

Memo "Geriatrische consultatie in eerste lijn", versie 4

Van: Werkgroep "Geriatrische consultatie in de eerste lijn"
Datum: november 2021

1. Aanleiding

Begin 2020 hebben bestuurders/managers van een aantal VVT-organisaties in Midden-Brabant en een aantal specialisten ouderengeneeskunde samen gediscussieerd over de (on)mogelijkheden van de inzet van de SO bij kwetsbare ouderen thuis in de wijk. Aanleiding was een presentatie van de bestuurder van De Zorgboog. Vanuit De Zorgboog in balans werken ruim 50 fte behandelaren inclusief SO, samen in de eerste lijn.

We hebben toen met elkaar geconstateerd dat:

- de complexe geriatrische ambulantisering de komende jaren sterk zal toenemen tgv de vergrijzing en het langer thuis wonen van kwetsbare ouderen
- daardoor de behoefte aan multidisciplinaire zorg de komende jaren ook toe zal nemen en
- in de huidige situatie de mogelijkheden multidisciplinaire zorg te bieden reeds beperkt zijn en niet gelijk verdeeld zijn over de regio.

Ook hebben we samen de volgende visie t.a.v. de zorg aan kwetsbare ouderen geformuleerd: *Alle kwetsbare ouderen met complexe problematiek in Midden-Brabant verdienen multidisciplinaire hoogwaardige zorg ongeacht de plaats waar hij/zij woont.*

Om bovenstaande visie te kunnen realiseren rekening houdend met hetgeen we ook samen geconstateerd hebben, maakt dat er breed (bestuurlijk) commitment nodig is deze visie te kunnen realiseren.

Uitgangspunten bij wijze waarop we het realiseren van de visie willen organiseren:

- we sluiten aan bij het uitgangspunt dat ook ten grondslag ligt aan het Programma Kwetsbare Ouderen: wijkgericht werken. Dit wil zeggen dat we niet voor één poule van specialisten gaan die voor de hele regio werken maar voor een team per wijk. Redenen hiervoor zijn o.a.:
 - korte lijnen
 - het kennen van cliënten en de lokale context
 - het kennen van de sociale kaart in die wijk
 - het kennen van de paramedische zorgverleners in die wijk
 - een vast aanspreekpunt/gezicht per team
 - het kennen van elkaar als professionals bevordert een prettige/goede samenwerking.

- We gaan voor een meer gelijkmatige (eerlijke) verdeling van mankracht over de regio.
- We gaan zoveel als mogelijk en wenselijk vraagdifferentiatie toepassen. Dat wil zeggen dat we alle betrokken professionals (huisarts, SO, verpleegkundig specialist vanuit de VVT¹, POH-ouderen, GGZ-psycholoog, wijkverpleegkundige, casemanager dementie, geriatrisch verpleegkundige (niet werkzaam in onze regio)) zoveel mogelijk inzetten op zijn/haar expertise. Dit zowel in de eerste lijn als intramuraal. Dit betekent bijvoorbeeld voor de SO dat hij/zij in consult geroepen wordt bij hoog complexe problematiek.

Aan een aantal professionals is vervolgens gevraagd een visie te ontwikkelen op het gewenste samenspel in de wijk en gevraagd een advies te formuleren hoe dat samenspel het beste vormgegeven kan worden. Voorliggend treft u dit advies aan. Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

- Toekomstvisie (paragraaf 2)
- Visie op inhoudelijk samenspel (paragraaf 3)
- Voorstel gewenste inzet uren (paragraaf 4)
- Inrichting organisatie: mogelijkheden realiseren gewenste situatie (paragraaf 5).

Tot slot wordt in de laatste paragraaf het advies van de werkgroep aan de bestuurders van de VVT-organisaties geformuleerd.

2. Toekomstvisie

“Elke kwetsbare oudere met complexe problematiek in MB verdient multidisciplinaire zorg ongeacht de plaats waar hij/zij woont” (ongeacht de betaaltitel. Hierbij gaat het niet alleen om de inzet van de SO, maar om *het samenspel* tussen de verschillende professionals die bij de kwetsbare oudere betrokken zijn, zoals de huisarts, de GZ-psycholoog, de VS-er, de POH ouderen, de wijkverpleegkundige en de casemanager dementie²).

Door in de thuissituatie actief meer “aan de voorkant” te opereren is het streven inzet van (crisis)zorg te reduceren en/of uit te stellen, een belangrijk neven doel. Ervaringen elders laten zien dat door actief in een vroeg stadium de mogelijkheden en onmogelijkheden voor en met een client in kaart te brengen en te bespreken, het aantal crisisopnames afneemt.

¹ Voor het hele document geldt: waar we praten over VS bedoelen we de VS vanuit de VVT

² Samenwerking met professionals uit sociaal domein is vooralsnog buiten beschouwing gelaten.

Redenerend vanuit deze visie is de inrichting/organisatie gericht op een goed samenspel tussen alle betrokkenen waarbij rekening wordt gehouden met ieders specifieke expertise en met de beschikbare mankracht van de verschillende groepen professionals (SO's, Verpleegkundig specialisten, huisartsen, POH-ouderen en wijkverpleegkundigen en sociaal domein). De discussie is dan ook breder dan het oplossen van het tekort aan SO's of het ontlasten van de huisartsen.

Deze integrale visie (voor alle kwetsbare ouderen ongeacht de woonplaats) maakt ook dat "uren voor intramuraal" en "uren voor de eerste lijn" eigenlijk niet meer passend is. de orde is. We moeten op zoek naar een organisatie/inrichting die rekening houdend met de personele tekorten goede zorg voor iedereen realiseert. Dat vraagt niet alleen een anders denken en kijken van de professionals maar ook om bestuurlijk commitment van de betrokken partijen.

3. Visie op zorginhoudelijk samenspel: "wie doet wat"

In onderstaand schema is het samenspel tussen de verschillende zorgprofessionals in kaart gebracht: beschreven is wie waarvoor benaderd kan worden.

Geriatrische consultatie eerste lijn. Wie doet wat?

	1^e schil	
Discipline	Vraag	In welke situatie
Huisarts		De huisarts is medisch eindverantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige zorg van de ingeschreven patiënten.
Praktijkondersteuner	Ouderen in beeld brengen middels geriatrisch assessment Casemanagement kwetsbare ouderen Casemanagement dementie zorgpad 1 Vorbereiding consult SO	De POH brengt (mogelijk) kwetsbare ouderen in kaart en volgt hen op in overleg met de huisarts en wijkverpleegkundige. De populatie kwetsbare ouderen wordt verdeeld onder de POH en WV.
Wijkverpleegkundige	Ouderen in beeld brengen middels geriatrisch assessment	Assessment en casemanagement kwetsbare ouderen wordt verdeeld onder de POH en WV.

	<p>Casemanagement kwetsbare ouderen</p> <p>Casemanagement dementie zorgpad 1</p> <p>Vorbereiding consult SO</p>	<p>Zorginhoudelijke criteria voor deze verdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is iemand reeds bekend bij de POH / WV? - is iemand in zorg bij de thuiszorgorganisatie? - ligt het accent van de problematiek op het medisch domein (POH) dan wel meer op het sociaal domein (WV).
<p>Casemanager dementie</p>	<p>Casemanagement dementie zorgpad 2</p> <p>Bijwonen MDO</p> <p>Consultfunctie voor collega in zorgpad 1</p>	<p>Een patiënt met dementie ontvangt casemanagement zorgpad 2 wanneer er sprake is van een hoog-complexe / instabiele situatie. Waar sprake is van systeemproblematiek, weinig draagkracht of onvoldoende sociaal netwerk, gedragsproblemen, zorgmijding of waarbij de samenwerking moeizaam verloopt.</p>
<p>Specialist ouderengeneeskunde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultvraag in de wijk* 2. Consultvraag in woonvorm** 3. Consultvraag tijdens ANW-uren (spoed) 4. Bijwonen MDO wijk 5. Bijwonen MDO woonvorm 6. Spreekuur op de praktijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts twijfelt over diagnostiek bij dementie. Randvoorwaarde is adequate voorbereiding (MMSE, geriatrisch lab, Trazag) en heldere vraagstelling in Zorgdomein door huisarts. - Huisarts wil advies van een specialist, maar wil de patiënt ZH bezoek niet meer aandoen. - Huisarts heeft vraag hoe functiebehoud te realiseren bij patiënt
	<p>Verwijzing HA beoordelen en indien passend doorsturen aan VS of psycholoog</p>	
<p>Verpleegkundig specialist vanuit de VVT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultvraag in woonvorm 2. Bijwonen MDO woonvorm 	<ul style="list-style-type: none"> - Het team in de woonvorm vraagt om ondersteuning: wij willen de SO erbij; probleemgedrag, of somatisch zware zorg, hoe pakken we dit multidisciplinair aan, kunnen we dit nog aan? Woont iemand nog op de juiste plek? - Vragen op snijvlak van medisch en verpleegkundig domein

<p>Psycholoog <i>Een GZ-psycholoog kan zelfstandig optreden als regiebehandelaar wanneer verwezen wordt door de huisarts.</i></p>	<p>1) Advies/ psycho-educatie</p> <p>2) Omgangsadviezen/ gedragsbehandeling bij probleemgedrag thuis of in een verzorgingshuis</p> <p>3) Aanvullende functionele diagnostiek om het beperkingenniveau in kaart te brengen. Vooral gericht op verbeteren functioneren of voorkomen van verergering.</p>	<p>De psycholoog kan geraadpleegd worden met vragen als :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is er sprake van cognitieve achteruitgang? - In hoeverre is er sprake van cognitieve achteruitgang of is het passend bij (bekende) persoonlijkheidsproblematiek - Is er sprake van een dementie? <p>Graag onderzoek en passende adviezen.</p>
<p>Ergotherapeut</p>	<p>1. Functionele diagnostiek gekoppeld aan handelen bij dagelijkse activiteiten</p> <p>2. Edomah (ergotherapie bij mensen met dementie en hun mantelzorgers aan huis)</p> <p>3. (opnieuw) aanleren vaardigheden of compensatie strategieën</p>	<p>De ergotherapeut kan ingezet worden bij patiënten met cognitieve achteruitgang en problemen in dagelijks handelen / zelfredzaamheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemen op gebied van aandacht, concentratie, geheugen, gedrag, omgevingsfactoren : hoe zit het met het leervermogen? - Training en advies zodat de patiënt voor hem belangrijke taken/activiteiten uit kan blijven voeren. - Overbelasting mantelzorgers bv bij partner met dementie - Somatische problemen zoals Parkinson, valproblematiek, amputatie

2^e schil		
Discipline	Vraag	In welke situatie
Geriatier	Diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis	Huisarts kan verwijzen naar geriatier wanneer er sprake is van: <ul style="list-style-type: none"> - Multi problematiek, met behoefte aan beeldvormende diagnostiek; - behoefte aan klinische diagnostiek en een behandelplan waar huisarts lang mee vooruit kan; - Multi domein problematiek (interfererend bv hypocalciëmie & cognitieve achteruitgang); - de vraag of het probleem op een relatief simpele manier verholpen kan worden; - de vraag of er behandelopties zijn om verbetering te krijgen? - een (over het algemeen) zelfstandigere, vitalere oudere dan de patiënt voor de SO.
Psychiater ouderenzorg GGZ Breburg samen met VS	Advies / diagnostisch / behandeling / begeleiding	Bij psychiatrische problematiek al dan niet in combinatie met cognitieve achteruitgang
Kader huisarts ouderengeneeskunde <i>Nog geen betaaltitel</i>	Consultatie organisatie ouderenzorg vragen	Vragen over routing, naar wie te verwijzen of korte inhoudelijke vragen
Zorgadviseur	Vragen over woonvoorzieningen en mogelijkheden tot (tijdelijke) opname	Patiënt waarbij vragen zijn over de wachttijd, wachtlijst, mogelijkheden tot (tijdelijke) opname

* Met consultvraag in de wijk wordt bedoeld: zelfstandig wonend

** Hiermee worden alle geclusterde woonvormen zoals een verzorgingshuis, verpleeghuis en kleinschalige wonen bedoeld.

*** Gezien de schaarste van de verpleegkundig specialisten in de regio MB wordt er momenteel niet voor gekozen hen ook in de wijk in te zetten.

Dit overzicht biedt een mooi startpunt voor het samenspel. De SO is het centrale aanspreekpunt voor complexe casuïstiek. De huisarts benadert hem/haar met een vraag en hij/zij bepaalt vervolgens mede aan de hand van bovenstaand schema en natuurlijk op basis van eigen ervaring en expertise wie als eerste naar de client gaat. Dat kan dus ook een GZ-psycholoog of een VS-er zijn. Belangrijk uitgangspunt hierbij is ook dat de SO de client niet overneemt, maar een behandelplan maakt voor de complexe problematieken. De reguliere huisartsenzorg van de bij de SO in consult zijnde cliënten blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts.

Aandachtspunt in verdere uitwerking is de avond, nacht en weekendsituatie. In die uren zijn de eigen huisarts en casemanagers niet bereikbaar. En de praktijk leert dat ook de dienstdoende SO niet altijd bereikbaar is voor crisissituaties op de HAP. Dit leidt ertoe dat de patiëntenzorg niet optimaal is doordat de dienstdoende huisarts, onvoldoende op de hoogte is van de situatie.

4. Voorstel "gewenste inzet uren"






In onderstaande infographic is aangegeven hoe de geriatrische expertise gekoppeld is aan de huisartsenpraktijken.

Geriatrische expertise gekoppeld aan huisartsenpraktijken Midden-Brabant

Gemiddelde huisartsenpraktijk¹ in Midden-Brabant

3460	Patienten
664	Patienten 65+
113 - 146	Kwetsbare ouderen ²
38 - 53	Mensen met dementie ³
7	Mensen met casemanager dementie zorgpad ⁴
31 - 46	Tuiswonende patiënten zonder casemanager zorgpad 2

Een casemanager dementie zorgpad 2 besteed gemiddeld 28 uur per jaar aan de begeleiding van een patiënt met dementie en zijn naasten.

Gewenst aantal uren inzet SO voor direct patiëntcontact per gemiddelde huisartsenpraktijk per jaar	Gewenste uren inzet VS en psycholoog per gemiddelde ha praktijk / jaar
 Telefonisch consult 2	
 Consult / visite / spreekuur 12	
 MDO 6	
 Consult / visite / spreekuur 9	Consult / visite 9
 MDO 3	MDO 3
Totaal inzet SO 32	Totaal VS/ psycholoog 12

¹ Met een gemiddelde huisartsenpraktijk wordt bedoeld: een kostenmaatschap met gezamenlijke bedrijfsvoering voor zorginkoop. Dit kan zowel een maatschap, duo als solopraktijk zijn.

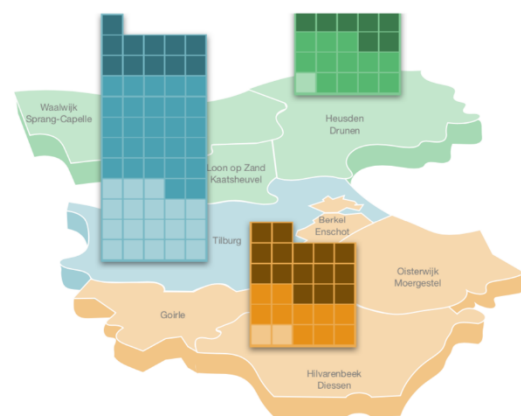
² Vektis: 17-22% van de 65+ers zijn kwetsbaar

³ Vektis: 5527 mensen met dementie in Midden-Brabant. Alzheimer Nederland: 3853 mensen met dementie in MB

⁴ Gebaseerd op cijfers 2020 vanuit ZMBR

⁵ SO ontvangt verwijzing van huisarts en beoordeelt wie consult uitvoert : SO / VS / psycholoog

⁶ Per direct patiëntenuur besteedt de SO 1 uur indirecte tijd aan een consult (reistijd, overleg, brief)



	Huisartsenpraktijken gekoppeld aan VVT instellingen			Totaal
	Mijzo 20 praktijken	De Wever 56 praktijken	Thebe 27 praktijken	
praktijk met < 6% 75+ers	1	10	2	
praktijken met 6 - 10 % 75+ers	12	27	10	
praktijken met > 10 % 75+ers	7	11	15	
Gewenst aantal uren direct patiëntcontact SO / jaar /	640	1792	864	3296
Gewenst aantal FTE⁶ SO / jaar	0,79	2,2	1,06	4,06

Een gemiddelde huisartsenpraktijk heeft ruim 600 65-plussers waarvan 113 tot 146 als kwetsbare ouderen te duiden zijn. De werkgroep heeft de inschatting gemaakt dat per praktijk per jaar 32 uren van een SO nodig zijn en 12 uur van een VS-er/psycholoog. Hierbij is een onderscheid aangebracht tussen uren voor (telefonische) consulten en MDO's. Ook is onderscheid aangebracht tussen mensen die thuiswonend zijn of in geclusterde woonvormen wonen.

Op basis van bovenstaande inschattingen kan geconcludeerd worden dat er ongeveer 4 fte SO nodig zou zijn om invulling te kunnen geven aan de gewenste inzet van SO's. De verdeling van de benodigde aantal uren SO's is ongelijkmatig verdeeld over de drie grote VVT-organisaties. Het werkgebied van De Wever (Tilburg stad) vraagt veel meer uren inzet van de SO (zie infographic). In de volgende paragraaf gaan we in op hoe we dit willen realiseren. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de huidige beschikbare uren SO per organisatie.

5. Inrichting organisatie: mogelijkheden versus gewenste situatie

Ervan uitgaande dat de bestuurders en professionals bovenstaande visie onderschrijven dient zich de vraag aan hoe gaan we dit realiseren gezien de huidige te korten op de arbeidsmarkt. Hierbij wordt achtereenvolgens ingegaan op:

- uitbreiding van capaciteiten
- organisatorische vormgeving
- financiering
- veranderkundig perspectief

Uitgangspunt hierbij is dat de behandelaren (SO's GZ-psychologen etc.) als vakgroep niet alleen beschikbaar zijn voor de zorg aan de kwetsbare ouderen in de woonzorgcentra/verpleeghuizen met een WLZ-indicatie met behandeling maar ook voor de kwetsbare ouderen in de wijk.

Uitbreiding van capaciteiten

- De SO wordt ingezet als "specialist". De continuïteit van de zorg op de verpleegafdelingen in de huizen wordt geborgd door bijvoorbeeld VS-ers en basisartsen. Hierdoor wordt de "schaarse" specifieke expertise heel gericht ingezet en komt er meer capaciteit beschikbaar voor complexe casuïstiek (ook in de wijk).
- Er wordt actief ingezet op uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor VS-ers. Ook de inzet van geriatrisch verpleegkundige wordt overwogen.
- Richtten van energie en expertise: sommige SO's vinden het interessant om in de wijk te werken en zien het samenspel met allemaal andere collega's ook

van andere organisaties als een grote uitdaging. Door het werken in de eerste lijn als een soort specialisatie te zien richt je energie en inzet en voorkom je dat teveel professionals versnipperd (en dus inefficiënt) actief zijn. Dit geldt natuurlijk ook voor de VS-ers en de GZ-psychologen.

- We zijn van mening dat het niet anders kan en ook niet anders wenselijk is dan dat de drie grote VVT-organisaties dit gezamenlijk oppakken. Juist in de samenwerking liggen de mogelijkheden. Wellicht dat het meer samendoen van andere vakinhoudelijke activiteiten (zonder te willen suggereren dat alles samen moet) bijvoorbeeld bepaalde expertiseteams, tot efficiency kan leiden waardoor er meer mankracht vrij kan komen. Dat zelfde geldt natuurlijk ook voor de VS-ers en de GZ-psychologen. Optie is ook de huidige werkprocessen vanuit lean-perspectief te analyseren en te kijken of "de verspillingen" uit de processen gehaald kunnen worden. Of bovenstaande infographic aanleiding is voor een herindeling van de regio's laten wij even buiten beschouwing.
- De Wever heeft per 1-1-2022 de formatie SO voor de eerste lijn verdubbeld naar 1 fte en ziet dit als een groeimodel om met de vraag zo goed mogelijk mee te groeien.

Organisatorische vormgeving

- De werkgroep is van mening dat het voor de organisatorische vormgeving het meest wenselijk is aan te sluiten bij de structuur die opgezet is vanuit het programma kwetsbare ouderen. Dat wil zeggen dat er verder gebouwd wordt aan het vormgeven van het samenspel in de regio vanuit de sub regio's. De SO's van Thebe, De Wever en Mijzo hebben elk hun eigen sub regio waarin zij natuurlijk samenwerken met de daar actief zijnde zorgprofessionals. Het borgen van continuïteit in inzet maar ook in persoon (niet steeds een ander) is medebepalend voor het succes.
- De werkgroep is dan ook geen voorstander van het oprichten van een 1 mobiel geriatrisch team voor heel Midden-Brabant zoals in Helmond en omstreken vormgegeven. Vanuit dat ene team wordt daar de zorg in de eerste lijn georganiseerd. Voordeel van 1 mobiel geriatrisch team is gerichtere en efficiëntere inzetmogelijkheden van de betreffende SO/VS/GZ-psycholoog. De werkgroep wil vasthouden aan het wijkgericht werken. En onderschrijft de uitgangspunten (en de daarbij benoemde voordelen) van het Programma Kwetsbare ouderen zoals in paragraaf 1 geformuleerd.
- Het lijkt wenselijk "de aansturing" van de implementatie bij een of meerdere managers van de drie grote VVT-organisaties neer te leggen. Facilitering van dit proces is noodzakelijk.
- Tot slot is het wenselijk de werkwijzen meer op elkaar af stemmen cq te uniformeren, zonder de mogelijkheid van maatwerk in te perken. Vanuit de verschillende huisartsenpraktijken en door de diverse SO's worden

bijvoorbeeld de consulten in de eerste lijn verschillend voorbereid. Het lijkt gewenst best practices met elkaar te delen en dus meer uniform te werken. Dit heeft bovendien als gevolg dat de zorgverleners die met meerdere huisartsenpraktijken en/of SO's te maken hebben (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundigen) weten hoe een en ander werkt.

Financiering

- Er is een betaaltitel voor alle werkzaamheden van de benoemde professionals in de eerste lijn.

Veranderkundig perspectief

- Creëren van draagvlak bij SO's: de huidige werkbelasting wordt door de SO's al als hoog ervaren. Inschatting is dat de SO's de geformuleerde visie wel onderschrijven maar twijfels hebben over de praktische haalbaarheid ervan. Creëren van draagvlak is belangrijk aandachtspunt.
- Vrijspelen van mankracht en managen van ieders verwachtingen. Als het niet lukt om een minimum aan mankracht vrij te spelen zal dat het proces frustreren. Veranderkundig gezien betekent geen middelen immers frustratie. Wat vinden we een minimum.... Over het organiseren/vrijspelen van formatie zullen op bestuurlijk niveau keuzes gemaakt moeten worden. Voor alle partijen zullen vanaf de start de verwachtingen goed gemanaged moeten worden.
- Het managen van verwachtingen geldt ook voor de burger/patiënt en zijn familie zelf. Tijdig anticiperen op mogelijke situaties die zich in de toekomst voor gaan doen door de client en zijn/haar netwerk is van groot belang. De zorg kan niet meer zomaar alle problemen voor u oplossen: een toekomstbestendige ouderenzorg vraagt om een burger die zolang mogelijk zijn eigen regie neemt. Lopende projecten zoals Advanced Care Planning en wijkgericht werken alsmede de taken en verantwoordelijkheden van het sociaal domein vallen buiten de scope van deze verkenning. We zullen dit maatschappelijke vraagstuk maatschappij breed moeten oppakken.

6. Advies werkgroep aan bestuurders VVT

Het advies van de werkgroep aan de bestuurders van de betrokken VVT-organisaties ziet er samengevat als volgt uit:

- Onderschrijf de in paragraaf 1 verwoorde visie: *Alle kwetsbare ouderen met complexe problematiek in Midden-Brabant verdienen multidisciplinaire hoogwaardige zorg ongeacht de plaats waar hij/zij woont.*
- Onderschrijf het daartoe noodzakelijke "samenspel tussen professionals" zoals verwoord in paragraaf 3.
- Faciliteer de implementatie van deze visie zoals verwoord in deze memo.

Dat laatste houdt in dat:

- er uitbreiding plaatsvindt van de beschikbare capaciteit van SO's, GZ-psychologen en VS-ers vanuit de VVT, voor de zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Dat deze uitbreiding niet alleen in meer beschikbare fte zit maar ook kan zitten in herinrichten van huidige werkprocessen.
- er aansluiting blijft bij de in het Programma Kwetsbare Ouderen geformuleerde uitgangspunten en de inzet van de SO's per sub regio georganiseerd wordt. De bestuurders met elkaar besluiten of de huidige indeling van regio's en de daaraan verbonden zorgvragen gehandhaafd blijft of bijstelling behoeft.
- de bestuurders aan de betrokken managers behandeling/expertise vragen dit proces gezamenlijk vorm te geven en aan te sturen.

Bijlage 1. Samenstelling werkgroep

De werkgroep is als volgt samengesteld:

- Martijn Kilsdonk, De Wever
- Moniek Gordijn, PrimaCura
- Monique Helmers, PrimaCura
- Monique Dirks, Thebe
- Fleur Janmaat, De Wever
- Marieke Dooremalen. Door Middel Van
- Tonny de Groot, ZMBR

Bijlage 2: Overzicht van huidige situatie.

Een aantal SO's van De Wever, Thebe en Mijzo werken naast intramuraal ook in de eerste lijn. Vanuit het programma kwetsbare ouderen is de regio verdeeld en is in principe aan elke huisartspraktijk een SO verbonden. In Tilburg stad zijn de SO's van De Wever actief (en de stad Tilburg is ook weer verdeeld in 3 regio's en dus 3 SO's). In de gemeenten in het zuiden en oosten van onze regio zijn het de SO's van Thebe en in de gemeente in het noorden en westen van onze regio Mijzo.

De activiteiten van de SO's in de eerste lijn betreffen:

- Consulten bij kwetsbare ouderen thuis op verzoek van de huisarts
- Deelname aan MDO's kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijken
- Verzorgen van spreekuren op de praktijken
- Telefonisch overleg met huisarts (of via siilo-app).

Samenwerking tussen de huisarts en de SO kan onder meer leiden tot:

- Betere kwaliteit van zorg voor de kwetsbare ouderen thuis
- Voorkomen van crisissituaties
- Ontlasting van werkdruk van huisarts.

Als knelpunten in de huidige samenwerking worden onderbezetting bij SO's en "wisselende gezichten" aan de kant van de SO's benoemd: dit staat een goede samenwerking in de weg. In de praktijk blijkt dat o.a. door drukte in de intramurale praktijkvoering de inzet van de SO's in de eerste lijn onder druk komt te staan.

Omvang/Productie

De SO's van Thebe werkzaam in MB hebben samen 10 uur per week voor werkzaamheden in de eerste lijn.

De SO's van De Wever hebben samen 16 uur per week. Per 1-1-2022 36 uur per week.

De SO's van Mijzo hebben samen circa 8 uur per week (voor de gemeente Dongen).

Corona maakt dat de huidige situatie qua productie niet echt een goed beeld geeft. De aantallen consulten en MDO's per maand variëren dan ook. Globale inschatting van huidige situatie in het begin van dit jaar:

- 4 a 6 huisbezoeken per maand
- 1 a 2 MDO's per maand
- Circa 3 telefonische consulten per maand.