

Proactieve samenwerking is een vereiste

We zitten midden in de transitie van de ouderenzorg. Zorgbehoevende ouderen blijven langer thuis, veel verzorgingshuizen zijn gesloten en de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners stijgt navenant. Dit gaat niet zonder slag of stoot. Zo is de beschikbaarheid van voldoende tijdelijke opnameplaatsen voor nog thuiswonende kwetsbare ouderen een probleem. Deze problematiek, ook wel de problematiek van het eerstelijnsverblijf (ELV) genoemd, maakt nog eens evident dat een goede samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde (SO) en huisarts dringend noodzakelijk is. Dat besef is inmiddels bij beide beroepsgroepen aanwezig. In een samenleving waarin de formele ouderenzorg altijd capaciteitsproblemen zal kennen, kwetsbare ouderen steeds langer thuis blijven en alleen in uiterste nood naar een verpleeghuis verhuizen, is een goede, proactieve ouderenzorg in de eerste lijn nodig, waarbij samenwerken meer is dan alleen een verwijzrelatie. Proactief samenwerken betekent dan een goede samenwerking tussen de zorgverlening thuis en de zorg vanuit ziekenhuis en verpleeghuis; het betekent ook een optimale dynamiek binnen de unieke medische as die we in ons land voor ouderen hebben (huisarts - klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde - specialist ouderengeneeskunde), waarin sprake moet zijn van goede coördinatie, continuïteit, complementariteit en communicatie. Dat biedt dan, zoals Vreeburg e.a. laten zien, ook de mogelijkheid om problemen, zoals die van het ELV, goed en gezamenlijk op te lossen. Niet in de laatste plaats betekent proactief samenwerken dat voor de kwetsbare oudere op elk moment en op elke plaats wordt gestreefd naar 'de juiste zorg, door de juiste teamprofessionals'. Dan komen problemen eerder in beeld waardoor ze, ook buiten kantooruren, zijn te voorkómen. De toegevoegde waarde

van specialisten ouderengeneeskunde is hun expertise inzake de integrale diagnostiek, behandeling en begeleiding van ouderen en chronisch zieken met meervoudige somatische en/of psychogeriatrische problematiek, die leidt tot een verstoring van het lichamelijk, geestelijk en sociaal evenwicht. Specialist ouderengeneeskunde hebben veel ervaring in de aan deze problematiek gekoppelde zorgdiagnostiek én in het te voeren zorgbeleid. Zij zijn vertrouwd met de proactieve probleemgeoriënteerde en zorg(leef)plan-gestuurde methode van werken in multidisciplinair teamverband bij complexe en samengestelde zorgprocessen. Ze hebben brede kennis van de kwaliteit van zorg voor somatische en psychogeriatrische doelgroepen en ook van het integrale zorgbeleid inclusief de sociale kaart van hun werkgebied. Daarenboven is ook de toegevoegde waarde van het multidisciplinaire verpleeghuiszorgconcept relevant. Via de SO kunnen ook andere disciplines transmuraal worden ingezet, zoals de psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist. Ik ben ervan overtuigd dat de SO in de nabije toekomst als specifieke teamspeler, vanuit de eigen deskundigheid, nog meer betrokken zal zijn bij de zorg aan thuiswonende ouderen. Dan zijn ook nog andere innovatieve inzetmogelijkheden van de SO te bedenken, zoals een rol van de dienstdoende SO op de huisartsenpost en de SEH van het ziekenhuis, waarin deze, bijvoorbeeld samen met de dienstdoende wijkverpleegkundige kan nagaan of tijdelijk extra zorgondersteuning thuis geregeld kan worden, dan wel dat er toch een ELV-bed of plek in de geriatrische revalidatiezorg nodig is om onnodige ziekenhuisopnames van ouderen te voorkomen. ■

contact

jos.schols@maastrichtuniversity.nl
cc: redactie@medischcontact.nl