorg.”

– Annegien Langedijk (Pharos)

4. Schotten belemmeren samenwerking

Gezondheid overstijgt het medisch domein. De focus voor samenwerking rondom preventie tussen gemeenten en zorgverzekeraars richt zich op selectieve preventie en geïndiceerde preventie.²¹ Voor universele preventie zien partijen een rol voor de GGD. Maar de meeste gezondheidswinst kan juist behaald worden buiten het gezondheidsdomein. Eenzaamheid is een grote ziekmaker. Mensen met geldzorgen hebben vaker een slechtere ervaren gezondheid en meer lichamelijke en mentale gezondheidsklachten dan mensen die geen geldzorgen hebben.²² Het leven in chronische stress als gevolg van schulden verzwakt het immuunsysteem waardoor je een grotere risico hebt op chronische ziekten. En mensen met een laag inkomen wonen vaker in (achterstands)wijken met een ongezondere omgeving (slecht geventileerde woningen, meer fijnstof, onveiligheid in de buurt).

Schotten tussen het sociaal en medisch domein staan samenwerking in de weg. Om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren is samenwerking tussen het medisch en sociaal domein cruciaal. Ook binnen het huidige stelsel is nauwere verbinding tussen het medische en sociale domein mogelijk. Voor de aanpak ‘Kansrijke Start’ zijn er bijvoorbeeld in 275 gemeenten lokale coalities tot stand gebracht tussen geboortezorg, de jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein. Toch staan schotten tussen de twee domeinen samenwerking vaak in de weg. Budgetten staan vaak los van elkaar, zorgprofessionals en hulpverleners in het sociaal domein zijn onbekend met elkaar en de infrastructuur voor lokale en regionale samenwerking ontbreekt. Het gevolg is dat de benodigde samenwerking moeizaam tot stand komt, dat bewoners door professionals worden geholpen die elkaars programma’s niet afgestemd hebben en dat er ook op uitvoerend niveau niet effectief en consequent wordt doorverwezen naar passende hulp.

²¹ Verwey Jonker (2021), Versterking van de publieke gezondheid

²² Pharos (2021), Samenhang armoede, schulden en gezondheid

“Waarom moet preventie kosteneffectief zijn? Curatieve zorg is dat ook niet.”

– Saskia Kloet (VeiligheidNL)

5. Bewijslast is onduidelijk

Er is geen eenduidige effectmeting van preventieprogramma's. Empirische bewijsvoering is een belangrijke voorwaarde voor de doorontwikkeling van effectieve programma's én voor structurele financiering door investeerders. Hoewel er al veel gemonitord wordt, ontbreekt het in Nederland aan eenduidige en consequente effectmeting/-monitoring van preventieprogramma's.²³ Het gebrek aan bewijsvoering heeft als gevolg dat men op lokaal niveau het wiel vaak opnieuw uit probeert te vinden.

De bewijslast van interventies is open voor discussie. Bij het optuigen van lokale of regionale preventieprogramma's is een logische eerste stap om te beginnen met bewezen interventies. Toch stopt de discussie daar niet, want wat bedoelen we precies met bewezen interventies? Naar welk bewijs zijn we op zoek, en wat is daarin het verschil tussen gemeenten en zorgverzekeraars en tussen de zorg en het sociaal domein? Verlangen we van preventieve interventies dat ze volledig kosteneffectief zijn, of nemen we ook genoegen met een vooruitgang in welzijn en welbevinden die niet uit te drukken is in harde euro's? Met andere woorden: hoeveel mag een extra gezond levensjaar kosten?

²³ Een voorbeeld van een bestaande monitor is de Leefstijlmonitor (RIVM), een jaarlijkse enquête op de thema's roken, alcohol, drugs, bewegen, gezond gewicht, seksuele gezondheid, voeding en ongevallen. Thema's als welzijn, mobiliteit, de ervaren kwaliteit van leven en valrisico's zijn daarin niet opgenomen.

“De valkuil is paternalisme: wij uit de hoogopgeleide bubbel vertellen jou wat goed voor je is.”

– Miriam de Kleijn (IPH, Trimbos-Instituut)

6. Doelgroep wordt onvoldoende bereikt

Interventies sluiten niet goed aan bij de beleving van de doelgroep. Mensen met een praktische of anderstalige opleiding overlijden op jongere leeftijd en hebben meer ongezonde levensjaren. Het is daarom van cruciaal belang dat lokale preventieprogramma's daadwerkelijk de juiste doelgroepen weten te bereiken. Wanneer het gedragswetenschappelijke perspectief ontbreekt bestaat het risico dat men vanuit een 'paternalistische' houding spreekt over bevolkingsgroepen met een lage SES. En er is vaak onvoldoende oog voor de veelal lage zelfredzaamheid bij kwetsbare groepen door een grote focus op eigen regie en autonomie. Dit ondermijnt de effectiviteit van preventie en gezondheidsbevordering: om blijvende leefstijlveranderingen door te voeren moeten programma's laagdrempelig zijn en inzetten op kleine veranderingen in het dagelijks leven die gekoppeld zijn aan bestaande routines.²⁴ En, minstens zo belangrijk, interventies moeten aansluiten bij de intrinsieke motivatie van deelnemers.

Doelgroep wordt niet voldoende betrokken bij de ontwikkeling en uitrol van interventies. In algemene zin is het van belang om altijd te redeneren vanuit de inwoner: sluiten initiatieven aan bij de belevingswereld, sociale normen en krachten van de wijk? Social proof is hierbij cruciaal: mensen zullen eerder meedoen aan leefstijlprogramma's wanneer ze anderen kennen die meedoen aan en profiteren van het programma. In de praktijk lukt dit niet altijd goed. Doelgroepen worden vaak te laat bij het ontwerp van preventieprogramma's betrokken, communicatie is te complex en praktische drempels worden niet weggenomen.²⁵

Er wordt onvoldoende ingespeeld op levensfases die de gezondheid sterk beïnvloeden. Op dit moment wordt preventie veel ingezet op het moment dat de gezondheid van mensen al sterk is verslechterd, door in te zetten op leefstijl verandering van mensen (overgewicht, valpreventie). Door in te spelen op belangrijke levensfases kan er nog eerder preventief worden opgetreden. Een goede start van het leven is cruciaal voor een gezonde ontwikkeling (fysiek en mentaal). Maar ook life events als scheiding, werkloosheid en migratie hebben een grote impact op de gezondheid.

²⁴ Annegien Langedijk-Wilms (2021), Wil jij als zorgverlener je werkwijze veranderen? Kijk dan naar de kracht van gewoontes (blog) Pharos (2018),

²⁵ Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Wat maakt het verschil?

Vervolg: van blokkades naar randvoorwaarden via rondetafelgesprek

Deze analyse maakt duidelijk wat de belangrijkste blokkades zijn die de totstandkoming van succesvolle lokale en regionale preventieprogramma's in de weg zitten. De vervolgvraag is wat het handelingsperspectief is voor partijen die hun aanpak wél tot een succes willen brengen. Welke stappen moet je zetten als je een preventieprogramma op wilt zetten bij jou in de regio? Is het mogelijk om tot een basisaanpak te komen voor lokale en regionale preventieprogramma's? Is er wel een *one size fits all* aanpak beschikbaar? Of moeten we onderscheid maken, bijvoorbeeld tussen universele, selectieve, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie?

Om deze discussie verder te brengen organiseren we een rondetafelgesprek tussen de geïnterviewde experts. Met elkaar stellen we vast welke oplossingsrichtingen er zijn voor elk van de blokkades. En we prioriteren de oplossingen: welke stappen moet je wanneer zetten? De uitkomsten van dit gesprek gebruiken we voor het tweede deel van dit tweeluik, waarin we de randvoorwaarden voor succesvolle preventie uitwerken.

Voor meer informatie neem contact op met:

Jeroen Ester Manager Zorg | **Mail** j.ester@purpose.nl
Telefoon +31 30 27 69 154 | **Mobiel** +31 6 44610304

