

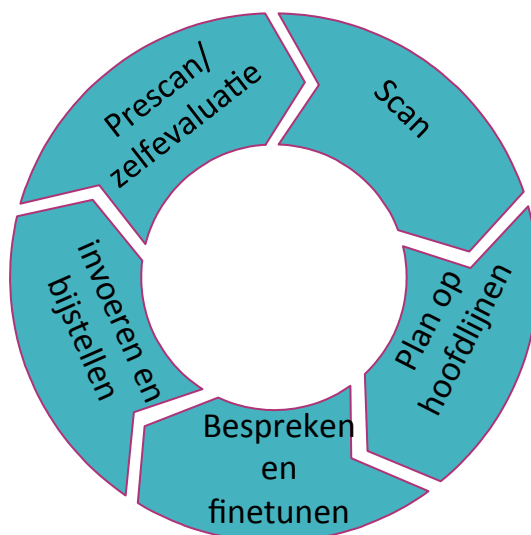
## Prescan/zelfevaluatie en “Scan & Plan”: *implementatie OP MAAT stimuleren*

### Inleiding

In de coöperatie Zelfzorg Ondersteund is het tripartite van patiënten vertegenwoordiging (NPCF, DVN), zorgverzekeraars (CZ, Achmea, VGZ, Menzis, De Friesland) en zorgaanbieders (InEen, NHG, NDF en de LHV), gelijkwaardig vertegenwoordigd en worden de krachten gebundeld om ondersteunde zelfzorg binnen drie jaar daadwerkelijk op grote schaal te implementeren.

Om te komen tot opstart en opschaling bij de zorggroepen<sup>1</sup> is in het tripartite veel gediscussieerd hoe we deze opschaling kunnen faciliteren. Een belangrijke conclusie daarbij is dat er geen blauwdruk mogelijk is (en ook niet gewenst is). Stimuleren van effectieve implementatie is alleen mogelijk wanneer wordt aangesloten bij de fase van implementatie van ondersteunde zelfzorg waarin een zorggroep zich bevindt. In de contractering 2016 willen de deelnemende zorgverzekeraars ook aan die behoefte tegemoet komen. Op basis van de vragen in voorliggende prescan kunnen de zorggroepen een zelfevaluatie uitvoeren om onderbouwd het gesprek met hun zorgverzekeraar aangaan. Of een zorggroep vervolgens besluit een zogenaamde “scan & plan” uit te voeren is aan de zorggroep zelf om te besluiten.

### Aanpak op hoofdlijnen: Hoe werkt het?



De figuur hiernaast geeft de stappen op hoofdlijnen weer. Een korte toelichting per stap:

**Prescan:** Zorggroepen kunnen op basis van de vragen in voorliggende prescan zelf een eerste beeld verkrijgen waar zij staan en wat een volgende stap van implementatie is en welke aandachtspunten daarbij centraal staan. Dit helpt ook om goed onderbouwd het gesprek met de zorgverzekeraar aan te gaan in deze.

<sup>1</sup> Ook gezondheidscentra of samenwerkende huisartspraktijken die zonder zorggroep een stap willen zetten kunnen in aangepaste vorm gebruik maken van beschreven methodiek. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met onze implementatie coördinator Anneke Vass, [a.vass@zelfzorgondersteund.nl](mailto:a.vass@zelfzorgondersteund.nl).

**Besluit door zorggroep:** De zorggroep kan het traject beperken tot deze fase. Maar de zorggroep kan ook besluiten verder te willen en een volgende stap te willen zetten in de implementatie.

**Scan:** Op verzoek en initiatief van de zorggroep bieden de partijen van ZO! de zorggroepen de mogelijkheid om een “scan & plan” gesprek te voeren met een “consulent”. Dit gebeurt in de vorm van een intake en een (of meerdere) geleide workshop(s).

De intake is bedoeld om over en weer verwachtingen af te stemmen over het traject dat men ingaat. Het kan zijn dat men op basis van de intake tot de conclusie komt dat de zorggroep nog niet zover is om implementatie of opschaling ter hand te nemen en de zorggroep nog in de fase van visievorming verkeert. Voor die zorggroepen zullen in 2016 meerdere groepsbijeenkomsten worden aangeboden waarbij in de vorm van een project startup zoveel mogelijk kennis en tools worden aangereikt om als zorggroep een vlotte start te kunnen maken met de visievorming en de realisatie van draagvlak daarbij.

Voor de zorggroepen die wel klaar zijn om te komen tot een plan en uitvoering van implementatie of opschaling zal de stap worden gezet naar 1 (of meerdere afhankelijk van situatie zorggroep) geleide workshops die plaatsvinden met een diverse vertegenwoordiging van huisarts, POH, zorggroepmanager, diëtist, etc.. De geleide workshop is een verdiepend gesprek om scherp te krijgen waar de zorggroep staat en hoe men 1 fase verder komt in de implementatie. De uitkomsten van de geleide workshop worden gescoord en door de consulent verwerkt in een korte rapportage die aan u wordt aangeboden als houvast voor verdere stappen.

**Plan op hoofdlijnen:** De zorggroep stelt op basis daarvan een plan op waarmee de vervolgstap gezet kan worden. Hoe komen we een fase verder? Wat is de ambitie van die fase? Zijn er belemmeringen? Wat gaan we als eerste oppakken? Daarnaast bekijkt de zorggroep wat de financiële mogelijkheden zijn binnen de huidige kaders, met de huidige ondersteuningsmogelijkheden (bijvoorbeeld door de ROS, Vilans, eigen medewerkers, DVN, vanuit Zelfzorg Ondersteund, etc.).

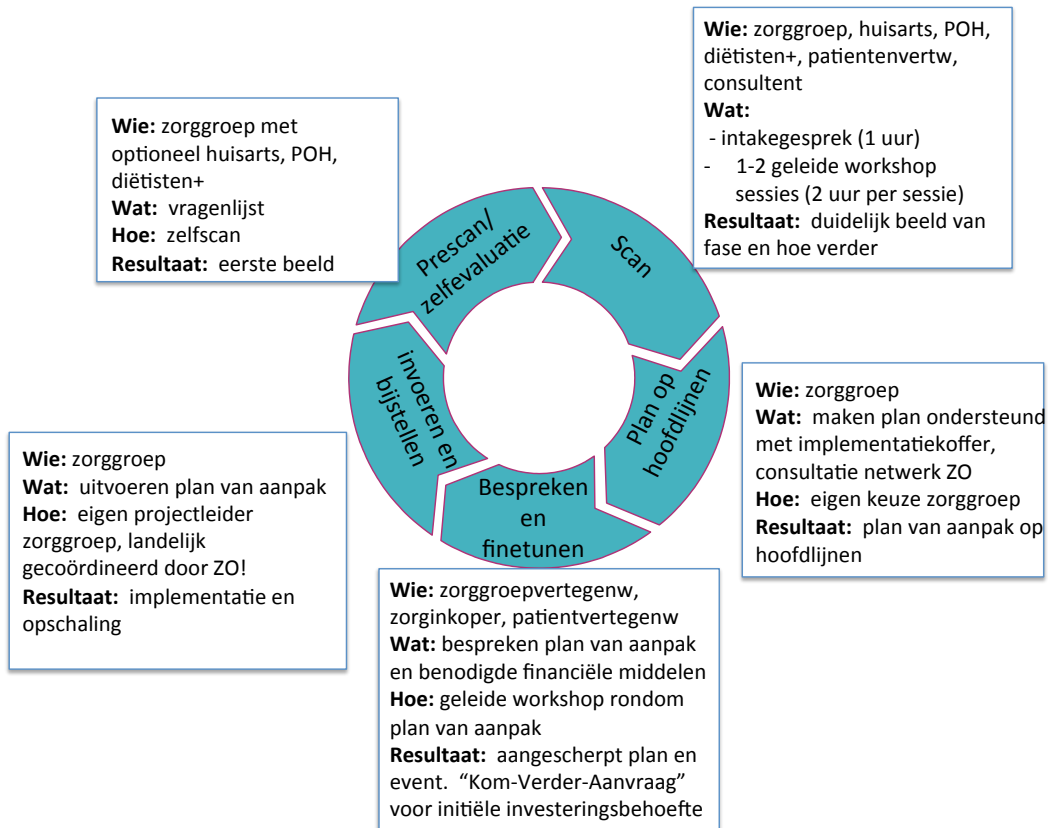
### **Bespreken en finetunen**

Als het plan van aanpak op hoofdlijnen gereed is vindt er een workshop plaats om deze te bespreken en finetunen in aanwezigheid van patiëntenvertegenwoordiging en zorginkoper. De financiële middelen die nodig zijn voor de eenmalige omslag kunnen voor zover die niet al vallen onder reguliere afspraken en mogelijkheden met lokale partijen in aanmerking komen voor een eenmalige investering via de “Kom-Verder-Aanvraag”. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de zorggroep om ondersteunde zelfzorg te implementeren extra tijd nodig heeft. Bijvoorbeeld omdat de POH's meer dan

gebruikelijk getraind en opgeleid moeten worden. Of omdat de implementatie van het zelfzorgsysteem ook een verandering in de wijze van consultvoering vraagt. Dat zijn eenmalige kosten van de “omslag” die gemaakt moeten worden. Daarvoor kan ook een tijdelijke extra investering nodig zijn waarvoor we met elkaar op landelijk niveau implementatiegelden beschikbaar hebben. Een harde voorwaarde voor de zogenaamde “Kom-Verder-Aanvraag” is dat in navolging op de zelfevaluatie met de prescan ook het “scan & plan” traject wordt doorlopen. De deelnemende zorgverzekeraars zijn bereid daarover het gesprek aan te gaan en samen in het “scan & plan” traject o.l.v. de consultant in kaart te brengen wat al wel bekostigd wordt, wat niet, welke ruimte er is binnen de afspraken en waarvoor extra afspraken gemaakt moeten worden. De consultant kan het gesprek faciliteren maar brengt ook kennis mee die landelijk beschikbaar is en is opgedaan bij andere zorggroepen. Wat werkt wel en wat niet? Waar kun je nog meer aan denken? Hoe lossen anderen dat op?

### **Invoeren en bijstellen**

Als de cirkel rond is (zie figuur) dan gaat de zorggroep van start met implementeren en bijstellen. De rol van de “Zelfzorg Ondersteund-consulent” verdwijnt weer naar de achtergrond. Vanzelfsprekend kan de zorggroep wel gebruik blijven maken van de implementatiekoffer die te vinden is op de website van Zelfzorg Ondersteund <http://zelfzorgondersteund.nl/zelfzorg-ondersteund-implementatiekoffer/>. Deze bevat de landelijk bijeengebrachte kennis en wordt telkens geüpdatet met praktische tools en voortschrijdend inzicht op terrein van ondersteunde zelfzorg. Ook zal onze implementatiecoördinator van Zelfzorg Ondersteund, Anneke Vass, periodiek contact opnemen om te zien hoe het traject vordert, waar eventuele belemmeringen zitten waarbij we u kunnen ondersteunen. Daar waar een beroep gedaan is op de “kom-Verder-Aanvraag” en de eenmalige investering zal de voortgang worden gemonitord conform afspraken (zie formulier).



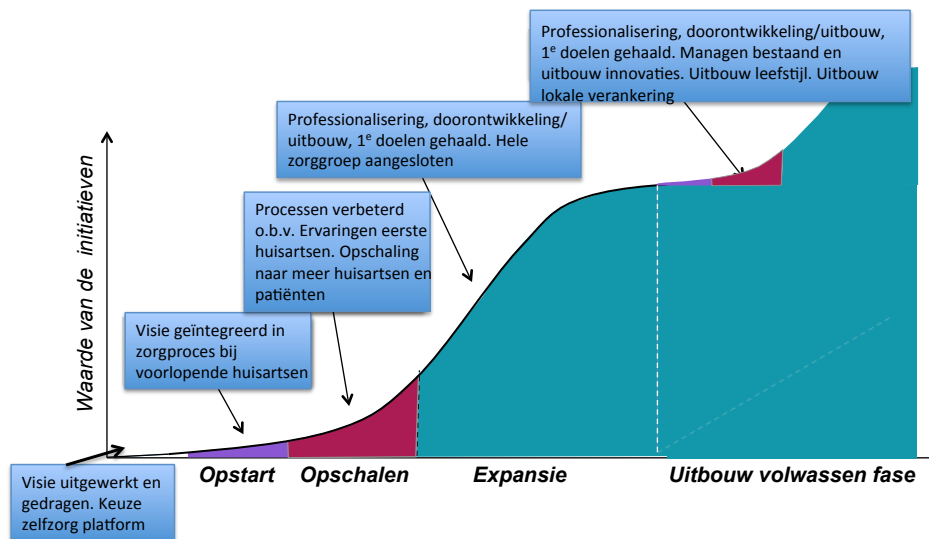
## Ontwikkelstadia

In dit document vindt u de vragen die centraal staan om te bepalen waar u zich als zorggroep bevindt in de ontwikkelingsfasen en waar de volgende uitdagingen liggen. Voorliggende prescan is dus geen blauwdruk over hoe het moet, maar het biedt een basis waarmee elke zorggroep aan de slag kan gaan. Het is in die zin een gespreksleidraad en heeft een praktische insteek en sluit aan bij de ervaringen in het veld en wat in de afgelopen periode ontwikkeld is op het terrein van ondersteunende zelfzorg. Het document sluit zo nauw mogelijk aan bij de door ZO! ontwikkelde producten. Verder wordt daar waar mogelijk doorverwezen naar relevante documenten, producten en websites. Naast de Prescan en Scan & Plan van ZO! zijn er ook andere instrumenten beschikbaar om inzicht te krijgen in de stand van zaken ten aanzien van de implementatie ondersteunende zelfzorg op praktijkniveau (waar scan en plan zich richt op niveau van de zorggroep). Zo heeft Vilans een zelfmanagementkompas ontwikkeld<sup>2</sup>. Dit kompas is gevalideerd en geeft eerstelijns zorgverleners, teams en organisaties inzicht in de mate

<sup>2</sup> [http://www.vilans.nl/docs/KCZ/Aan\\_de\\_slag\\_met\\_het\\_zelfmanagementkompas.pdf](http://www.vilans.nl/docs/KCZ/Aan_de_slag_met_het_zelfmanagementkompas.pdf).

waarin zij zelfmanagement nu al ondersteunen en in de aspecten waarop nog ontwikkeling mogelijk is. Ook de Z-scan biedt houvast hierbij.

**Hoe ver is de zorggroep? Hoe kunnen we zorggroepen ondersteunen om naar volgende fase te komen?**



Ten aanzien van de ontwikkelingsfasen geldt grofweg de volgende indeling:

**Fase 1 Visie en plan fase:**

Staat u aan het begin waarbij visie wordt uitgewerkt, strategieën en instrumenten worden gekozen, financiële middelen worden georganiseerd en een plan van aanpak wordt uitgewerkt dat gedragen wordt door de achterban?

**Fase 2 Opstart:**

Bevindt u zich in de fase van opstart waarbij met de eerste praktijken gestart is aan de hand van het eerder opgezette plan en wordt geleerd wat wel en niet werkt voordat wordt opgeschaald naar meer praktijken?

**Fase 3 Opschaal:**

Bevindt u zich in de fase van opschaling waarbij de eerdere ervaringen hebben geleid tot bijstelling en nu een grotere groep patiënten en praktijken wordt aangehaakt?

**Fase 4 expansie en doorontwikkeling:**

Bevindt u zich in de fase waar het gaat om een professionele en structurele inbedding van ondersteunde zelfzorg in het primaire zorgproces bij het gewenste deel van huisartsen en patiënten? Bent u toe aan verdere doorontwikkeling bijvoorbeeld met uitbreiding inzet nieuwe tools, lokale samenwerkingsverbanden, etc. ?

Deze ontwikkelingsfasen zijn niet star. De ene zorggroep is de andere niet. Bij een zorggroep met grote diversiteit in aangesloten praktijken kan de fase van opschaling bij een deel van de praktijken sneller verlopen dan bij de anderen. Centraal staat met elkaar ruimte vinden om een stap verder te komen. Uiteindelijk is de stip op de horizon wel dat ondersteunde zelfzorg op grote schaal geïmplementeerd is en een vanzelfsprekend en geïntegreerd onderdeel te maken van het zorgproces voor patiënten met een chronische aandoening. Een hoofdonderdeel van de samenwerkingsrelatie tussen patiënt met chronische aandoening en de behandelaar (meestal de huisarts maar ook andere betrokken zorgverleners als diëtist, fysiotherapeut, POH, etc.). Dat betekent dat zowel de patiënt als de zorgverlener “verleid” en ondersteund moeten worden om zelfzorg op te gaan pakken. Dat stelt eisen aan eenvoud en gebruikersgemak van alle ondersteuning en tools en ook nieuwe vaardigheden en competenties bij de zorgverleners.

## De vragen van de prescan/zelfevaluatie

**Stap 1: Maak een inschatting in welke van bovengenoemde fasen u zich bevindt en ga verder met de vragen en mijlpalen die behoren bij deze fase.**

### **Fase 1: visie en plan van aanpak**

Fase 1 is de fase van het creëren van een uitdagende toekomstvisie en het uitwerken van een plan van aanpak. Wat gaat zelfzorg brengen voor de patiënt? Hoe kan ik als huisarts en POH hierdoor beter en leuker werk krijgen? Begin met het opstellen van de stip op de horizon. Zet deze stip met huisartsen, POH-ers en patiënten gezamenlijk.

Deze fase kent de volgende kritische mijlpalen:

- visie en plan van aanpak zijn uitgewerkt en kunnen rekenen op draagvlak
- het team is bekend

Om te toetsen hoe ver de *zorggroep* is met de eerste fase staan de volgende vragen centraal:

- Heeft de zorggroep/geïntegreerde 1<sup>e</sup> lijns centra een visie op zelfzorg en worden in deze visie alle pijlers van het House of Care meegenomen?
- Zo ja is deze visie vastgelegd in een plan? [*voor houvast zie voorbeeld projectplan Zelfzorg Ondersteund*]

- Is duidelijk wat de doelen zijn die men wil bereiken en zijn deze scherp en realistisch?
- Is er een ontwerp van de wijze waarop men het zorgproces wil vormgeven zodanig dat patiënten die het willen (en kunnen) toegerust worden om meer dan nu vanaf hun diagnose zelf aan de slag kunnen met hun proces? *[voor houvast zie voorbeeld referentieproces Zelfzorg Ondersteund]*
- Is duidelijk welke investering in tijd en middelen nodig is om de gestelde doelen te bereiken? Zowel vanuit projectleiding op zorggroep niveau als de tijd die het vraagt van de huisartsen, poh'ers etc?
- Is bepaald op welke wijze het borgen, monitoren en terugkoppelen/communiceren van uitkomsten binnen de deelnemende praktijken en breder binnen de zorggroep zal verlopen?
- Is er een ontwikkelplan met ketenafspraken voor de aangesloten zorgverleners (huisartsen, POH'ers, fysiotherapeuten, diëtisten, etc.) en is het plan afgestemd/gedragen door deze?
- Is duidelijk met welke patiënten(groepen) gestart gaat worden?
- Is duidelijk met welke (voorlopende en enthousiaste) huisartspraktijken en overige ketenpartners van fysiotherapeuten, diëtisten e.d. en patiënten gestart gaat worden, het team dat de nieuwe aanpak bewijst door zo te werken? Voldoen deze huisartspraktijken aan de basisvoorwaarden om ondersteunde zelfzorg succesvol in te voeren (is de basisorganisatie en administratie op orde, is er in voldoende mate kennis over de chronische aandoeningen zoals vastgelegd in de zorgstandaarden, is men gemotiveerd om deel te nemen, etc.)
- Is de sociale kaart in beeld? Kunnen de deelnemende huisartspraktijken de patiënten op basis daarvan gericht adviseren waar ze heen moeten? Is duidelijk welke mogelijkheden er zijn in de omgeving?

### **Fase 2: opstart**

Fase 2: Zorggroepen die de fase van planvorming achter de rug hebben kunnen door met de opstartfase. Dit is de fase waarin bij de *eerste voorlopers* van praktijken, huisartsen en andere zorgverleners zoals POH, fysiotherapeuten en diëtisten de visie ook wordt uitgerold, toegepast en ervaring wordt opgedaan met de *eerste patiënten* en een herziene wijze van inrichting van het zorgproces.

Mijlpalen in deze fase:

- aangepast plan van aanpak en uitwerking van deelplannen
- uitwerking van geoptimaliseerd zorgproces waarbij zelfmanagement een integraal onderdeel is
- team en sleutelfiguren van patiënten en zorgverleners zijn aangetrokken
- producten en diensten zijn uitgewerkt

Om te toetsen hoe ver de *zorggroep* is met deze tweede fase staan de volgende vragen centraal:

- Hoe breed wordt ondersteunde zelfzorg toegepast binnen de zorggroep?
  - Hoeveel praktijken nemen deel?
  - Op basis van welke criteria zijn deze praktijken geselecteerd?
- Op welke wijze zijn de in te zetten instrumenten gekozen en passen deze bij de aangesloten praktijken, de interventies die er al lopen en de mogelijkheden die er zijn voor de ICT omgeving?
- Hoe breed wordt ondersteunde zelfzorg toegepast binnen de deelnemende praktijken?
  - Welke professionals zijn in de huisartspraktijken betrokken en in welke aantallen? Verschilt dit sterk per deelnemende huisartspraktijk? Zo ja, hoe groot is het verschil en waar wordt dit door veroorzaakt?
  - Hoeveel patiënten zijn betrokken per huisarts praktijk? Hoeveel gemiddeld en hoe groot is het verschil tussen de huisartspraktijken die deelnemen? Waar wordt dit door veroorzaakt? Nemen enkel diabetes patiënten deel of ook andere patiënt groepen?
  - Op welke wijze zijn afspraken en bevoegdheden vastgelegd? Bijvoorbeeld waar het gaat over de taak van de POH'er ten opzichte van de huisarts etc.
- Welke acties zijn ondernomen gericht op verduidelijken en verbeteren van competenties van professionals ten aanzien van ondersteunde zelfzorg?
  - Is getoetst en actie ondernomen t.a.v. de aanwezige kennis over te gebruiken modellen of methoden onder professionals?
  - Zijn zorgverleners getraind gericht op een coachende rol? Is dit eenmalig gebeurd of is er structureel aandacht voor? Wordt de training gevolgd door toepassing in de praktijk en verdere evaluatie en verbetering?
  - Zijn zorgverleners getraind in gebruik van meetinstrumenten voor het bepalen van zelfmanagementmogelijkheden bij de patiënt?
- Biedt de zorggroep de aangesloten zorgverleners ondersteuning bij het implementeren van zelfmanagement en op welke wijze t.a.v.:
  - Training zorgverleners in motiverende gesprekstechnieken en de principes van 'gezamenlijke besluitvorming'
  - Training voor zorgverlener en patiënt samen
  - Ontwikkeling/inzet strategie voor motiveren en betrekken zorgverleners (opfriscursus, intervisie)
  - Training van kennis en vaardigheden t.a.v. gezamenlijke besluitvorming en beschikbaarheid van ondersteunde hulpmiddelen (bijvoorbeeld keuzehulpen)



- Werken de afspraken t.a.v. monitoring van zelfmanagement toepassing onder de aangesloten praktijken? Zo nee waarom niet en op welke wijze gaan deze bijgesteld worden? Zo ja, wat is de succesfactor?

### **Fase 3: opschalen**

Na de opstartfase komt de fase van opschaling. Dit is de fase waarin de ervaringen uit de opstartfase hebben geleid tot bijstelling waar nodig, de aanpak wordt uitgerold over een grote groep huisartsen en patiënten en een verdere professionalisering in de aanpak plaatsvindt.

Mijlpalen in deze fase zijn de volgende:

- een grotere massa van deelnemende huisartspraktijken en andere ketenpartners en patiënten wordt bereikt
- aangepaste en soepel functionerende processen
- ingerichte organisatie
- ingerichte control

Vragen die centraal staan in deze fase zijn:

- Is het plan van de startfase geüpdatet op basis van de ervaringen uit de opstartfase? Wat waren de belangrijkste leerervaringen die tot aanpassing van het plan hebben geleid?
- Zijn ervaringen van klanten verzameld en gebruikt om het proces en de aanpak verder te verbeteren? Op welke wijze zijn de klantervaringen verzameld en tot welke aanpassingen heeft dit geleid?
- Is het in de deelnemende praktijken gelukt om de gewenste wijziging van het zorgproces te realiseren zodanig dat dat patiënten die het willen (en kunnen) toegerust worden om meer dan nu vanaf hun diagnose zelf aan de slag kunnen met hun proces? *[voor houvast zie voorbeeld referentieproces Zelfzorg Ondersteund]*
- Is duidelijk met welke praktijken/zorgverleners/patiënten de fase van opschaling wordt ingegaan?
- Is de samenwerking met de benodigde partners voldoende van de grond gekomen (gemeenten, diëtisten, lokale sportschool, ROS, etc. ?
- Wordt gefocust op de key-issues/belangrijkste verbeterpunten?
- Is er een “winner-imago” en voldoende energie in het team (team= deelnemende praktijken en de projectleiders op zorggroepniveau)?
- Is er voldoende aandacht voor de wensen van de klant EN voor een realistische zorglevering?
- Zijn de kosten en omzet in lijn met het plan?
- Is er sprake van voldoende managementinformatie t.a.v. doelen, mijlpalen en voortgang?

#### ***Fase 4: expansie en doorontwikkeling***

Tot slot zullen er zorggroepen komen die de opstart en opschalingsfase achter de rug hebben en bezig gaan met de expansiefase of doorontwikkeling. Bij deze voorlopers gaat het om een professionele en structurele inbedding van ondersteunde zelfzorg in het primaire zorgproces bij het gewenste deel van huisartsen en patiënten. Deze zorggroepen zijn vaak toe aan verdere doorontwikkeling bijvoorbeeld met uitbreiding inzet nieuwe tools, lokale samenwerkingsverbanden, etc.

Mijlpalen in deze fase zijn:

- gerealiseerde en aantoonbare waarde van inzet van ondersteunde zelfzorg
- tevreden klanten
- gewenste deel van huisartsen en patiënten is bereikt
- top kwaliteit processen
- organisatie in control
- klaar voor doorbouwen met nieuwe innovaties en ideeën bijv. t.a.v. nieuwe tools, lokale samenwerkingsverbanden, leefstijlinterventies, etc.