

SUBSIDIEAANVRAAG FRACTUURPREVENTIE VEZN



Korte omschrijving van het project

De prevalentie van osteoporose wordt voor een groot deel bepaald door leeftijd en geslacht. Op basis van gegevens uit 2010 hebben in Europa boven de leeftijd van 50 jaar 22% van de vrouwen en 6% van de mannen osteoporose. Boven de leeftijd van 80 jaar hebben bijna 50% van de vrouwen en 17% van de mannen osteoporose. Het aantal fracturen zal o.a. door vergrijzing de komende jaren aanzienlijk toenemen. Er wordt gesproken over een verdubbeling van het aantal fracturen tussen 2015 en 2025. Momenteel bereikt het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) met de fractuur/osteoporose polikliniek bij locaties EZ en TS respectievelijk 50% en 36% van de doelgroep. 50% en 64% van de patiënten geeft geen gevolg aan de oproep ten behoeve van secundaire preventie en loopt meer risico op een tweede fractuur. Er is derhalve sprake van onder behandeling.

Met het project beogen wij primair een toename van het aantal patiënten dat gescreend wordt en opvolging krijgt, door deze zorg - in aanvulling op de bestaande poli's tweede lijn - in de eerste lijn te organiseren. Hiermee streven wij naar een daling van het aantal herfracturen. Het project richt zich op patiënten tussen 50 - 80 jaar met een wervelfractuur of een recente niet-wervelfractuur in de voorgeschiedenis. De huisarts gaat na of het individuele risico op een volgende fractuur is bepaald in de tweede lijn (bij de desbetreffende polikliniek). Indien dit niet het geval is, bepaalt de huisarts het risico op een nieuwe fractuur op basis van beeldvormende diagnostiek (botdichtheidsmeting) en een valrisico-inventarisatie. Patiënten met een indicatie krijgen medicatie voorgeschreven. Landelijke cijfers laten zien dat het percentage van de patiënten waarbij orale bisfosfonaten wordt opgestart in 50% van de gevallen is gestopt na 1 jaar en in 78% na 18 maanden. Opvolging van de patiënten die medicatie gebruiken is niet alleen van belang om de therapietrouw te verbeteren en om mensen te blijven motiveren om de niet-medicamenteuze adviezen op te volgen, maar ook om de medicatie op het juiste moment weer te kunnen stoppen. Dit is van belang om zeldzame, ernstige, complicaties te voorkomen die kunnen ontstaan bij langdurig gebruik. In dit project neemt monitoring van therapietrouw door de POH en huisarts een grote rol in. Met het organiseren van opvolging van patiënten met een verhoogd risico in de eerste lijn, met aandacht voor secundaire preventie en monitoring op therapietrouw, kunnen we herfracturen voorkomen. Ook de patiënten die gedurende het project in de tweede lijn gescreend worden en daar medicatie krijgen voorgeschreven, zullen vervolgens door de POH en huisarts in de eerste lijn opgevolgd worden.

Bij de start van het project richten we een consultatie-functie van de tweede lijn voor de eerste lijn in (middels teleconsultatie of beveiligde email). In de eerste fase van de uitvoering van dit project wordt de consultatie door de projectgroep verder uitgewerkt. Doel is ervoor te zorgen dat de kennis en expertise uit de tweede lijn makkelijk en snel toegankelijk is voor de eerste lijn.

Door toename van de expertise van de huisarts kunnen daarnaast ook primaire fracturen bij bekende osteoporose voorkomen worden door primaire preventie te organiseren in de eerstelijnszorg.

Om in Midden-Brabant tot een gedegen fractuurpreventieprogramma te komen is een intensievere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn noodzakelijk. Het belangrijkste uiteindelijke doel van het project betreft afname van (her)fracturen, gerelateerd zorggebruik, morbiditeit en mortaliteit.

Doelstelling

Het project Fractuurpreventie Midden-Brabant (MBR) richt zich op preventie van (secundaire) fracturen door een beter bereik van de doelgroep. Daarmee zorgen we voor de juiste zorg op de juiste plaats voor mensen met een hoog fractuurrisico.

Het hoogste risico op een secundaire fractuur is binnen 2 jaar na een eerste fractuur. Het aantal herfracturen zal o.a. door vergrijzing de komende jaren aanzienlijk toenemen. Er wordt gesproken over een verdubbeling van het aantal fracturen tussen 2015 en 2025. De nieuwe, gestructureerde aanpak heeft ook effect op compliance: met het monitoren op en daarmee verhogen van de therapietrouw en daarnaast het richten op leefstijladviezen - valpreventie is een belangrijk onderdeel - voorkomen we volgende fracturen. Bij het doorverwijzen voor valpreventie hebben paramedici een grote rol.

Patiëntperspectief / toegankelijkheid:

- Zorg wordt dichtbij huis geboden vanuit het holistische perspectief van de huisarts.
- De patiënt krijgt geprotocolleerde zorg op de juiste plek.
- Door een gedegen opvolging in de eerste lijn krijgt de patiënt met een verhoogd fractuurrisico niet langer dan nodig medicatie. Tegelijkertijd neemt door het opvolgbeleid in de eerste lijn de therapietrouw toe, waardoor de kans op (her)fracturen afneemt.
- Het uitblijven van een (secundaire) fractuur heeft een positieve impact op de ervaren kwaliteit van leven (pijn, angst om te vallen).

Kwaliteit van zorg:

- Bij patiënten met een verhoogd fractuurrisico vindt na de start met osteoporose medicatie een structurele follow up plaats. Daardoor wordt de therapietrouw bevorderd, gebruiken patiënten niet langer dan nodig is de osteoporosemedicatie en wordt de kans op het krijgen van een nieuwe fractuur verkleind.
- Bij de patiënt met een verhoogd fractuurrisico wordt de behandeling gestart conform de NHG-standaard fractuurpreventie en wordt er geen onnodige duurdere osteoporose medicatie voorgeschreven.

Betaalbaarheid:

Risico op fracturen wordt verkleind en therapietrouw wordt bevorderd door het opzetten van een (multidisciplinair) zorgprogramma osteoporose en fractuurpreventie.

Substitutie:

Dit project kent een doorlooptijd van vijf jaar en is in eerste instantie opgezet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Deze VEZN aanvraag heeft betrekking op de eerste twee jaar van het project. Gedurende deze eerste twee jaar richten we ons in dit project op het organiseren van 1) screening, 2) opvolgbeleid, 3) consultatierol tweede lijn en 4) deskundigheidsbevordering eerste lijn. Met VGZ en CZ is afgesproken dat er na 2 jaar een tussenevaluatie plaatsvindt, op basis waarvan het project al dan niet wordt gecontinueerd.

Er is met VGZ en CZ afgesproken om de huidige screening, zoals die in de tweede lijn wordt georganiseerd, nog niet af te bouwen. Juist op basis van de ervaringen in deze twee jaar met screening én opvolgbeleid in de eerste lijn en de uitkomsten van de tussenevaluatie, bekijken we of en hoe de rol van de eerste lijn verder kan worden uitgebouwd en die van de tweede lijn kan worden aangepast (focus op consultatie, deskundigheidsbevordering en complexere zorg bij osteoporose). Dit temeer omdat het bereik met screening via de fractuurpolikliniek en de zorg in de tweede lijn m.b.t. fractuurpreventie op dit moment landelijk gezien zeker niet slecht te noemen is.

Omschrijving stappenplan

Doelstelling 1: De ontwikkeling en uitwerking van een Zorgprogramma Osteoporose en fractuurpreventie

- Inrichten van een systematisch oproepsysteem t.b.v. screening en opvolging in de eerste lijn conform bestaande zorgprogramma's via de zorggroep:
 - groep 1 = patiënten die na fractuur niet reageren op oproep polikliniek;
 - groep 2 = patiënten bekend met osteoporose die de facto al in behandeling zijn bij de huisarts. Deze mensen worden geïdentificeerd via het HIS;
 - groep 3 = case finding van hoog risico patiënten 50-80 jaar in de huisartsenpraktijk met een verdenking op wervelfractuur dan wel recent valincident of verhoogd valrisico;
 - groep 4 = patiënten die na afronding van de diagnostiek in de 2de lijn naar de 1ste lijn worden verwezen voor opvolgbeleid;
 - groep 5 = patiënten die gemiddeld > 3 maanden 7,5 mg per dag Corticosteroiden gebruiken (analoog aan de NHG standaard).

- In beeld brengen van / informatie delen over patiënten die in de tweede lijn een oproep t.b.v. screening krijgen die respectievelijk wel en niet naar de osteoporose- en fractuur poli van het ziekenhuis komen.
- In beeld brengen van / informatie delen over patiënten met verhoogd risico die in de tweede lijn medicatie voorgeschreven krijgen.
- Organiseren opvolging in de 1ste lijn bij gebruik tweedelijns medicatie volgens eenduidige afspraken.
- Verwijs- en terugverwijsafspraken tussen 1ste en 2de lijn (in geval van complicaties) inzake de doelpopulatie.
- Afspraken vastleggen over eenduidige diagnostiek en beoordelingscriteria van 1ste en 2de lijn en uniforme terugrapportages diagnostiek aan de huisartsen en het ziekenhuis.
- Samenwerkingsafspraken met apothekers t.b.v. monitoring therapietrouw. Apotheker draait 2 x per jaar o.b.v. MFB informatie uit voor de huisartsenpraktijk. Een belangrijke rol van de apotheker in het behandeltraject is het signaleren van onterecht vroegtijdig stoppen van medicatie (bisfosfonaten) door de patiënt of te langdurig gebruik.
- Samenwerkingsafspraken met de internisten / reumatologen die resulteert in concrete consultatie-mogelijkheden.

Doelstelling 2: Scholing huisartsen / POHs in afstemming met medisch specialisten

- Organiseren basisscholing voor huisartsen en POH's.
- Organiseren van verdiepende scholing voor huisartsen en praktijkmedewerkers die het osteoporosespreekuur hebben opgezet en ervaring hebben met osteoporosezorg.

Doelstelling 3: Detectie van mensen die 'at risk' zijn.

- Bij patiënten 50-80 jaar met een wervelfractuur of een recente niet-wervelfractuur in de voorgeschiedenis gaat de huisarts na of het individuele risico op een volgende fractuur is bepaald in de tweede lijn.

- Indien dit niet het geval is, bepaalt de huisarts het risico op een nieuwe fractuur op basis van beeldvormende diagnostiek en een valrisico inventarisatie. Daarmee wordt een vangnet gecreëerd
- voor patiënten die nu niet reageren op de oproep voor de osteoporose- en fractuurpolikliniek.
- Begeleiding van huisartsen bij het opzetten van een gestructureerd osteoporose spreekuur door de inzet van een consulent.
- Afspraken over / ondersteuning bij opname en registratie NHG labcodes in het HIS.

Doelstelling 4: Organiseren van opvolgbeleid bij ingestelde medicatie t.b.v. vergroten therapietrouw

- Begeleiding van huisartsen bij het opzetten van een gestructureerd osteoporose spreekuur door de inzet van een consulent.
- Patiënten die gediagnosticeerd zijn als at risk bij de fractuurpoli's of in de eerste lijn, stromen in het eerstelijns zorgprogramma fractuurpreventie in voor monitoring en follow-up.
- Monitoring therapietrouw door POHS conform afgesproken frequentie (1 mnd /3 mnd /6 mnd /1 jaar /1,5 jaar /2 jaar /3 jaar /4 jaar).
- Opvolging na 5 jaar medicatiegebruik door huisarts / apotheker.
- Invulling geven aan overleg met apothekers t.b.v. monitoring therapietrouw.

Doelstelling 5: Organiseren van opvolgbeleid gericht op valpreventie en leefstijl

- Invulling geven aan samenwerkingsafspraken tussen huisartsenpraktijk en fysio-oefen- en ergotherapeuten m.b.t valpreventie.
- Huisartsen hebben momenteel onvoldoende in beeld welke paramedici in hun directe omgeving actief inzetten op valpreventie. Daartoe zal binnen het project allereerst onderzocht worden wat in de regio aan ontwikkelingen en lopende activiteiten speelt rondom dit onderwerp. We zullen in elk geval aansluiten bij deze activiteiten om te voorkomen dat we het wiel opnieuw uitvinden. Mede afhankelijk van deze ontwikkelingen maken we voor de huisartsen in overleg met de paramedici een sociale kaart. Met behulp van zo'n sociale kaart kunnen huisartsen sneller en gericht patiënten doorverwijzen voor valpreventie.
- In de tweede lijn kan de fysiotherapeut op indicatie (mits de DBC nog open staat) worden ingezet voor valpreventie. Daarnaast geeft de osteoporoseverpleegkundige in het consult altijd voorlichting over leefstijl en valpreventie. Deze kennis zal opgenomen worden in de scholingsmodule, zodat ook huisartsen en POH deze kunnen gebruiken.
- Lengtemeting minimaal iedere 2 jaar.

Prestatie indicatoren en (tussentijdse) resultaten:

Ten behoeve van het project fractuurpreventie in Midden-Brabant maken we onderscheid tussen proces- en uitkomstresultaten. Dit onderscheid is van belang omdat het project een doorlooptijd kent van 5 jaar. De verzekeraars hebben in eerste instantie aangegeven het project te honoreren voor een periode van 2 jaar, met de intentie om dit te verlengen. In de periode van 2 jaar kunnen we naar verwachting geen uitkomstresultaten inzichtelijk maken, maar wel procesresultaten. Een belangrijke intermediaire uitkomst na 2 jaar betreft medicijngebruik en therapietrouw.

Eerste (tussentijdse) resultaten:

Vorbereiden / Organiseren van de interventies

1. In kaart brengen van de populatie.
2. Organiseren oproepsysteem t.b.v. screening in de eerste lijn.
3. Organiseren traject / scholing t.b.v. deskundigheidsbevordering van huisartsen en praktijkondersteuners. Streven is om 40 huisartsen per kwartaal in te laten stromen. Na 1 jaar zijn alle huisartsen geïncludeerd.

4. Organiseren proces t.b.v. consultatiemogelijkheid tweede lijn.
5. Organiseren proces t.b.v. afstemming met apotheker (t.b.v. therapietrouw en tijdig stoppen van behandeling).

Metten implementatie van de interventies

1. Aantal huisartsen / praktijkondersteuners dat (herhaal)scholing volgt.
2. Aantal aanvragen DEXA binnen de eerste lijn / aantal uitgevoerde DEXA metingen binnen het project.
3. Aantal patiënten met verhoogd risico met huisarts als hoofdbehandelaar: aantal patiënten dat is opgenomen in het zorgprogramma binnen de eerste lijn.
4. Aantal huisartsen / praktijkondersteuners dat gebruik maakt van consultatie-mogelijkheid met de tweede lijn.
5. Monitoren wat er gebeurt t.a.v. afspraken over opvolgbeleid in de eerste lijn m.b.t.:
 - i. therapietrouw
 - ii. lichaamslengte
6. Aanbieden valpreventie cursus; inventariseren huidige aanbod en sociale kaart van aanbod valpreventie ontwikkelen.
7. Goede ervaren samenwerking met de regionale internisten / reumatologen,
8. resulterend in een goed ketennetwerk.

Metten van uitkomstresultaten

A) Verbetering kwaliteit van zorg

1. Zo'n 50% van de patiënten met een eerste fractuur krijgt te maken met een tweede fractuur. De meerderheid van deze patiënten zijn nooit geïnformeerd over de oorzaak van deze eerste fractuur noch krijgen zij behandeling na deze fractuur.
2. Respons oproepsysteem voor screening in de eerste lijn: % mensen bij screening na eerste fractuur. Beoogde resultaat: 50% i. Doelgroep jaarlijks +/- 2400 patiënten.
 - Huidige respons in de tweede lijn= 1032 (noord 36% (600), zuid 50% (432))
 - Potentieel in eerste lijn = 1368; 50% = 684
3. Het verminderen van de praktijkvariatie door een overall toename van de kennis over osteoporose diagnostiek en- behandeling bij de huisartsen en POHs.
4. Therapietrouw, te meten via uitgifte (herhaal)recepten. Huidige situatie (NHG-standaard; Netelenbos 2011): 50% is gestopt met orale bisfosfonaten na 1 jaar; 78% is gestopt met orale bisfosfonaten na 18 maanden.
 - Toename % patiënten met indicatie dat medicatie gebruikt; (75% van 858 patiënten = 644 patiënten op jaarbasis in eerste en tweede lijn)
 - Verbeteren duur gebruik medicatie (uit te drukken in: toename aantal maanden t.o.v. huidige cijfers en toename % patiënten wat aan de norm van 5 jaar voldoet)
 - Aantal patiënten dat >5 jaar bisfosfonaten gebruikt, waarbij geen nieuwe DEXA is uitgevoerd (uit te drukken in afname % patiënten dat langer bifosfonaten gebruikt waarbij geen DEXA is uitgevoerd t.o.v. huidige cijfers).
5. Afname aantal herfracturen en gerelateerd zorggebruik.

B) Doelmatigheid

(Relatieve) afname (secundaire) fracturen en gerelateerd zorggebruik, inclusief afname van opnames verpleeghuis.

C). Patiëntervaringen

Kwaliteit van leven neemt af met het optreden van een tweede fractuur. We kunnen het effect op kwaliteit van leven bij preventie van een fractuur echter niet meten. Wetenschappelijke cijfers over effect herfractuur op kwaliteit van leven rekenen we door op de afname van herfracturen die we binnen dit project realiseren. We hebben een gedegen meetplan ontwikkeld met indicatoren, nulmeting en beoogde resultaten. De resultaten op zowel proces als uitkomst worden in een dashboard weergegeven en zijn op deze manier steeds te monitoren.

Zijn er vergelijkbare initiatieven in het land?

De Internationale Osteoporose Stichting (IOF) heeft in oktober 2016 een rapport uitgebracht waarin zij de 10 belangrijkste tekortkomingen in zorg bij Osteoporose inzichtelijk hebben gemaakt. Daarbij benoemen zij 4 thema's:

- Case finding en management
- Public awareness
- Government and health system issues
- Lack of data.

Case finding en management omvat 4 tekortkomingen aangaande het zorgaanbod als zodanig:

1. Secundaire preventie van fracturen
2. Osteoporose veroorzaakt door medicijngebruik
3. Secundaire osteoporose
4. Primaire fractuurpreventie gericht op mensen met een hoger risico op fracturen.

De SALT Osteoporose Studie (SOS) in de regio Amsterdam/Purmerend richt zich op de vierde tekortkoming: primaire fractuurpreventie voor vrouwen tussen 65 en 90 jaar met een hoger risico op fracturen. Dat betekent dat onderzocht wordt welke aanpak geschikt is om de eerste fractuur te voorkomen. De grootste uitdaging betreft het vinden van de relatief kleine groep mensen die een verhoogd risico heeft op een eerste fractuur als gevolg van verzwakte botstructuur (in de meeste gevallen als gevolg van osteoporose). SOS is in feite een screeningsprogramma. Het onderzoek is dan ook veel ruimer opgezet dan wat is voorgeschreven in de huidige richtlijnen.

Naast SOS is in de regio Twente een vergelijkbaar initiatief gestart tussen zorggroep Thoon en het Medisch Spectrum Twente (MST). Patiënten van vijftig jaar en ouder worden na een fractuurbehandeling via de spoedeisende hulp terugverwezen naar de huisarts voor nazorg met screening en eventuele behandeling. Ze krijgen dus géén afspraak meer op de osteoporosekliniek van het ziekenhuis. De patiënten met een hoog fractuurrisico die al bekend zijn in de huisartsenpraktijk doen ook mee aan het programma. Dankzij de goede samenwerking met MST is men in staat de screening van de patiënt na een fractuur goed neer te zetten. Daarbij speelt scholing een belangrijke rol.

Waarin onderscheidt uw project zich ten opzichte van reeds lopende initiatieven op dit terrein?

Het Project Fractuurpreventie Midden-Brabant (MBR) richt zich op de eerste tekortkoming die de IOF benoemt: secundaire preventie van fracturen. Deze secundaire preventie willen we bereiken door een veel betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn (screening, kennisbevordering in de eerste lijn, consultatiefunctie door de tweede lijn, gelijke structuur in de regio, monitoring therapietrouw). Hierdoor is de doelgroep kleiner en de aanpak gericht dan de SOS.

Een belangrijk verschil met het project in de regio Twente (Thoon en MST) betreft de samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn en het behoud van screening in de tweede lijn van het ETZ. Momenteel bereikt het

ziekenhuis met de fractuurpoli's bij locaties EZ en TS respectievelijk 50% en 35% van de doelgroep. Het project in Midden-Brabant heeft in eerste instantie niet als primaire doel alle screening in de eerste lijn uit te voeren. Een belangrijke reden hiervoor is dat een deel van de patiënten goed wordt opgevolgd binnen de tweede lijn. Bovendien is deze screening van belang in geval van secundaire osteoporose.

50% en 65% van de patiënten geeft echter geen gevolg aan de oproep ten behoeve van secundaire preventie in het ziekenhuis en loopt meer risico op een tweede fractuur. Bij patiënten 50-80 jaar met een wervelfractuur of een recente niet-wervelfractuur in de voorgeschiedenis, gaat de huisarts na of het individuele risico op een volgende fractuur is bepaald in de tweede lijn (bij de fractuurpoli). Indien dit niet het geval is, bepaalt de huisarts het risico op een nieuwe fractuur op basis van beeldvormende diagnostiek (botdichtheidsmeting) en een valrisico inventarisatie. Patiënten met een indicatie krijgen medicatie voorgeschreven. Landelijke cijfers laten zien dat het percentage van de patiënten waarbij orale bisfosfonaten wordt opgestart in 50% van de gevallen is gestopt na 1 jaar en in 78% na 18 maanden. Opvolging van de patiënten die medicatie gebruiken is niet alleen van belang om de therapietrouw te verbeteren en om mensen te blijven motiveren om de niet-medicamenteuze adviezen op te volgen, maar ook om de medicatie op het juiste moment weer te kunnen stoppen. Om in Midden-Brabant tot een intensiever fractuurpreventieprogramma te komen is een intensievere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn noodzakelijk. Het belangrijkste uiteindelijke doel van het project betreft afname van (her)fracturen, gerelateerd zorggebruik, mortaliteit en morbiditeit.

Geef een duidelijke omschrijving van de doelgroep (omvang, samenstelling, specifieke kenmerken):

Voor de screening in de tweede lijn worden patiënten opgeroepen 50-80 jaar met een eerste fractuur. De omvang van de doelgroep is naar schatting 2400 patiënten in 2017. Daarnaast zullen patiënten met primaire osteoporose in de eerste lijn opgevolgd worden.

Welke toegevoegde waarde heeft het project voor: a) patiënt/klant; b) zorgaanbieder(s)?

Toegevoegde waarde voor de patiënt:

Afname (her)fracturen bij de doelgroep en daarmee gepaard gaande effecten op kwaliteit van leven. Bovendien zijn, naast een aanzienlijk effect op de ervaren kwaliteit van leven, de mortaliteitscijfers ten gevolge van (heup)fracturen in het eerste jaar enorm.

Een aantal patiënten zal geen gezondheidswinst ervaren. Het doel van het project is immers het voorkomen van fracturen.

Zorgaanbieders:

Onder huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders is de belangstelling voor fractuurpreventie over het algemeen beperkt. Met dit project besteden wij aandacht aan dit onderwerp en organiseren we intensievere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Een toename van expertise en kennis in de eerste lijn is van belang om de belangrijkste doelen van het project te realiseren: afname van (her)fracturen, gerelateerd zorggebruik, morbiditeit en mortaliteit.

Toelichting op betrokkenheid patiënt/klant bij opzet en/of uitvoering van project:

Het project Fractuurpreventie wordt opgepakt vanuit Samendraads. Samendraads is een samenwerkingsverband tussen ETZ en RCH, zorgverzekeraars CZ en VGZ en Zorgbelang Brabant. Deze partijen hebben als gezamenlijk doel de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn te verbeteren ten behoeve van het terugdringen van vermijdbaar zorggebruik. Het project fractuurpreventie richt zich bij daar bij uitstek op.

Binnen de stuurgroep Samendraads vertegenwoordigd Zorgbelang Brabant het patiëntperspectief. Zij zijn betrokken bij de opzet van het project, waarbij we:

- Onderzoeken waarom een groot deel van de mensen niet reageert op de polioproep en niet aan de slag gaat met fractuurpreventie: Vragenlijst afnemen bij mensen met een recent fractuur in combinatie met verdiepende gesprekken.
- Vertalen van de inzichten naar de uitvoering van zorg:
Hoe kan de aansluiting op behoefte en motivatie ingericht worden en hoe kun je werken aan leefstijlverandering? Hierbij gebruik maken van Positieve Gezondheid en het inzetten van ervaringsdeskundigen (mensen die succesvol actief aan de slag zijn gegaan met leefstijlverandering m.b.t. fractuurpreventie).

www.samendraads.nl