

Naar een fundamenteel andere kijk op zorg

Verslag inspiratiebijeenkomst Sensire 'Werken met nieuwe cliëntprofielen in de zorg'

Sinds 2022 experimenteert de Nederlandse Zorgautoriteit met een bekostiging van de wijkverpleging op basis van cliëntprofielen. Doel is om een model te ontwikkelen dat de huidige financieringsmethodiek, waarbij zorgaanbieders betaald krijgen voor elk uur zorg dat ze hebben geleverd, kan vervangen. Sensire neemt deel aan de tweede pilot binnen het experiment. Hoe staat het ervoor met het cliëntprofielenmodel? Wat werkt, wat moet nog beter? Tijdens de inspiratiebijeenkomst 'Werken met nieuwe cliëntprofielen in de zorg' op 22 juni deelden directeur Zorg Thuis Daphne Donders, wijkverpleegkundigen Noortje Schlattmann en Vanessa Schroer en bestuurder Maarten van Rixtel namens Sensire hun verhaal én hun visie op de toekomst van de zorg.

De inspiratiebijeenkomst 'Werken met nieuwe cliëntprofielen in de zorg', op 22 juni in het Koelhuis in Zutphen, was de eerste van een serie dialoogsessies die Sensire organiseert voor collega-zorgaanbieders, beleidsmakers, beroeps- en brancheverenigingen en andere partijen in de zorg. De sessies zijn bedoeld om samen na te denken over de toekomst van de zorg, en om ervaringen, lessen en goede voorbeelden met elkaar te delen. De gespreksleider van deze eerste bijeenkomst was Lenneke Bosscher, wijkverpleegkundige bij Sensire.

De wijkverpleging in Nederland staat voor flinke uitdagingen. De bevolking vergrijsst, mensen worden ouder en blijven langer thuis wonen. Hoe zorgen we dat al die mensen het leven kunnen leiden dat ze willen leiden, ook als ze ondersteuning nodig hebben? En hoe betalen we dat? Het huidige financieringsmodel – het zogenoemde p*q-model – volstaat niet om de zorg van de toekomst te kunnen vormgeven. De directe koppeling tussen geleverde zorg en financiering biedt zorgaanbieders bijvoorbeeld geen ruimte om juist te helpen voorkómen dat mensen professionele zorg inschakelen. De rode draad tijdens de inspiratiebijeenkomst is dan ook: er is niet alleen een andere bekostiging nodig, maar ook een fundamenteel andere kijk op zorgverlening én op de organisatie van zorg.

Mensen in hun kracht zetten

Het werken met cliëntprofielen is een belangrijke stap in de goede richting, laat Daphne Donders in haar presentatie zien. Sensire, zo vertelt ze, was al voordat het NZa-experiment van start ging op zoek naar een manier om het vak van wijkverpleegkundige door te ontwikkelen naar een volwaardig vak waarin – naast 'puur' zorg verlenen – ook ruimte is voor innovatie, preventie en coördinatie. Aan de basis daarvan ligt een gedachte die breder leeft in de samenleving en die voortkomt uit de positieve gezondheid-benadering: 'We willen mensen vooral in hun kracht zetten. We willen niet focussen op het verlies van functies, maar vooral ook mensen aanleren wat ze zélf kunnen.'

Met het p*q-model valt dat type ondersteuning niet te financieren. Daarom heeft Sensire

al in 2018 met zorgverzekeraar Menzis de afspraak gemaakt om met 'langere tarieven' te werken: tarieven die een langere periode omspannen dan een uur. Dat gaf al meer ruimte om maatwerk te bieden. Donders: 'Daarnaast wilden we met elkaar een manier bedenken om te duiden: over welke klanten hebben we het precies? Welke interventies voer je uit bij welk type klanten? Dat wilden we in kaart brengen om de beweging naar een andere vorm van financiering – gebaseerd op typen klanten – te kunnen maken. Daarom spraken we af dat we gingen nadenken over een vorm van klantprofielen.'

Op zoek naar een nieuw model

Het NZa-experiment, waarvoor Sensire in 2021 werd uitgenodigd, sloot hier perfect bij aan. In het experiment wordt gezocht naar een bekostigingsmodel op basis van cliëntprofielen dat aan een aantal voorwaarden moet voldoen. Zo moet het model voorspelkracht hebben: het moet op grond van een aantal klantkenmerken kunnen voorspellen hoeveel zorg een klant in een bepaalde periode nodig zal hebben, zodat het als basis kan dienen voor de bekostiging. Het moet ook herkenbaar zijn voor wijkverpleegkundigen, en daarmee echt aansluiten bij de praktijk.

Hoe zag de zoektocht naar zo'n model eruit? Ten eerste is een casemix-vragenlijst ontwikkeld, met eerst vijf en later vijftien vragen waarmee relevante kenmerken van klanten en hun behoeften in kaart kunnen worden gebracht. Donders: 'Bij alle klanten die we in zorg hebben, hebben we die vragenlijst ingevuld. Maar met alleen die data heb je nog geen model. Dus kregen we de opdracht om zelf een model te ontwikkelen.' Dat bleek een pittige klus. Uiteindelijk kwam Sensire uit bij het model waarop de organisatie al haar protocollen ontwikkelt: het draagkracht/draaglast (DKDL)-model. 'Dat model benadert het best het proces dat iedere individuele wijkverpleegkundige heeft met iedere individuele klant.'

Het draagkracht/draaglast-model

Het draagkracht/draaglast (DKDL)-model is in 2010 ontworpen in de chronische psychiatrie. In dit model worden klachten van patiënten niet als zelfstandige entiteiten gezien, maar als het gevolg van een disbalans tussen de draaglast (de omstandigheden in het leven) en (tekortschietende) draagkracht, oftewel aanpassingsvermogen. Sensire heeft aan dit model een extra inzicht vanuit positieve gezondheid toegevoegd: eigen regie. Eigen regie is het vermogen om je eigen leven en noodzakelijke ondersteuning te regelen, en om jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch inzicht.

Het gaat mis in de balans als de last als zwaarder wordt ervaren dan de kracht. Op zo'n moment komt iemand doorgaans in zorg. Als zorgprofessional wil je dan de lasten verlichten en de krachten verzwaren op basis van wat de klant zelf belangrijk vindt in het leven. De klant bepaalt daarbij dus zelf wat krachten en wat lasten zijn. Factoren die de draagkracht beïnvloeden zijn persoonlijke kenmerken, sociale netwerkenmerken en de buurtvoorzieningen. De draaglast wordt beïnvloed door bijvoorbeeld tegenslagen en grote, ingrijpende gebeurtenissen zoals het overlijden van een familielid.

In het DKDL-model voor de wijkverpleging worden klanten op basis van de casemix-

vragenlijst – die uiteindelijk is teruggebracht naar negen vragen – ingedeeld aan de hand van klantkenmerken (de mate van draagkracht/draaglast) en geassocieerd op handelingsniveau (de ondersteuningsbehoefte). Een klant die bijvoorbeeld een sterk sociaal netwerk heeft en geen last heeft van geheugen-, psychische of gedragsproblemen, daarnaast zicht heeft op herstel en mantelzorg ontvangt én zichzelf thuis kan redden, komt in een cliëntprofiel 'hoge draagkracht, lage draaglast met ondersteuningsbehoefte 1' terecht. Op een aantal klantgroepen na – zoals mensen in de terminale fase – zijn alle klanten hiermee aan een cliëntprofiel te koppelen.

Wat kun je ermee?

Het DKDL-model vormde voor Sensire dus de sleutel naar cliëntprofielen. Maar wat kun je vervolgens met zo'n model? In potentie heel veel, zegt Donders. 'We gebruiken de cliëntprofielen nu om binnen onze organisatie in gesprek te gaan over de intensiteit van de zorg, en over de verschillen hierin tussen groepen. We zien ook dat we daadwerkelijk andere medewerkers inzetten bij andere cliëntprofielen, want daar zit een ander type vraag achter.'

Daarnaast ziet Sensire kansen om voorzichtig stappen te zetten in meer standaardisering van interventies. Donders: 'Bijvoorbeeld dat je een bepaalde interventie bij klanten met een lage draagkracht op een bepaald moment niet inzet, maar bij klanten met een ander profiel wel.' Verder biedt het model een eerste opstap – in combinatie met langere tarieven – om de populatie in zorg af te zetten tegen de beschikbare capaciteit aan medewerkers. 'Wij dromen er stiekem al van dat wij aan de voorkant weten welke profielen klanten wij hebben en wat de medewerkersmix is, zodat we precies weten of we de populatie kunnen bedienen of dat we ergens concessies zullen moeten doen.'

Uitdagingen

Maar zover is het nog niet, want er liggen nog een paar uitdagingen. Ten eerste is het model weliswaar ontwikkeld met het oog op een nieuwe manier van bekostigen, maar vooralsnog hanteren we in Nederland nog altijd het p*q-model voor de bekostiging van wijkverpleging. Ook bij organisaties die deelnemen aan het experiment. Donders: 'Zolang dat niet verandert, dan hebben we prachtige nieuwe zakken waar de oude wijn net zo hard weer ingaat.' De bekostigingsmethodiek moet dus veranderen. Donders: 'De vraag is uiteindelijk: welke infrastructuur hebben we nodig om de wijkverpleging toekomstbestendig neer te zetten? Welke andere dingen dan directe zorgverlening hebben we nodig om te zorgen dat we al onze klanten goede wijkverpleging kunnen bieden? En wat mag dat kosten? Daarover moeten we in Nederland het gesprek voeren.'

Een andere uitdaging is de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders rond individuele klanten. Die samenwerking is de afgelopen jaren op verschillende plekken tot stand gekomen. Verschillende aanbieders kunnen op die manier samen garanderen dat mensen toegang hebben tot kwalitatieve, hoogwaardige zorg. Donders: 'Met die nieuwe bekostiging willen we toe naar langere tarieven. Maar bekostig je dan niet dubbel? Dat is een lastige vraag. Uiteindelijk willen we dat die samenwerking tussen zorgaanbieders niet wordt bemoeilijkt.' En verder zal er altijd nog zorg nodig blijven buiten de

cliëntprofielen om, zoals nacht- en spoedzorg. Die typen zorg passen niet in het model, en moeten daar ook los van blijven staan.

Het draagkracht/draaglast-model in de praktijk

Wat is de wijkverpleegkundige inhoud achter het DKDL-model? Daar zoomen wijkverpleegkundigen Noortje Schlattmann en Vanessa Schroer tijdens hun inspirerende verhaal op in. Aan de hand van een actuele casus (zie kader) laten ze zien hoe de wijkverpleging in de praktijk met het DKDL-model aan de slag gaat. De wijkverpleegkundige start met een anamnese-gesprek, waarin ze de krachten en lasten van de potentiële klant in kaart brengt. Op basis daarvan vult ze vervolgens de casemix-vragenlijst van draagkracht en draaglast in. Eigen regie komt niet in de vragenlijst voor, maar wordt tijdens de anamnese bepaald door open vragen te stellen. Schroer: 'Eigen regie is niet meetbaar, er is geen getal aan te hangen. Het is daarom niet meegenomen in het DKDL-model, maar het is wel een essentieel onderdeel van het denkkader.'

De volgende stap is om de ondersteuningsbehoefte te bepalen. In het DKDL-model gebeurt dat aan de hand van vier zogeheten casemix-items: continëntie, wassen/douchen, medicatiegebruik en verpleegtechnische handelingen. Het uitgangspunt is dat de mate waarin deze interventies door de wijkverpleging worden ingezet, iets zegt over het zorggebruik van de klant. Schroer: 'Bij Sensire kijken we daar overigens wel iets anders naar. Wij redeneren namelijk vanuit gezondheid en niet vanuit ziekte. De ondersteuning die wij bieden is daarom breder, en gaat bijvoorbeeld ook over kennis, inzicht en vertrouwen geven.' Dat type ondersteuning komt nu dus nog niet terug in de casemix-vragenlijst.

Casus: naar regie bij de klant met vertrouwen van mantelzorgers

Om te illustreren hoe het gebruik van het DKDL-model in de praktijk tot mooie resultaten kan leiden, beschrijft Noortje Schlattman haar ervaringen met een klant die recent is ontslagen uit het ziekenhuis met een schouderprothese. Vanuit het ziekenhuis kwam een aanvraag voor tweemaal daags ADL-ondersteuning, zoals wassen en aankleden. Schlattmann: 'Tegenwoordig gaan we niet meer klakkeloos op zo'n verzoek in. Ik ben dus eerst zelf gaan kijken wie deze mevrouw was en wat ze nodig had. Tijdens het anamnese-gesprek kwam ik er bijvoorbeeld achter dat ze los van haar prothese behoorlijk mobiel was, goed functioneerde en ook erg gemotiveerd was om zelf dingen te doen. Ze kreeg steun van haar echtgenoot en kinderen – maar dat was eigenlijk té veel. Ze waren doodsbang dat mevrouw overbelast zou raken en lieten haar niets zelf doen.'

'De anamnese maakte duidelijk dat mevrouw voorlopig zeker tweemaal daags ADL-ondersteuning nodig had. Ze was tenslotte net geopereerd. Uit het DKDL-model kwam – en dat sloot aan bij de anamnese – dat de draagkracht van mevrouw hoog was, en haar draaglast laag. Het doel van mevrouw was om haar man en kinderen weer dingen uit handen te nemen, en zelf bijvoorbeeld wat huishoudelijk werk te doen. Ze wilde graag onafhankelijk zijn van de ADL-ondersteuning, en dat was in mijn ogen een realistische wens. Maar dat strookte helemaal niet met de visie van haar echtgenoot en kinderen. Daarom zijn we in gesprek gegaan met het gezin, waarbij we de mantelzorgers

inzicht hebben gegeven in het herstelproces van mevrouw en het vertrouwen hebben gegeven dat het goed zou komen.'

'Uiteindelijk zaten we daardoor allemaal op één lijn over de ondersteuningsbehoefte van mevrouw. Mijn collega's zijn vervolgens 'met de handen op de rug' zorg gaan leveren. Ze hebben daarbij sterk ingezet op eigen regie en zelfredzaamheid. Het resultaat: deze mevrouw heeft in totaal maar vijf weken zorg gehad, en al na drie weken konden we beginnen met afbouwen. Toen ze geen zorg meer nodig had, hebben we echt de vlag uitgehangen. Zijn we hiermee dan een dief van onze eigen portemonnee? Misschien wel, maar dat is niet de blik waarmee we naar de zorg willen kijken.'

Zegen of (administratieve) last?

Het is een heet hangijzer: de administratieve last die het invullen van de casemix-vragenlijst met zich zou meebrengen. Wijkverpleegkundigen binnen Sensire blijken het over het algemeen niet als zodanig te ervaren. Integendeel. Schlattmann: 'Het helpt je echt tijdens het verpleegkundig proces. Zeker als het gaat om het beeld dat je krijgt van een klant, van zijn doelen en wensen. Ik denk daarom dat het goed zou zijn als het invullen van de vragenlijst integraal in ons handelen zit.' En met de extra tijd valt het erg mee. Schroer: 'Je doet de anamnese, besluit dat je bepaalde interventies gaat inzetten en rapporteert over de effecten daarvan. Je past je zorgplan vervolgens ook weer aan. In dat proces is het invullen van de casemix-vragenlijst geen last. Het kost hooguit dertig seconden extra. Je hoeft het ook niet continu te doen, maar eens in de zoveel tijd.'

Maar, vraagt iemand uit het publiek zich af, wat is dan de meerwaarde van de vragenlijst ten opzichte van NANDA NIC NOC, het classificatiesysteem waarmee na afloop van de anamnese in het zorgplan de uitkomsten van het klinisch redeneerproces worden vastgelegd? Schroer: 'NANDA NIC NOC is een onderdeel van het verpleegkundig proces. Het DKDL-model gaat verder: het is een heel andere manier van kijken naar mensen, en naar zorg, vanuit positieve gezondheid. Het is natuurlijk prachtig als wijkverpleegkundigen al op die manier naar hun klanten kijken, maar in de praktijk blijkt dat nog lang niet altijd het geval te zijn.' Het DKDL-model helpt om die beweging op gang te brengen.

Meer samenwerken

Kortom, het DKDL-model is niet het volgende formuliertje dat wijkverpleegkundige moeten invullen, het is een manier om de benodigde veranderslag in Nederland te bewerkstelligen. En daar hoort uiteindelijk ook passende financiering bij. Daarvoor is het nodig dat het DKDL-model voorspellende waarde heeft, wat nu nog niet het geval is. Die potentie heeft het wel, want de uitgangspunten van het model zijn herkenbaar voor de wijkverpleging en meetbaar. Schlattmann: 'Onze droom is dat als je straks gewoon je verpleegkundig proces doorloopt en dat vastlegt in het dossier, daar automatisch een casemix uitrolt op basis van wat je al doet.'

Verder moet er – wil het DKDL-model succesvol zijn – sprake zijn van meer eenduidigheid binnen het vak, en meer standaardisering. Daarvoor is het heel belangrijk om als beroepsgroep meer te gaan samenwerken, benadrukken Schlattmann en Schroer.

Schroer: 'Je zou eigenlijk willen dat vertegenwoordigers van de beroepsgroep samen materiaal ontwikkelen dat in onze dossiers binnen verschillende organisaties als mal wordt gehanteerd. Als we die stappen kunnen zetten, werken we ook aan de doorontwikkeling van het DKDL-model.' Schlattmann: 'Het mooie is: het werkt als een olievlek. Als één collega zich hierin heeft vastgebeten, volgen andere collega's vanzelf. Zo gaan we samen anders kijken naar de zorg.'

De beweging in perspectief

Ter afsluiting van de bijeenkomst plaatst Sensire-bestuurder Maarten van Rixtel de beweging richting een bekostiging op basis van cliëntprofielen in een breder perspectief. Hij trekt de vergelijking tussen het problematische verdienmodel in de zorg en dat van de boeren, die sinds de komst van de Boerenleenbank (nu de Rabobank) steeds verder vervreemd zijn geraakt van hun maatschappelijke rol in hun streven om steeds meer te groeien. In beide gevallen is er een squeeze ontstaan: we weten dat we het fout doen, maar we weten niet hoe we eruit komen. Hoe helpen we nu de mensen waar het om gaat uit die squeeze? Van Rixtel: 'De stelling van Sensire is: door zelf iets te doen. Waar je weet dat je een maatschappelijke rol hebt en vastloopt, heb je een eigen verantwoordelijkheid. Die proberen wij te nemen.'

Het doel van de organisatie, benadrukt Van Rixtel, is niet om omzet te maken, of om te blijven bestaan. 'Ons doel is: de relatie die ontstaat tussen professional en klant, dokter en patiënt, verpleegkundige en bewoner te ondersteunen, zodat die maximaal zinvol is, voor beide partijen. En als die ondersteuning niet nodig is, dan moeten wij er ook niet zijn.' Volgens Van Rixtel loopt de weg naar andere financiering van wijkverpleging via de professionals op de werkvloer: 'Zij moeten centraal komen te staan, zij moeten die beweging op gang brengen.'

De professional centraal

Dat vereist een aantal dingen. Van Rixtel: 'Ten eerste moet de organisatie begrijpen wat haar rol is. Niet de organisatie is dominant, maar het ondersteunen van de relatie tussen professional en klant. Het cliëntprofielenmodel is daarmee ook meer dan een bekostigingsinstrument: het moet de professionals ondersteunen om de relatie met de klant zo goed mogelijk vorm te geven.' Daarbij noemt Van Rixtel – en daarin sluit hij aan bij de vorige sprekers – professionalisering als een belangrijke voorwaarde om de slag te kunnen maken. 'De praktijkvariatie is momenteel nog te groot om het vertrouwen te geven dat 'de wijkverpleging' de toegankelijkheid van zorg garandeert. We zullen instrumenten moeten ontwikkelen om tot collectief leren te komen, en tot een soort standaardisering.'

Ten tweede is het nodig om van professionele autonomie de kern van de organisatie te maken. Van Rixtel: 'Dat betekent dat het bestuur niets meer te zeggen heeft over de individuele behandelrelatie. Tegelijkertijd hebben we met de wijkverpleegkundigen afgesproken dat ze elke behandelrelatie in de context van Nederland plaatsen. Met andere woorden, in de context waarin we leven: een situatie waarin we een zorgverzekering hebben, waarin sprake is van solidariteit, maar waarin we ook niet iedereen kunnen helpen op de manier waarop we dat misschien zouden willen. Dat is de

context van morgen.'

De toekomst van de wijkverpleging

Sensire heeft de professional dus belangrijk gemaakt, en verwacht van die professional dat zij de handschoen opneemt. Van Rixtel: 'Dat betekent ook dat het zorgteam in de wijk eind van dit jaar geen management meer boven zich heeft. Het hoogste orgaan is het nieuwe Platform Wijkverpleging Sensire. Dat bepaalt uiteindelijk de richtlijnen en de protocollen die de wijkteams moeten volgen.' De rol van het bestuur beperkt zich ook hierin tot ondersteuning. 'Zo zal de informatieondersteuning die we nodig hebben moeten worden doorontwikkeld, zodat de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld, als ze een zorgplan maakt, kan zien wat de gevolgen daarvan zijn voor de toegankelijkheid van de zorg over vijf jaar.'

Hoe ziet de toekomst van de wijkverpleging eruit? Van Rixtel pleit voor een maatschappelijk debat over de rol en functie van de wijkverpleging. 'Op dit moment geven wij mensen nog te veel ruimte om naar zorgprofessionals te komen, in plaats van dat ze in het maatschappelijk dienstverleningsveld gaan kijken.' In reactie daarop klinkt vanuit de V&VN de oproep om vooral wijkverpleegkundigen zélf te betrekken bij dit soort vraagstukken: 'Het stikt van de keien van wijkverpleegkundigen in Nederland. Als we er eens mee beginnen om hen aan tafel te halen om mee te denken, dan hebben we een eerste slag gemaakt.' Maar de V&VN nodigt graag óók Maarten van Rixtel uit aan die tafel.

Professionalisering en vertrouwen in de beroepsgroep

Maarten van Rixtel is er helder over: professionalisering van de beroepsgroep is nodig om als zorgaanbieders vertrouwen te krijgen van zorgverzekeraars en van de samenleving als geheel. Deze stelling roept veel discussie op. Waar gaat het eigenlijk over als we het over professionalisering hebben? We hebben in Nederland een heel systeem van professies opgetuigd, een industrie die leidt tot steeds meer specialisatie en die eigenlijk is losgezongen van de behoefte van de bevolking, is een van de reacties. Dat heeft het wantrouwen richting de beroepsgroep alleen maar versterkt. We zouden in de zorg transdisciplinair moeten werken, met een duidelijke rol voor de burger. Hoe helpt meer professionalisering daarbij?

Volgens Maarten van Rixtel is de kern van professionalisering dat je in jezelf verantwoording kunt afleggen over je gedrag, en dat dat leidt tot bepaalde te verwachten uitkomsten. Professionalisering raakt in deze betekenis dus meer aan standaardisering dan aan specialisatie. Van Rixtel: 'Het gaat erom dat je probeert om met elkaar de body of knowledge te vergroten die nodig is om mensen te helpen.' De V&VN kan daarbij een belangrijke rol spelen, door zich bezig te houden met de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen.

Het zal nog wel even duren voordat de zorgverzekeraars zorgaanbieders ook daadwerkelijk het vertrouwen kunnen geven, geeft een vertegenwoordiger van een grote zorgverzekeraar aan. 'In onze wereld is het gedachtegoed van positieve gezondheid en de doorvertaling daarvan naar handelingen nog niet echt eigen gemaakt. We moeten

zoeken naar hoe we dat doen. Daarbij is grootschalige samenwerking cruciaal.' Van Rixtel is overtuigd van een goede afloop: 'Het beeld wordt gecreëerd dat regelgeving leidt tot vertrouwen. Maar wij zeggen: inhoud, meesterschap van de professional leidt tot vertrouwen. Daar moeten wij samen voor zorgen.'

Op weg naar een andere kijk

De inspiratiebijeenkomst heeft, zo moge duidelijk zijn, enkele belangrijke inzichten opgeleverd. Allereerst strekt de discussie over een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging verder dan alleen een nieuwe financieringsmethodiek. Een fundamenteel andere kijk op zorg is nodig: een andere manier van denken, een andere inhoud, een andere zorginfrastructuur, een ander perspectief op de organisatie. Daarbij moet de professional en diens autonomie centraal komen te staan; voor organisaties moet het ondersteunen van de relatie tussen professional en klant leidend zijn.

Van de beroepsgroep vraagt dit verdere professionalisering, met name in de vorm van standaardisering. Dit lukt alleen als de verschillende betrokken partijen hierin samenwerken en kennis delen. Uiteindelijk moet deze veranderslag in de zorg leiden tot vertrouwen van zorgverzekeraars én van de samenleving als geheel. Dat vertrouwen kan dan de basis vormen voor een bekostigingsmodel dat recht doet aan de inhoud van de zorg.