



Laego visie 2021 – 2026

Iedere oudere een eigen plan voor zorg en ondersteuning



door Tony Poot en Annet Wind

Iedere oudere een eigen plan voor zorg en ondersteuning



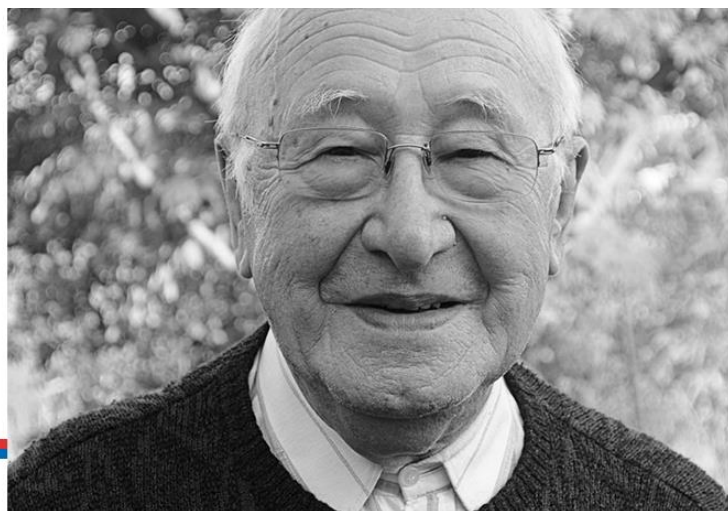
Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Achtergrond	4
Waarom willen we dit?	4
Hoe willen we dat bereiken?	5
Samenvatting	6
Wat doen we om dit waar te maken?	6
Tot slot	6
Literatuur	7

Inleiding

Laego, staat voor Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen en is het netwerk van kaderartsen eerstelijns ouderenzorg, bestaande uit huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Dit is het tweede visiedocument van Laego, het eerste verscheen in 2014 (1).

In dit document worden de ontwikkelingen in de eerstelijns ouderenzorg en de rol van de kaderartsen hierin gedurende de komende 5 jaar uiteengezet, zoals Laego deze voor zich ziet.



Achtergrond

Sinds 2014 bestaat in Nederland consensus over het nut en de noodzaak van proactieve ouderenzorg. Daarbij staat kwaliteit van leven van de oudere voorop en de geboden zorg en ondersteuning richten zich hierop. Dit staat beschreven in verschillende documenten, zoals de LESA zorg voor kwetsbare ouderen (2) en de handreiking Zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen (3).

In de uitvoering van proactieve ouderenzorg blijken hardnekkige hobbels te bestaan (4). De zorg voor ouderen in Nederland is een lappendeken van regio's waar het redelijk goed loopt en regio's waar voornamelijk nog reactieve zorg geboden wordt. Dit schendt een belangrijk ethisch principe in de zorg: gelijke en kwalitatief goede zorg voor iedereen. Deze ongelijkheid moet verdwijnen en deze zorg moet naar een hoger niveau gebracht worden, waarbij maatwerk geboden wordt voor iedere oudere.

Er zijn veel verschillende oorzaken aan te wijzen voor deze ongelijkheid in de uitvoering. Zowel aanbieders van zorg en welzijn, als financiers spelen hierbij een rol. Het ingewikkelde systeem met de drie wetten waarbinnen de uitvoering plaatsvindt (WMO, ZVW en WLZ), de vele verschillende aanbieders en professionals en de wettelijke beperkingen m.b.t. samenwerking en informatie-uitwisseling veroorzaken een kloof tussen ideaal en werkelijkheid.

Steeds duidelijker wordt dat DE oudere niet bestaat, maar dat iedere oudere op basis van een unieke set van achtergrond, ziektelast en toekomstverwachtingen, een individuele zorgwens heeft. Naast de nog bestaande uitdaging om gelijke en kwalitatief goede zorg voor iedereen te realiseren groeit het besef dat hierbij ook de ruimte en flexibiliteit moet bestaan om de zorg en ondersteuning op maat te maken voor de individuele zorgvrager.

Advance care planning (ACP) ofwel proactieve zorgplanning is hier een essentiële uiting van. Iedere oudere moet in de gelegenheid zijn om zijn behandelwensen te bespreken met zijn arts. Zorgvuldig vastleggen met de mogelijkheid tot overdracht naar andere behandelaren, is daarbij een vereiste. Dit plan geldt niet alleen voor de laatste levensfase vooral uitgaande van groeiende beperkingen, maar beschrijft al eerder persoonlijke wensen en prioriteiten met nadruk op de mogelijkheden (positieve gezondheid) (5).

Het werkelijk individualiseren van proactieve ouderenzorg op basis van de wens en behoefte van iedere oudere persoon vergt een andere mindset met een grote mate van samenwerking en domein-overstijgend denken in het belang van de oudere. De wensen van de oudere zijn bepalend. Dit alles onder het motto: **iedere oudere een eigen plan** (naar analogie van de werkwijze in de jeugdzorg 'één kind, één plan').

Waarom willen we dit?

Het is per persoon verschillend wat voor hem of haar kwaliteit van leven is. Het is een valkuil dat veel hulpverleners invullen voor iemand wat in zijn geval 'goed' is of verstandig. Hierbij baseert de hulpverlener zich vaak op wat beschikbaar is binnen het eigen domein en efficiënt lijkt te werken. Dat kan doelmatig zijn als het om behandeling van ziekte gaat, maar werkt contra-productief als het gaat om leven met beperkingen op basis van meerdere oorzaken. In die situatie is het juist belangrijk om goed na te gaan wat voor deze persoon belangrijk is in het leven in het algemeen en in zijn of haar persoonlijke situatie van dat moment in het bijzonder en om te kijken naar wat wél kan. Het aanbod moet gericht zijn op het ondersteunen bij het bereiken van persoonlijke doelen. Deze

persoonlijke doelen kunnen op allerlei vlakken liggen en zijn vrijwel altijd veel breder dan het medische domein (6). Maatschappelijke ontwikkelingen rond vitaal ouder worden vragen ook een aanbod dat meer gericht is op participatie (7).

Hoe willen we dat bereiken?

Bovenstaande impliceert dat de rol van de dokter als geneesheer meer omschreven en aanvullend wordt in verhouding tot die van de verpleegkundige, verzorgende en welzijnswerker. De behoeften van een oudere hulpvrager liggen in de meerderheid van de gevallen op sociaal of functioneel gebied. Het is voor de hand liggend dat de coördinator van het zorgaanbod vaak een niet-arts is. Kaderartsen ouderengeneeskunde (KO), zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde, zetten zich in om dit proces van vernieuwing en implementatie van persoonsgerichte, vraaggestuurde, proactieve samenhangende zorg en ondersteuning op verschillende niveaus te stimuleren. Zij zijn intermediair tussen beleid en uitvoering.

Op *macroniveau* denken KO's mee over de inrichting van de zorg en ondersteuning in Nederland en adviseren de instanties over het creëren van de noodzakelijke randvoorwaarden voor verdere samenwerking en passende financiering met als belangrijk aandachtspunt bij deze inbreng de uitvoerbaarheid van zorg. Op *mesoniveau* zoeken KO's energieke partners om de diverse instanties m.b.t. zorg en welzijn in een regio om de tafel te brengen en creëren zij draagvlak voor proactieve zorg, samenwerking en afstemming. De inbreng van ouderen is leidend. Op *microniveau* leren KO's andere professionals van zorg en welzijn om proactieve samenhangende zorg en ondersteuning gericht op de wensen van de oudere te bieden en hierin samen te werken onder het motto *ledere oudere een eigen plan*. Dit betekent een omschreven en functionele rol van de arts ten opzichte van andere professionele en informele hulpverleners (mantelzorgers) en een beleid bepalende rol voor de oudere.

Op al deze niveaus blijven de KO's realistisch, zijn maatschappelijk bewust en toekomstgericht. KO's hebben inzicht in zowel de inhoud als de organisatie van zorg en zijn een motor voor innovatie. Zij zijn in de positie om draagvlak te ontwikkelen op alle niveaus.



Samenvatting

Voortbouwend op de nog altijd actuele doelen van de voorgaande visie gericht op samenhangende proactieve zorg, richten we ons in de komende periode op het ontwikkelen van een *mindset* met een grotere mate van samenwerking en domein-overstijgend denken in het belang van de oudere persoon. Praktisch onderscheidt de komende periode zich van de afgelopen periode door een actievere participatie van Laego en de KO op beleidsniveau (macro/meso) en een meer omschreven rol van de arts op uitvoeringsniveau (micro). Basis in de nieuwe zorg situatie blijft de praktisch medische deskundigheid van de KO en het overstijgende doel *'ledere oudere een eigen plan'*.

Wat doen we om dit waar te maken?

Op *macroniveau* stemmen bestuur en leden van Laego onderling af en zitten we aan tafel bij VWS en andere beleidsmakers, hebben we regulier contact met de beroepsorganisaties LHV, NHG, Verenso en bouwen we aan contact met gemeenten, zorgverzekeraars en veel anderen, zoals V&VN. Hier kaarten we problemen uit de praktijk aan, denken we mee over ontwikkelingen in brede zin, zoals ook nieuwe woonvormen. Op *mesoniveau* stimuleren we KO's om regionale



samenwerkingsafspraken te maken door het delen van know how en producten en door het doen van projecten. Good practices worden in het spotlicht gezet. Op *microniveau* delen we onderwijsmateriaal via de Laego academy, en ontwikkelen en delen we implementatie tools.

Laego organiseert jaarlijks een tweedaagse bijeenkomst met KO's uit het hele land, waarin we informatie delen, netwerken, leren van elkaar en deskundigen vragen om ons bij te praten over diverse zaken, zowel medisch inhoudelijk als op andere terreinen. Via ons communicatieplatform weten we elkaar gemakkelijk te vinden en kunnen gerichte vragen worden gesteld. De *opleiding tot kaderarts ouderengeneeskunde* is nauw verbonden met Laego. Regelmatig vindt informatie uitwisseling plaats, waarbij elementen uit de opleiding worden gedeeld en de opleiding gevoed wordt met ervaringen vanuit het veld. KO's worden gestimuleerd om te reageren op ontwikkelingen en om zichtbaar te zijn in de vakbladen en de landelijke pers.

Tot slot

De rode draad bij al deze zaken blijft: uitgaan van de wensen en mogelijkheden van de oudere zelf, breed denken vanuit zorg én ondersteuning en dus multidisciplinair, toekomstgericht vernieuwen door professionele aanpassingen te initiëren, met patiëntparticipatie op alle fronten.

Laego is initiator en bewaker van dit proces en we zijn als KO's, met onze expertise binnen het medische domein, onmisbaar in de uitvoering!

Literatuur

1. visie Laego, 2014. Zie <https://www.laego.nl/wp-content/uploads/2018/10/LAEGO-visie-op-de-eerstelijngeneeskunde-voor-ouderen-2014.pdf>
2. LESA Zorg voor kwetsbare ouderen, 2017. Zie https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/hw06_les_a_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr.pdf
3. Kwetsbare ouderen thuis. Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, 2019. Zie <https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019.pdf>
4. Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid, 2015. Zie: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12414-015-0072-7>
5. Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis, 2018. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/06/21/startnotitie-naar-reguliere-integrale-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>
6. Nivelrapport Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen, 2019. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/05/27/kwaliteit-van-leven-van-langer-thuiswonende-ouderen>
7. Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies, 2020. Zie <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/01/15/oud-en-zelfstandig-in-2030-een-reisadvies>

